

	
<p>Universidad de la República Facultad de Ciencias Económicas y de Administración</p> <p>Trabajo de Investigación monográfica para la obtención del Título Lic. en Administración - Contador (sector privado) Plan 1990</p> <p>Catedra Economía y Gestion de la Salud Tutora: Cra. Ana Mariela Rodriguez</p>	
<p>USO DE HERRAMIENTAS DE GESTIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL (RAP-ASSE)</p>	
	
	
	<p>Brandes Valdevino, Veronica CI 2.704.088-9</p> <p>Giorello Caurant, Carolina CI 3.851.058-8</p> <p>Montevideo 2013</p>

Página de Aprobación

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRACION

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba la Monografía:

Título:

Uso de herramientas de gestión en la red de atención del primer nivel (RAP-ASSE)

Autores:

Verónica Brandes Valdevino, C.I. 2.704.088-9

Carolina Giorello Caurant, C.I. 3.851.058-8

Tutor:

Cra. Ana Mariela Rodríguez

Carrera:

Lic. Administración – Contador (Sector Privado) Plan 1990

Cátedra:

Economía y Gestión de la Salud

Puntaje:

.....

Tribunal

Profesor..... (nombre y firma).

Profesor.....(nombre y firma).

Profesor..... (nombre y firma).

AGRADECIMIENTOS

A nuestra tutora del Trabajo de Investigación Monográfica Cra. Ana Mariela Rodríguez por todo el apoyo brindado durante la elaboración del mismo.

A la Directora del C.S. Unión, Dra. Marta Cruz por sus aportes y por estar siempre dispuesta a colaborar cada vez que se lo solicitamos.

Especialmente queremos agradecer a nuestras familias y amigos por su apoyo y aliento constante, y a todas las personas que de una forma u otra colaboraron para que nuestro trabajo saliera adelante.

ABREVIATURAS FRECUENTES

ASSE:	Administración de los Servicios de Salud del Estado
AP:	Atención Primaria
APS:	Atención Primaria de la Salud
BPS:	Banco de Previsión Social
CMI:	Cuadro de Mando Integral
EAS:	Equipos de Área de Salud
EFQM:	European Foundation Quality Management
FESP:	Funciones Esenciales de Salud Pública
FNR:	Fondo Nacional de Recursos
FONASA:	Fondo Nacional de Salud
GGI:	Grupo de Gestión de la información
IAMC:	Instituciones de Atención Médica Colectiva
JUNASA:	Junta Nacional de Salud
MEF:	Ministerio de Economía y Finanzas
MSP:	Ministerio de Salud Pública
OMS:	Organización Mundial de la Salud
RAP-ASSE:	Red de la Atención del Primer Nivel de ASSE
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud
UDELAR:	Universidad de la República

INDICE

1. ABSTRACT.....	7
2. INTRODUCCION	
2.1. Objetivos del Trabajo.....	8
2.2. Metodología del trabajo.....	10
3. ANTECEDENTES: RESEÑA HISTORICA Y MARCO NORMATIVO.....	12
3.1 Creación del SNIS: Ley N° 18.211.....	15
3.2 RAP-ASSE	21
4. MARCO TEORICO	
4.1. Definición de conceptos.....	24
4.2. Cuadro de Mando Integral	32
4.3 El uso de Indicadores	42
4.4 Mapa estratégico.....	46
4.5 Modelo EFQM y Escala de Likert.....	46
4.6 Relación entre EFQM y CMI.....	47
5. TRABAJO DE CAMPO	
5.1. Metodología utilizada.....	51
5.2 Descripción de la Red de atención del primer nivel	
5.2.1 Descripción del nivel macro: la RAP-ASSE.....	59
5.2.2. Descripción del nivel meso: Centro de Salud UNION.....	73

5.3. Resultados del trabajo de campo	
5.3.1 Análisis de los resultados.....	76
5.3.2 Discusión de los resultados.....	83
6. CONCLUSIONES DEL TRABAJO MONOGRAFICO.....	86
6.1 Indicadores.....	89
6.2 Cuadro de Mando Integral y Mapa Estratégico.....	105
7. BIBLIOGRAFIA.....	108
8. ANEXOS.....	115
8.1 Cuestionarios	
8.1.1 Evaluación para los Directores Regionales	
8.1.2 Evaluación para los Directores de los Centros de Salud	
8.2 Resultados de cuestionarios – gráficos	
8.3 Entrevistas en profundidad	

1. ABSTRACT

En este trabajo se analizó la existencia de herramientas de control y de medición tanto a nivel macro como a nivel meso de la red de atención del primer nivel (RAP) de ASSE.

Para ello se realizaron entrevistas en profundidad, se enviaron cuestionarios a los doce centros de salud (obteniendo el 100% de respuesta) y se enviaron cuestionarios a los tres directores regionales a cargo de dichos centros de salud.

Asimismo se analizó si la RAP cuenta con un sistema de información que permita la evaluación y seguimiento de los servicios de salud así como un modelo sistematizado que permita determinar indicadores de gestión integrado al sistema de información.

Detectamos que la RAP cuenta con un sistema de información articulado y determinadas herramientas que permiten la gestión. Pero entendemos que puede mejorarse a través de la incorporación de herramientas de gestión más sólidas que puedan medir en forma homogénea la gestión de todos los centros; a través de indicadores que controlen y detecten desvíos.

Concluimos entonces que el cuadro de mando integral (CMI) reúne las condiciones para dar soporte a la gestión de la RAP.

2. INTRODUCCION

2.1 OBJETIVOS DEL TRABAJO

En el marco del compromiso institucional con el proceso de Reforma de Salud, ASSE ha creado la red de atención del primer nivel, trabajando en los grandes ejes estratégicos del cambio del modelo asistencial.

Dada la situación actual de recursos limitados, a los que se enfrenta diariamente la administración pública, la demanda social, los grupos de presión, el envejecimiento de la población y aparición de nuevas tecnologías hacen que las organizaciones sanitarias busquen e incorporen nuevos enfoques de gestión.

Entendemos por lo tanto que para que el cambio en el modelo asistencial sea exitoso este debería ir acompañado de cambios en el modelo de gestión.

A través de nuestro trabajo investigaremos si en los centros de atención del primer nivel se utilizan herramientas para la gestión, evaluación y control.

Los objetivos específicos de nuestra investigación son:

- 1) Detectar y analizar la existencia de herramientas de control y de medición a nivel macro de la red de atención del primer nivel de ASSE.
- 2) Analizar la existencia herramientas de gestión a nivel meso y en caso positivo cuáles son.

- 3) Analizar si la administración actual cuenta con un sistema de información que permita la evaluación y seguimiento de los servicios de salud que brinda en caso positivo, cual es.
- 4) Analizar si existe un modelo sistematizado que permita determinar indicadores de gestión articulado al sistema de información.

Una vez realizado el relevamiento de la situación actual se propone colaborar con la creación de una herramienta de gestión que brinde una mejora en el funcionamiento de la Red de Atención Primaria. Con el logro de nuestros objetivos proponemos aportar a la generación del conocimiento que ayudara a toda la comunidad.

Considerando que la Atención primaria es un tema sumamente complejo y que afecta a gran parte de la población no privilegiada de nuestro país, resulta interesante abordarlo desde la óptica del administrador ya que los esfuerzos no están focalizados en la gestión de la misma. Esta orientación hacia la toma de decisiones podría llevar al beneficio de los profesionales y demás actores del sistema, a los usuarios y a la sociedad en su conjunto para que produzca una mayor rentabilidad social.

2.2 METODOLOGIA DEL TRABAJO

El primer nivel de atención primaria es la puerta de entrada al sistema, es el primer contacto con los servicios sanitarios y con la estructura responsable de su salud. En este campo de estudio se puede observar no solamente factores sanitarios sino que también aborda factores de riesgo, sociales, ambientales y otros determinantes de la salud y todos aquellos factores que interaccionan con el individuo a lo largo de su vida.

En primer lugar estudiaremos el nivel macro, nos enfocaremos en el nivel gerencial de la RAP-ASSE, nivel donde se toman las decisiones y se recopila la información de todos los centros de salud. Con la finalidad de constatar la existencia y uso de herramientas de gestión describiremos el funcionamiento de la RAP-ASSE a nivel macro en términos de sus objetivos primordiales y organización. Investigaremos si cuenta con un área de gestión de la información, y en caso de esta existir cuáles son sus objetivos.

En segundo lugar, para el estudio del nivel meso, elegiremos un centro sin puerta de emergencia de mediano porte que abarque un volumen considerable de usuarios en una zona poco privilegiada de Montevideo. Acotaremos el abordaje al departamento de Montevideo. Asimismo optaríamos por un centro que tenga una amplia gama de especialistas así como programas y servicios para que el alcance de nuestro trabajo pueda ser utilizado y extendido al resto de la Red de Atención

Primaria. Detallaremos en profundidad el funcionamiento de un centro de salud en particular pretendiendo abordar sus características, forma de organización, ubicación geográfica, así como el detalle de los servicios que brinda a sus usuarios. A este nivel la investigación debe estar orientada a aportar evidencias de los problemas cotidianos que enfrentan los actores que llevan adelante la gestión de esta entidad.

Respecto a las herramientas de análisis que utilizaremos para recabar información, las mismas serán las siguientes: observación directa, entrevistas en profundidad, cuestionarios, uso de páginas web así como el uso de artículos arbitrados. Los cuestionarios serán dirigidos a los directores regionales (Sur, Este, Oeste) y a los directores a cargo de los Centros de Salud.

