

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: María Cristina Mazzuca

FORMULACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE GESTIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

2004

Citar como: Mazzuca, M. C. (2004). Formulación de una estrategia de gestión en un hospital público de la provincia de Buenos Aires. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE DE CONTENIDOS

• Introducción	Pág 3 a 6
• Planteamiento	Pág 7 a 26
• Desarrollo	Pág 27 a 42
• Resultados	Pág 43 a 47
• Conclusiones	Pág 48 a 49
• Reflexión final	Pág 50
• Bibliografía	Pág 51
• Anexos	Pág 52 a 80

Introducción

Este trabajo expone la experiencia realizada en el Hospital Público “Dr. Juan Ubaldo Carrea” del Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, sobre un nuevo modelo de gestión por procesos, como un proyecto de mejora continua. Pretende aportar las herramientas adecuadas, para el proceso de mejora, favorecer la implicancia del personal y la sinergia del hospital, para aumentar la eficacia y la eficiencia operativa.

Espera hacer un aporte al sector público, rescatando el concepto de gestión por objetivos, cuya meta final consiste en el logro de una mejor eficacia operativa, asegurando los principios de accesibilidad, equidad, solidaridad y gratuidad, aplicable a cualquier sistema de salud independiente de su ubicación geográfica, extensión o complejidad.

La escasa capacitación en los temas de administración y gestión de los mandos jerárquicos y medios se evidencian la falta de metodología y sistemática para la focalización de los problemas. Incapacidad para ver lo que el mundo actual esta señalando, y la falta de estimulación interna y o externa de diversas índoles privo a los medios de mando del incentivo hacia la búsqueda profunda del conocimiento y su desarrollo.

En virtud de ello, históricamente se observa como las organizaciones estatales han desarrollado procesos de microgestión, dejándose llevar por la inercia del trabajo, la presión de la demanda, los problemas cotidianos, la coyuntura, etc. Ese modelo carece de los elementos sustantivos que definen a una verdadera y correcta gestión.

La escasa capacitación en los temas de administración y gestión de los mandos jerárquicos y medios, se evidencia en la falta de metodología y estrategia para la focalización de los problemas.

No se ha sabido aprovechar la información existente, para la búsqueda y el análisis de los conflictos. Se ha desestimado o subestimado la evolución de procesos y sus resultados sin tomar en cuenta los riesgos.

El verticalismo en las organizaciones, la ausencia de una política de comunicación, la falta de participación y trabajo de equipo son algunas de las características encontradas con mayor frecuencia.

Este trabajo se refiere al Hospital Zonal Especializado en Odontología y Ortodoncia “Dr. Juan Ubaldo Carrea”, cuya ubicación geográfica corresponde al partido de Vicente López, localidad de Olivos, Región Sanitaria V. dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Hospital Público de gestión descentralizada, de perfil monovalente, Odontológico y dentro de esa disciplina la rama de la Odontopediatría, su nivel de mayor complejidad esta dado por las prácticas de las especialidades de Ortodoncia y Ortopedia de los maxilares.

Dimensiones del Análisis

Este estudio centrará su atención en los siguientes niveles de análisis:

1. Políticas y Estrategias de gestión por objetivos
2. Políticas y Estrategias de recursos Físicos en Salud
3. Políticas y Estrategias de tecnología instalada
4. Políticas y Estrategias de RR. HH.
5. Políticas y Estrategias de atención de la demanda, grupos familiares, comunidad

1) Se propone el modelo de reorganización por procesos entendiendo por procesos a “ qué ”se hace, con una visión clara y definida, para qué – para quién – implica un cambio en la cultura de la organización y favorece la participación de los profesionales, aportando las herramientas necesarias para el cambio, y aumenta la eficacia y la eficiencia, evaluando los resultados asegurando que ellos representen satisfacción tanto para el cliente interno como el externo.

2) Mejora edilicia; mediante el Plan Director elaborado a través del Dpto. de Recursos Físicos en Salud del Ministerio de Salud de la Prov. de Bs. As. El mismo contempla la realización de la obra en tres etapas sucesivas con el objetivo de no afectar la operatividad del Hospital y por la disponibilidad de recursos económicos existentes (SAMO).

3) Implica la necesidad de estudio de situación de la tecnología instalada y la oportunidad de su cambio parcial o total o las readecuaciones necesarias.

4) El abordaje del los RRHH supone los siguientes niveles de análisis:

- de la operatividad de la organización.

- de la comunicación.
- de la participación y compromiso.
- del proveedor de servicios.

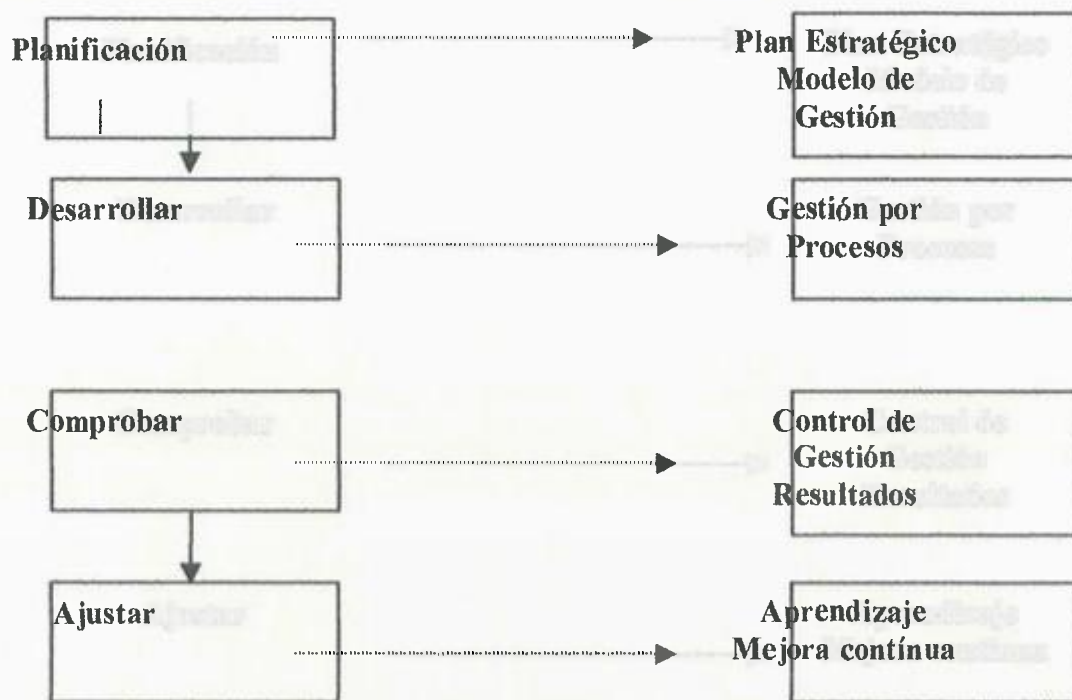
Con el nivel central, se elaborarán proyectos de reformulación de planteles básicos mínimos a través de la Dirección de Hospitales del Ministerio de Salud de la Prov. de Bs. As. ya programados en el ultimo cuatrimestre del año en curso.

5) Se establecerá un piso y un techo para la atención de la demanda. Se implementarán programas de atención primaria de la salud, con el objetivo de encarar acciones de promoción y prevención en distintos grupos hectáricos, que servirán de control y muestreo, para evitar el riesgo – enfermedad – y acciones curativas posteriores – rehabilitación .

- Fijar acciones dirigidas a la oferta
- Fijar acciones dirigidas frente a la presión de la demanda
- Garantizar la accesibilidad, equidad, solidaridad y gratuidad del sistema de salud.
- Satisfacción del usuario.

Este trabajo se refiere al Hospital Zonal Especializado en Odontología y Ortodoncia “Dr. Juan Ubaldo Carrea”, cuya ubicación geográfica corresponde al partido de Vicente López, localidad de Olivos, Región Sanitaria V. dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Hospital Público de gestión descentralizada, de perfil monovalente, Odontológico y dentro de esa disciplina la rama de la Odontopediatría, su nivel de mayor complejidad esta dado por las prácticas de las especialidades de Ortodoncia y Ortopedia de los maxilares.

La propuesta comienza con el cambio de gestión efectuado el 1º de Marzo de 2002 en el H. P. G. D. “Dr. Juan Ubaldo Carrea” con el compromiso de elaboración de un plan estratégico el desarrollo del mismo, posterior control de gestión y resultados y finalmente el Ajuste - Aprendizaje o mejora continua.



El análisis de la nueva modalidad de gestión descansa en tres conceptos básicos a saber.

1.-Estructura organizativa

Esquema o soporte de la estructura organizacional del Hospital, contempla los organigramas, los niveles de responsabilidad y decisión y la delimitación de áreas y responsabilidades.

2.- Gestión administrativa

Propone la articulación de las estructuras, las relaciones e interacción entre las partes.

Expresa normas de procedimientos claros, procesos de comunicación, delegación de tareas y responsabilidades. La fijación de metas y funciones y los distintos esquemas para la toma de decisiones.

3.- Sistemas de información:

El Dpto. de Estadística, recoge organizadamente los datos que se generan en los distintos lugares de la estructura, codifica, procesa y estandariza, los elabora y comunica transformándolos en datos estadísticos, fundamentales pilares para el control de gestión y toma de decisiones.

Planteamiento

Situación existente anterior al cambio de gestión

Año 2002

El hospital se caracterizaba por ser una organización con un modelo de cultura rutinario y burocrático. No realizaba diagnósticos de situación, ni análisis estratégicos. No tenía definiciones claras, metas y objetivos. Actitud estática, guiada por la rutina y pautas operativas convencionales. Por lo general demostraba poco interés en el cuidado del consumidor de servicios y por sus prestaciones.

Esto generaba excesiva centralización con segmentación y delegación no adecuadas. Confundiendo eficiencia con exceso de actividad. Así también falta de comunicación muy marcada entre las líneas de mando, nivel estratégico, mesogestión y núcleo operativo, falta de información al proveedor de servicios y falta de información y orientación al usuario de los mismos.

Los incentivos de productividad del personal a pesar del recupero a través del sistema **SAMO** en forma periódica, no se liquidaba mensualmente y cuando esto ocurría no se sabía con claridad a que período correspondía la bonificación, o de donde provenía. Ante cualquier inquietud, el dpto. de SAMO respondía con auto defensa en forma casi agresiva, sin dar mayores explicaciones, generando un serio conflicto en la organización. Esto se debía fundamentalmente a una actitud excesivamente centralizada en el nivel ejecutivo y no precisamente a situaciones de cualquier otra índole. El Dpto. de SAMO era considerado intocable, inaccesible en esta estructura de organización, llevando esta situación a generar la división del hospital entre :

- a. Profesional y técnico, responde a la atención asistenciales (prestaciones)
- b. Administrativo, responde a la atención administrativa

Ambas instancias revestían situaciones disociadas, que generaban espacios de poder distintos, fricciones y compromisos desiguales, sin interacción, grave debilidad de la organización.

Cambio de gestión

Año 2003

La estructura organizacional que se propuso, se caracteriza por la búsqueda de la excelencia en la gestión, y el crecimiento de la creatividad en un ámbito de cultura compartida. En función de las características del efector Público al que nos referimos, se considera oportuno proponer los siguientes planteos:

Propiciar la predisposición para la acción y una clara actitud antiburocrática. Estipular una firme oposición a la inercia, la conformidad, la rigidez sin abandonar los procesos de análisis para la toma de decisiones. Alentar el uso de herramientas que simplifiquen el sistema y mecanismos dinámicos de comunicación buscando fluidez en la organización.

Generar un alto grado de compromiso e identificación con la población asistida, la comunidad y la familia. Estudiar el perfil prestacional de baja, mediana y alta complejidad, lograr el consenso cuya aplicación enriquecerá a las condiciones de accesibilidad al sistema. Dar autonomía y poder de decisión a todos los niveles de complejidad, auspiciándose la creatividad, la iniciativa personal y de equipos multidisciplinarios. Aplicar verdaderos mecanismos de descentralización interna, para permitir el desarrollo de aportes individuales para la resolución de los desafíos que enfrenta la organización.

A nivel de los dos áreas del hospital (asistencial – administrativo) se concientizó de la necesidad del trabajo conjunto, que todos eran un todo, imprescindibles cada uno en la tarea diaria y con necesidad de interactuar en forma permanente. El nivel Gerencial debió trabajar duramente en este terreno, venciendo los paradigmas instalados en la cultura de la organización, tiempo, dedicación, comunicación, gestión por objetivos, se constituyeron en herramientas fundamentales del proceso de cambio.

Para ese logro se constituyeron comisiones mixtas en los distintos niveles, con el comité de Docencia e Investigación, con el Dpto. De SAMO y el Dpto. de Estadística, situación que posibilitó escucharse, entenderse y valorar a los distintos estamentos de la organización.

El Dpto. de SAMO entendió que frente a las preguntas, el no contestar significaba poca transparencia, que era una herramienta más de la organización, imprescindible como

cualquier otra y con carácter participativo. El recurso de SAMO se distribuye en la actualidad con periodicidad del 1° de cada mes, cualquiera sea el monto de lo conformado desde un mínimo de 20\$.- en adelante. Se emite un sistema de talones de control para cada beneficiario, donde se explica lo que cobra a que periodo pertenece y de que sistema de seguridad proviene dicha facturación. Esto genera como resultado gran satisfacción del personal del establecimiento-, mejor respuesta, mayor grado de participación, menor conflicto entre áreas, mediante cuadros claros y esquemas sencillos.

Procedimiento de recuperación indirecta del gasto (sistema SAMO)

Cuando el hospital presta servicios a pacientes con cobertura de obra social, previa declaración de poseedores de la misma, para el recupero del costo, se van a realizar las gestiones pertinentes ante las obras sociales, entes que llamaremos “agentes del sistema de salud” coordinados por la S.S.S (Superintendencia de Servicios de Salud).

Los ingresos que reciba el HPGD por el cobro de dichos servicios será administrado por el mismo, debiendo establecer el nivel central el porcentaje a distribuir entre:

- a) 10% al fondo de distribución solidaria, asignado al nivel central con destino al desarrollo de acciones de salud en áreas prioritarias (como recupero de gastos).
- b) 40% al fondo de inversiones para el funcionamiento y mantenimiento del hospital, administrado por las autoridades del mismo (como fondo de operatividad).
- c) 50%, fondo de distribución mensual entre todo el personal del hospital, sin distinciones, de acuerdo a los porcentajes de asignación que fije el nivel central, ajustados a cada categoría, según reforma de ley de año 2000 (como incentivos)

Este sistema SAMO, propone una forma de captación, atención y facturación de las obras sociales dentro del marco jurídica del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs. As., como ente regulador. Por este intermedio se recupera el costo de las prestaciones realizadas a pacientes pertenecientes a obras sociales, de modo tal que el hospital deja de subsidiar a las mismas para proceder a realizar la transferencia del sector público al sector privado.

El 50% de los que se recauda, asignado al personal, se va a distribuir según una escala que supone la compensación salarial para aquellos que reciban menores ingresos.

De esta forma un agente que perciba una remuneración básica de 500\$, verá incrementado su salario en los meses que se distribuyan las asignaciones provenientes del SAMO, en mayor relación a lo agentes que perciban, por ejemplo 900\$.-

Este régimen de distribución de incentivos a la productividad no corresponderá cuando el agente incurra en inasistencias de cualquier índole, que no le permitan asistir a su trabajo por más de 2 días. Deberá, en esas circunstancias, presentar carpeta médica, justificando el motivo de su incumplimiento, perdiendo la bonificación correspondiente.

Los beneficios contemplados en la ley son:

- vacaciones anuales y complementarias (stress)
- licencia por maternidad
- licencia por matrimonio
- fallecimiento de familiares de línea directa (padre, madre, hermanos, cónyuge e hijos)

Esto permite suponer 2 fuentes importantes de obtención de recursos para los hospitales públicos.

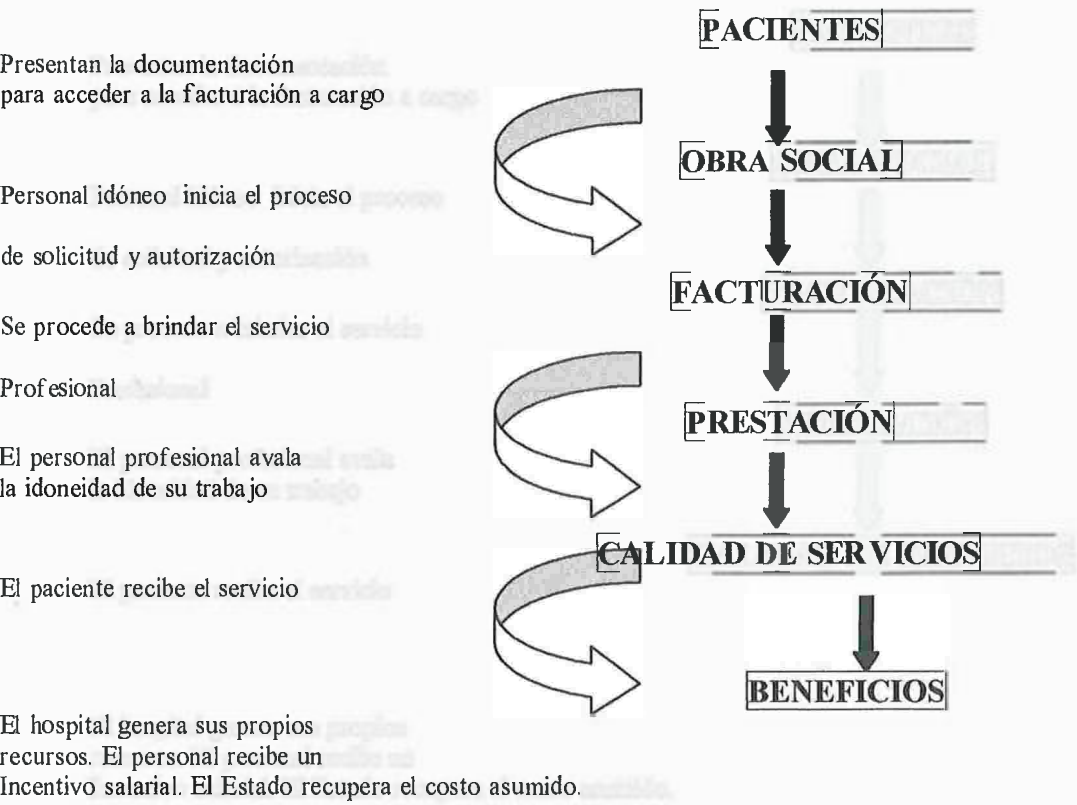
- 1- El Estado – por medio de las asignaciones presupuestarias
- 2- Sistema SAMO – recuperación del costo de la inversión realizada

La finalidad de esto es que el hospital cumpla con los siguientes requisitos:

- Contribuir a la extensión de la cobertura
- Brindar mejor calidad de servicios
- Conformar un proceso técnico y administrativo ágil y eficiente
- Desarrollar tareas de docencia e investigación
- Promover y desarrollar la capacitación profesional, la educación continua
- Proponer tareas de servicios social y de educación primaria de la salud
- Alcanzar los niveles mínimos de producción

El hospital (Dr. Juan Ubaldo Carrea), capta casi un 20% de pacientes con cobertura de obra social, debido a un proceso de facturación ágil, lo que representa importantes recursos para el hospital, personal y Estado. El esquema es muy simple. Existe un buen sistema de captación,

prestación de servicios y prestación, que hace que efectivamente se convierta en beneficios para todos.