A efectos de una adecuada comprensión del trabajo y con el objetivo de ajustarnos a la realidad, definiremos en el apartado 5, denominado trabajo de campo, los conceptos claves de la investigación adaptados al rubro de salud.

Con la finalidad de elaborar una herramienta de gestión que aplique al tipo de organización, estudiaremos al cuadro de mando integral como una posible herramienta de gestión y control a nivel macro. Para ello definiremos, también en el trabajo de campo, los principales conceptos de dicha herramienta.

3. ANTECEDENTES: RESEÑA HISTORICA Y MARCO NORMATIVO

Según el texto “Formación de Recursos Humanos para el primer nivel de atención utilizando la estrategia de la atención primaria de Salud” de la Facultad de Medicina de Montevideo, UDELAR, Abril 2009; se pueden señalar algunos acontecimientos donde se analizaron los problemas de salud, y en los cuales se daba a conocer la necesidad de una Reforma.

[...]

Entre ellos se destacan:

- *1985 Proyecto de Ley para crear un Sistema Nacional de Salud (basado en recomendaciones de CONAPRO 1984 y VII Convención Médica Nacional donde se consagraba legalmente el derecho a la salud.*
- *1987 Creación de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) como un organismo público encargado de administrar los establecimientos de atención a la salud pertenecientes al MSP.*
- *2000 Comisión: Ord. Ministerial No. 1/00 Cometido: Analizar la situación y tendencias del Sector Salud, y en particular de las IAMC;*
- *2002 MSP – OPS. Desempeño de las FESP en Uruguay*
- *2004 VIII Convención Médica Nacional*

El propósito del SNIS y del Seguro Nacional de Salud, es “universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema.”

Lograr la equidad en relación a los recursos que la sociedad destina para la atención en salud de la población, a fin de contribuir en el bienestar bio-psicosocial de la misma.

Asimismo, en el texto antes mencionado se detallan las modificaciones que plantea el SNIS en relación al sistema anterior: **nuevo modelo de atención, nuevo modelo de gestión y nuevo modelo de financiamiento.** [...] *La estrategia básica está centrada en que la atención a la salud sea independientemente de la condición socioeconómica del individuo, y que además sea profundamente transformadora de los actuales modelos de atención propugnando una atención integral, humanista y solidaria.*

1. Cambios en el Modelo de Atención: *Hacia una orientación que privilegie la atención integral, y jerarquice la promoción y la prevención en materia de salud.*

Estas acciones se desarrollaran en el marco de la aplicación de una estrategia de atención primaria en salud, estructurada como un sistema con base territorial, integración en la atención a la salud del trabajo de equipos interdisciplinarios con un enfoque integral y mediante la creación de ámbitos de coordinación intersectorial.

2. Cambios en el Modelo de Gestión

Fortalece el rol del MSP como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud en la definición de las políticas de salud. Al considerar la salud como un derecho, se plantea que el Estado recupere su capacidad regulatoria y controladora de la oferta en servicios de salud, superando modelos que dejaban librado dicha regulación a las fuerzas del mercado.

El nuevo Sistema pretende incorporar a la población usuaria y a los trabajadores en su gestión. La participación social implicará, a su vez, el ejercicio del control ciudadano sobre la calidad de las prestaciones y un monitoreo de las mismas.

3. Cambios en el modelo de Financiamiento

Los cambios propuestos se basan en la justicia distributiva, es decir independiente de la capacidad de pago que el individuo tenga.

3.1. CREACION DEL SNIS: LEY N° 18.211

En el año 2007 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, reglamentado por la ley N° 18.211.

De acuerdo al artículo 3 de la presente ley se detallan los principios que rigen dicho sistema:

- A) *“La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.*
- B) *La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.*
- C) *La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.*
- D) *La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.*
- E) *La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.*
- F) *La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.*
- G) *El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.*
- H) *La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.*
- I) *La participación social de trabajadores y usuarios.*
- J) *La solidaridad en el financiamiento general.*
- K) *La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.*

L) *La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.”*

Asimismo, el artículo 4 de la mencionada ley detalla los objetivos del SNIS:

- A) *Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.*
- B) *Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.*
- C) *Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.*
- D) *Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.*
- E) *Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.*
- F) *Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.*

G) *Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.*

H) *Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.*

Las entidades que podrán integrar este sistema son, de acuerdo al capítulo II de la ley 18.211, *“públicas o privadas que cuenten con órganos asesores y consultivos, representativos de sus trabajadores y usuarios”*. Asimismo *“deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico de la propia entidad”*. Para que puedan integrar este sistema, *“la Junta Nacional de Salud (en adelante JUNASA) evaluará su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención de salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional, el estado económico financiero según criterios que fije la reglamentación.”*

La **JUNASA**, es un órgano desconcentrado que depende del Ministerio de Salud Pública (MSP). Sus cometidos son administrar el SNIS y observar que se respeten los principios rectores y los objetivos del SNIS, de conformidad con las políticas y normas que establezca el MSP, tal como se indica en la mencionada ley.

Los miembros de la JUNASA serán honorarios y contará con dos representantes del MSP, un miembro del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), un representante del Banco de Previsión Social (BPS), otro de los prestadores (mutualistas y hospitales), un sexto por parte de los trabajadores (médicos y no médicos) y un séptimo representando a los usuarios.

De acuerdo con el artículo 28 de la presente Ley, la JUNASA tiene como principales competencias la de fiscalizar la integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud (FONASA); disponer el pago de las cuotas salud (o cápitas) a los prestadores que integren el SNIS de acuerdo a los usuarios que tengan; y regular las relaciones entre los prestadores y con terceros. Además tiene la potestad de disponer la suspensión del pago de las cuotas, en caso de incumplimiento de los prestadores.

Entre las principales obligaciones de la JUNASA se encuentra la de elevación del balance anual y rendición de cuentas al Poder Ejecutivo. El contralor de la JUNASA será ejercido por el Tribunal de Cuentas.

La JUNASA también promoverá la creación de redes territoriales de atención en salud que articulen su labor con los centros educativos de cada zona. Las entidades de salud podrán coordinar acciones, pero dentro de un marco territorial definido.

De acuerdo a lo que establece el artículo 34 de la presente ley, el SNIS [...] *“se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones”*. Tendrá como prioridad la **red de atención del primer nivel**.

Según el artículo 36, [...] *“el primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el*

medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutiveidad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia”

La organización mundial de la Salud (OMS), en la conferencia internacional de Atención Primaria de la Salud celebrada en Alma Ata (1978), definió la atención primaria (APS) como “[...]el **cuidado de salud esencial, basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, accesibles de forma universal a los individuos y familias en la comunidad a través de su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan afrontar[...]”**

Por su lado el Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga en su artículo denominado “La atención Primaria de Salud (APS) en Uruguay” sostiene que [...] *la institucionalización de la APS en el sistema de atención de la salud es una operación compleja que supone una modificación cualitativa de todos los sectores involucrados, no sólo del primer nivel de atención.*

Para lograr este tipo de modificaciones, cuando existen en el sector grupos que apuestan con fuerza al statu quo, como es el caso, se requiere una voluntad política firme que exprese el apoyo de todos los actores involucrados además de la autoridad sanitaria: otros organismos estatales, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), gremiales médicas,

corporaciones médicas, Universidad de la República (UDELAR), gremiales de trabajadores de la salud, usuarios de los servicios, quienes parece comienzan a organizarse, etcétera.

Será indispensable la coordinación de servicios. Es decir, se plantea en realidad una alternativa de atención que involucra a la globalidad del sistema, aunque sea más específica para el primer nivel que es el que requiere una reformulación sustantiva, de mayor entidad. La línea estratégica determinante de las acciones en salud deberá ser el beneficio del usuario, considerando la globalidad de factores concurrentes: individuales, familiares, comunitarios. En este sentido se enfatiza el objetivo de resolver completamente el episodio de enfermedad o la consulta en el lugar de la atención: examen clínico, exámenes complementarios, medicación, trámites administrativos, etcétera.”

El **segundo nivel de atención en salud**, de acuerdo con la Ley 18.211, está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Y por último, **el tercer nivel de atención** está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

3.2 RED DE ATENCION DEL PRIMER NIVEL (RAP-ASSE)

De acuerdo al trabajo “Construcción de una red continente. APS y Primer nivel en el cambio de modelo de atención de Montevideo. Uruguay 2005-2009” comprendido en la publicación “Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas Montevideo”: OPS; 2011 (p. 100-133) *la RAP-ASSE es una unidad ejecutora de ASSE, responsable de proveer servicios de salud en el Primer Nivel de atención, atendiendo alrededor de 350.000 ciudadanos del sector público de ASSE.*

[...]

A partir de la Reforma del año 2005, ASSE se configuró en un organismo descentralizado, empresa pública prestadora de servicios de salud perteneciente al Sistema Nacional Integrado de Salud; a la vez, por el mandato constitucional de que el Estado debe asegurar la atención a la salud de las personas en situación de indigencia, constituye el brazo operativo estatal para dar cobertura en salud a todas las personas en situación de exclusión social, inclusive extranjeros.