(Ver informe económico financiero de SAMO)

Con respecto a la comunicación interna de la organización, se procedió a señalar por áreas con letreros identificatorios. Panel central en la sala de espera, para facilitar la interpretación visual del usuario y brindar fluidez a su desenvolvimiento, como sí también se organizan en ese nivel 2 carteleras de interés general. En una, lo referido a temas de educación para la salud, salud bucal, consejos, conceptos básicos, novedades odontológicas. En la otra, informes sobre las actividades del hospital, modalidades de atención, horarios, requisitos y condiciones para el ingreso al sistema, tramitaciones, centros de atención y derivación de pacientes adultos, informe a la comunidad de los objetivos inmediatos de la organización.

A nivel clínico se propuso carteleras por servicios, conteniendo los temas y novedades puntuales que corresponden c/u de las especialidades. En el área de planta alta (PA), la información se organizó de acuerdo a la modalidad de la propuesta, en forma sectorizada. Una cartelera de carácter interno, reservada exclusivamente para las comunicaciones entre los integrantes del personal y otra de carácter administrativo para temas de esa competencia.

A nivel de los servicios asistenciales se instrumentó una historia clínica (HC) única, con el número correspondiente al DNI de cada paciente. En este sentido los profesionales se evitan del registro del acto odontológico en las planilla de ruta diaria, mensual o anual, se asientan todos los datos en la misma, con los números de cada prestación realizada (según nomenclador). Esto contribuye a agilizar el sistema, se escribe menos, se registra más, no se pierde información y se facilita la operatividad.

Respecto al Dpto de estadística se procedió a reorganizar su funcionamiento, mediante un sistema operativo autogenerado, que coordina, procesa y tabula los datos obtenidos. Su responsable se encarga de la organización, programas y sistema de procedimientos, forma parte del consejo profesional, interactuando y señalando las debilidades y fortalezas de la organización. La información así obtenida resulta una herramienta vital para el funcionamiento y gerenciamiento del HPGD.

Al final del período a evaluar se obtienen los datos macro que servirán para armar la base de otros 2 programas de estadística, diseñados por el propio hospital, a efectos de elaborar 3 tipos de informes:

- 1- Informe estadístico mensual
- 2- Informe estadística semestral
- 3- Informe estadística anual

Estos informes serán enviados al nivel central del 5 al 10 de cada mes. (*ver anexo PFD datos elevados*)

Ventajas de la implementación de un sistema de Información estadística

- Simplicidad y efectividad
- Ahorro de tiempo profesional
- Ahorro de costos administrativos
- Mejor seguimiento por el nivel directivo y de jefaturas
- Auditorias permanentes
- Cruce de datos con los distintos sistemas de gestión de la producción e insumos
- Eliminación de tiempos ocio
- Ambiente laboral adecuado

- Trabajo en equipo
- Motivación profesional
- Satisfacción del paciente
- Medición de la calidad de atención
- Medición del rendimiento individual y global
- Guía para auditorías profesionales
- Detección y posterior corrección de desvíos
- Análisis para otras áreas administrativas
- Informes mensuales, semestrales y anuales para el nivel central y dirección
- Control interno y externo
- Mejoramiento de la calidad profesional
- Comprensión y fácil análisis para el auditor

El objetivo del sistema de Información estadístico es:

- Recolectar datos identificatorios de los servicios de odontología ubicándolos en tiempo y espacio y en su área de influencia socio – sanitaria
- Clasificar al paciente odontológico por edad, sexo, residencia y tipo de cobertura social
- Obtener el perfil de prestaciones odontológicas ofrecidos a nivel sub – sector Estatal
- Obtener las mediciones de rendimientos periódicos de cada uno de los efectores de servicio
- Fijar los estándares que permitan controlar el quehacer profesional en dichos servicios
- Adecuar los procedimientos con el fin de que los niveles de conducción tengan en forma clara y oportuna, la información para su accionar.

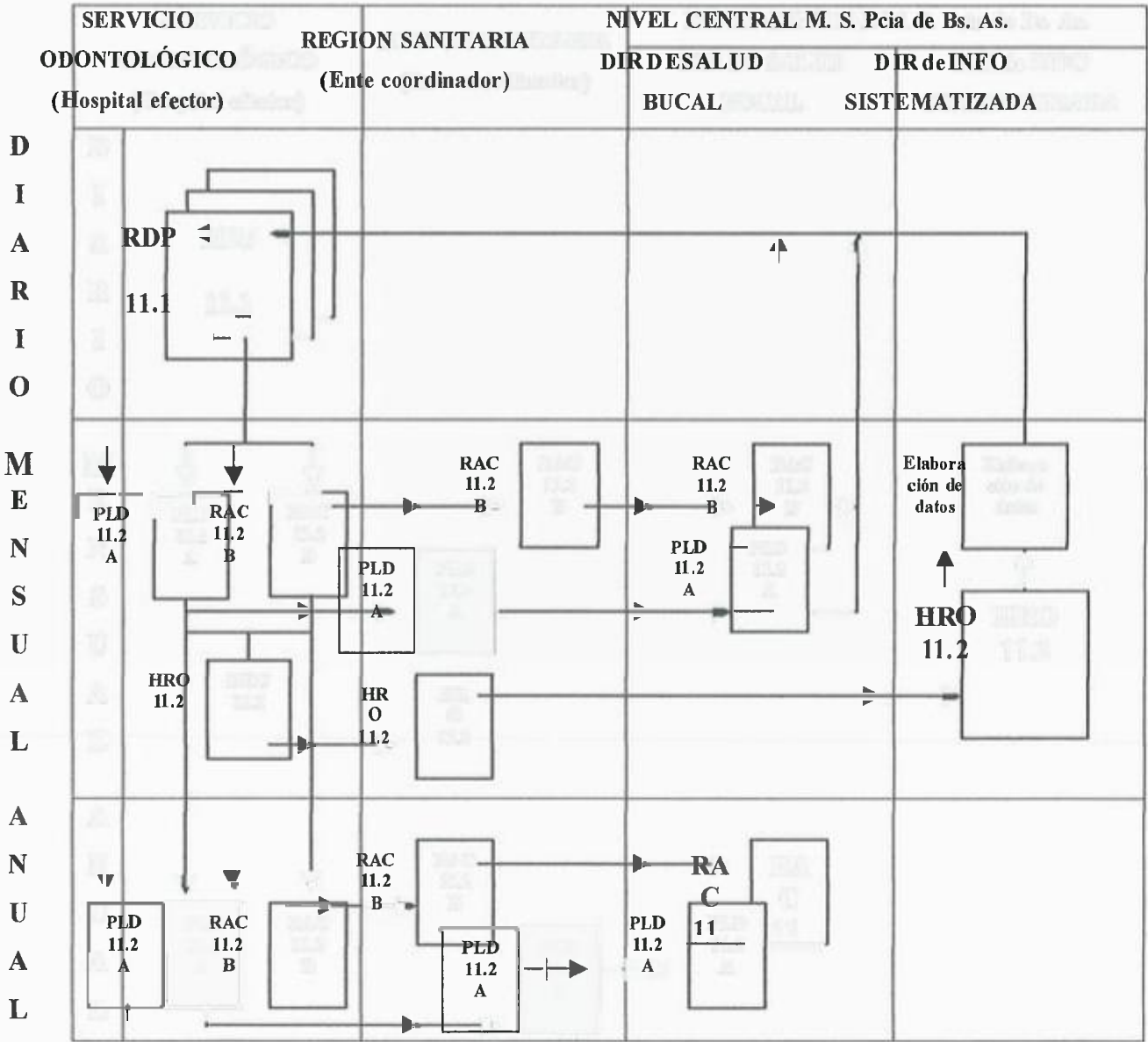
Formularios a utilizar:

- 11.1 – Rendimiento odontológico diario por profesional (RDP)
- 11.2 A – Prevención y limitación del daño (PLD) – Ren. Mensual y Anual
- 11.2 B – Rendimiento de Alta complejidad (RAC) –Rend. Mensual y Anual
- 11.2 Hoja de ruta odontológica (HRO)

El Hospital va a recolectar la información diaria proveniente del sector de clínicas de cada uno de los Profesionales, para realizar un parte mensual y posteriormente uno anual que serán enviados en forma mensual, semestral y anual al ente coordinador de la región geográfica de referencia, para que luego éste los envíe al nivel central.

El ente coordinador va a recolectar la información de cada uno de los efectores de salud de la región, a efectos de centralizar el envío de la información al nivel central y así evitar costos diversos y conservar el sentido de la oportunidad.

Cursograma del Sistema de Información Estadística



(Ver anexo estadística informatizada)

CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACION

El HPGD Especializado en Odontología y Ortodoncia “Dr. Juan Ubaldo Carrea”, desempeña el rol de centro referencial de prestaciones odontológicas, y es sede de la Coordinación Odontológica de la Región Sanitaria V, y base del Consejo Regional de Salud Bucal, articulando los distintos niveles de atención, Provincial y Municipal, con el objetivo de la formulación de la red de Salud Bucal Regional, cuya principal estrategia es la Atención Primaria de la Salud A. P. S.

Breve reseña histórica:

Nace como centro sanitario en el año 1950, ubicado en la finca de Juan de Garay 2478, localidad de Olivos, partido de Vicente López. Propiedad de característica de vivienda familiar, construida alrededor de los años 1920, pertenecía a una familia acaudalada de la zona, que la cedía en carácter de préstamo, en beneficio de la salud infantil del partido de Vicente López. Surge a partir del programa de sanidad escolar, centro provisto de 2 equipos dentales – dos Profesionales odontólogos – dedicados al I nivel de atención y emisión de certificados bucodentales y 2 equipos médicos – 2 Profesionales de la Medicina–relacionados con programas de vacunación escolar. Se completaba la atención pediátrica del partido con 2 unidades ubicadas en las escuelas N° 15 y 10 de Munro y otras 2 en la Quinta Presidencial de Olivos, total 6.

En 1958, ese centro se transforma en el Instituto de Odontología y Ortodoncia Infantil “General San Martín“, reuniendo los 6 puestos de trabajo del partido, con una fuerte presencia de la comunidad, representada por su Asociación Cooperadora. En el año 1960, la misma adquiere el inmueble a su nombre. Los salarios del personal siempre estuvieron a cargo del entonces Ministerio de Bienestar Social, actual Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El 18 de Septiembre de 1973, según documentación existente en el censo de bienes la Provincia de Bs. As., pasa a ser patrimonio del Estado Provincial. Ese mismo año, es categorizado como Hospital Sub Zonal Especializado en Odontología y Ortodoncia de Olivos. En 1991, recategorizado como Hospital Zonal, Perfil “C”, Especializado en Odontología y Ortodoncia de Olivos. El 17 de Octubre del 2002, por resolución de M. S. de la Provincia de

Bs. As., se le asigna el nombre propio “Dr. Juan Ubaldo Carrea”, por expediente N° 2921-265/02 y resolución 4535/02.

Actividades que desarrolla el Hospital

1. Promoción

1.1 Charlas de Educación para la salud

- Modalidad – frecuencia semanal
- Objetivo – concienciar a la familia de la importancia de la prevención de la salud bucal, dieta balanceada, requerimientos calóricos, dirigida a adolescentes, adultos, embarazadas
- Programa de educación continúa.

1.2 Videos de educación para la salud. El área de recepción acondicionada con 2 TV color para la proyección de videos relacionados con A.P.S.

2. Prevención

2.1 Detección y control de placa bacteriana, mediante el uso de soluciones o pastillas reveladoras

2.2 Enseñanza de cepillado

2.3 Control de dieta

2.4 Aplicación de fluoruros

2.5 Autoaplicación

2.6 Buches-comprimidos y pastas dentífricas

2.7 Aplicación del fluor tópico en la periodicidad que marca el criterio de riesgo establecido para el niño durante su examen inicial o posterior controles

2.8 Aplicador de selladores de fosas y fisuras en los casos indicados

2.9 Mantenedor de espacio

3. Recuperación

3.1 Inactivación de caries

3.2 Restauraciones de piezas dentarias (temporarios y permanentes)

3.3 Endodoncia de piezas permanentes y temporarias

3.4 Exodoncia de piezas permanentes y temporarias

3.5 Tratamientos de pacientes F.L.A.P. (paciente fisurados – labio alvéolo palatino)

3.6 Tratamientos de niños discapacitados, con distinto grado de discapacidad (motoras

o neurológicas)

3.7 Cirugía buco maxilar

4. Rehabilitación

4.1 Ortopedia de los maxilares

4.2 Ortodoncia de los maxilares

4.3 Prótesis

Articulación con los distintos programas, Provinciales y Nacionales.

- Programa Provincial de Salud Bucal
Meta – disminuir los niveles de incidencia y prevalencia de las patologías odonto estomatológicas
- Estrategia. Aplicación de planes interactuantes con la población materno infantil - Vida - Promin – SIDA – TBC.
- Programa Nacional Pronai- Filap (atención integral del fisurado labio alvéolo palatino)

De educación continua, desarrollo 2002/2004, con perspectivas de proyección 2010.

Declarado de interés Provincial por expediente N° 2921-320/02 y resolución 1441-21-08-03

- Objetivo: formación de profesionales odontólogos, Psicólogos y fonoaudiólogos, en la especialidad, de hospitales públicos de atención gratuita, en esta provincia y en provincias vecinas

LOCALIDAD	PROFESIONALES	ODONTOLOGOS	PROVINCIA
BARILOCHE	6	2	RIONEGRO
RAFAELA	8	1	SANTA FE
PTOMADRIN	6	2	CHUBUT
BAHIA BLANCA	5	2	BUENOS AIRES
S.S. DEJUJUY	6	1	JUJUY
RESISTENCIA	8	2	CHACO

Población asistida

Pacientes F. L. A. P de este partido, de otros partidos de la Peía. de Bs. As. y otras provincias vecinas.

- Meta – Diagnóstico y tratamiento del paciente FLAP y su posterior inserción a la sociedad.

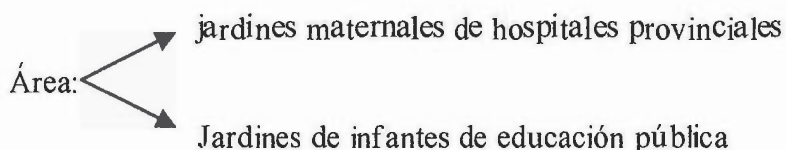
Operativos odontológicos programados

Población asistida 3000 niños.

- Objetivo – pacientes carenciados del partido de Vicente López correspondiente a los barrios, “Las Flores I y II” y “Las Lomas”.
- Meta: acciones de APS, I y II nivel

Actividades extramuros

Se ha Constituido el Consejo Regional de Salud Bucal, con sede en esta coordinación odontológica, integrado por los Municipios de Vicente López, San Isidro, San Fdo, Tigre, J C. Paz, San Miguel, Moreno, Pilar y Exaltación de la Cruz. Se articulan acciones de APS, la formulación de la red de salud bucal, inserción PMI de la salud bucal. Población asistida – embarazadas especialmente el grupo hectáreo de jóvenes y niños de 0 a 6 años. Dentro del programa Provincial de salud bucal el desarrollo de sub programa “Sonrisas bonaerenses”, orientado a establecimientos oficiales, provinciales y / o municipales del partido de Vte. López. Con el PMI de la Región Sanitaria V, y articulando con la Comisión Mixta de Educación y Salud.



Con la UBA

Jardín maternal – “Barquito de papel“. Ateneos, jornadas externas – internas de actualización profesional y técnica – capacitación en servicio.

De la estructura edilicia: Construcción en 2 plantas

Planta baja– 1º piso

PB – áreas de servicios al usuario

- a) Acceso – ingreso– rampa de acceso para personas con distinto grado de discapacidad
- b) Sala de espera
- c) Baños públicos – baño para personas discapacitadas
- d) Admisión - obras sociales

Servicios

- a) Servicio de ortodoncia
- b) Servicio de operatoria dental
- c) Servicio de residencia
- d) Servicio de cirugía buco dental
- e) Servicio de diagnóstico por imágenes
- f) Servicio de psicología
- g) Servicio de fonoaudiología

Dpto. de Estadística

Archivo – activo/ pasivo

Cooperadora

Depósito

Mantenimiento

Vigilancia

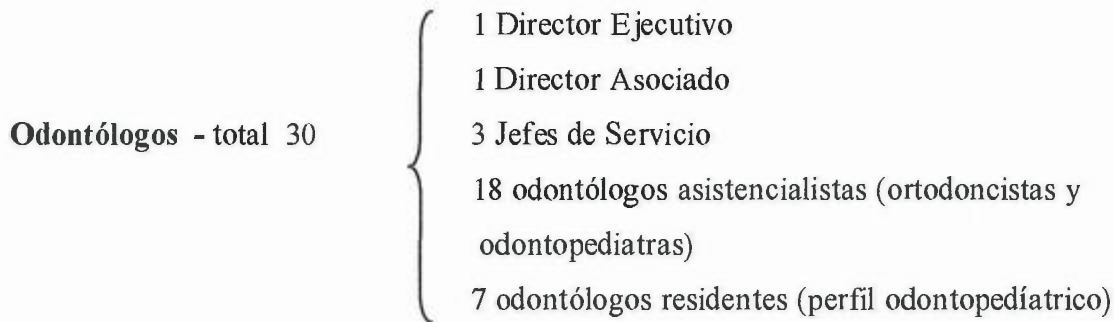
Limpieza

Patio posterior

PA – áreas secas

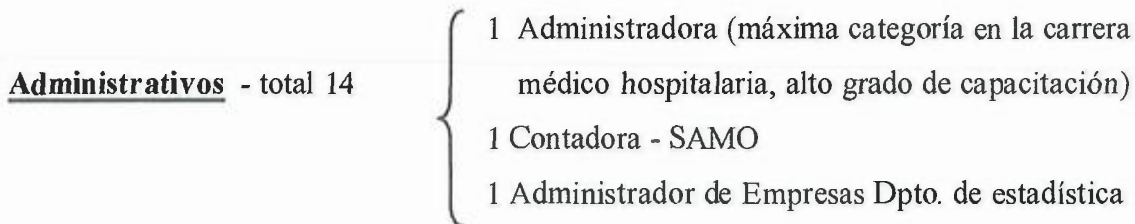
- a) Dirección
- b) Administración
- c) Del personal
 - a. Office
 - b. Vestuarios
 - c. Baños
 - d. Sala de reunión
 - e. Patio posterior

De los RRHH : Total 60 agentes



Técnicos

Asistentes dentales	10
TécnicosRX	2



Mantenimiento - total 2

Empresas tercerizadas

Limpieza 4 agentes, 8 horas /día

Vigilancia 1 persona/ día / turnos rotativos – POLAR – Policía de la Pcia. de Bs. As.

Superficie: Terreno - 484 m2

AÑO	SUP. CUBIERTA	TIPO
1973	350m2	Originales Aprox.
2000	600m2	Remodelaciones
2003	863 m2	1ª Etapa de obra – plan director
2004	1012 m2	2ª Etapa de obra – plan director

Puestos de trabajo:

- 19 equipos odontológicos
- 1 quirófano (prácticas especializadas)

Población asistida– datos al mes de Marzo 2004, suministrados por el Dpto. de Estadística.

Total de pacientes	18552 - 100%
Total de pacientes (bajas 1º trimestre)	173 - 0.93%
Total de pacientes activos	18379 - 99.07%

Atención mensual	4600 pacientes aprox.
Atención diaria	200 pacientes aprox.
Rango de atención	niños de 0 a 14 años

Horarios de atención Lunes a sábados de 8 a 20hs

No tiene implementado sistema de guardia nocturna

Esquema organizacional de la institución - Ver anexo 1

Los niveles de estructura, en principio, no son más de tres. Un nivel básico, de unidad operativa (UO), un nivel intermedio de área de producción (AP), asistencia o no asistencial, y

por último un nivel estratégico de Dirección (D). La existencia de esos tres niveles, refuerza la idea de una estructura no burocratizada. El personal de Staff, juega un papel de apoyo a los grupos de desarrollo estratégico y alimenta con información relevante a todos los niveles de responsabilidad.

Al observar el diseño, se ve que la dinámica de la organización (lo que antes se llamaba modelo funcional), responde con eficacia al funcionamiento propio de los procesos asistenciales que transcurren en el hospital. De hecho la mayoría de los proyectos de alcance estratégico deben ser resueltos con la participación simultánea de miembros de los tres niveles de decisión.

El proceso asistencial se convierte en el eje de este nuevo tipo de organización, ayudando a cumplir la misión del hospital, atención efectiva, eficiente y calidad hacia la persona enferma y su grupo familiar.

Breve descripción de los niveles:

A- Nivel Estratégico:

Director Ejecutivo: Rol de gerencia estratégica, proceso por el cual toma decisiones sobre objetivos a corto, mediano y largo plazo. Estudio de mercado, genera competencia de servicios y productos ofrecidos, intenta superar las amenazas internas y externas a la que está expuesto. Deberás ser capaz de “manejar” las relaciones de usuarios y proveedores de servicios, personal y la comunidad donde se desempeña.

Director Asociado: Rol gerencial asistencial, relaciones con el RR. HH. Profesionales y técnicos, interactuando

Consejo Profesional: 1- Nivel estratégico (Dirección)

2- Línea media (Jefatura de Servicios)

3- Administradora (Agente competente de la carrera Médico hospitalaria, con alto grado de compromiso hacia la institución, objetivos claros, metas precisas, responsabilidad y capacidad de gestión administrativo.

4- Dpto de Estadística (Responsable, Lic. en Administración de Empresas. Colaboración activa en la gestión de los procesos, herramienta fundamental del hospital público).

5- Departamento de SAMO (Responsable, Contadora Pública Nacional. Dpto. reestructurado y rediseñado de acuerdo a las necesidades del hospital 2004)

B-Línea Media: Reorganización de roles, división por servicios.

1 Jefe del servicio de ortodoncia

1 Jefe del servicio de ortopedia

1 Jefe del servicio de odontopediatría

Adquirió capacidad de gestión, participación en el logro de los objetivos propuestos, colaboración en la elaboración del presupuesto del HPGD, en los requerimientos de solicitud de insumos por servicios, y en la compras. Responsabilidades de área, docencia e investigación, supervisión del servicios de residencias, Dpto. técnico, Interactuación con el Dpto. de SAMO y Estadística, activa comunicación entre líneas. Reuniones periódicas con el nivel estratégico y el núcleo operativo, consenso, comunicación, facilidad de acceso.

C- Nivel Operativo:

Personal asistencial y no asistencial:

Se maneja con reglas claras, normas vigentes de diagnóstico y tratamiento, buenos niveles de respuesta favorables ante los objetivos propuestos. Integración a los mismo, gran espíritu de participación. Niveles de comunicación asegurados, interactuando entre sí.

Actores intervinientes

1. A nivel central, los actores protagónicos encargados de formular e implementar políticas de salud, en el ámbito Ejecutivo, Legislativo, Nacional, Provincial y Municipal.
2. A nivel local, 1 Gerente o su equivalente, responsable del resultado final de la organización, de la asignación de recursos y del cumplimiento de los objetivos

impuestos y de los objetivos de los distintos grupos y sectores unificando el sistema en pos de metas y programas comunes.

3. Personal del Hospital “Dr. Juan U. Carrea”, profesional-técnico y administrativo, esencia y espina dorsal del Hospital Público, en sus distintas jerarquías, funciones y responsabilidades.
4. La comunidad, la familia, la demanda.

OBJETIVO

Objetivo general

Exponer una experiencia realizada en un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires dependiente del Ministerio de Salud sobre un nuevo modelo de gestión por objetivos. En pos del logro de una mejor eficacia operativa y la propuesta de cambio cultural de la organización, desde un modelo burocrático a otro flexible y dinámico aportando las herramientas necesarias para el cambio

Objetivos específicos

- Identificar a los factores intervinientes
- Analizar la realidad de la situación existente anterior al cambio de gestión Marzo 2002.
- Analizar la realidad de la situación posterior al cambio de gestión – Año 2003
- Propuesta de cambio.

La experiencia propone como plan estratégico una transformación en el modelo de gestión administrativa HPGD en los distintos niveles de la organización. Sobre los recursos físicos en la elaboración de un Plan Director para reformular la estructura edilicia, sobre la tecnología instalada, sobre los RRHH (Personal), sobre la demanda – grupo familiar – comunidad.

Consiste en el compromiso de modificación de la cultura existente en la organización, demostrando la capacidad de impactos de mejora mediante la aplicación de modernos conceptos de planificación.

Incrementar la productividad a través de lo R. R. H. H. (principal razón de productividad y eficiencia) con el compromiso de la capacitación y participación del personal. Esto es lo realmente importante, no solo la incorporación de nuevos recursos económicos o tecnológicos, los R. R. H. H. deben ser considerados como los verdaderos motores de optimización funcional de la organización

Los objetivos institucionales deben de estar claros, definidos, conocidos y compartidos por todos los componentes de la organización. Esto asegurara tanto la direccionabilidad del proyecto, como la metodología y ética del escenario donde se desarrollen las tareas. Mantener una estructura simple y ágil esto es clave para el corte del modelo burocrático.

Las organizaciones deben de ser transparentes, cuadros simples, efectivos y poco numerosos. Los cargos deberán ejercerse con autonomía, responsabilidad y poder de autocritica, serán así valiosos aportes en el circuito funcional. Otorgar libertad de creación dentro de un marco controlado. Tener como imagen en nuestro horizonte de un organismo centralizado y descentralizado al mismo tiempo. Promoverá la creatividad y la iniciativa dentro de un marco de valores compartidos y objetivos no negociables.

Este camino implica un enorme desafío y compromiso por parte del responsable de la organización, requiere consenso de su personal con vistas a un cambio profundo, que requerirá tiempo e implica un acto de voluntad, convicción, conciencia y vocación de servicio. Se deberán esclarecer los objetivos, metas y estrategias creando un clima de participación. Habrá que eliminar la natural resistencia al cambio, romper la programación existente, activar la creatividad. Se deberá definir tareas y objetivos con el personal permitiendo la conjugación de los objetivos individuales con los de la organización, logrando satisfacer sus necesidades y aumentar sus capacidades en valores adecuados.

En un escenario de restricciones presupuestarias y graves déficits de R. R. H. H., es casi imposible lograr que la institución no ingrese a la cultura de la supervivencia.

Esta situación deberá afrontarse mostrando que los cambios de actitud, la capacitación y las energías fisiológicas y psicológicas disponibles, posibilitan la transformación que se pretende aún mas allá de las dificultades anteriormente mencionadas. El Hospital debe tener una misión, es la razón de ser de él mismo, su finalidad y explica que tenemos que hacer, para qué lo tenemos que hacer y para quién lo hacemos.

La misión es el horizonte ideal, que nos marcamos y hacia donde queremos dirigirnos como organización. La nueva gestión del H. P. G .D. tiene como meta, mediante la *satisfacción del proveedor de servicios* obtener como resultado la *satisfacción del usuario*, con la utilización de la tecnología adecuado, ambiente confortable, trato cordial, capacitación, comunicación constante y fluida en todos los niveles de la organización, conocimiento del personal de las políticas de gestión y administración a desarrollar, interés e integración al proyecto común, claro informe de los objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, comunicación de los resultados, situación que permitirá optimizar los servicios, disminuir los tiempos de la operatividad, ser mas eficientes, brindar mas calidad.

DESARROLLO

Análisis de los problemas identificados en la organización con anterioridad al cambio de gestión - 2002.

1)- **De la gestión administrativa:** Organización de carácter burocrático y estático. Sin metas ni objetivos fijos, poco grado de interés y participación general. Ausencias de normas claras de procedimientos y tratamiento. Organización paradigmática en estado de supervivencia.

Falta de nombre Propio del H. P. G. D. Significaba una gran debilidad de la organización, dificultaba su identificación siendo denominada de distintas formas. Ejemplos Hospital Odontológico, Hospital de los Olivos, Instituto de los Olivos, Instituto Odontológico, Hospital de Vicente López, etc. Conflicto instalado tanto a nivel externo como interno, *Desde el exterior:* a nivel Nacional, Provincial y Municipal, de la demanda de la familia y la comunidad.. *Desde el interior:* A nivel del personal profesional, técnico y administrativo del hospital.

2) **De los recursos físicos:** Nos encontramos con un Hospital cuya estructura física presentaba graves y riesgosos problemas. Desde su fachada de aspecto de vivienda familiar con una puerta de acceso pequeña, dos escalones, un pasillo central y una puerta interna, con dificultades para el ingreso debido a los escalones y al paso intermedio, ventanas al exterior con cortinas de enrollar de madera provista de rejas, Las cubiertas de techo deterioradas con muchas y diversas filtraciones en la mayoría de las áreas vitales. Las paredes medianeras e interiores debido a la antigüedad del edificio eran de adobe. Problemas de desagües cloacales de la red de agua que resultaba insuficiente para el abastecimiento del sistema odontológico. Red eléctrica con problemas en el suministro, paredes con inducción y transmisión de corriente - por su composición – adobe. Red de gas muy deteriorada con pérdidas parciales y con la imposibilidad de determinar a que zona correspondería la reparación de la misma. Área clínicas dispuestas de manera poco ergonómicas y sanitarias con necesidad de remodelación, ejemplo, diferencia de constitución de materiales en pisos y zócalos y de alturas de los mismos situación aún mas grave, paredes revestidas de azulejos de distintos tonos, deteriorados, sanitarios públicos en estado lamentables, etc.

3) **De la tecnología instalada:** Equipamientos por servicios en estados deficitarios antiguos y/u obsoletos, necesidad de evaluación en la relación costo beneficio del impacto económico

que dicha medida representaría en la organización en función de los fondos disponibles provenientes de su autogestión.

4) De los Recursos Humanos: Falta de compromiso e interés en los objetivos de la organización, no existen definiciones claras ni metas. Problemas de comunicación muy marcada entre las líneas de mando nivel estratégico, nivel medio y operativo, ausencia de creatividad personal y de poder decisión en todos los nivel de complejidad, de capacitación profesional, técnica y administrativa en servicio, de trabajo de equipo multidisciplinario, de interacción.

5) De la demanda, de la familia y de la comunidad: Dificultades en la accesibilidad al sistema, falta de información y orientación clara al usuario, falta de compromiso profesional hacia la población asistida, ausencia de acciones dirigidas principalmente a la oferta, ausencia de acciones dirigidas principalmente a la demanda, ausencia de piso y techo de los servicios ofrecidos.

Antecedentes

La palabra Hospital, tiene en latín dos acepciones figura como sustantivo, “hospicio” lugar de albergue de pobres y menesterosos, como adjetivo significa caridad. En estos dos conceptos definimos claramente cual es el “Sujeto” y cual es el “Objeto” del Hospital, que clasificaremos igual que a los antibióticos o a la tecnología de I generación, II generación y III generación.

Hospital de 1º generación

Al comienzo de la aparición de los hospitales, estos tenían como objetivo programático la caridad y el aislamiento. Los modelos arquitectónicos de aquella época era apabellonados buscando aislamiento epidemiológico, donado por familias de abolengo o instituciones de caridad, se imponían placas de bronce en la entrada de cada pabellón, con el objeto de recordar “ese noble gesto”.

El recurso humano, estaba constituido por religiosos, ex pacientes a los que se les pagaba con casa y comida, estudiantes de medicina (practicantes) y un jefe de pabellón único profesional y autoridad que trabajaba por el prestigio que ello le otorgaba. No existía la atención ambulatoria. Los pacientes con recursos se asistían en consultorios particulares y se

internaban en caso de necesidad en sus propios domicilios. El médico concurría en forma honoraria al hospital ejerciendo su profesión en forma liberal. – Privada. –

Hospital de II generación

El desarrollo científico tecnológico aportó nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento, los Hospitales pasaron de recibir pacientes para ayudarlos a morir bien, a estudiar las causas de la enfermedad e intentar distintos tipos de abordajes terapéuticos y se comenzó a trabajar en equipos. Se atiende a la demanda espontánea, es hospital cerrado. No existe compromiso con la comunidad, si tiene área geográfica de responsabilidad. Lentamente aparecen los servicios centrales de diagnóstico, tratamiento y los profesionales técnicos. Aparecen los consultorios externos.

Los profesionales pasan a ser asalariados dentro del hospital y se van desarrollando los sistemas mutuales de seguridad social que hacen que la profesión liberal deje de serlo.

Interviene el Estado y con los fondos del tesoro nacional se financian los hospitales.

Existe el recurso económico y la vocación política de volcarlo a la salud, el hospital los utiliza sin cuestionarse eficiencia o rentabilidad. Para los profesionales los recursos eran mágicos, inagotables, como llovidos del cielo y los disponían sin mayores controles. Financieramente se pasa de un modelo de beneficencia al hospital público. Se modifica la estructura y se construye en forma vertical o en monobloques de peine ejemplo en la Ciudad de Buenos Aires el Hospital de Clínicas, Hospital Fernández, etc. en la Provincia de Buenos Aires el Hospital de Lanús, el San Martín, Avellaneda, Eva Perón etc.

En 1933 en EEUU, a parece el Colegio de Administración Hospitalaria y sus principios llegaron al país. El nuevo modelo de hospital es organizado y aparece la figura del Administrados Sanitario, quién no solo utiliza las herramientas de la administración general como así también se encuentra comprometido con la salud pública.

Hospital de III generación

Pasa del modelo de la reparación del daño de la enfermedad a la atención integral, oportuna, eficaz, eficiente, accesible, el Hospital tiene área programática, geográfica, epidemiológica y social, sobre la cual desarrolla programas de salud sobre los individuos y el medio.

Se trabaja sobre la demanda espontánea pero se analiza la necesidad de dar respuesta. Siguiendo el modelo de Levell y Clare, se incorpora la promoción, prevención y

rehabilitación como un quehacer diario del hospital público. Se integran redes de servicios por complejidad de efectores permitiendo que por cualquier puerta el paciente tenga acceso al sistema. Las internaciones son más breves y la atención se realiza en base de cuidados progresivos.

Los costos crecientes obligan a buscar otras formas de financiación y al crédito presupuestario asignado por el Estado se suman otras fuentes, facturación de prestaciones a la seguridad social, empresas de seguros y medicina prepaga. Las formas de retribución del acto médico se modifican buscando opciones que complementan el salario (redistribución de recursos genuinos) y que actúan como incentivos de productividad. La administración es descentralizada, encontrándose en cada establecimiento con un grado de avance distinto.

Arquitectónicamente los hospitales vuelven a extenderse en superficie y no en altura. Las áreas de atención ambulatoria antes minimizadas adquieren gran preponderancia en la utilización del espacio y se pretende que no tengan un número mayor de 500 camas.

Hospital moderno

Dejando de lado cualquier debate ideológico, el hospital público de hoy debe considerarse como una verdadera empresa de salud. La descentralización es la estrategia central de cualquier proceso de cambio, significa un traspaso completo de los recursos financieros disponibles en la gestión, tanto en los gastos operacionales como remuneración e inversión.

En el sentido jurídico – institucional, la descentralización es vista como una forma de estructuración del poder estatal.

Descentralizar significa atribuir funciones específicas, antes efectuados por N. C. a órganos de gobierno local, regional quienes gozarán de autonomía política en la gestión de sus propios intereses.

De la perspectiva política, la descentralización significa redistribución de recursos de poder, con el fin de valorizar intereses locales o regionales.

De la perspectiva social, es una relación entre un proyecto social mayor y el mantenimiento de entidades locales.

De la perspectiva económica, es una forma de redistribución de costos y beneficios.

De la perspectiva administrativa, es vista como una de las formas de dividir y especializar el trabajo. La descentralización ocurrió por el debilitamiento del poder central y sus entidades

administrativas y es medio para resolver insatisfacciones, relacionadas con un estado autoritario, el déficit de los servicios públicos, las dificultades financieras y las insuficiencias administrativas.

Descentralizar exige transferencia de poder, de responsabilidades y recursos, exige que las decisiones especialmente en el área financiera, organizacional y de control y las normas que guíen cada establecimiento surjan dentro de los límites de la autonomía local.

H. P. A. – Decreto de autogestión

Visto el decreto N° 1269 del 20 de Julio de 1992 por el cual se aprobaron las políticas sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social y considerando que es la política sustantiva la que mejora la accesibilidad, eficiencia, eficacia y calidad de la atención médica y que corresponde diseñar un sistema de atención médica que lo garantice, optimizando todos los recursos disponibles, define el rol del hospital público dentro de la red de atención y por ello el Presidente de la Nación Argentina firma el decreto N° 578/93:

Art. 1 –Los agentes del Sistema Nacional de Seguros de Salud están obligados a pagar según debito automático las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos que cumplan con lo prescripto en la normativa y que estén inscriptos en el Registro Nacional de H.P. de autogestión (H.P.A.).

Art. 2-Se crea dependiente de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social el Registro Nacional de H. P. A.

Los artículos siguientes de decreto se refieren a la forma de control y tratamiento del H. P. A. y al marco prestacional y organizacional adecuado que debe cumplir frente a la comunidad

Art. 11 –Los ingresos que recibe el H. P. A., por el cobro de prestaciones serán administrados por el mismo debiendo fijar la autoridad sanitaria jurisdiccional el porcentaje de distribución, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires considera:

- a) - **10%** - Fondo de distribución solidaria, asignado al nivel central, con destino al desarrollo de acciones de atención de la salud en áreas prioritarias.
- b) – **40%** - El fondo para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital, administrado por las autoridades del mismo.
- c) – **50%** - Fondo de distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y funciones de acuerdo a la pauta de porcentajes que fije la autoridad jurisdiccional.

Art. 15- Los agentes del Sistema Nacional de Seguro de Salud están obligados a saldar el pago de lo facturado por el H. P. A. dentro de los 30 días transcurridos de la presentación de la facturación mensual del 1-5 del mes siguiente a la facturación.

Art. 16- Vencido dicho plazo y de no mediar acuerdo el H. P. A. podrá reclamar el pago al ANSSAL quien procederá automáticamente al debito de lo facturado de la cuenta del agente del Sistema Nacional de Seguros de Salud y al pago del mismo dentro de los quince (15) días hábiles de efectuada la retención en casos de discrepancia en la facturación entre partes será el ANSSAL quien decidirá esta cuestión en forma definitiva.

Este Decreto Nº 578/93 de Hospitales Públicos e Autogestión es derogado por el Decreto Nº 939/2000.

Considerando:

Que luego de 7 años de implementación del mencionado decreto se ha observado una serie de dificultades que se deben corregir, que el Gobierno Nacional basa esta decisión en el marco de profundo respeto a la autoridad Provincial y Municipal en Salud, que es fundamental promover acciones de A. P. S. y el sistema de médicos de cabecera que deberán ser parte integrante de los sistemas de salud y tienen el objetivo final de reorganizar las instituciones. La Dirección General de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud procede a su implementación

Art. 1 –Se crea el régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (H. P. G .D.)

Art. 2- Promover acciones de A. P. S., respetando el marco de equidad, solidaridad, accesibilidad y calidad garantizada.

Art.3- Crea en el ámbito de la secretaría de atención sanitaria del Ministerio de Salud el Registro Nacional de H. P. G. D. que reemplazará el Registro Nacional de H. P. A. creado por Decreto Nº 578/93.

Art.4- Las distintas jurisdicciones a nivel Provincial y/o Municipal podrán inscribir a todos los Hospitales Públicos que consideren cumplimentar dichas normas.