Se puede, entonces, acceder a poseer cobertura formal de ASSE de tres maneras:

- 1. Por su bajo nivel de ingresos que lo habilita a obtener la atención gratuita.*
- 2. A través de la Seguridad Social (porque elige ASSE o porque al no elegir prestador se le asigna ASSE).*
- 3. A través del pago una cuota mensual de afiliación, cuando opta por ASSE y no le corresponde la cobertura de la Seguridad Social.*

Las dos últimas modalidades son posteriores a la Reforma y significan menos del 10% de los usuarios. Si bien ha tenido modificaciones, su población beneficiaria, que según datos

oficiales asciende a 1.281.000 personas en todo el país, aún proviene mayoritariamente de los sectores sociales más sumergidos.

En la RAP-ASSE anualmente se brindan aproximadamente 1.000.000 de consultas médicas a sus usuarios. Incluye servicios territoriales (Centros de Salud, Policlínicas, Consultorios de Área) y un Sistema de Unidades Móviles para emergencia, urgencia y traslados.

Debe señalarse que es la única de las 68 UE de ASSE con estructura y funcionamiento exclusivos de Primer Nivel.

*Tiene definida como **VISION institucional**,*

Consolidar un Primer Nivel de atención, continente y resolutivo, que permita realizar la promoción, prevención específica, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos para la población beneficiaria de ASSE del departamento de Montevideo.

Brindar atención a la salud con criterios de integralidad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, consolidando un modelo de atención humanizado con enfoque interdisciplinario y la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derechos.

*Su **MISION** en el sistema de salud:*

Brindar atención integral a los ciudadanos con cobertura formal de ASSE, en el primer nivel de atención, con enfoque preventivo y énfasis en la promoción de salud, en el departamento de Montevideo.

Contribuir desde el ámbito departamental a la constitución de un Sistema Nacional Integrado de Salud de cobertura universal e igualitaria, financiado por un Seguro Nacional sobre bases de solidaridad y justicia social.

[...]

La experiencia en Montevideo en la última década permite afirmar que implementar una Red continente de atención ha requerido el desarrollo de un Primer Nivel con diversos niveles de complejidad de la estructura asistencial:

a) Estructura Básica: Consultorio barrial con Médico de familia o generalista y enfermera, Partera, Pediatra y ginecólogo visitante.

b) Estructura Intermedia: Policlínicas barriales con médicos de especialidades básicas: general, pediatra, ginecólogo. Médicos especialistas de referencia zonal. Técnicos y Servicios básicos de apoyo diagnóstico.

c) Estructura de mayor complejidad: Centros de Salud con médicos de especialidades básicas y demás especialistas. Especialistas y Servicios de apoyo diagnóstico (imagenología, laboratorio) de referencia regional. Servicios de Emergencia.

d) Sistema de Unidades Móviles: Atención a pacientes crónicos no ambulatorios con médicos y enfermería domiciliaria; servicios de traslados y articulación con el nivel hospitalario, etc.

A efectos de operacionalizar el Cambio de Modelo de Atención en el marco de la Reforma del Sector Salud, en el año 2005, la RAP-ASSE definió 6 ejes estratégicos:

- 1. Reorganización de la Base Territorial.*
- 2. Fortalecimiento de Primer Nivel, en cuanto a resolutiveidad y capacidad de contención.*
- 3. Diseño y ejecución de Programas priorizados*
- 4. Implementación de una Política de Recursos Humanos.*
- 5. Coordinación intersectorial e interinstitucional.*
- 6. Participación de la comunidad organizada.*

Los mismos se abordaran en profundidad en el apartado de trabajo de campo.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. DEFINICION DE CONCEPTOS

4.1.1 Planificación estratégica

La planificación estratégica para la toma de decisiones es el proceso de establecer metas y elegir los medios para alcanzar las mismas. Una premisa fundamental es que las metas deben ser realistas y alcanzables, su importancia radica en que deben; a) proporcionar un sentido de dirección, b) permitir establecer prioridades para enfocar los esfuerzos, c) guiar los planes y decisiones, d) servir para evaluar los avances.

Toda planificación comienza con el establecimiento de la misión, visión y valores.

La **misión** es una expresión del sentido último de la existencia de la institución, señala un objetivo específico el cual es armónico con lo que la sociedad espera y con los intereses de sus miembros.

La **visión** es la imagen compartida en el entorno, la percepción de las personas que se relacionan con la organización e implica la definición de un propósito noble y valores altos mediante los cuales se quiere reconocer a la institución.

Los **valores** son las creencias en las que se basan las decisiones y la forma de implementar las mismas en la organización. Un factor fundamental para el éxito es la adhesión de estos valores por parte de todos los miembros que componen la organización.

Una gestión eficiente consta de cuatro actividades básicas: planificar, organizar, dirigir y controlar. La planificación es el motor de para programar las actividades de la organización, la dirección y el control. Uno de los resultados más importantes del proceso de planificación es la definición de estrategia para la organización.

Por este motivo es fundamental que la organización defina su estrategia y realice la planificación a corto, mediano y largo plazo. Una de las funciones vitales para el éxito de la dirección es orientar, empleando diferentes mecanismos, el comportamiento y las decisiones de las personas que la componen hacia los objetivos organizacionales.

Toda empresa requiere la formulación de una estrategia, que le permita adaptarse al entorno en función de sus objetivos y establecer una estructura organizativa en la que los diferentes componentes de la organización deben tener definidas sus funciones.

La planificación debe considerar los siguientes ejes:

- **Estratégicos:** los planes deben estar diseñados para alcanzar metas generales de una organización.

- Operativos: contienen especificaciones para poner en práctica o aplicar los planes estratégicos en las actividades diarias.

La estrategia de una unidad de negocios es el camino hacia la ventaja competitiva que determinará su desempeño. La planificación estratégica es el proceso para producir dicha estrategia y para actualizarla conforme a los cambios que se vayan suscitando sobre la marcha.

4.1.2 Control de gestión

Según Joan Ma. Amat (1992, p.35) el control de gestión es: "... el conjunto de mecanismos que puede utilizar la dirección que permiten aumentar la probabilidad de que el comportamiento de las personas que forman parte de la organización sea coherente con los objetivos de ésta."

También se lo puede definir como un proceso mediante el cual los directivos aseguran la obtención de recursos y su utilización eficaz y eficiente en el cumplimiento de los objetivos de la organización (Anthony, 1994)

Para Robbins (2000, p.554) es el proceso de monitorear las actividades con el fin de asegurarse de que se realicen de acuerdo a lo planificado y corregir todas las desviaciones significativas.

El control tiene un carácter netamente estratégico, ya que estará diseñado para pulsar el comportamiento de las distintas células del sistema sustentado sobre las necesidades o metas respecto a los objetivos prefijados por la organización y aportará valiosa información para la toma de decisiones estratégicas.

Cada objetivo deberá estar ajustado a las características del entorno y a las necesidades objetivas y subjetivas de la organización. El seguimiento de la evolución del entorno permite reaccionar, y reajustar si es necesario, la forma en que se lograrán esas metas planteadas e incluso replantearlas parcial o totalmente sobre la marcha. Para lograrlo es necesario que el Sistema de Control permita extraer la información necesaria y en el momento preciso, el mismo debe permitir conocer cabalmente qué está sucediendo alrededor para evaluar la reacción a los posibles cambios externos.

Habitualmente los cambios externos también exigen cambios internos y se hace imprescindible conocer cómo y cuándo cambiar.

Según Gerry Johnson y Kevan Scholes (1997, p. 264.): "...a menudo los directivos tienen una visión muy limitada de en qué consiste el control directivo de un contexto estratégico."

Ambos consideran los sistemas de control en dos grandes categorías:

- Sistemas de información y medición: Sistemas financieros e. indicadores
- Sistemas que regulan el comportamiento de las personas.

Para Harold Koontz (1994, p. 128.) todo sistema de control debe atravesar por éstas tres etapas:

1. Establecimiento de estándares y puntos críticos que permitan a la dirección orientarse trabajar sobre indicadores que le informen sobre la situación de la organización tanto a priori como a posteriori
2. Medición del desempeño.
3. Corrección de las desviaciones

4.1.3 Gestión de Salud

“Gestionar la salud es lograr el máximo provecho posible, de los recursos que se disponen, haciendo que éstos alcancen de la mejor manera al mayor número de personas.

Cuando nos referimos al mayor provecho posible estamos expresando que siempre debemos tratar de lograr los mejores efectos posibles, empleando de la manera más eficiente y eficaz tanto los recursos físicos como los recursos humanos con que dispongamos” (Otero M, Jaime).

Los servicios de salud constituyen organizaciones muy complejas y susceptibles al cambio. Han atravesado verdaderas reconversiones y han ido redefiniendo sus objetivos, al igual que los criterios que determinan su eficacia y eficiencia. Mediante cada reconversión se involucra también la contribución a la sociedad en su conjunto, es decir una redefinición de sus funciones sociales y por consiguiente su misión.

La medicina es el área donde la humanidad ha obtenido las mayores conquistas, debido a la evolución del conocimiento médico y la tecnología que el mismo genera. La eficacia de los servicios médicos se ha incrementado de manera exponencial en los últimos tiempos.

Sin embargo, existen una serie de componentes en un sistema de salud además del conocimiento médico; un componente político (modelo de gestión), un componente técnico (modelo de atención) y un componente financiero (modelo de financiamiento).