Art.17- Los agentes del Sistema Nacional del Seguros de Salud están obligados a saldar el pago de lo facturado por el H. P. G. D. dentro de los (60) sesenta días corridos de presentada la facturación mensual.

Art. 18- Vencido dicho plazo el H. P. G. D. deberá reclamar el pago no saldado ante la Superintendencia de Servicios de Salud (S. S .S.) la que procederá al debito automático de lo facturado y al pago del mismo dentro de los (15) quince días hábiles de efectuada dicha rendición facturándolo de la cuenta del agente del Sistema Nacional de Seguros de Salud.

En caso de discrepancias en el pago la S. S. S. tendrá opinión definitiva de resolución.

Art. 21- Derógase el Decreto N° 578/93.

Como se observa ambos decretos promueven acciones de equidad, solidaridad, accesibilidad y calidad garantizadas. Preveen la reorganización de los sistemas de salud en todos sus niveles.

Diferencias importantes

El Decreto N° 578/93 habla de la creación del H. P. A. y de la inscripción del mismo en el Registro Nacional de H. P. A. dependiente de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social. Su Art. 15 habla del pago por parte de los agentes del Sistema Nacional de Seguros de Salud dentro de los (30) treinta días de presentadas las facturaciones por parte del H. P. A. y vencido el plazo y no efectivizada la deuda podrá apelar al ANSSES quién procederá por debito automático al pago del mismo dentro de los (15) quince días hábiles de presentada la facturación. El Decreto N° 939/2000 considera la creación del H. P. G. D. con los mismos objetivos y metas que el Decreto anterior pero pone especial énfasis en acciones de A. P. S., los médicos de cabecera y en la garantía de calidad total por parte de los prestadores de salud.

Art. 17- Los agentes del Sistema Nacional de Seguros de Salud están obligados al pago de lo facturado por el H. P. G. D. dentro de los (60) sesenta días corridos luego de presentada la facturación mensual.

Art.18- Vencido el plazo del mismo y sin mediar pago el H. P. G. D. este reclamará lo adeudado frente a S. S. S. quien procederá al cobro del mismo dentro de los (15) quince días hábiles de presentada la facturación. En virtud del Decreto N° 578 del 1° de Abril de 1993 donde se crea el Registro Nacional de H. P. A. dando cumplimiento a los requisitos establecidos por Resolución N° 131 del 5 de Julio de 1993 del Registro de la Secretaría de Salud y de acuerdo a lo establecido en el Art. 17 y 19 del mencionado Decreto y visto la solicitud formulada por el Señor Ministro De Salud y Acción Social de la Provincia de Buenos Aires, el Secretario de Salud, resuelve que el entonces Hospital Subzonal Especializado en Odontología y Ortodoncia de Olivos se instituya en H. P. A. juntamente con otros efectores de la Provincia de Buenos Aires identificándolo con el numero de código personal 01.32.0380- con fecha 5 de Agosto de 1994 por Resolución N° 11165/94.

Antecedentes locales

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires durante el año 2000 introdujo cambios sustanciales, en el modelo de relación entre el Nivel Central y los Hospitales

Públicos de la Provincia. Impulsó conceptos de gestión por objetivos y convocó a las direcciones de los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires a tomar este modelo hacia dentro de ellos mismos, en la búsqueda de compromisos de gestión.

Es ejemplo de ello el Hospital Zonal de Agudos "San Roque" de Gonet, La Plata compromiso de gestión del año 2000. Quien realizó una experiencia por micro objetivos, en pos de optimizar su operatividad y lograr mejora continua en la calidad de los productos ofrecidos.

Datos obtenidos a través del M. S. Prov. Buenos Aires año 2000.

Antecedentes extranjeros

El Hospital de Zumárraga, perteneciente a la red de Osakidatas/Servicio vasco de salud, es un Hospital general de ámbito comarcal que atiende una población de 100.000 personas en Europa, País Vasco, España. A realizado un plan estratégico de gestión por objetivos y procesos en el año 1993, como un proyecto de mejora continua para aumentar la eficacia y eficiencia de los servicios que ofrecen a sus clientes. Reconoce un compromiso con el concepto de calidad total, comienza la propuesta en el año 1993, progresivamente los distintos niveles del Hospital desde los gerencial, medio y operativos, han recibido conceptos y herramientas de gestión a través de un plan estratégico.

En 1997 establece una línea de aprendizaje, difusión e implementación de políticas de calidad utilizando el modelo E. F. Q. M. (Modelo Europeo por Excelencia). En la primera auto evaluación de 24 acciones de mejora propuesta se llevaron a cabo 6. Esta experiencia llevo al Comité De la Dirección a priorizar 5 acciones de mejora, tras la 2º autoevaluación se hizo posible que todas se llevaran a la práctica. Globalmente el proyecto de gestión por procesos y objetivos ha sido el de mayor impacto en el hospital, al haber afectado a la operatividad del mismo (efectividad) y a su sistema de gestión. Publicado en la Revista Calidad Asistencial 2000; 15: 142-150. País Vasco, España. Nombre del Artículo: Gestión por procesos en el Hospital de Zumárraga y Modelo Europeo por Excelencia: *Gestión y evaluación de la mejora continua.*

Al inicio de la gestión nos hemos propuesto objetivos definidos a cumplimentar

1) Formulación de una propuesta de transformación y cambio de gestión de H. P. G.D

Se intento desde una organización burocrática y estática reestructurar los procesos agilizar la comunicación, despertar el interés y la autocrítica capacitación general, compartir objetivos y metas claras en pos de ideales comunes.

2) Falta de identidad propia del H. P. G .D.

Por Expediente N° 2921-265/02 las autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires imponen al Hospital Zonal Descentralizado Especializado en Odontología y Ortodoncia de Olivos el nombre propio “Dr. Juan Ubaldo Carrea” con fecha 17 de Octubre de 2002 – Resolución N° 4535/02. Esta gestión comienza con la búsqueda de los datos a nivel central – Dirección de Hospitales – del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs. As. de cual era la normativa de procedimientos para imposición de nombre propio de un efector público de la Provincia de Buenos Aires. Así surgen tres modalidades de designación 1) Nombres de razones políticas, 2) de razones religiosas 3) de razones culturales y profesionales.

En realidad la casi total mayoría de los efectores públicos provinciales o municipales a su inauguración cuentan con nombre propio además de la categoría y perfil de especialidad. Es importante para la identificación como proveedor de servicios del Sistema de Salud, para otros efectores, a nivel nacional, provincial y municipal con el poder Legislativo y Judicial, con las distintas instituciones profesionales y no profesionales, gubernamentales o no gubernamentales y en su marco jurídico. Para su propio personal, la sociedad la familia y la demanda asistida.

Se nos informó la necesidad de organizar un Expediente donde además de decidir respecto de la personalidad sobre la que correspondiera dicha designación cualquiera fuera la modalidad de la misma habría otros ítems para cumplimentar. El aval de las instituciones profesionales de la Provincia de Buenos Aires, de las asociaciones intermedias del Partido de Vicente López, de las autoridades del Gobierno Municipal, de las entidades intermedias gubernamentales o no gubernamentales, de la familia si existiera, del personal de la organización solicitante.

Luego de un profundo análisis del seno de la Asociación de Profesionales y Técnicos de la organización surge la necesidad de imposición de nombre propio por razones culturales y profesionales contando la iniciativa con el consenso de todo el personal de la misma. Dentro de esa modalidad varios fueron los postulantes que cumplimentaban el perfil deseado pero le fue otorgado al Dr. Juan Ubaldo Carrea en virtud de sus meritos y antecedentes y su trayectoria tan particular.

Se procedió a confeccionar el Expediente para su posterior elevación ante las autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires con el Nº 2921-265/02 y por Resolución 4565 del 17 de Octubre de 2002 el mismo cumplimentó lo solicitado. Prestaron su conformidad para la designación las autoridades del Colegio de Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, el Consejo Superior del Colegio de Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, el Colegio de Odontólogos distrito IV, base geográfica del H. P. G. D. Entidades intermedias, asociaciones profesionales y civiles, Consejo Regional de Salud Bucal, Secretaría de Salud del Municipio de Vicente López, Secretaría General del Municipio de Vicente López, el Señor Intendente del Municipio de Vicente López, la autorización de la familia del Dr. Carrea, representada por sus tres nietos y su grupo familiar y la asociación de profesionales, técnicos y administrativos del H. P. G. D.

El día 22 de Noviembre de 2002 se realizó a las 11:00 horas un acto celebrando el evento plasmándolo en una placa de bronce que se colocó al ingreso del Hospital, al que concurrieron las autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, su propio Ministro, Director de Hospitales y representantes de distintas direcciones jerárquicas, las autoridades municipales, el Señor Intendente de la Municipalidad de Vicente López, el Secretario General, el Secretario de Salud y Subsecretario, el Señor Coordinador de la Región Sanitaria V, representantes de entidades odontológicas profesionales, círculos odontológicos, Consejo Regional de Salud Bucal, Sociedad Argentina de Ortodoncia, Federación de la Provincia de Buenos Aires, Directores de Hospitales Nacionales y Provinciales, personal de H. P. G. D. , familiares, pacientes, comunidad. Al cierre del acto se realizaron las bendiciones cristianas correspondientes. El logro de este objetivo dio resultados de gran impacto en el ámbito exterior e interior.

Desde el exterior sobre el nivel Nacional, Provincial y Municipal permitió el fácil reconocimiento del efector que paso de ser del denominado “cariñosamente” Hospital Odontológico de los Olivos a ”Hospital Dr. Juan Ubaldó Carrea.“.

Desde los niveles profesionales e intermedios se sucedieron idénticas situaciones.

La familia, la sociedad, la demanda asistida sintió también el sentido de pertenencia a una institución que ahora se identificaba con facilidad no por su localidad sino por su designación propia.

Desde el interior el personal profesional, técnico y administrativo en sus distintas funciones y jerarquías formó parte de un objetivo común realizado y se sintió posicionado dentro de una

institución que contaba con denominación propia consensuada y propuesta por la mayoría y que brindaba reconocimiento a tan ilustre profesional con quien se identificaba.

3) De los Recursos Físicos

Ante este panorama crítico se consensuó con las autoridades de Ministerio de Salud de la Pcia de Bs.As., la necesidad de encarar un proyecto que contemplara la remodelación integral del edificio existente, antes de priorizar emprendimientos aislados que habrían resultado poco útiles en relación costo-beneficio. A través del Dpto. de Recursos Físicos en Salud del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs. As. se procedió a la elaboración de un plan Director que contempla la realización de dicha obra en tres etapas consecutivas, esta propuesta resulta más económica, segura y sanitaria.

En el desarrollo del Plan Director intervino activamente el nivel estratégico de la organización volcando las necesidades clínicas-odontológicas de forma y función, aspectos de atención los temas profesionales y de la demanda, que el Dpto. de Recursos Físicos tradujo a nivel de arquitectura.

Realizado en tres etapas con el objetivo de asegurar:

- a- el proceso de funcionamiento y asistencia diaria
- b- repartir el costo de la obra, debido a la disponibilidad de fondos existentes.

De la 1º Etapa

Se realiza por Expediente 2900-42180/02 costo total de la obra\$ 282.000 duración de obra 140 días. Realizada con recursos genuinos del Hospital provenientes de la capacidad de autogestión, la misma contempla

- **Desde lo intangible**

el reemplazo de cubiertas de techos, reposición total de red de agua, red eléctrica, red de gas.

a) **Red de agua**, la provisión de un tanque cisterna, para permitir el correcto funcionamiento del equipamiento odontológico desagües cloacales adecuados y suficientes.

b) **Red eléctrica**, numerosos tableros por circuitos aislados y con disyuntores térmicos de seguridad. Sensores de humo en caso de incendios, alarmas para incendios y alarmas anti-robos

c) *Red de gas*, sensores para determinar la pérdida de gas por ambiente y sus respectivas alarmas en el tablero principal.

- Desde lo tangible

Vereda y fachada nueva, ingreso con la provisión de rampa para pacientes discapacitados, con distintos grados de discapacidad neurológica o motora. Remodelación integral de la sala de espera, área de Admisión, obras sociales. Baños públicos, creación de baños para pacientes discapacitados. Remodelación integral de servicio de ortodoncia. Cambio de paredes medianeras internas, cielorrasos, y pisos de granito. Estructuras ágiles, dinámicas, funcionales de aspecto agradable, calido y confortable. Instalación de sistema de aire acondicionado frío calor en los distintos niveles de la organización.

En planta alta “ PA. “, la instalación de una losa para concretar obras correspondientes a la segunda II Etapa, la construcción de una sala de máquinas, donde se ubicaron los tanques de agua de acero inoxidable en batería y los termo tanques que abastecen de agua caliente a los distintos ambientes y donde en el futuro – II Etapa – se instalará el sistema de aire frío-caliente central. Es de notar que ya se vislumbra un nuevo Hospital totalmente rediseñado, moderno, seguro y sanitariamente mejor dispuesto. Esta etapa comenzó a desarrollarse el 5 de Febrero del 2003 y concluye el 15 de Agosto de 2003. Previo acto de licitación y adjudicación a la empresa favorecida por la mejor oferta.

Actores intervinientes

- a) Nivel central – Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires - Dpto. de Recursos Físicos en Salud – Plan Director
- b) Nivel estratégico, línea media y consejo profesional
- c) Núcleo operativo – Personal todo del hospital
- d) La demanda – la familia, la comunidad.

A pesar de las graves dificultades sufridas en esos largos seis meses de obra, se logró mediante la planificación adecuada sobrellevar la situación, por ejemplo: sin gas soportando bajas temperaturas, en lugares estrechos áreas de trabajo superpuestas debido que la remodelación dejo fuera de servicio a cuatro unidades odontológicas reduciendo así el 22,2 % la capacidad operativa instalada. Se improvisó con la empresa y el Dpto. de Recursos Físicos

una nueva vías de ingreso al sector posterior, a través de un túnel absolutamente aislado se ubicó el área de admisión y se adecuaron los horarios profesionales y técnicos y sus agendas.

Se pautaron oportunamente los períodos vacacionales, se realizaron reuniones con el nivel medio y el núcleo operativo, para comunicar los objetivos de esta remodelación integral y sus beneficios posteriores y consensuar las medidas a adoptar ante esta contingencia. A pesar de las estimaciones proyectadas respecto a la posible reducción de la producción estadística, capacidad de autogestión y aumento del porcentaje de ausentismo del personal y del usuario, al observar los datos obtenidos en este período se puede precisar que no sufrieron variaciones significativas.

Cabe señalar que no solo el personal al hospital afectaba el desarrollo de la obra, sino también a los usuarios, debido que la sala de espera se encontraba reducida a un largo pasillo, sin calefaccionar, con pocos asientos, con baños químicos que representaban serios inconvenientes. Sometidos a prolongadas esperas, en función de la reducción del equipamiento, con un alto grado de hacinamiento.

Se procedió a la inauguración de esta I etapa edilicia mediante un acto formal realizado el día 26 de Septiembre de 2003 a las 11: 20 Hs. el mismo contó con la presencia de la Señora Esposa del Gobernador de la Provincia de Buenos Aires Lic. Teresa de Solá, el Señor Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Señor Director de Hospitales, Director del Departamento de Recursos Físicos en Salud, Dirección de Personal y otros importante funcionarios del nivel central, autoridades Municipales, el Señor intendente de la Municipalidad de Vicente López, Secretario General, Subsecretario de Salud, Secretario de Salud, representante del colegio de odontólogos de la Provincia de Buenos Aires y Federación Odontológica de la misma, entidades profesionales, entidades gubernamentales y no gubernamentales, círculos odontológicos, asociaciones odontológicas, Consejo Regional de Salud Bucal, Directores de los distintos Hospitales Provinciales de la región sanitaria, Hospitales de Odontología del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, autoridades de la Región Sanitaria V, personal del Hospital profesional, técnico y administrativo, familiares, vecinos comunidad y demanda asistida. A la finalización del acto se procedió a la bendición cristiana de las nuevas instalaciones y del personal del establecimiento.

La 2º etapa edilicia corresponde al expediente 2900-65.765/2004 con un presupuesto oficial estimativo de \$284.058 c/85 a licitar en el transcurso del mes de mayo del año en curso, con

perspectivas de inicio en el próximo mes de junio, tiempo estimado de duración de obra-140 días. Esta etapa comprende en P. B. la remodelación integral del servicio de odontopediatría, paredes, techos, pisos a nivel, mesadas, reubicación del equipamiento odontológico, P. A. integración de la fachada del primer piso con la loza existente y la construcción en la misma de las áreas de dirección, dirección asociada, administración, sala privada de reuniones, un auditorio con capacidad para 100 personas y un área de trabajo y reunión para el comité de docencia e investigación y servicio de residencias, creación de un patio superior anterior, con detalles de decoración revestimiento del piso en madera, colocadas en forma diagonal y la provisión de canteros con plantas naturales completando el ambiente.

Procedimiento a nivel de gestión.

Comunicación a todo el personal de la nueva obra a emprender. Ajustar la normativa de procedimientos por servicios, participar a todos los integrantes de la organización y a los usuarios de la necesidad de “asegurar” el edificio en función de nuestras necesidades brindando mayor confort y accesibilidad a nuestra creciente demanda, comunidad, familia.

Esta obra se realizara con fondos propios generados por la autogestión del HPGD y con un subsidio de \$50.000 otorgado por el Nivel Central. Nuestro hospital “Dr. Juan Ubaldó Carrea” es modelo de autogestión en la Provincia de Buenos Aires, se maneja con casi total autonomía del Nivel Central, debido que utiliza de su presupuesto oficial lo referido a sueldos del personal profesional, técnico y administrativo, de los servicios luz, gas, TEL, y el recurso de 12 cajas chicas de carácter mensual de \$6.000 para gastos de menor consideración a rendir. El costo de las empresas terciarizadas-vigilancia y limpieza- también depende del presupuesto absorbido por el nivel central. Los insumos, materiales odontológicos, tecnología, instrumental, mantenimiento de edificio, de equipamiento, de aire acondicionado, obras nuevas, remodelaciones diversas, contrato con empresa de recolección de residuos patológicos, recarga de matafuegos etc., son solucionados a través de la capacidad de autogestión.

Las compras realizadas con esta autonomía resultan convenientes, se obtiene costos más bajos, mayor calidad, proveedores eficientes y oportunos, ofertas adecuadas al mercado, relación costo-beneficio muy acertada.

La 3º etapa a realizar en el futuro siguiendo el plan director prevee, en P. B. la reformulación de los servicios de diagnóstico por imágenes, residencias, cirugía buco-maxilar, psicología, fonoaudiología, área de esterilización, reubicación del archivo activo / pasivo y la creación de

un patio central alrededor del cual en forma circular se ubicara la espera, el cual brindara luminosidad y aireación a la organización. La provisión de un ascensor para facilitar el acceso a personas con distintos grados de dificultad. En PA reformulación de las áreas privadas del personal. De ninguna forma las sucesivas etapas afectan lo construido o remodelado precisamente el plan director tiene coherencia de continuidad en la estructura y organización de la obra. En el aspecto edilicio marchamos hacia una imagen nueva de nuestro hospital publico que creemos que será modelo y orgullo de la salud bucal en la Provincia de Buenos Aires.

Respecto al punto tres

Deficiencia de equipamiento

Luego de asegurar los recursos físicos se precederá a evaluar la necesidad de renovación de las unidades odontológicas y/o tecnología existente en vías de optimizar servicios, reducir nuestra operatividad, ser más eficientes, brindar mas calidad, dar respuesta al usuario previa evaluación de la relación costo beneficio y la disponibilidad de los fondos existentes (SAMO)

Respecto al punto cuatro

A nivel de los RRHH

Se Intentara trabajar a través de la Dirección de Hospitales del Ministerio de Salud de la Peia de Bs. As, en la confección de nuestro plantel básico, como para devolver de esa forma en cantidad y calidad del recurso perdido. Se trabajara también sobre la capacitación del personal profesional, técnico y administrativo en cursos de actualización y perfeccionamiento por áreas, a través de un convenio entre la UBA de odontologia y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires referido al Hospital “Dr. Juan Ubaldo Carrea“ en vías de pronta resolución en el transcurso del mes de junio, con el objetivo de permitir capacitación en servicio, congresos, ateneos, trabajos de investigación en conjunto, etc.

Se insistirá en políticas de gestión y comunicación entre las líneas de mando y en la necesidad de asegurar el sentido de pertenencia a la organización, ser parte de un todo.

Garantizar la creatividad con responsabilidad y apoyar los emprendimientos individuales de cada nivel de operatividad. Nivel estratégico de puertas abiertas con gran capacidad de interacción.

Respecto al punto cinco

De la demanda-la familia- la comunidad

Se establecerá un techo para el nivel prestacional, asegurando sobre todo el acceso, la equidad, la solidaridad y la calidad. Estableceremos normas claras de procedimientos por servicios en pos de lograr mayor eficacia y eficiencia en nuestra operatividad.

Objetivos mediatos propuestos:

- 1- Organización de guardias nocturnas desde 20:00 Hs. hasta 08.00hs.
- 2- Asistencia a pacientes adultos mayores de 14 años, mujeres embarazadas.
- 3- Integración del sub programa de salud bucal al programa Materno Infantil de la Región Sanitaria V

Resultados

Cambio de gestión por objetivos

Con la propuesta de la nueva gestión por objetivos en principio se observa un cambio en la conducta de la organización en todos los niveles. Desde la formación del consejo profesional, donde interactúan en forma permanente la línea media-jefatura por servicios- el Dpto. de estadística, el Dpto. de SAMO, la administradora, se nota la armonización que buscamos, el grado de participación y compromiso y por sobre todo un cambio paulatino hacia el modelo no burocrático.

La línea media asume sus roles por servicios y divide las responsabilidades en áreas bien definidas, comparte y colabora en la marcha de los procesos de gestión con poder resolutivo, autocrítica y comunicación interactuando. El núcleo operativo, frente a normas claras, cuadros transparentes, objetivos definidos inmediatos y mediatos, medición de resultados, responde satisfactoriamente con carácter participativo, comunitario alto grado de profesionalismo y vocación de servicio, actitud nada burocrática. La demanda, grupos familiares se encuentra contenida con reglas simples de juego, informada y capacitada.

Se observa el alto grado de satisfacción que el usuario manifiesta respecto al nivel prestacional, operacional y a la capacidad hotelera que la institución brinda en el presente en vías de mejorar en un futuro inmediato expresada en forma verbal o en encuestas de satisfacción realizadas en forma interna. La familia y la comunidad representada por las Autoridades Municipales, comerciantes y vecinos quienes manifiestan a través de medios televisivos, canales de cable- Ej. 15 Multicanal- canales de aire, periódicos locales, publicaciones locales, Diario Clarín, con comentarios de carácter general, el beneficio que representa disponer en su partido de un Hospital Publico de Odontología de este nivel de capacitación y estructura edilicia, que no hace mas que jerarquizar a su entorno y que constituye un enorme logro entre sus efectores locales y regionales

De la imposición del Nombre Propio

El logro de este objetivo dio resultados de gran impacto a nivel externo e interno.

Desde el exterior a nivel Nacional, Provincial y Municipal permitió el fácil reconocimiento del efector que paso de ser cariñosamente denominado “Hospital Odontológico de los Olivos” a ser “ Hospital Dr. Juan Ubaldo Carrea”. Desde los niveles profesionales e intermedios se sucedieron idénticas situaciones. Desde el interior de la organización, el personal profesional,

técnico y administrativo en sus distintas funciones y jerarquías formo parte de un objetivo común ya realizado y se sintió posicionado dentro de una institución que en principio contaba con denominación propia consensuada y propuesta por su mayoría y que le brindaba el reconocimiento a tal ilustre profesional, la demanda, la familia, la comunidad también sintió el sentido de pertenencia a una institución que ahora se identificaba con facilidad no por su localidad “de los olivos” sino por su nombre propio.

De los Recursos Físicos

El impacto de esa 1° etapa edilicia se vio reflejado en todos los niveles de la organización. Desde un principio la participación al proyecto y la necesidad de realizarlo se hizo eco en todo el personal, quien se sintió identificado con sus objetivos y puso énfasis en el logro de los mismos, dejando de lado cualquier situación personal. A nivel de la demanda a pesar de los serios inconvenientes sufridos ratifico con su presencia la necesidad de la obra emprendida, entendió sus objetivos, los abaló y participó del cambio generado.

Este enorme esfuerzo se realizó entre todos y para todos, es un gran trabajo de equipo, donde cada actor desde el lugar que le corresponda estar posicionado presta colaboración, con verdadero espíritu de trabajo y profunda vocación de servicio, hasta lograr lo que hoy tenemos, un hospital seguro, confortable, moderno, sanitario y en vías de crecer.

Indicadores utilizados para medir el alcance de los resultados

Indicador de producción y rendimiento del servicio

Indicador del rendimiento óptimo de servicios: A dichos efectos se considerará que el servicio tiene un rendimiento óptimo cuando el mismo esté entre el 90 y 120%. Rendimientos inferiores a 90%, se considerará que el servicio está viciado de horas ociosas. Rendimientos superiores al 100%, serán los producidos por profesionales que superen la media establecida en la ponderación de los tiempos de prestaciones, sea porque son muy rápidos para el trabajo o porque utilicen técnicas más avanzadas de tratamiento. Con métodos convencionales un rendimiento superior al 120% indicará que no se siguen los pasos tradicionales, influyendo negativamente en la calidad de la prestación brindada, y por consiguiente requerirá auditar, si es ello posible.

Año 2002

MES	2001	2002	2003	2001 – 2003
ENERO	96%	105%	98%	2%
FEBRERO	94%	101%	97%	3%
MARZO	95%	94%	97%	2%
ABRIL	110%	107%	103%	-7%
MAYO	99%	91%	100%	1%
JUNIO	90%	98%	102%	12%
PROMEDIO	97%	99%	99%	2%

Tabla estándar para calculo de las unidades odontológicas programadas – Ejemplo

Nº de odontólogos	Régimen Horarios (Semanal)	Rendimiento Anual	Rendimiento Programado	Rendimiento Observado	%
3 Odont. Rentados	36	7660	22980	21130	91,94
2 Odont. Rentados	24	5107	10214	9950	97,41
1 Odont. Residente	49	5107	5107	5107	100
1 Od. Concurrente	24	5107	5107	5051	98,9
TOTAL	-	-	43408	41238	95

La fórmula sería :
$$\frac{\text{Rendimiento Observado (U.O.O)}}{\text{Rendimiento Programado (U.O.P)}} \times 100$$

Indicadores de autogestión: _____

Cantidad de pacientes atendidos con cobertura médica

La fórmula sería :
$$\frac{\text{Pacientes con cobertura médica}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \times 100$$

Total de pacientes atendidos por mes:	4600
Total de pacientes atendidos por día:	200
Pacientes con cobertura médica atendidos en el año 2002:	40700
Pacientes totales atendidos en el año 2003:	54648
Pacientes totales atendidos en el año 2003 con cobertura de obra social:	10874

Aplicando la fórmula: $\frac{10874}{54648} \times 100 = 19.89\%$

Esto significa que solo el 19,89% de los pacientes que se atienden en el hospital poseen cobertura de obra social. El 80,11% restante no.

Indice de facturación de las obras sociales:

FACTURADO	2002	%	2003		Variación
	447.289,30	100%	469.501,87	100%	-
PERCIBIDO	558.020,72	124,76%	553.466,50	117,88%	6,88%
PERCIBIDO POR MEDICAMENTOS	159.401,81	28,56%	157.132,52	28,39%	0,17%
TOTAL A DISTRIBUIR	398.618,91	69,82%	396.333,98	71,61%	1,79%
DISTRIBUCION					
HOSPITAL (40%)	159.506,56	40%	158.533,69	40%	-
F.P.S (10%)	39.862,39	10%	39.633,40	10%	-
BONIFICACIONES (50 %)	199.249,96	50%	198.167,00	50%	-
RECHAZOS DEFINITIVOS	1.095,44	0,27%	768,00	0,19%	-0,08%
DEUDA ACTUALIZADA AL 31/12	324.508,53	-	238.145,90	-	-

Detalle de facturación por área asistencial en forma comparativa

MES	2002				2003			
Área	Marzo	%	Mayo	%	Marzo	%	Mayo	%
Ortodoncia	28836.33	92.60%	42750.03	93.64%	32093.16	89%	34506.67	91%
Operatoria	2309.72	7.40%	2903.89	6.36%	3948.63	11%	3379.93	9%
TOTAL	31146.05	100%	45553.92	100%	36041.79	100%	37886,6	100%

De este cuadro se puede observar comparativamente la facturación de los meses del año anterior (2002) el la obra (2003) y no se registraron variaciones significativas a pesar de los inconvenientes ocasionados por la envergadura de dicho emprendimiento.

Conclusiones

Es importante en una organización sanitaria o de cualquier índole, en este caso consideramos la actual problemática de los hospitales públicos, fijar objetivos definidos a corto, mediano y largo plazo, la propuesta de metas, el estudio y medición posterior de los resultados. La comunicación de los mismo a todo el personal, no es sustentable cualquier modelo de gestión que no resultase de carácter participativo. Involucrar al personal, comprometerlo, asegurar el sentido de pertenencia a la institución, teniendo en cuenta como valor de diseño el propósito compartido, considerando que se va modificando a medida que la sociedad y la ciencia evolucionan, no son procesos estáticos, son dinámicos.

La organización debe adaptarse al cambio, ser herramienta útil del sistema, no obstáculo, ante las renovadas demandas y necesidades de usuarios y prestadores.

Esta propuesta de modelo de gestión podría ser susceptible de instrumentar en cualquier hospital público, independientemente de su ubicación geográfica, grado de complejidad y/o extensión, u otro tipo de sistema sanitario y/o por servicios, ya que el modelo prioriza el tipo de gestión asistencial, sanitaria institucional y las relaciones entre proveedores y clientes externos o internos, restringiendo esquemas burocráticos y rígidos con tendencia a la autoperpetuación y que representa de por sí un grave obstáculo en al gestión.

Se deberá considerar a la autogestión como herramienta que brinda el Estado a las instituciones, hoy por hoy, deficitarias y muy demandadas, es el inicio a una nueva política de salud.

Paralelamente a la autogestión el hospital, podrá satisfacer su rol de prestador de la salud pública siempre y cuando se den los supuestos de :

- Direcciones compuestas con profesionales en salud, con buena capacitación en administración y gestión de empresas de salud
- Administradores con experiencia en la carrera administrativa hospitalaria y acabados conceptos y/o formación en administración hospitalaria
- Jerarquización en los niveles administrativos
- Profesionales en ciencias económicas o de administración en dichos puestos

- Recomposición de los salarios de profesionales, técnicos y administrativos empleados de la salud
- Mejoramiento del acceso a la capacitación
- Otorgamientos de cargos, becas y nombramientos por parte del Estado
- Asignación de presupuestos en tiempo y forma
- Aseguramiento de la provisión de insumos
- Asesoramientos técnico administrativo y profesional
- Conformación de una red única de hospitales a nivel Municipal, Provincial y Nacional, en ese orden

De esta forma resulta de mucha utilidad la herramienta de autogestión hospitalaria. Dejando de lado cualquier debate ideológico, el hospital público debe considerarse como una verdadera empresa de salud, la descentralización es la estrategia central de cualquier proceso de cambio, lo que significa un traspaso de recursos financieros de un sector a otro de la sociedad, en beneficio de todos.

El hospital público Dr. Juan Ubaldo Carrea se encuentra en condiciones de competir en el mercado de la salud a nivel de cualquier institución de carácter privado, por su capacidad física, su operatividad y su organización, sin olvidar por ello el espíritu que lo define, asegurar la accesibilidad, solidaridad, equidad y gratuidad del sistema público de salud.

Reflexión Final

“Bienaventurados todos aquellos que tienen en sus manos la posibilidad con precarios, pocos o todos los medios de mitigar, solucionar los problemas ajenos, sustrayéndose de los propios con el solo fin de ser útiles a la sociedad que lo formo, creo y ubico en posiciones estratégicas, otorgándoles el divino don de curar, venciendo todo tipo de paradigmas en la única forma de proceder, trabajo multidisciplinario, trabajo de equipo”

Dra. Mazzucca, María Cristina.

BIBLIOGRAFÍA

ARGENTINA. - *Políticas de Salud. Sustantivas e Instrumentales* Ministerio de Salud y Acción Social, Bs. As. 1992

ARCE H - *El Territorio de las Decisiones Sanitarias*. Cáp. 10. Edit. Macchi Bs. As. 1993

BELMARTINO Susana. - "*Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica*", En: Cuadernos Médicos Sociales N° 55: 13-33, 1991

BULATTI J. B. Y COL. - *El Concepto de Calidad en Atención de la Salud* - VI Jornadas Científicas de Administración de Servicios de Salud- Bs.As. 1996.

LEMUS, J. D. Y LUCIONE M. C. - *Descentralización Hospitalaria. Marco Conceptual, Fortalezas y Debilidades* - VI Jornadas Científicas de Administración de Servicios de Salud. Bs.As., 1996.

O. M. S. - *Encuentros de Salud Bucodental* - Métodos Básicos IV Edición Malta, 1997.

UNICEF - *El Progreso de las Naciones* - Documento de Difusión Mundial, 1999.

PROMIN/MASA - *Hospital Público de autogestión*. - Documento interno, Bs. As. 1995.

PRONATAS - *Normas de Descentralización para establecimientos de salud* - Bs.AS., 1994.

PRONATAS - *Instrumentos para el Hospital Público de autogestión* - Bs.As. 1994

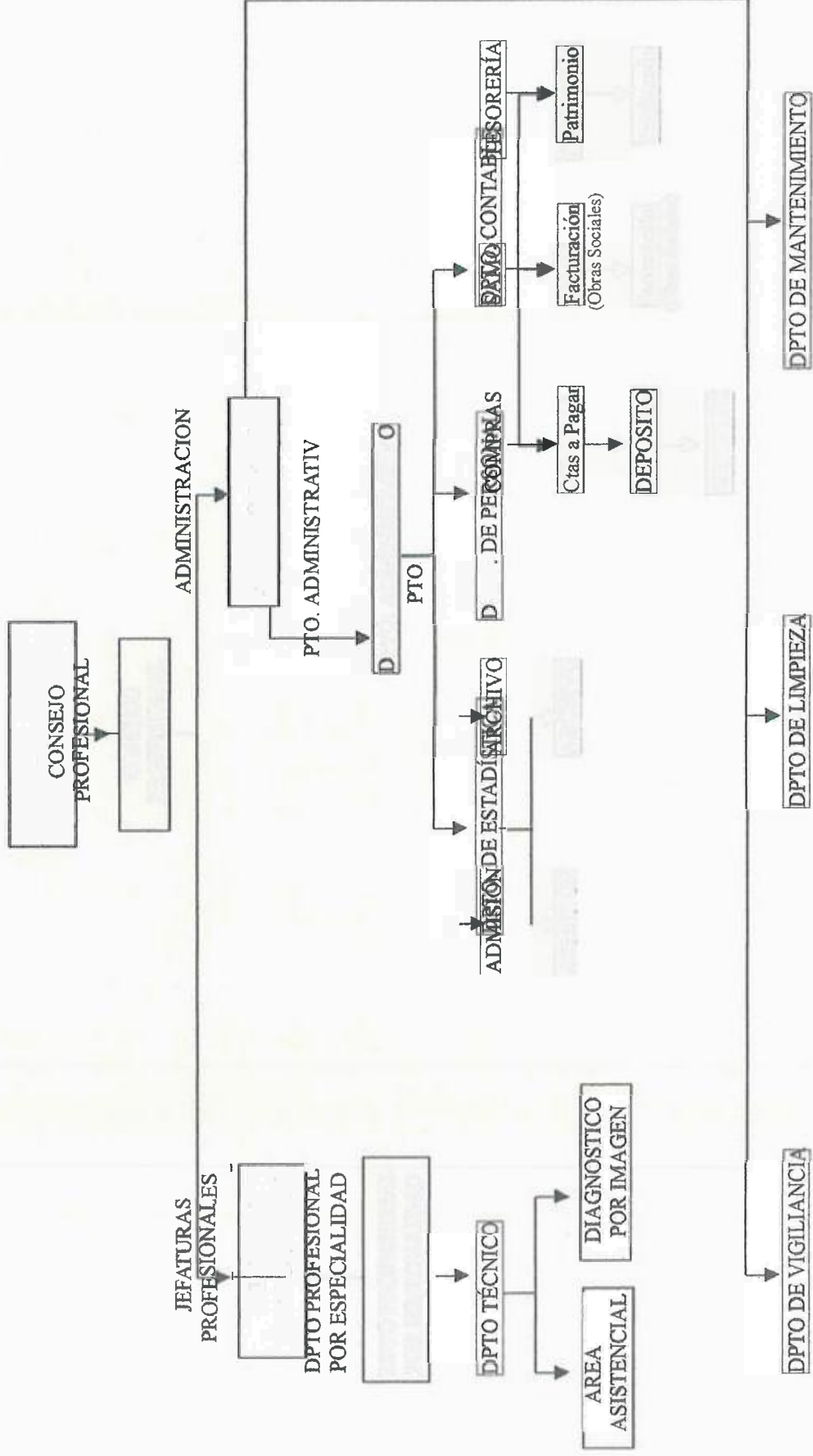
ROCHE OLIVAR ROBERT - *Psicología y educación para la prosocialidad* - Universidad Autónoma de Barcelona, España, 1995.

SCHIAVONE, M. A. - *Evolución de Hospitales* - V Jornadas Científicas de administración de servicios de salud, Bs.AS. 1996.

ANEXOS

Características de la organización Organigrama

DIRECCIÓN



Este organigrama es de carácter flexible y revela la situación actual de la organización – año 2003

Matriz de distribución

S.A.M.O.

Informe económico - financiero

ANEXO I-A

Tabla y coeficientes para liquidar las bonificaciones de SAMO

Ley	AGRUPAMIENTO OCUPACIONAL	REGIMEN HORARIO	COEFICIENTE	CANTIDAD DE AGENTES	TOTAL
10471	1 Profesional Médico y sin funciones	24hs	1.05	15	15.75
	“	36hs	1.10	238	261.80
	“	44hs	1.12	4	4.48
	“	48hs	1.15	-	-
	2 Otros Profesionales de la ley 10471 y sin funciones	24hs	1.00	3	3
	“	36hs	1.05	42	44.10
10430	1 Servicio	48hs	1.20	154	184.80
	2 Obrero	48hs	1.16	46	53.36
	3 Técnico	36hs	1.03	56	57.68
	“	48hs	1.16	289	335.21
	4 Administrativo	36hs	1.03	29	29.87
	“	48hs	1.15	30	34.50
	5 Profesional	36hs	1.05	3	3.15
	“	48hs	1.10	6	6.60
	“				
	6 Residente de 2º y 3º año y Jefes	-	1.15	-	-
TOTAL	-	-	-	-	1034.33

HIPÓTESIS

Recaudación del Mes	256700
- Medicamentos	(83400)
Subtotal	173300
50 % Bonificación	86.650

25% (Art. 1º Inc b) (21662,50)

Art. 1º(Inca) 64987,50 → Total a distribuir

Bonificación Personal de Servicio 48hs $\frac{64987,50 \times 1.20}{1.034,33} = \$75,40$

Bonificación Personal Médico 24hs $\frac{64987,50 \times 1.05}{1.034,33} = \$65,97$

Bonificación Personal Médico de 44hs	$64987,50 \times 1.12$	\$70,37
	1.034,33	

Nota: el 25% delegado deberá ajustarse a la metodología aplicada en la hipótesis.