En el marco de una permanente reforma de los sistemas de salud y los servicios de salud en permanente reconversión, se podría afirmar que la tendencia ha colocado como objetivo prioritario contener el gasto sectorial. Por este motivo la discusión se ha centrado en los modelos de financiamiento y se han dejado relegados los modelos de atención y de gestión.

En la gestión de salud se pueden distinguir tres niveles;

- a) La **macro gestión** que involucra la intervención del Estado que sigue políticas tendientes a corregir las fallas del mercado de salud y mejorar el bienestar de la sociedad en su conjunto a través de la aplicación de políticas que apuntan a la regulación de los servicios sanitarios, medio ambiente, tecnología y recursos humanos así como también la financiación de la sanidad y las prioridades de asignación de recursos y por último la organización y gestión de los servicios de titularidad pública.

- b) La **meso gestión** apunta a la conducción institucional que involucra los centros de atención primaria, los hospitales, mutualistas, seguros privados y otros establecimientos de salud. En este nivel es fundamental para lograr una gestión exitosa coordinar y motivar los recursos humanos para que logren materializar los objetivos.

- c) La **micro gestión** o gestión clínica, la responsabilidad recae sobre los profesionales quienes toman las decisiones diagnósticas y terapéuticas en condiciones de incertidumbre. En este nivel de decisión se involucra el mayor porcentaje de los recursos que se destinan al sector y se coordina a personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo.

La teoría de las organizaciones evolucionó más en el sentido de comprender la toma de decisiones como un proceso para conducir seres humanos. Los modelos organizativos clásicos han demostrado no ser lo suficientemente útiles para optimizar

la prestación de los servicios de salud, con las demandas y exigencias de la población actual.

Una organización no solo se compone de recursos, es una sincronía entre los objetivos, las acciones e intereses de los agentes y recursos. El factor humano es el principal capital de los servicios de salud y, por este motivo, el objetivo central de la gestión en salud, por lo que su gestión debe ir orientada a su desarrollo, para ello deben verse acciones, intereses, motivaciones que mancomunados persigan objetivos comunes.

De aquí la importancia de que, en las organizaciones actuales de salud, para alcanzar su objetivo, deben asumir una gestión con un liderazgo compartido y orientada en la estrategia de la atención primaria y en sus componentes.

Se pueden sintetizar las funciones de la gestión en atención primaria en; la ejecución de la Normativa institucional y de la política Nacional de salud, la gestión eficiente de los recursos, la participación en el desarrollo y funcionamiento de los sistemas de información y la participación en los procesos de evaluación de las actividades mediante el uso de herramientas que permitan planificar y programar actividades, así como participar en ejecución y evaluación. Para participar en la evaluación de las actividades se puede recurrir al uso de indicadores de actividad, de procesos y de resultados.

4.2 CUADRO DE MANDO INTEGRAL

En el año 1992, el profesor de Harvard, Robert Kaplan y el consultor David Norton publicaron en la Harvard Business Review un artículo llamado The Balanced Scorecard –that drive performance dando a conocer la innovadora herramienta de gestión. En ese artículo se refieren al BSC como “un conjunto de medidas que dan a la alta gerencia una visión compacta del negocio”

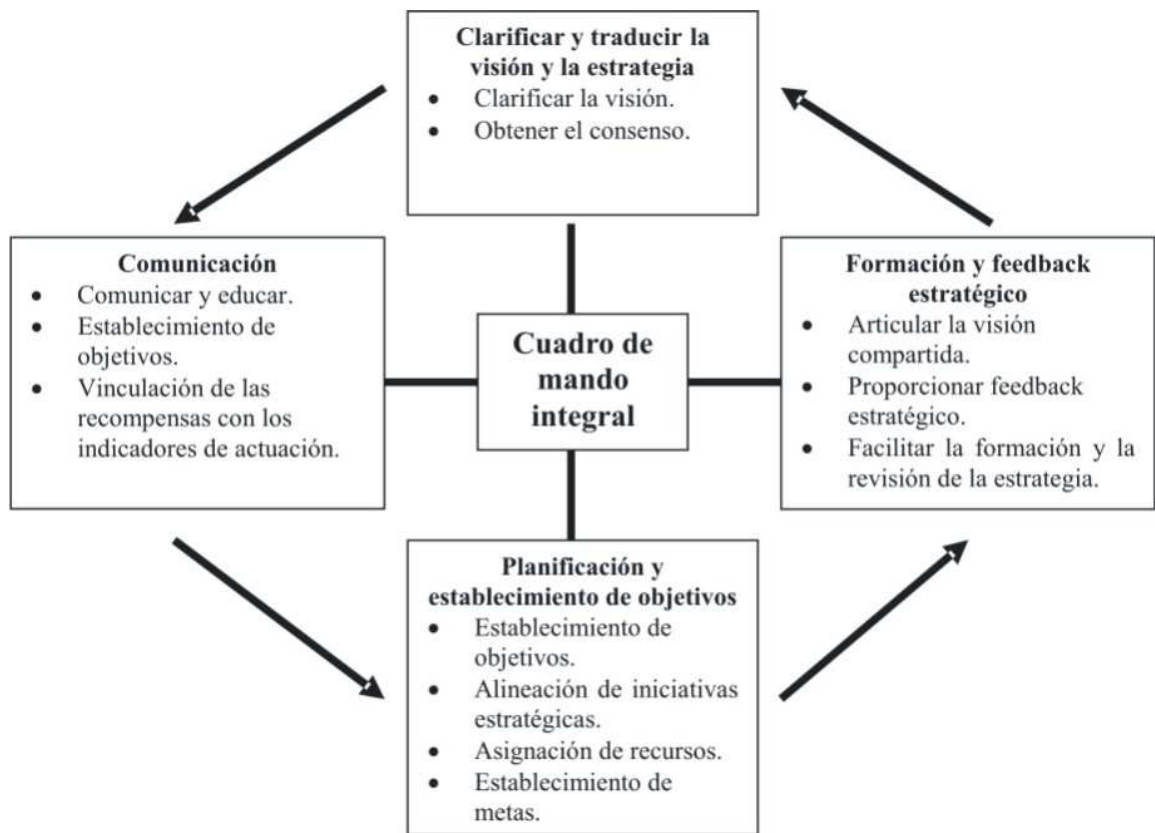
El Cuadro de Mando integral logró integrar conceptos como la estrategia, la evaluación del desempeño, las técnicas de costeo (EVA, ABC), los principios de excelencia del marketing y el servicio, las metodologías para el mejoramiento de procesos (reingeniería, gestión por procesos), la gestión de la calidad y las técnicas para el desarrollo de los recursos humanos, entre otras mediante un sistema estratégico de gestión.

La visión del CMI ha ido evolucionando en los últimos tiempos hasta convertirse en una herramienta de gestión que traduce la estrategia de la empresa en un conjunto coherente de indicadores. El enfoque de esta herramienta creada por Kaplan y Norton fue inicialmente utilizado por empresas con fines de lucro, no obstante la misma puede ser adaptada para mejorar la gestión de organizaciones que no persigan el afán de lucro. En dichas organizaciones el CMI no pugna únicamente por mantener el gasto dentro de los límites presupuestados sino que sirve para comunicar a los demandantes

de la información tanto internos como externos los resultados y los inductores de actividad por medio de los cuales la organización conseguirá alcanzar su misión y objetivos estratégicos (razón principal de su existencia).

Las características básicas del CMI son las siguientes (Mora y Vivas 2001 p.73):

- Equilibrar objetivos de corto plazo con los de largo plazo incorporando indicadores monetarios y no monetarios con el fin de adoptar una perspectiva global.
- Fomentar la participación conjunta de todos los actores que tienen que ver con la estrategia de la organización

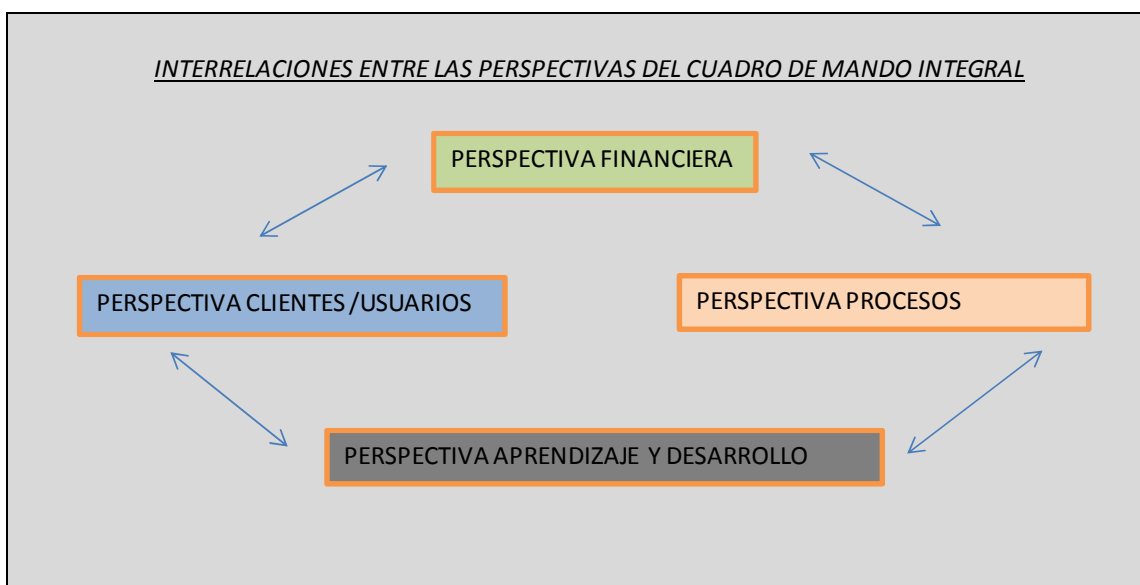


Fuente: Kaplan RS, Norton DP. Translating Strategy into Action – The Balanced Scorecard. Boston: Harvard Business School Press; 1996. El cuadro de mando integral como una estructura o marco estratégico para la acción.