Régimen de Residentes para Profesionales de la Salud.

Residentes de 1º, 2º, 3º año; jefe de Residentes y Becarios 1.15

Personal de la ley 10430

Técnico- Becario de Enfermería	36hs	1.03
	48hs	1.16

Detalle de Gastos - Comparativo Anual				
Detalle por Partida	2000	2001	2002	2003
Pagado por Ejercicio				
1	148242,46	50516,16	180763,11	181973,75
2	5632,40	37372,27	170299,51	170968,64
3	554,00	46058,43	30831,24	30977,24
4	56836,60	81503,04	14649,00	44250,91
5	31217,60	8919,32	189862,39	171633,40
Pagado por Ejercicio	242483,06	224369,22	586405,25	599803,94
Pagado por Pasivo Ejercicio Anterior				
2	0,00	0,00	0,00	0,00
3	0,00	0,00	5210,00	118,00
4	0,00	0,00	0,00	64950,00
Pagado Pasivo Ejercicio Anterior	0,00	0,00	5210,00	65068,00
Total de Egresos	242483,06	224369,22	591615,25	664871,94
Observaciones: Año 2002 Pagado al F.P.S Incluye\$ 150.000,00 Transferidos por Disp.Nº 91/02				
2003 Pagado al F.P.S incluye\$ 132.000,00 Transferidos por Disp. Nº 35/03 y 82/03				
Observaciones:				
Bonificaciones al Personal				
Bienes de Consumo				
Servicios no Personales				
Bienes de Uso				
Transferido al Fondo Provincial de Salud				

Presupuestos de Obra

Presupuesto de obra 1° etapa (*)

PRESUPUESTO : SINTESIS
ESTABLECIMIENTO :H. Z. E. O. -OLIVOS
OBRA :REMODELACION PRIMERA ETAPA

Sep-02

N°	DESIGNACION	TOTAL
1/19	OBRA CIVIL	144590,34
20	INSTALACIONES SANITARIAS	23067,00
21	INSTALACION DE GAS DE BAJA PRESION	7898,50
22	INSTALACION ELECTRICA	51416,10
23	INSTALACIONES TERMODINAMICAS	18050,00
24	INSTALACION GAS COMPRIMIDO	1716,00
SUBTOTAL OBRA CIVIL E INSTALACIONES		(A) 246737,94

GASTOS IMPOSITIVOS (23,5% de A) 57983,42

SUBTOTAL (suma de A + GI) (B) 304721,35

HONORARIOS PROFESIONALES (3% de B) 9141,64

PRESUPUESTO OFICIAL (C) 313862,99

RESERVAS

a) Para ampliaciones, modificaciones,items nuevos, imprevistos(art. 7°de la ley 6021) (10% de (C))
31386,30

TOTAL A COMPROMETER 345249 29

EL PRESUPUESTO OFICIAL ASCIENDE LA SUMA DE PESOS: TRESCIENTOS TRECE MIL OCHIOCIENTOS SESENTA Y DOS CON 99/00 CENTAVOS SIENDO EL TOTAL A COMPROMETER SUMADAS LAS RESERVAS DE LEY DE PESOS TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE CON 29/00 CENTAVOS.-

DEPARTAMENTO RECURSOS FISICOS EN SALUD

Presupuesto de obra 2º etapa ()*

PRESUPUESTO : SINTESIS Feb-04
ESTABLECIMIENTO: H.Z.E.ESP. EN ODONTOLOGIA Y ORTODONCIA "JUAN U. CARREA"
OBRA :REMODELACION 2DA ETAPA

N°	DESIGNACIÓN	TOTAL
1/14	OBRA CIVIL	150032,98
15	INSTALACIONES SANITARIAS	17235,90
16	INSTALACION ELECTRICA	20790,00
17	INSTALACION DE GAS DE BAJA PRESION	6051,36
18	INSTALACION TERMODINAMICAS	26670,00
19	INSTALACION GAS COMPRIMIDO	2527,69
SUBTOTAL OBRA CIVIL E INSTALACIONES (A)		223307,93

GASTOS IMPOSITIVOS (23,5% de A) 52477,36

SUBTOTAL (suma de A + GI) (B) 275785,9

HONORARIOS PROFESIONALES (3% de B) 8273,56

PRESUPUESTO OFICIAL (C) 284058,85

RESERVAS

a) Para ampliaciones, modificaciones, items nuevos, imprevistos(art. 7ºde la ley 6021) (10% de (C)) 28405,89

TOTAL A COMPROMETER 312464,74
DEPARTAMENTO RECURSOS FISICOS EN SALUD

** Datos suministrados por el Dpto de Recursos Físicos en Salud del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs. As.*

Estadística Informatizada

Estudio de Informatización de Historias Clínicas realizado en el Hospital

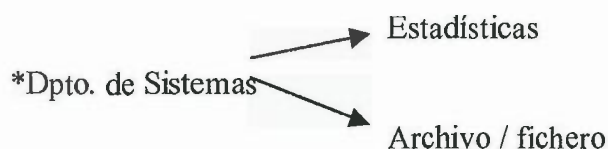
El proyecto se trata de la informatización de un circuito de Historias Clínicas (HC) de un hospital de Odontología de la provincia de Buenos Aires, donde diariamente concurren 300 pacientes de edades entre 0 a 13 años, de diversas especialidades (ortodoncia – operatoria – RX – psicología– fonoaudiología – cirugía)

ETAPA I “Selección del proyecto”

Nombre del proyecto: “Circuito de HC”.

Objetivo: optimizar el flujo de HC, facturación y archivo de las HC del hospital

Responsables:



*Dpto. de Programación

*Administración de proyectos

Líder de proyecto (Jefe de sistemas)/ Staff de apoyo dirección.

Inicio: Mes de Noviembre de 2002

Término y síntesis: El proyecto completo durará 3 semanas, la 1º es de análisis, la 2º de implementación y la 3º de control y seguimiento.

La 1º semana, comienza el día lunes a las 8:00hs y finalizará el día Viernes a las 16hs, trabajando de en turnos de 8 horas por día. Se requiere personal de planta y contratado.

La 2º semana, comienza el día sábado a las 8:00hs y finaliza el día domingo a las 16hs, trabajando turnos de 6 a 8hs. Se requiere solo personal contratado.

La 3º semana, durante el horario de atención diaria, de 8 a 20 hs. Se requiere solo personal de planta.

- Restablecer base de datos de actual sistema de computación
- Fijar políticas de BACK-UP's
- Actualizar sistema operativo de las PC's (8 en total)
- Actualizar datos de pacientes con las estadísticas que se realizan a mano
- Ordenar archivo / fichero
- Unificación de HC de diversas especialidades
- Depurar el archivo de pacientes dados de baja y alta de tratamiento
- Armar un historial de altas – bajas – estadísticas

Costo:

• Por actualización de software, 8 PC's, 35\$ c/u	280\$
• Por actualización de hardware	150\$
• Por Personal utilizado en el proyecto:	
-Técnico sistemas de PC— Contratado	250\$
-Administrativo contable	100\$
-Administrador de Base de datos – Jefe sistemas	180\$
• Almuerzo y refrigerio - Extras	50\$
• Sticker y autoadhesivos para fichero,	
• Material de papelería y demás artículos	40\$

<i>Total</i>	<i>1050\$</i>
---------------------	----------------------

Otros datos: el proyecto tiene la aprobación de la administración, de las jefaturas intermedias, de la dirección y del ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires, sector informática.

El pago se podrá realizar por medio de la asociación cooperadora del hospital o por caja chica de la administración en Patacones o Lecop. No se requiere una orden de compra (sistema de contratación directa), ya que tanto la cooperadora como la administración poseen los fondos requeridos para costear el proyecto.

En una segunda etapa se prevé la implementación de internet y sistema de consulta ON LINE de actualización de Obras Sociales (OS) y pacientes.

ETAPA II “Propuesta”

1) Objetivos generales y particulares

Generales: { Optimización de tiempos (paciente – profesional – cobro)
Disminución de riesgos profesionales
Optimizar facturación de prestaciones y OS

Particulares:

- Disminuir el tiempo de búsqueda de HC
- Reducir el numero de personal involucrado en la búsqueda
- Disminuir riesgos en diagnósticos errados
- Evitar la fuga de practicas sin facturar o cobrar
- Cubrir gastos operativos esenciales

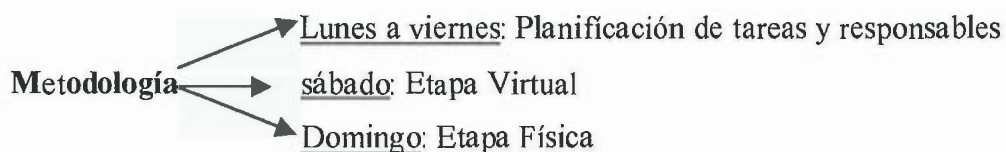
2) *El proyecto se dividirá en 2 etapas en cuanto a la implementación de cambios:*

- a. Etapa virtual
- b. Etapa física

En la etapa virtual se crearan los ficheros y archivos virtuales en el sistema de computación existente, como así también la optimización del sistema de facturación vigente.

En la etapa física se ordenará el fichero y archivo físico, como así también se separarán las altas y bajas, con un historial apropiado.

Se trabajará toda la semana de lunes a viernes de 8 a 16hs, solo el personal de planta del hospital avocado al proyecto. El día sábado se trabajará a partir de las 14hs hasta las 20 con la etapa virtual y el domingo con la etapa física solamente.



3) Descripción del estado actual:

Procesos de informatización del circuito de historia clínicas del hospital

a) Problemas actuales:

- No existe adecuado sistema de computación
- No existe actualización de obras sociales y pacientes
- No se puede saber cuando un paciente está citado para otra especialidad
- No se facturan OS adecuadamente
- Se tarda mucho tiempo en buscar la HC
- Se pierden las HC y no hay copias en sistema
- Se cae el sistema y no se puede consultar la ficha del paciente
- No están completos los datos de las HC de los pacientes
- Los datos están mal ingresados al sistema o a la HC

Repercusiones inmediatas:

- El paciente espera demasiado para ser atendido, ya que el profesional no atiende sin HC
- El paciente se torna impaciente
- El paciente se retira, a veces, sin ser atendido

- No se registran antecedentes clínicos, entonces no se factura nada
- El profesional incurre en un alto riesgo profesional
- Si no se encuentra la HC, se hace una nueva, lo cual implica tener varias HC en el circuito del mismo paciente (Tiempo – costo)

b) Implementación y ordenamiento del circuito de HC del hospital, de tipo monovalente (Odontología y ortodoncia)

c) El proyecto beneficia a la institución, ya que:

- Aumenta la contribución de los pacientes
- Se pierde menos tiempo en la atención
- Disminuye el riesgo del profesional y del paciente
- Se facturan las prestaciones a tiempo
- Se cobra en tiempo y forma la prestación

Conversión:

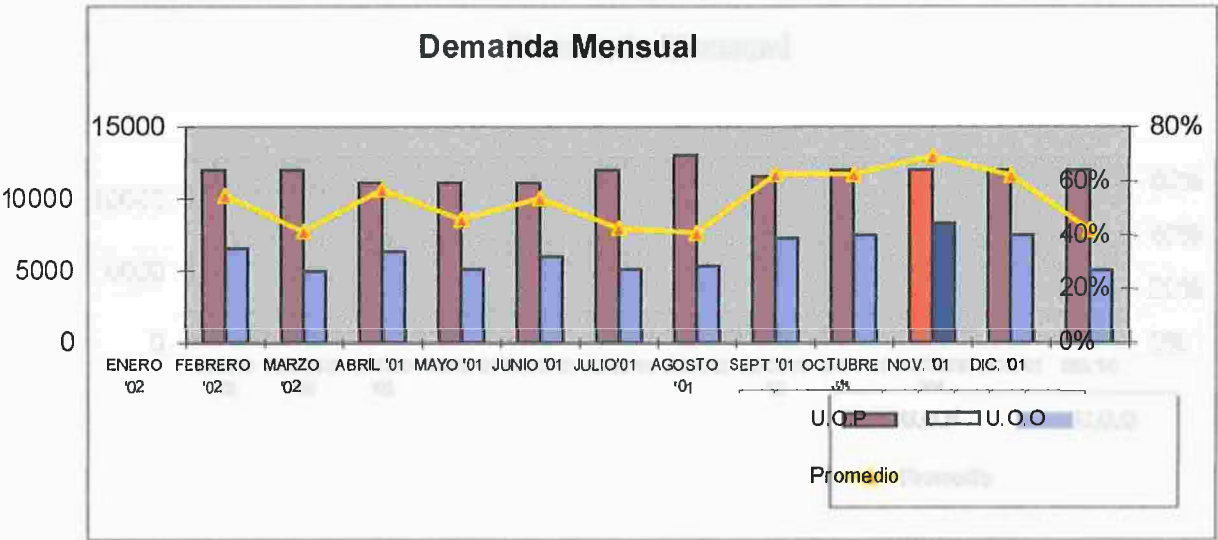
Día lunes: durante la semana se reunirá el equipo de 3 personas, 2 empleados de planta y 1 contratado, para aclarar tareas y detalles.

Se va a estudiar la operatoria actual durante toda la semana y el día jueves se elevará un informe preliminar a la administración del hospital. La administración se encargará de comunicar y discutir los puntos con la dirección. El día viernes se comentará el informe en mesa redonda y se darán explicaciones y detalles de las tareas y del proyecto en sí.

Durante la semana siguiente se observarán los cambios durante la operatoria normal de atención (2 empleados de planta)

El día viernes, se volverá a reunir la dirección con las jefaturas intermedias para evaluar los cambios. Luego se controlará y seguirá probando.

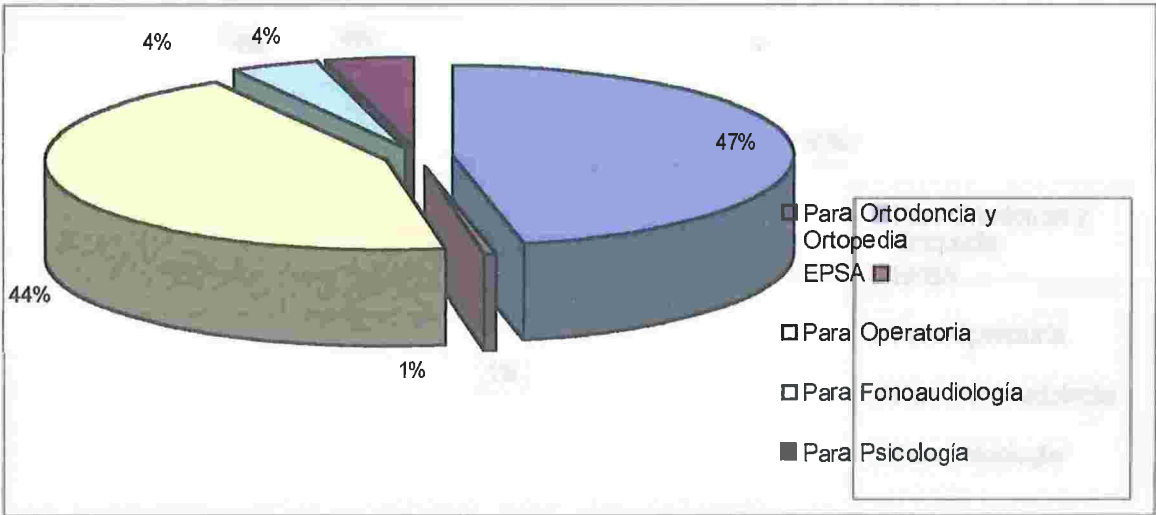
ETAPA III “Estudio”

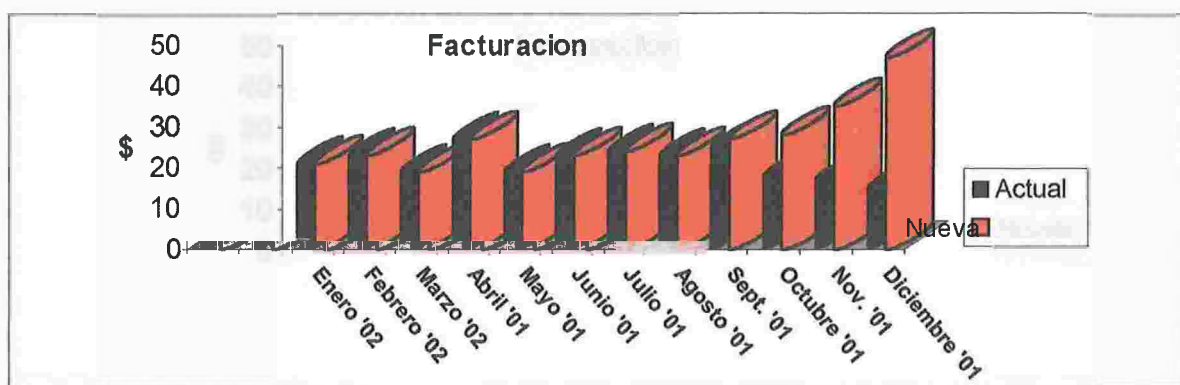


U.O.P: Unidades odontológicas programadas

U.O.O: Unidades odontológicas observadas

Áreas de atención del Hospital





1) Procedimiento

- 1) Relevamiento de la actual situación
 - a- Profesional
 - b- Facturación
 - c- Atención
 - d- Documentación
- 2) Análisis de situación
- 3) Documentación del análisis
- 4) Elevar propuestas
- 5) Debate (Administración – dirección – jefes)
- 6) Implementación
- 7) Control
- 8) Seguimiento

2) Rutina

- Se empezará por el sistema de PC (Back up)
- Unificación de HC (Back up)
- Actualización de datos (Back up)

3) El proyecto promete generar ingresos operativos derivados de las prácticas que se realicen, no va a aumentar la facturación mucho en un principio, pero si va a evitar la fuga de prestaciones y prácticas realizadas. Optimiza el trabajo en equipo, disminuye el tiempo de atención y espera del paciente pero no se podrá disminuir mucho ese tiempo ya que está estipulado por nomenclador profesional.

El costo es relativamente bajo, ya que el hospital posee los equipos y el personal para desarrollar el proyecto, salvo un técnico en PC "PC Center" que es contratado solo por esta ocasión para implementar y capacitar al jefe de sistemas.

4) Problemas en la conversión (Antes)

- Posiblemente se vea más interrumpida la atención al paciente el primer día
- No siempre el personal no avocado al proyecto colabora
- El paciente se verá un poco molesto
- A pesar que no requiere personal directo de otras áreas, posiblemente se necesite algún dato extra de otro Dpto.
- No presenta mayores complicaciones que las actuales
- El personal a trabajar en el proyecto solo verá los procedimientos actuales

Problemas en la conversión (Después)

- Demoras en determinadas ocasiones por falta de capacitación al personal
- Facturaciones a destiempo
- Disminución de la recaudación
- Incremento en el costo de la mano de obra por capacitación directa

5) Normas y procedimientos administrativos que posee actualmente el personal administrativo de las siguientes áreas:

- ✓ Facturación (Obras sociales)
- ✓ Facturación (Particulares)
- ✓ Programación
- ✓ Ingreso de nuevos pacientes

El manual de procedimientos administrativos / OS, incluye las normas de calidad total ISO 9000, certificadas por el ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires.

6) Pruebas

Se realizarán 3 tipos de pruebas: { **Inicial** (implementación)
Carga Máxima (todas las terminales)
Carga Total (todos los usuarios procesando datos)

Factibilidades:

TÉCNICAMENTE: posible y fácil de implementar en el corto plazo

ECONÓMICAMENTE: viable. Bajo costo, tiempo y personal involucrado.

OPERATIVAMENTE: no interviene en la operatoria de atención diaria.

- a) Se estudia el flujo actual
- b) Se establecen parámetros a alcanzar
- c) Se realizan las pruebas iniciales de viabilidad y compatibilidad
- d) Se eleva un proyecto preliminar
- e) Se aprueba
- f) Se implementa

Las pruebas no afectan a la operatoria de atención ya que se harían en principio durante el lapso de tiempo donde no se atiendan pacientes ni se requiera del sistema de computación.

Justificación: El costo del proyecto 1050\$ es relativamente bajo si se compara con el costo intangible que esta provocando el descontrol actual. Además el beneficio inmediato es elevado y necesario. La facturación estimada del año 1999-2001 fue de 11200\$ por mes, lo cual supone una estimación futura de por lo menos el 85% en el primer mes de implementado el proyecto ascendiendo en los meses siguiente hasta alcanzar valores del 100% en los meses de marzo – abril del año próximo.

7) Previsiones

Operativas: durante la atención de pacientes

Seguimiento y control (líder de proyecto)

Autocontrol: lo realizará cada usuario del sistema y lo evaluará el área de sistemas

8) Informe

El día sábado, 15 días después, se elevará un informe por el jefe planta firmado por el jefe de sistemas, que constará de las bondades del nuevo sistema como así también de las debilidades del mismo. Deberá tener la firma del jefe de planta, jefe de sistemas, administrador y del director. Este original se envía al ministerio, sector comunicaciones, y otra copia queda en el hospital.

El informe consta de:

- ✓ Síntesis de la situación anterior
- ✓ Situación actual
- ✓ Ventajas y desventajas
- ✓ Proyectos futuros en función a este último
- ✓ Plan de contingencias ante desastres eventuales

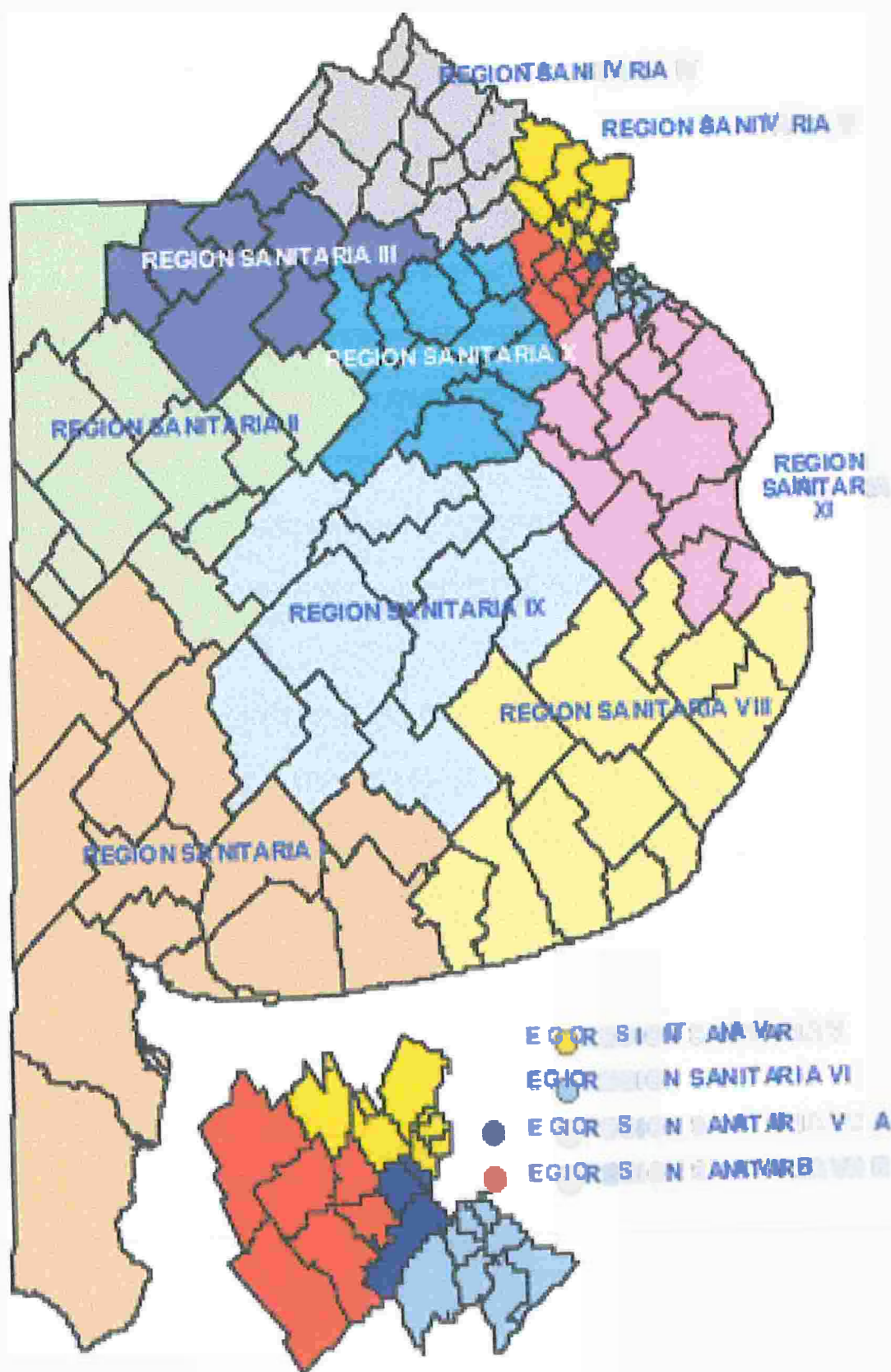
CONCLUSIÓN: creemos que el proyecto es realmente viable, fácil de implementar, barato y que crea valor (profesional – paciente – empleados). Reducirá el tiempo de atención, lo cual supone más tiempo para atender a otros pacientes, más ingresos, pero hasta el punto de inflexión del nomenclador profesional.

Si bien no requiere de altos costos de implementación, si un alto costo de compromiso y etapa inicial de relevamiento y análisis, lo que requerirá de la colaboración del personal del hospital.

Mapas

Mapa de Región Sanitaria V





Organigrama

Ministerio de Salud

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN
DE LA SALUD

Gabinete

Dep. de apoyo administrativo
y control de gestión

Dep. Centro de Documentación de
Excelencia en Salud

C. I. DE P. Y C.

C. DE C. DE P.
DEP. Y C.

CONSEJO
CONSULTIVO

CONSEJO
DE E.A.

DIRECCIÓN PROVINCIAL
DE PLANIFICACIÓN
DE LA SALUD

DIV. DE APOYO
ADMINISTRATIVO Y
CONTROL DE GESTIÓN

DIRECCIÓN
DE INFORMACIÓN
SISTEMATIZADA

DIRECCIÓN DE
PLANIFICACIÓN
ESTRATÉGICA

DIVISIÓN DE
SISTEMÁTICA HOSPITALARIA

DEP. DE ESTADÍSTICAS DE
SERVICIOS DE SALUD

DIVISIÓN PRODUCCIÓN
DE SERVICIOS

DIVISIÓN RECURSOS
EN SALUD

DIVISIÓN DE
ANÁLISIS METODOLÓGICOS

DEP. ESTADÍSTICAS VITALES Y
DEMOGRÁFICAS

DIVISIÓN PROCESAMIENTO
DE ESTADÍSTICAS VITALES

DIVISIÓN ANÁLISIS
SOCIODEMOGRÁFICO

DEP. NIVEL DE SALUD

DIV. PROCESAMIENTO

DIV. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

DIV. PROCESO DE
PLANIFICACIÓN

DIV. PLANEAMIENTO

DIV. COORDINACIÓN
INTRA E INTERSECTORIAL

DIV. DE INVESTIGACIÓN
Y DE DESARROLLO METODOLÓGICO

DIV. DE COOPERACIÓN TÉCNICA

DEPARTAMENTO RECURSOS
FÍSICOS EN SALUD

DIV. ESTUDIOS
Y PROYECTOS

DIV. CONTROL DE GESTIÓN

DIRECCIÓN PROVINCIAL
DE CAPACITACIÓN
PARA LA SALUD

DIV. DE APOYO
ADMINISTRATIVO
Y CONTROL DE
GESTIÓN

DIRECCIÓN DE
CAPACITACIÓN
DE PROFESIONALES
DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE
CAPACITACIÓN
DE TÉCNICOS DE
LA SALUD

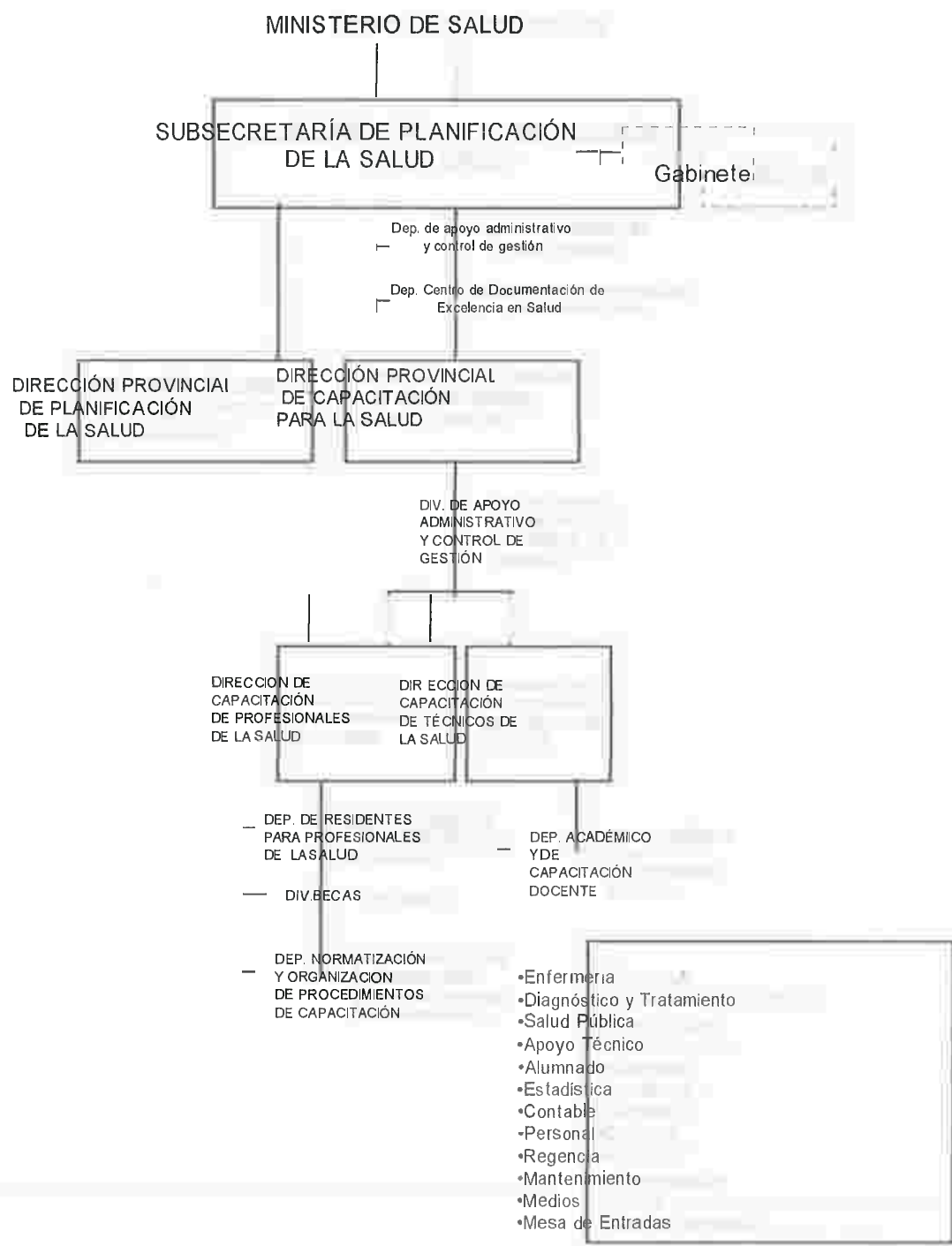
DEP. ACADÉMICO
Y DE
CAPACITACIÓN
DOCENTE

DEP. DE RESIDENTES
PARA PROFESIONALES
DE LA SALUD

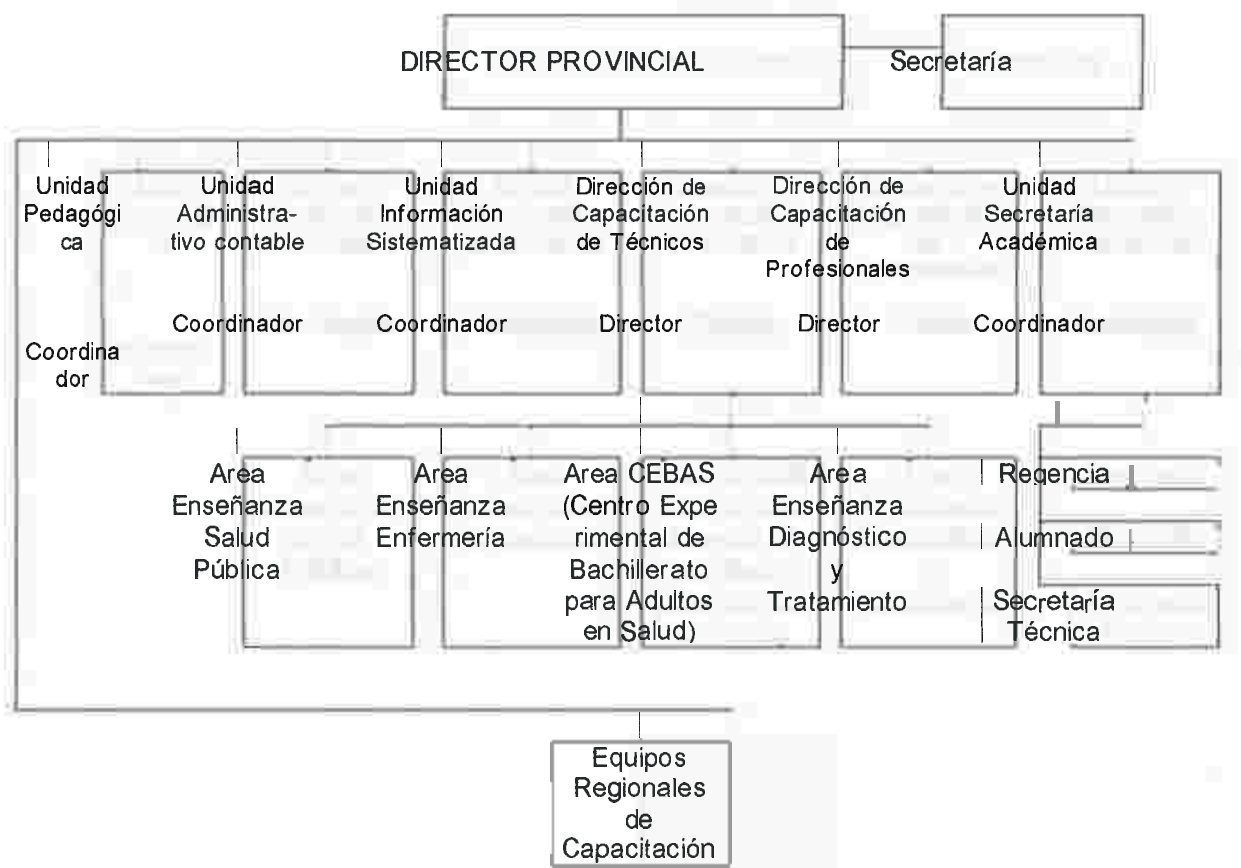
DIV. BECAS

DEP. NORMATIZACIÓN
Y ORGANIZACIÓN
DE PROCEDIMIENTOS
DE CAPACITACIÓN

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL
FOCALIZADA DE LA SECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD



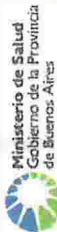
ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL
DE CAPACITACIÓN PARA LA SALUD



Estadísticas del Ministerio de Salud

Rendimientos de Establecimientos con y sin internación de Dependencia Provincial, Municipal y Nacional por Región Sanitaria
Provincia de Buenos Aires
Año 2002

Región Sanitaria Dependencia	Resultados		Egresos	Días Camas Disponibles	CD	Pacientes Días	% Ocupac.	Giro Cama	Días de Estada	DE	Defunc.	T.M.H
	Odontol.	Médicos	Total									
Region Sanitaria II									434.766			
Provincial	122.763	1.381.613	1.504.376	42.940	739.631	2.039	525.955	71,1	21,1	273.808	11,3	1.942
Municipal	12.375	173.820	186.195	11.520	146.731	402	121.700	82,9	28,7	15.753	10,9	3,8
	110.388	1.207.793	1.318.181	31.420	592.900	1.637	404.255	68,2	19,2	259.056	11,4	1.502
Region Sanitaria III												
Provincial	79.333	726.100	805.433	28.392	521.296	1.854	357.088	68,5	19,9	273.808	9,6	1.388
Municipal	9.614	84.220	93.834	3.501	28.713	1.638	15.680	54,5	44,3	15.753	4,5	1,1
	69.719	641.880	711.599	24.891	492.583	1.350	341.436	69,3	18,4	259.056	10,4	1,2
Region Sanitaria IV												
Provincial	60.750	670.084	730.834	22.385	314.475	1.445	198.032	63,0	25,9	144.300	6,4	3,3
Municipal	9.134	155.549	164.683	6.411	57.746	437	43.656	75,6	40,6	43.998	5,9	3,3
	51.616	514.535	566.151	15.974	256.729	1.008	154.376	60,1	22,5	100.302	5,3	3,3
Region Sanitaria V												
Provincial	134.976	1.445.166	1.580.142	45.010	527.667	1.445	346.977	65,8	31,1	289.053	5,8	1.690
Municipal	28.173	393.784	421.957	18.295	159.536	437	109.762	68,8	41,9	111.969	5,7	737
	106.803	1.051.382	1.158.165	26.715	368.131	1.008	237.215	64,4	26,5	177.054	5,6	953
Region Sanitaria VI												
Provincial	984.368	9.046.990	10.031.358	147.913	1.100.799	3.016	1.151.373	81,1	49,0	850.701	8,0	5.783
Municipal	204.395	1.874.698	2.079.091	70.810	494.802	1.356	395.408	84,4	52,2	409.927	9,0	2.580
	779.973	7.172.294	7.952.267	77.103	605.997	1.660	1.515.785	78,5	46,4	440.774	4,6	3.203
Region Sanitaria VIIA												
Provincial	737.621	7.230.844	7.968.465	138.883	1.413.134	3.872	1.451.373	81,5	35,8	1.103.913	5,1	5.054
Municipal	183.452	2.819.848	3.013.300	105.655	1.206.064	3.304	955.408	82,5	32,0	950.460	6,3	4.322
	544.169	4.410.996	4.982.165	244.538	2.619.198	7.176	2.406.781	75,2	58,1	1.534.553	11,4	7.32
Region Sanitaria VIIB												
Provincial	513.062	5.064.969	5.578.031	100.019	668.640	1.831	519.739	77,7	54,6	509.660	5,1	2.802
Municipal	39.506	843.793	883.299	36.111	252.185	801	232.597	79,6	45,1	227.962	6,3	1.690
	441.462	3.860.530	4.101.992	46.006	218.723	598	160.402	73,3	76,9	158.474	3,4	457
Nacional	32.094	560.646	592.740	17.902	157.732	432	126.740	80,4	41,4	123.224	6,9	715