El CMI traduce la estrategia y la misión de una organización en un amplio conjunto de medidas de actuación financiera y no financiera con el objetivo de poder monitorear constantemente la gestión y procurando alcanzar el equilibrio de sus distintas perspectivas.

Para ello se sugiere que se visualice a la organización desde cuatro perspectivas y establecer relaciones entre las mismas. Los indicadores deben reflejar la estrategia formulada.

1. Perspectiva Financiera.
2. Perspectiva del Cliente.
3. Perspectiva de Procesos Internos.
4. Perspectiva de Aprendizaje y Conocimiento.



Fuente: elaboración propia

Cada una de las perspectivas están interrelacionadas entre sí y se conforman por un conjunto de **factores claves**. Estos factores constituyen los objetivos estratégicos los cuales pueden ser traducidos en indicadores. La medición de los resultados a través de

indicadores permite a la entidad evaluar los resultados obtenidos para detectar desviaciones con respecto a lo previsto, determinar las causas y formular acciones para corregir las desviaciones. Los indicadores (asociados a las relaciones Causa-Efecto) permiten determinar el grado de obtención de los objetivos, por ello es fundamental metas medibles y cuantificables para cada una de las perspectivas.

A continuación definimos las perspectivas teniendo en cuenta que las entidades objeto de estudio no son lucrativas.

La perspectiva financiera mide las consecuencias económicas de las acciones tomadas en las organizaciones. Incorpora la visión de los accionistas y mide la creación de valor de la organización. La construcción de un Cuadro de Mando Integral debería incentivar a las unidades de negocio a vincular sus objetivos financieros con la estrategia de la organización y servir de base para elaborar los objetivos e indicadores en las demás perspectivas del cuadro. El desarrollo del mismo exige que cada unidad de negocio cuente con su propia estrategia. Los objetivos financieros a largo plazo deben vincularse estrechamente con la secuencia de acciones a realizarse relacionados con los procesos financieros, los clientes, los procesos internos, los empleados y los sistemas, para lograr la actuación económica deseada a largo plazo.

Esta perspectiva no puede ser ignorada dado que los recursos deben ser administrados de la manera más eficiente posible. Es necesario profundizar la estrategia para reducir

los gastos en determinadas áreas y aumentar los ingresos en otras de mayor relevancia. En el tipo de organizaciones que nos ocupan si se lograra mantener el gasto dentro del presupuesto o incluso si se redujeran los mismos no sería indicador de una gestión eficaz y eficiente ya que esto podría significar una disminución de los servicios prestados o de su calidad. Por estas razones si bien la perspectiva financiera tiene un papel facilitador o restrictivo de los objetivos para alcanzar la misión, no resulta el objetivo primordial de estas entidades. Según David Norton, “los datos financieros miden lo que se ha hecho en el pasado, y tenerlos como único referente a la hora de ver cómo va una empresa es igual que dirigir un barco mirando hacia la parte de atrás”.

La **perspectiva de clientes** refleja el posicionamiento de la entidad en su entorno, la identificación y satisfacción de los usuarios de los servicios producidos por la organización. “Esta perspectiva busca indicadores que permitan mejorar todo lo referente a la oferta de los servicios y la relación de los usuarios con el fin de organizar los recursos y procesos adecuados para alcanzar objetivos” (Díez Lobo, 2006, p.43). Dichos objetivos tienen que ver con la imagen del servicio, la calidad del mismo y el grado de satisfacción del usuario.

La **perspectiva de los procesos internos** se centra en medir los costos, la calidad el tiempo y la producción de los mismos. Es necesario conocer cuáles son los procesos

que generan valor para los clientes y logran también satisfacer las expectativas de los accionistas.

La respuesta se encuentra en identificar los procesos existentes a nivel general en la empresa, pudiéndose utilizar la "Cadena de Valor" de Porter.

En el caso de las organizaciones sin fines de lucro la implementación del CMI implica determinar si se pueden mejorar los procesos o adaptarlos a las cambiantes condiciones del entorno, medir todas las actividades que conforman la cadena de valor para optimizar tiempos, costos, duplicidad de esfuerzos y posibles errores.

La **perspectiva de aprendizaje y crecimiento** se centra fundamentalmente en los activos intangibles necesarios para la creación de valor; el capital humano, el capital de información y el capital organizacional. Es a través de la integración y alineamiento de estos activos intangibles que se logrará la excelencia en la ejecución de los procesos internos. Ante situaciones de constantes cambios es necesario destinar recursos para la innovación y desarrollo de nuevos procesos que ahorren recursos y sean igualmente o más eficientes, para lo cual el personal debe estar incentivado y formado para afrontar dichos cambios.

Para que los procesos internos sean eficientes, son necesarios recursos físicos y personas capacitadas que realicen el trabajo por lo tanto si la organización se preocupa en la cuidadosa selección, formación y desarrollo esto llevaría a una mejora de los procesos internos lo que aumentaría también la calidad de los servicios prestados. Si

esto se logra afectaría positivamente sobre los recursos disponibles, se podrían prestar un mejor servicios y de mejor calidad lo cual impactaría directamente en una mayor satisfacción a los usuarios del servicio.

La característica preponderante del CMI es que permite relacionar indicadores por la cual las perspectivas antes mencionadas reproducen relaciones de causa y efecto, es decir se sabe lo que sucede y la razón por la que eso sucede. De esta manera se puede evaluar como las variaciones en determinados indicadores afectan a los otros.

El Cuadro de Mando Integral y su vinculación con la estrategia

Un Cuadro de Mando Integral útil, sensible y transparente es aquel que logra traducir la estrategia de la organización a través de indicadores financieros y no financieros.

Para vincular el Cuadro de Mando Integral con la estrategia de la organización debe establecer adecuadamente:

- Las relaciones causa-efecto,
- Los inductores de actuación,
- La vinculación con las finanzas.

Relaciones causa-efecto

Una estrategia es un conjunto de hipótesis sobre las relaciones causa- efecto. La elaboración de diagramas de causa-efecto permite en un primer momento enlazar los objetivos orientados a las metas y posteriormente desarrollar el sistema de indicadores vinculados a la consecución de las mismas. El sistema de objetivos debe mostrar en la medida en que sea factible esta vinculación causal de los mismos.

Cada indicador seleccionado para un Cuadro de Mando Integral debería ser un elemento de una cadena de relaciones de causa-efecto, que comunique el significado de la estrategia de la unidad de negocio.

Los inductores de actuación

El Cuadro de Mando Integral, para que sea exitoso debe tener una mezcla adecuada de indicadores de efecto (indicadores históricos) y de inductores de causa (indicadores provisionales) de la estrategia de la unidad de negocio.

Los indicadores de efecto sin los inductores de causa no comunican la manera en que se conseguirán los resultados, ni anticipan si la estrategia se está poniendo en práctica con éxito.

La vinculación con las finanzas

Un Cuadro de Mando Integral debe poner énfasis en los resultados por esta razón en empresas que persiguen el fin de lucro los indicadores deben estar vinculados con los objetivos financieros.

En una organización sin fines de lucro, este énfasis en los resultados financieros y su vinculación con las finanzas no resulta tan relevante, las mismas deberán centrarse en su misión, por ello cobra mayor relevancia la perspectiva del cliente, sin dejar de considerar al resto de las perspectivas.

Las empresas con fines lucrativos son responsables de su gestión ante sus accionistas, y monitorean la misma mediante la perspectiva financiera. En el caso de las instituciones sin ánimo de lucro, la atención se centra en satisfacer las necesidades de sus clientes de forma humana y eficaz para cumplir con su misión.

Los factores claves del éxito

La organización debe definir cuáles son los factores críticos para tener éxito y clasificarlos por orden de prioridad, de modo de facilitar el proceso de toma de decisiones. Para ello, se deberá identificar la información relevante del negocio y asegurar la coherencia entre dicha información y la estrategia definida por la empresa.

Para la definición de estos factores clave es necesario considerar una triple perspectiva:

- La propia organización: la estrategia seleccionada y la forma de actuar.
- El sector, ya que influye a la hora de elegir una estrategia concreta de acción.
- El entorno del negocio: demografía, situación coyuntural, políticas sociales, entre otras.

4.3 EL USO DE INDICADORES

La utilización de indicadores presenta ventajas extraordinarias, tanto desde un punto de vista interno como externo y permite detectar las funciones, programas, proyectos, centros o actividades que deben ser objeto de especial atención

Para evaluar la gestión de una organización sin fines de lucro se debe recurrir a indicadores que permitan medir la eficacia, eficiencia y economía que brinden “Value for Money”. “Para ello se definen criterios e indicadores para cada uno y en función de la información disponible se fijan estándares de calidad que posibilitan saber en qué medida el dato del indicador refleja si se hace bien lo correcto.”(J.M. Aranaz, 2003 p. 81).

La eficacia es el grado de cumplimiento de los objetivos sociales previamente estipulados para cada uno de los servicios o programas. Hace referencia al impacto o efecto de una acción sobre el nivel de salud o bienestar de la población, llevada a cabo en condiciones óptimas. Asimismo en términos del usuario también se podría entender la eficacia como el nivel de satisfacción alcanzado por los usuarios de los servicios suministrados por la entidad por lo que el indicador debería evaluar el grado de respuesta del servicio para cubrir las necesidades de los beneficiarios. Para poder crear indicadores la organización deberá tener objetivos preestablecidos y bien definidos para cada área/programa/actividad y de ser posible cuantificados dentro del presupuesto. Previamente es necesario cuantificar y explicar detalladamente de que manera la producción del servicio conseguirá el efecto deseado. Los objetivos vagamente establecidos impedirán la medición de la eficacia. Los indicadores de eficacia no deben quedar inalterados en el tiempo, dado que las actividades pueden variar por factores dinámicos como ser demandas sociales, demandas del gobierno central, cambios coyunturales, etc. Según Iribar y Martínez (1996, p. 253), los indicadores deben ser sencillos y no numerosos y deberían reflejar de alguna forma el grado de cumplimiento de la misión.

Paralelamente se debe analizar la eficiencia, una entidad es eficiente si racionaliza el uso de sus recursos de la mejor manera posible para la obtención de unos determinados resultados.

Goodman (1992) señala que la eficiencia está vinculada a “la relación entre mercancías o servicios producidos y los recursos utilizados para producir los mismos. Una operación eficiente produce el máximo rendimiento del número de recursos utilizados; o tiene consumo mínimo para cualquier cantidad y calidad de los servicios producidos”. Anthony y Young (1994, p.15) definen la eficiencia como el ratio formado por los outputs y los inputs, o bien por la cuantía de output e input por unidad.

Las entidades sin fines de lucro no solo deben suministrar el servicio sino que lo deben hacer de manera eficiente. La gestión se debe centrar en brindar los servicios tanto en calidad como en cantidad así como también prestar atención en los recursos que invierte para llevar adelante su tarea.

El concepto de economía se refiere a la adquisición de los recursos (tanto en calidad como en cantidad apropiada y al menor costo posible), está relacionado al presupuesto. Según Montesinos Julve (1992, p.30), “el análisis de la economía se ocupa de verificar si los recursos han sido obtenidos con el mínimo coste posible, preservando la adecuada calidad y cantidad de los mismos”.

Gallizo (2005, p. 24) señala que “el problema del control de gestión se ha de resolver en cada entidad y se centrará en establecer claramente el concepto de servicio y su

medición, lo que determinará el establecimiento de indicadores de eficiencia y eficacia en su actividad. Por tanto, la técnica operativa y los procedimientos seguidos en cada entidad no son estándares aplicables indistintamente a cualquier organización debiendo adaptarse minuciosamente a las necesidades de cada una de ellas”.

En el caso de las entidades de salud, donde tradicionalmente se han dedicado escasos recursos en la mejora de su gestión resulta de particular importancia el tiempo de adaptación por la inevitable aparición de resistencias al cambio, a escuchar opiniones críticas o colocar en tela de juicio la imagen y transparencia de la propia entidad o simplemente por la concepción errónea de que se distraen recursos del fin para el cual fueron creadas.

En definitiva es la propia entidad, integrada por todos los miembros que la componen, necesita disponer de unos instrumentos que le permitan conocer y valorar la gestión llevada a cabo; para ello, el uso de indicadores de gestión, como establecen Norberto Laborda y otros (1999, p.17), tendrá como razón fundamental la de descubrir y controlar las áreas de posible mejora de la organización.

Peter Drucker es uno de los primeros en señalar la importancia de la información y el conocimiento como recursos estratégicos en la sociedad y en la economía, al afirmar que en la sociedad del conocimiento “el recurso económico básico” ya no es el capital, ni los recursos naturales, ni el trabajo, sino que “es y será el conocimiento”.

4.4 MAPA ESTRATEGICO

El mapa de la estrategia es una representación visual de las relaciones de causa y efecto entre los componentes de la estrategia de una organización. Permite, de manera sistematizada recorrer las distintas posibilidades para generar ingresos, reducir costos, generar valor para el usuario, identificar los procesos claves para la generación de valor e identificar los activos intangibles necesarios para sostener la organización para los fines para los que fue creada. El mapa muestra de forma gráfica los elementos esenciales para implementar la estrategia. El CMI logra operacionalizar esos elementos a través de los indicadores

4.5 MODELO EFQM Y ESCALA DE LIKERT

El Modelo Europeo es conocido asimismo como **Modelo EFQM** (European Foundation for Quality Management). La EFQM es una organización sin ánimo de lucro, que cuenta actualmente con más de 900 empresas asociadas, grandes y PYMES, de productos y de servicios, del ámbito privado y del sector público, que tiene el objetivo de promover las mejores prácticas empresariales –el Modelo de Excelencia– como factor de diferenciación y competitividad, aportando beneficio a la sociedad en su conjunto.

La filosofía del Modelo EFQM de Excelencia se basa en los principios de la GCT (Gestión de la Calidad Total), también denominados conceptos fundamentales de la

excelencia y que pueden ser considerados como el compendio de las “mejores prácticas” en el ámbito de la gestión de organizaciones.

La **escala de Likert** mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem.

Dichas escalas consisten en la presentación al sujeto de una serie de enunciados ante los que tiene que expresar su opinión, escogiendo una alternativa de respuesta, lo que permite determinar la intensidad y dirección positiva o negativa de los comportamientos, sentimientos y percepciones de cada sujeto (Nunnally, 1991).

4.6 RELACION DEL MODELO EFQM Y EL CMI

El Modelo EFQM de Excelencia es un conjunto de criterios que reflejan las buenas prácticas de gestión de organizaciones excelentes. Este modelo de gestión puede ser adoptado por cualquier organización para medir sus resultados, mediante indicadores de causa y efecto.

El Modelo introduce una herramienta/metodología para ayudar a la mejora continua global de la organización.

No es una herramienta de gestión en sí misma y las numerosas técnicas y herramientas que tratan aspectos específicos de la gestión son las que pueden utilizarse para el desarrollo y la implantación de planes de mejora, por ello fue tomado el modelo para recoger datos que puedan ser de utilidad para plantear una solución al problema.

En ese contexto el Cuadro de Mando Integral, es una herramienta que colabora activamente en el Proceso de Gestión Estratégica así como en el seguimiento y mejora de la misma.

Algunas de las ventajas que aporta la utilización del CMI son las siguientes:

- Enfatizar la importancia de la estrategia como marco de acción futura.
- Orientar todos los esfuerzos y los recursos de la organización hacia los objetivos estratégicos.
- Hacer que la organización en su totalidad contribuya a la consecución de los objetivos estratégicos mediante el uso de indicadores.
- Destacar a través de las perspectivas la importancia de medir los inductores de éxito futuro, o sea los usuarios, los procesos internos y los recursos. El despliegue de la estrategia se encuentra estrechamente vinculado al esquema causa-efecto teniendo en cuenta las perspectivas señaladas.

- Permitir la visualización del despliegue de la estrategia a través de Mapas Estratégicos.
- Participar activamente del seguimiento, retroalimentación y mejora de todo el proceso.

La interrelación entre el CMI y el Modelo EFQM es sumamente palpable y se puede observar claramente a través de las cuatro perspectivas.

El proceso de planificación estratégica, que permite la definición de la estrategia, incluye un análisis tanto externo como interno, el análisis del entorno tanto general (dimensión económica, política, sociocultural, tecnológica, legal) como específico.

Dicho análisis del entorno permitirá identificar en un futuro que oportunidades y que amenazas tiene la organización. El análisis interno es un diagnóstico de cómo está funcionando la organización.

Para llevar a cabo el análisis interno la utilización de la herramienta del EFQM resulta de gran utilidad ya que puede completarse con un análisis adicional como son las matrices de posicionamiento estratégico.

El proceso de planificación estratégica contempla hacer una revisión de conceptos como la misión, visión y valores y de qué manera se incorporan a la estrategia. Las

herramientas de gestión deben aportar alternativas que permitan evaluar y priorizar las técnicas adecuadas.

La calidad total está formada por aquellos proyectos de mejora que tengan consideración estratégica y hayan sido seleccionados para convertirse en lineamientos estratégicos y ese sería el inicio para la confección del CMI.

5. TRABAJO DE CAMPO

5.1. METODOLOGIA UTILIZADA

La metodología a utilizar para la realización del trabajo de campo se basó en información disponible en publicaciones, extractos de prensa, entrevistas personales tanto a nivel central como a nivel de gestión de los centros de salud. También se consultó artículos arbitrados de la base de datos Ebsco host, páginas web y otros trabajos monográficos.

Para lograr tomar contacto con el tema, se realizaron varias visitas al Centro de Salud seleccionado para esta investigación (C.S. Unión). Se realizó observación directa y posterior estudio descriptivo del funcionamiento y gestión de dicho Centro. En el mismo se identificó a su Directora (Dra. Marta Cruz) como un informante clave y se le realizaron entrevistas en profundidad. Las entrevistas fueron audio grabadas, previa autorización de la informante y posteriormente validadas.