Rendimientos de Establecimientos con y sin Internación de Dependencia Provincial, Municipal y Nacional por Región Sanitaria y Partido

Año 2002

Partido - Establecimiento	C o n s u l t a s			Egresos	Días Carátula Disponible	COT. 600	Pacientes		Ocupac.	%	Carga	Días de Estado	DE	Defunc.	T.M.H
	Odontol.	Médicos	Total				Días	Ocupac.							
Región Sanitaria V															
Provincial	984.368	9.046.990	10.031.358	147.913	40.852	112	28.378	70,6	81,1	49,0	850,70	5,8	5.783	3,9	2.969
Municipal	204.395	1.874.606	2.079.001	70.810	40.852	112	47.155	70,6	81,1	52,2	449,54	5,9	2.969	3,9	3.393
Total Municipales Sin Internación	779.973	7.172.294	7.952.267	77.103	28.442	78	47.155	62,6	78,5	46,4	440.174	5,7	3.393	4,2	3.203
CAMPANA															
Municipal	4.973	309.408	322.322	5.005	12.410	34	47.155	88,9	70,6	44,7	30.704	6,1	68	1,1	68
Unid. Hospitalaria San José	4.973	309.408	314.381	5.005	12.410	34	47.155	88,9	70,6	44,7	30.704	6,1	68	1,1	68
Hogar de Ancianos San José	4.973	187.086	192.059	4.977	43.107	37	37.006	85,8	85,8	63,8	30.704	6,1	68	1,1	68
Total Municipales Sin Internación	-	122.322	122.322	28	43.107	37	37.006	85,8	85,8	72,5	35.705	4,1	237	2,8	237
ESCOBAR															
Provincial	17.744	528.326	546.070	8.606	43.107	118	17.587	77,9	77,9	53,8	14.492	4,3	92	2,8	92
Hosp. Zonal Gral. de Dr. I	2.175	151.664	153.839	8.606	43.107	118	17.587	77,9	77,9	53,8	14.492	4,3	92	2,8	92
Total Municipales Sin Internación	15.569	376.662	392.231	335	7.905	22	11.356	78,8	78,8	58,6	8.574	3,7	47	2,0	47
EXALTACION DE LA CRUZ															
Municipal	8.413	216.657	225.070	3.335	22.588	62	17.531	78,9	78,9	32,8	60.089	3,0	195	1,0	195
Hosp. Munic. San José	11.442	216.389	227.831	3.335	22.588	62	17.531	78,9	78,9	32,8	60.089	3,0	195	1,0	195
Hogar de Ancianos Vivir	4.277	112.773	117.050	2.343	14.683	40	11.152	81,1	81,1	39,3	111.719	7,6	711	4,8	711
Total Municipales Sin Internación	7.165	103.616	110.781	992	7.905	22	79.137	88,2	88,2	36,4	79.242	8,9	479	5,4	479
GRAL SAN MARTIN															
Provincial	153.807	1.147.769	1.301.576	19.870	221.113	606	63.378	75,4	75,4	22,1	80.068	11,8	195	3,8	195
Hosp. Interz. Gral. de Ag. Eva Perón	42.155	573.504	615.659	14.789	137.104	376	37.032	67,7	67,7	33,8	36.088	7,1	185	3,6	185
Hosp. Zonal Gral. de Ag. Gral. M. Belgrano	4.442	238.478	240.920	5.836	47.407	130	28.346	90,0	90,0	0,2	23.990	999,2	12	100,0	100,0
Municipal	111.652	574.265	685.917	5.061	84.009	230	37.032	67,7	67,7	33,8	36.088	7,1	185	3,6	185
Hosp. Munic. Dr. D. E. Thompson	12.037	187.685	209.722	5.069	54.729	150	28.346	90,0	90,0	0,2	23.990	999,2	12	100,0	100,0
Hogar de Ancianos Sarah Forrest de Cuelli	-	2.472	2.472	12	29.290	80	28.346	90,0	90,0	0,2	23.990	999,2	12	100,0	100,0
Total Municipales Sin Internación	99.615	374.106	473.723	12	29.290	80	28.346	90,0	90,0	0,2	23.990	999,2	12	100,0	100,0

Región Sanitaria
Partido - Establecimiento

Región Sanitaria Partido - Establecimiento		C o n s u j a s		Total	Egresos	Días Camas Dis onible		CD	Pacientes Días	Oc ac.	Giro Cama	Días de Estada	DE	Defunc.	T.M.H
Odontol.	Médicas	Días onible	Días onible												
JOSE C. PAZ															
144.360	735.806	380.766	9.941	60.746	166	54.208	89,2	59,9	34.539	5,5	301	3,0			
10.366	208.715	219.081	9.941	60.746	166	54.208	89,2	59,9	54.539	5,5	301	3,0			
10.366	208.715	219.081	9.941	60.746	166	54.208	89,2	59,9	54.539	5,5	301	3,0			
Total Municipales Sin Internación															
134.594	527.091	661.685													
MALVINAS ARGENTINAS															
73.923	1.201.381	1.275.304	17.836	99.353	272	96.326	97,0	65,6	76.190	4,3	1.237	6,9			
73.923	1.201.381	1.275.304	17.836	99.353	272	96.326	97,0	65,6	76.190	4,3	1.237	6,9			
-	717.112	717.112	11.665	63.203	173	62.286	98,5	67,4	50.963	4,4	1.191	10,2			
-	85.292	85.292	5.797	28.828	79	27.085	94,0	73,4	24.172	4,2	46	0,8			
-	-	-	1	6.582	18	6.582	100,0	0,1	682	682,0		-			
-	67.840	67.840	373	740	2	373	50,4	186,5	373	1,0		-			
73.923	331.137	405.060													
MORENO															
42.589	616.457	659.046	9.968	62.833	172	56.385	89,7	58,0	56.158	5,6	345	3,5			
5.021	193.398	198.419	9.968	62.833	172	56.385	89,7	58,0	56.158	5,6	345	3,5			
5.021	193.398	198.419	9.968	62.833	172	56.385	89,7	58,0	56.158	5,6	345	3,5			
Total Municipales Sin Internación															
37.568	423.059	460.627													
PLAR															
40.346	375.614	415.960	8.556	46.407	127	32.143	69,3	67,4	34.264	4,0	285	3,3			
40.346	375.614	415.960	8.556	46.407	127	32.143	69,3	67,4	34.264	4,0	285	3,3			
1.593	125.829	127.222	8.556	46.407	127	32.143	69,3	67,4	34.264	4,0	285	3,3			
38.753	249.985	288.738													
SAN FERNANDO															
73.664	364.295	437.959	7.166	75.745	208	56.063	74,0	34,5	45.190	6,3	288	4,0			
16.818	168.635	185.453	6.835	57.860	159	48.802	64,3	43,0	43.998	6,4	287	4,2			
16.818	166.809	183.627	6.835	57.860	159	48.802	64,3	43,0	43.998	6,4	287	4,2			
-	1.826	1.826	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unidad Sanitaria Isla Martín García															
Municipal															
56.846	195.660	252.506	331	17.885	49	7.261	40,6	6,8	1.192	3,6	1	0,3			
682	2.659	3.381	100	8.760	24	3.694	42,2	4,2	297	3,0	1	1,0			
579	3.680	4.259	110	3.650	10	894	24,5	11,0	165	1,5	-	-			
859	3.942	4.801	121	5.475	15	2.673	48,8	8,1	730	6,0	-	-			
54.726	185.339	240.065													
Total Municipales Sin Internación															

Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Buenos Aires	C o n s u m o s Medicinas	Total	Egresos	Dias Camas Disponible	CO	Pacientes Dias	%	Giro Cama	Dias de Estado	DE	Defunc.	T.M.H
Región Sanitaria Partido - Establecimiento	145.039	1.095.746	15.699	111.942	366	83.797	74,9	51,3	83.419	5,3	686	4,3
	145.039	1.095.746	15.699	111.942	366	83.797	74,9	51,3	83.419	5,3	686	4,3
	184.984	1.095.746	7.577	50.137	137	27.527	54,9	55,3	27.216	3,6	50	0,7
	292.466	350.477	5.699	48.892	134	44.879	Occup	44,7	44.049	7,9	566	16,6
SAN ISIDRO Municipal	17.742	173.905	2.529	12.913	35	12.197	94,5	72,3	12.154	4,8	70	2,8
	69.600	458.597										
	24.983	888.941	11.579	76.435	207	62.839	83,3	55,9	57.575	5,0	302	2,6
	24.983	888.941	11.579	76.435	207	62.839	83,3	55,9	57.575	5,0	302	2,6
SAN MIGUEL Municipal	87.127	704.977	9.863	56.047	181	54.842	82,7	54,5	54.823	5,6	264	3,0
	10.708	176.026	9.863	56.047	181	54.842	82,7	54,5	54.823	5,6	264	3,0
	76.419	528.951										
	140.030	729.579	10.947	179.325	355	96.143	75,9	30,4	95.875	8,8	486	4,4
TIJERE Provincial	95.970	77.453	1.266	21.799	60	14.883	68,3	21,1	11.025	10,3	137	10,3
	95.970	77.453	1.266	21.799	60	14.883	68,3	21,1	11.025	10,3	137	10,3
VICENTE LOPEZ Provincial	44.060	632.126	9.681	107.524	765	83.260	77,4	32,8	82.850	8,6	343	3,5
	2.250	68.165	4.476	36.112	115	16.885	89,8	45,0	34.560	6,7	311	6,0
		10.177	32	29.487	81	29.090	45,6	45,2	16.817	3,7	19	0,4
		168.028					98,7	0,4	31.673	989,8	13	40,6
Municipal	23.741	378.302	8.537	45.301	124	40.416	89,2	76,9	39.960	4,2	268	2,8
	21.182	325.301	8.537	45.301	124	40.416	89,2	76,9	39.960	4,2	268	2,8
	21.182	325.301	8.537	45.301	124	40.416	89,2	76,9	39.960	4,2	268	2,8
	2.559	54.061										
ZARATE Provincial												
Hosp. Zonal Gral. de Ag. Virgen del Carmen												

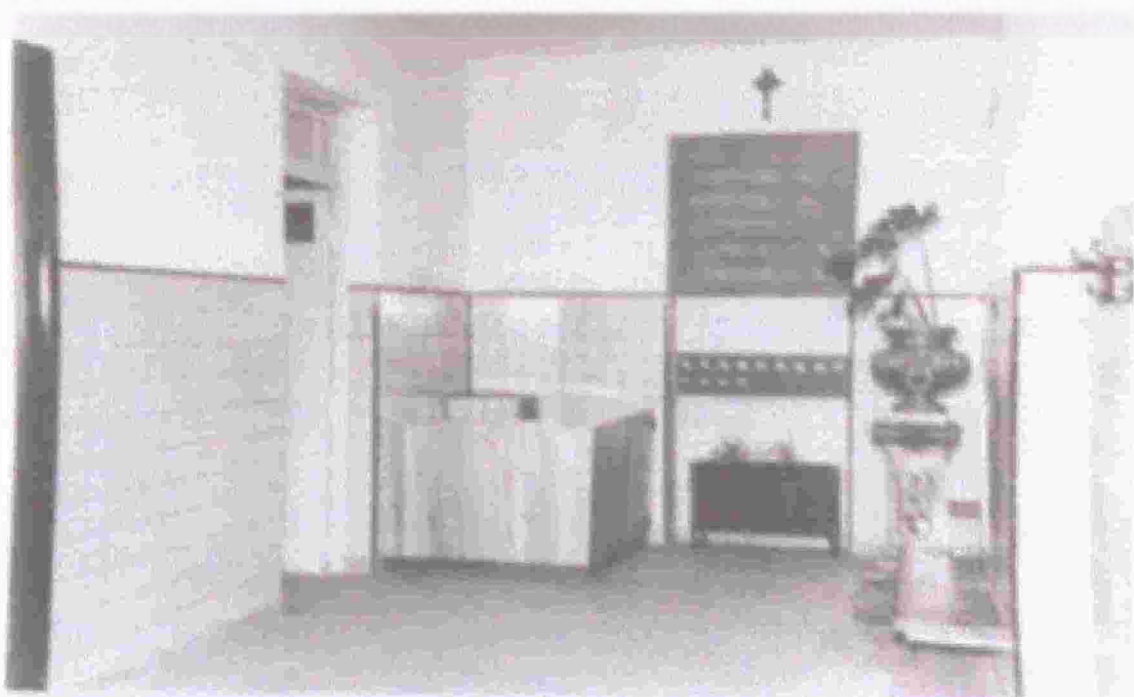
Anexo Fotográfico

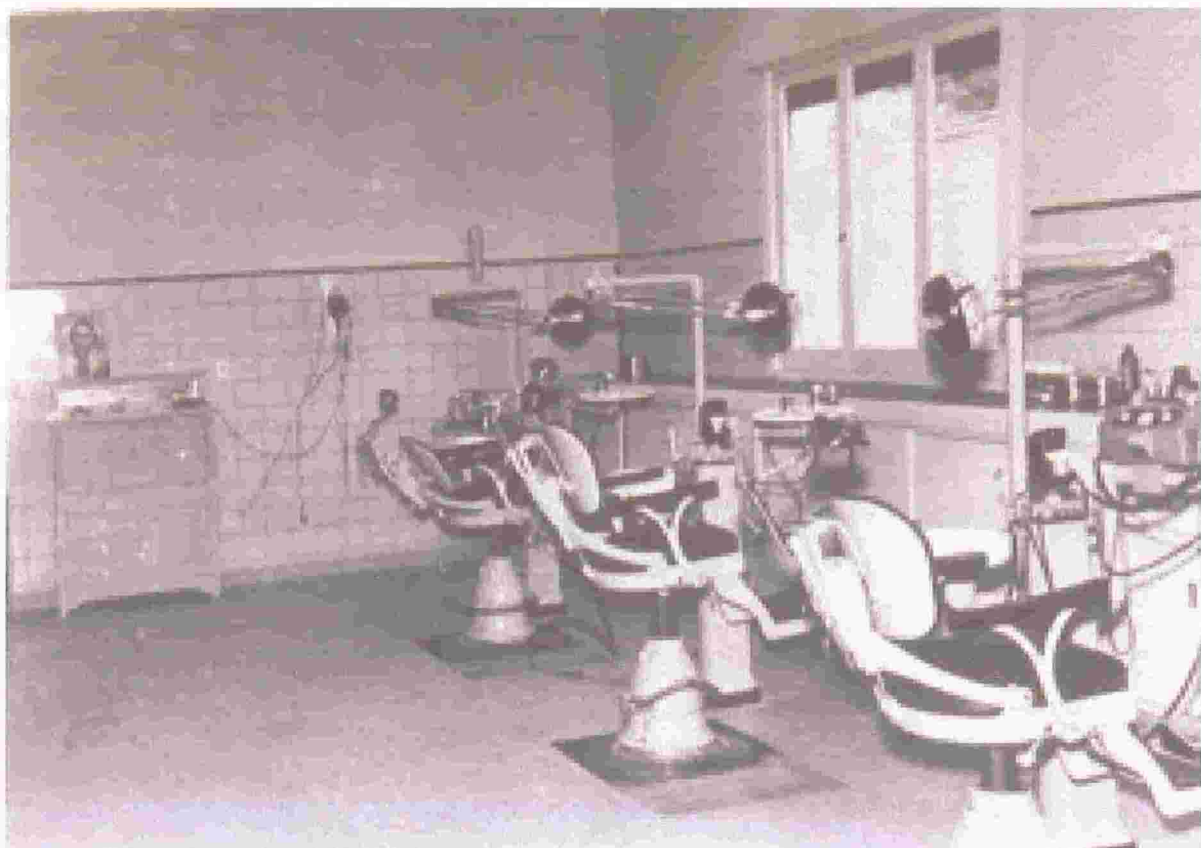


Fachada del Hospital “Dr. Juan Ubaldo Carrea”, Año 2002 - 2003



Área de espera - “Dr. Juan Ubaldo Carrea”, Año 2002 - 2003





Anexo Documental

Hospital "Dr. Juan Ubaldo Carrea"

12 CLARIN VICENTE LÓPEZ SALUD Jueves 2 de octubre de 2003

OLIVOS QUEDA EN JUAN DE GARAY 2478

Remodelaron el hospital odontológico infantil

Renovaron la fachada, ampliaron la sala de espera y sumaron equipos más modernos. Allí atienden a 300 menores de 14 años por día. Ahora quieren sumarle dos pisos para dar más servicios.

Pablo Hacker

phacker@clarin.com

AÑO POR AÑO

Cantidad de pacientes atendidos por semestre.

Año	Pacientes
2000	
1er semestre	18.873
2do semestre	19.467
2001	
1er semestre	19.553
2do semestre	19.593
2002	
1er semestre	20.777
2do semestre	17.982
2003	
1er semestre	19.463

Fuente: HOSPITAL ODONTOLÓGICO J. CARREA. CLARIN

Antes parecía una casa común", cuenta la vecina Marta Gracia. Mientras, curioso el enjambre de periodistas y funcionarios reunidos para la inauguración de la obra de remodelación del Hospital Zonal Especializado en Odontología y Ortodoncia Juan Ubaldo Carrea, un viejo edificio en Juan de Garay 2478 (Olivos) que quedó "como nuevo", según opina Marta.

El viernes terminó la primera etapa de remodelación de este centro médico que atiende exclusivamente a chicos de hasta 14 años y que depende de la Provincia. Ahora tiene una nueva fachada; rampa para discapacitados; sala de espera más amplia - siempre llena -; cambiaron la instalación eléctrica, de agua y de gas; hicieron arreglos en el techo (tenía filtraciones); se reconstruyeron algunas paredes internas y medianeras (varias eran de adobe); e instalaron baños nuevos, incluyendo uno para discapacitados. La obra costó \$ 282.000 y en los seis meses que duró sólo dejaron de atender tres días.

El dinero salió de los recursos propios que generó el Hospital. La directora, María Cristina Mazzucca, explica: "Es lo que juntamos durante años cobrando a ca-

da obra social por la prestaciones que le dimos a sus pacientes". Así, asegura, también juntaron los \$ 90.000 que invirtieron en tecnología: cuatro nuevos equipos odontológicos (las famosas sillas de dentista) y una autoclave (máquina para lavar y esterilizar instrumental).

El Hospital nació en 1950 como centro de vacunación. Recién en el '73 pasó a depender del Ministerio de Salud de la Provincia. Hoy atiende gratis a unos 300 niños por día (cerca del 40% son vecinos del Partido). Brindan una

atención completa: desde el arreglo de una carie o un tratamiento de conducto hasta la colocación de aparatos. Y también hay un servicio de psicología y fonoaudiología donde le enseñan a hablar y comer a los chicos que tienen dificultades con los aparatos.

Las más de 60 personas que trabajan en el Carrea -25 son odontólogos pero también hay un grupo de residentes- ya piensan en la segunda etapa de las obras: sumarle dos pisos al edificio para poder atender a más gente, "incluso mayores", dice

Mazzucca. Es que desde su creación, la demanda fue subiendo. "Destinaremos \$ 50 mil para las obras de ampliación", promete Ismael Passaglia, ministro de Salud de la Provincia.

"La atención es excelente. Llevo cuatro años trayendo a mis dos chicos y siempre respondieron bien", cuenta María del Carmen Belmonte vecina de Lazona, mientras espera un chequeo de rutina para su hijo Darío.



LOS RESIDENTES. SE SUMAN AL TRABAJO DE LOS 25 DENTISTAS DEL HOSPITAL.

DONDELLAMAR

4799-7504