A nivel macro realizamos una entrevista en profundidad a la Dra. Alicia Sosa (Directora de la RAP Metropolitana). En dicha entrevista recabamos información del funcionamiento a este nivel así como de los principales objetivos propuestos a corto plazo. Dicha información fue posteriormente verificada en los trabajos institucionales recientemente publicados.

Luego de realizadas las entrevistas, se confeccionaron con base en la información recabada por los informantes calificados dos tipos de cuestionarios, uno dirigido a los directores regionales y otro dirigido para los directores de los centros de salud de atención primaria. Los cuestionarios tenían como finalidad recabar información acerca de los conceptos más relevantes en la gestión sanitaria, para ello se tomó como base el modelo europeo de excelencia (EFQM) y se adaptaron las preguntas a la realidad imperante en los centros de salud nacionales.

El objetivo de los cuestionarios es el de **identificar áreas de mejora en la organización así como identificar la existencia, uso y frecuencia de herramientas de gestión.**

Sostenemos que quienes proveen de servicios sanitarios deben de procurar prestar el mejor servicio técnicamente posible con un uso eficiente de los recursos que disponen. Y esto implica lograr calidad de servicio que se traduce en rentabilidad social.

El formulario confeccionado para los directores regionales consta de 3 partes. La parte A) contiene 17 afirmaciones y se le solicitó a los destinatarios que marquen una opción que consideren apropiada aplicando la escala de Likert.

La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con cinco alternativas de respuesta:

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) En desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) De acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

La parte B) tiene como objetivo identificar la existencia de indicadores de gestión y también se solicita que opten por una respuesta que más se ajuste a la realidad utilizando la siguiente escala:

- (1) No existe indicador alguno sobre este aspecto
- (2) Existe vagamente una medición para este aspecto
- (3) Existe algún tipo de medición
- (4) Existen claramente indicadores que midan este aspecto
- (5) No sabe/ No contesta

La parte C) tiene como objetivo verificar el grado de coincidencia entre la realidad de las funciones que cumple el director y el ideal que para ellos deberían cumplir. Para asegurar que los destinatarios comprendan los conceptos expuestos se proporciona una definición de cada una de las funciones y se solicita que asignen sobre el 100% del tiempo que emplean en sus trabajos el porcentaje de tiempo que efectivamente destinan en las funciones descritas y luego el tiempo que consideran debería dedicarle.

Esta sección fue adaptada en base a la publicación de INSALUD "Funciones de los equipos directivos de Atención Primaria del INSALUD de Madrid. Necesidades de formación"

Los conceptos utilizados fueron los siguientes:

—**Planificar:** Definiéndose esta función como, determinar los objetivos, servicios y recursos de los centros de salud y establecer un conjunto coordinado de operaciones dirigida al logro de los objetivos.

—**Organizar:** Ajustar personas, tareas y recursos a través de una estructura organizativa formal, con diferenciación vertical y horizontal, de tal modo que se puedan realizar de manera eficaz y eficiente las operaciones dirigidas al logro de los objetivos y a la prestación de los servicios.

—**Dirigir:** Se definió como, el conjunto de acciones para asegurar el estímulo y los esfuerzos necesarios para la realización del trabajo. Influir, dar instrucciones, motivar, liderar, comunicarse.

—**Coordinar:** Se estableció como asegurar la sincronización de las actividades requeridas para el logro de los objetivos y realización del trabajo.

—**Evaluar:** Se definió como, analizar las diferencias entre los objetivos y actividades planificadas y las realmente llevadas a cabo, y reajustando la ejecución.

Con respecto al formulario confeccionado para los directores de los centros de salud se presentan en la parte A) diez afirmaciones con la misma escala de Likert utilizada en

el cuestionario para los directores regionales. Los cuestionarios se realizaron para investigar cuáles son las áreas de interés en la gestión en función de la relevancia en el entorno según los directores de los centros de salud. Se procuró que las afirmaciones fueran comprendidas por los profesionales y al mismo tiempo que las preguntas puedan ser cruzadas a modo de verificar la alineación entre ambos niveles.

En la parte B) del formulario se busca hallar evidencia de las herramientas de gestión que utilizan actualmente. Se incorporó un listado de las herramientas de mayor utilización de acuerdo a estudios previos de observación directa en el centro Unión y se da la opción a los destinatarios que coloquen cualquier otra herramienta que ellos consideren que utilizan pero que no se encuentra en el listado.

Los criterios para la selección de las preguntas del cuestionario intentaron cubrir algunas de las características extraídas del modelo EFQM. Se seleccionó este instrumento por considerarlo una potente herramienta de diagnóstico y aporta una visión global y sistemática de la organización para identificar áreas de mejora por ser genérico, flexible y puede ser utilizado en cualquier tipo de organización o empresa, independientemente del tamaño, sector de negocio, o carácter público o privado, y puede referirse tanto a la totalidad de la organización como a diferentes divisiones, unidades o servicios.

Las preguntas fueron adaptadas a la realidad de la RAP-ASSE y fueron acotadas para facilitar el estudio que nos compete.

Los conceptos de acuerdo a la European Foundation Quality Management que intentamos indagar son los siguientes:

- Orientación hacia los resultados: La excelencia depende del equilibrio y la satisfacción de las necesidades de todos los grupos de interés relevantes para la organización (las personas que trabajan en ella, los clientes, proveedores y la sociedad en general, así como todos los que tienen intereses económicos en la organización).
- Orientación al cliente: El usuario es el árbitro final de la calidad del servicio. El mejor modo de optimizar el servicio es mediante una orientación clara hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales.
- Liderazgo: El comportamiento de los líderes de una organización suscita en ella claridad y unidad en los objetivos, así como un entorno que permite a la organización y las personas que la integran alcanzar los objetivos.
- Gestión por procesos: Las organizaciones actúan de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones.
- Desarrollo e implicación de las personas: El potencial de cada una de las personas de la organización surge cuando existen valores compartidos y una cultura de confianza y asunción de responsabilidades que fomentan el compromiso de todos.
- Aprendizaje, Innovación y Mejora continua: Las organizaciones alcanzan su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de una cultura general de aprendizaje, innovación y mejora continua.

- Responsabilidad social: El mejor modo de servir a los intereses a largo plazo de la organización y las personas que la integran es adoptar un enfoque ético, superando las expectativas y la normativa de la comunidad en su conjunto.

A los efectos del trabajo de investigación y para una mejor comprensión definiremos los principales conceptos “claves” de la siguiente manera:

Control de Gestión: de acuerdo a la definición de Jaime Otero expuesta en el marco teórico donde gestionar la salud implica lograr el máximo provecho posible de acuerdo a los recursos que se disponen y logrando extender el servicio a la mayor cantidad de personas posible mediante el uso eficiente y eficaz tanto los recursos físicos como humanos, el control de gestión es un proceso diseñado para identificar si los objetivos organizacionales se van apartando de las metas fijadas.

Herramientas de control y gestión: son instrumentos en manos de los directivos que permiten medir el desempeño de su entidad. Este tipo de herramientas tienen por objetivo la identificación de problemas, medición de resultados, así como la organización sistemática del flujo de información. En las grandes entidades este tipo de herramientas tiende a sistematizarse ya que llevan adelante un número considerable de información, trabajadores y procesos.

Los cuadros de mando integral se han convertido en una herramienta que permite manejar a la entidad en función de su modelo de trabajo a través de indicadores y colaborar con la alineación de la estrategia.

Nivel macro: A los efectos de nuestra investigación consideramos que conforma este nivel la administración central de la red de atención del primer nivel (RAP- ASSE) ya que esta apunta a la regulación de los servicios sanitarios, su medio ambiente y tecnología. Asimismo coordina y prioriza una adecuada coordinación de recursos y es la encargada de la organización y gestión de los servicios propiamente dichos.

Nivel meso: A los efectos de nuestra investigación consideramos que conforma este nivel los centros de salud de atención primaria propiamente dichos. En este nivel se apunta a gestión, coordinar y motivar los recursos humanos para materializar los objetivos propuestos.

El Cuadro de Mando Integral y la cantidad de indicadores:

Para determinar el número de indicadores se debe realizar una descripción adecuada de la estrategia. Esta descripción se realizará mediante la combinación de indicadores de efecto, que miden los resultados obtenidos y de indicadores futuros, que impulsan las acciones a llevar a cabo, distribuidas en las cuatro perspectivas del Cuadro de Mando Integral.

5.2. DESCRIPCIÓN DE LA RED DE ATENCION DEL PRIMER NIVEL

5.2.1. Descripción del nivel macro: la RAP-ASSE

A nivel macro, se encuentra la Dirección de la RAP-ASSE, que tiene por objeto principal “profundizar el cambio del modelo de gestión y de atención...” y como “pilar fundamental la capacitación y formación permanente de los RRHH para intensificar el proceso...” según entrevista a la Dra. Alicia Sosa, Directora de la red metropolitana.

Los autores Dr. Wilson Benia y Dra. Gabriela Medina en su trabajo “Construcción de una red continente. APS y Primer nivel en el cambio de modelo de atención de Montevideo. Uruguay 2005-2009”, describen y detallan como la RAP-ASSE definió 6 ejes estratégicos a efectos de operacionalizar el cambio en el modelo de atención.

1. *Reorganización de la Base Territorial.*
2. *Fortalecimiento de Primer Nivel, en cuanto a resolutividad y capacidad de contención.*
3. *Diseño y ejecución de Programas priorizados.*
4. *Implementación de una Política de Recursos Humanos.*
5. *Coordinación intersectorial e interinstitucional.*
6. *Participación de la comunidad organizada.*

Respecto a la **Base Territorial**, se inició en el año 2005 y ha implicado la definición de 3 Regiones de Salud: Oeste, Este y Sur, que a su vez contienen cada una 6 Zonas de Salud, totalizando 18 zonas en el departamento de Montevideo, compatibles con la división territorial administrativa municipal.

En un proceso participativo que integró actores institucionales del campo de la salud y actores comunitarios, han sido definidas 71 Áreas de salud en el departamento, que configuran unidades de territorio-población, de cuya atención sanitaria es responsable al menos un efector de la Red.

Este proceso organizativo, en conjunto con la División Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo y sus 21 policlínicas dependientes, en el marco de un Plan de Acción Conjunto firmado a mediados del 2005, y con plena vigencia.

En cada una de las 18 zonas de salud, se ha tendido a establecer una coordinación regular de los efectores de salud públicos y privados, que contribuya a la identificación de problemas de salud de la zona, así como la implementación de programas y planes respecto a los mismos.

Cada zona tiene definida una cabecera sanitaria zonal, con el propósito de la coordinación zonal de efectores. Esta cabecera sanitaria zonal inicialmente es responsable de toda la población beneficiaria de ASSE radicada en la zona, con excepción de la población de las áreas que por razones de proximidad o voluntad de los ciudadanos se adscriba a servicios de salud de otra zona.

El rol de cabecera sanitaria zonal incluye las siguientes responsabilidades:

1. Convocar regularmente a la Coordinación Zonal de Efectores de Salud públicos y privados.
2. Realizar y mantener actualizado un diagnóstico de situación sanitaria zonal.

3. *Verificar el buen funcionamiento operativo de los equipos de área de salud (EAS), independientemente de su vinculación administrativa.*
4. *Mantener actualizada la información básica que permita el adecuado control de los efectores de la zona.*
5. *Supervisar la ejecución de programas priorizados, en todos sus componentes.*
6. *Mantener la Vigilancia Epidemiológica de la Zona.*
7. *Propiciar los ámbitos de participación comunitaria.*
8. *Brindar servicios sanitarios para cubrir las necesidades de su propia área de salud.*

[...]

La unidad territorio-población ÁREA DE SALUD es la base del sistema para dar cobertura de primer nivel. Para sus delimitaciones territoriales se consideraron las características de la población y el territorio: aspectos de carácter cultural, social, demográfico, epidemiológico, de accesibilidad, y dotación de recursos.

Las 71 áreas de salud surgieron así de la delimitación territorial dentro de cada zona, basada en un conjunto de indicadores demográficos, sociales, culturales y sanitarios, con la participación de actores comunitarios. Pertenecen 27 áreas de Salud a la Región Este, 13 a la Región Sur y 31 a la Región Oeste.

En el mapa que figura a continuación, se encuentran la distribución de áreas por zona. Cada zona tiene diferente número de áreas, por ej. Zona 12 (7 áreas) y Zona 9 (4 áreas). Cada área de salud tiene una identificación que combina la región (E, O, S), el número de zona (1 a 18), y el número de área dentro de la zona. [...]

Zonas y áreas de salud. Red de Atención del Primer Nivel.



Fuente: Construcción de una red continente. APS y Primer nivel en el cambio de modelo de atención de Montevideo. Uruguay 2005-2009

Cuadro Zonas de Salud y Centros de Salud

ZONA DE SALUD	SERVICIO DE CABECERA SANITARIA
REGION SUR	
1	CENTRO DE SALUD CIUDAD VIEJA
2	
5	
3	Centro de Salud Dr. CLAVEAUX (Ex Filtro)
6	
16	
REGION ESTE	
6	C. S. UNION
7	C.S. LA CRUZ DE CARRASCO
8	
9	C.S. JARDINES DEL HIPODROMO
10	C.S. PIEDRAS BLANCAS "Badano Repeto"
11	C.S. Dr. MISURRACO (Santa Rita)
REGION OESTE	
12	Centro de Salud SAYAGO (*)
13	Centro de Salud SAYAGO
14	Policlínica Municipal LA TEJA
15	Centro de Salud Dr. GIORDANO
17	Centro de Salud CERRO
18	

Fuente: Construcción de una red continente. APS y Primer nivel en el cambio de modelo de atención de Montevideo. Uruguay 2005-2009

(*) Nota: Durante los primeros tres años de la administración, se procuró que el Hospital Saint Bois se constituyera en la Cabecera Sanitaria de la Zona 12, pero actualmente ese rol es cumplido por el Centro de Salud Sayago.

En 2005 se comenzaron a definir e integrar progresivamente los Equipos de área de salud (EAS) responsables de las 71 ÁREAS DE SALUD. Los equipos de salud brindan atención sanitaria en base a los Programas Priorizados que incluyen los componentes de promoción, prevención, detección precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos. En cada Área de Salud se busca armonizar todos los programas prioritarios a desarrollar en el territorio, de acuerdo con las necesidades y demandas específicas de cada una, identificando las actividades y los recursos responsables de su ejecución, tanto en el campo institucional como social.

En el año 2009 se comenzó el proceso de adscripción de usuarios a médicos de referencia en cumplimiento de la meta prestacional que al respecto definió el organismo rector del MSP. No se ha concluido este proceso por lo que no se han alcanzado definiciones acerca de cuantos pacientes o familias debe atender o tener adscriptos cada equipo de área de salud. Las líneas estratégicas futuras de profundización del modelo lo incluyen entre sus prioridades.

Según las necesidades y disponibilidades locales, pueden formar parte del EAS las siguientes disciplinas: médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, odontólogos, higienistas dentales, parteras y nutricionistas. En tal sentido se han integrado progresivamente a los EAS, médicos generales, médicos de familia, pediatras, ginecólogos, enfermeras, odontólogos, higienistas dentales, etc. Otros técnicos y profesionales de especialidades médicas, han sido asignados a las cabeceras sanitarias zonales, para resolver en forma programada las demandas de varias áreas.

Se ha procurado que estos Equipos de Área de Salud, sean integrados en red y no como equipos aislados.

Actualmente la RAP-ASSE cuenta con 90 médicos “comunitarios” en las áreas de salud (61 médicos de familia y 29 médicos de área). Estos médicos integrantes de los Equipos de Salud de Área, realizan consultas programadas o espontáneas en consultorio, así como consultas programadas en domicilio para pacientes crónicos no autoválidos, por lo que forman parte del Servicio de Atención Domiciliaria de la RAP, coordinado desde el Nivel Central.

Esta visita médica domiciliaria preestablecida por el médico, tiene como objetivos la captación o seguimiento de casos – problema, y el seguimiento de patologías que no impliquen urgencias y que requieran tratamiento intradomiciliario, por imposibilidad real de traslado del paciente al consultorio.

Este modelo de atención domiciliaria en la RAP busca atender las necesidades de aquellos pacientes adultos y adolescentes de más de 14 años, con enfermedades crónicas y/o terminales de diagnóstico y tratamiento establecido, con discapacidades que les impidan el acceso a los servicios de salud por sus propios medios. No se incluyen procedimientos diagnósticos o terapéuticos, correspondientes a una internación domiciliaria.

[...]

Respecto al segundo eje estratégico: **fortalecimiento del primer nivel**, se puede destacar que *la mejora en las instalaciones físicas ha sido una prioridad fundamental. Se han desarrollado diferentes estrategias, articulando los esfuerzos de la Comisión de Obra de la RAP, las cuadrillas de trabajo por Uruguay del MIDES y recursos comunitarios.*

Con una fuerte política de inversiones se ejecutaron en el período 4,5 millones de dólares, logrando importante avances en la capacidad instalada de la red:

-Remodelación y ampliación de 9 de los 12 Centros de Salud; además de consultorios y áreas asistenciales, incluyó la incorporación de salones de usos múltiples como Espacios de Promoción Integral en 6 Centros.

- *Construcción de 5 nuevas policlínicas; ampliación y mejoras sustanciales de mantenimiento en 7 policlínicas barriales.*

Respecto a los **programas priorizados**, que constituye el tercer eje estratégico, se mencionan como de prioridad los siguientes programas:

- *Programa de Atención a la niñez (programa aduana, proyecto Serenar entre otros) [...]*
- *Programa Nacional de Adolescencia [...]*
- *Programa del Adulto [...]*
- *Programa de la mujer y género y salud reproductiva [...]*
- *Programa del adulto mayor [...]*
- *Programa de salud bucal [...]*
- *Programa de atención al usuario de drogas [...]*
- *Programa de Nutrición [...]*
- *Programa de Salud Mental [...]*

Por su lado, la **política de recursos humanos de la RAP-ASSE** que constituye el cuarto eje estratégico, *ha impulsado diferentes líneas de acción:*

Ordenamiento y claridad normativa respecto de la administración de personal.

Selección de personal a través de llamados públicos y concursos, en cuyos tribunales están representadas las organizaciones gremiales.

Espacios de comunicación formal e informal con las organizaciones gremiales presentes en la institución, tendientes a la escucha, identificación de problemas, negociación y definición de acuerdos.

Descripción de los cargos, con definición del perfil y actividades de algunos puestos de trabajo: Licenciada de Enfermería y Auxiliar de Enfermería de Centro de Salud, Auxiliar de farmacia, Admisión, Oficina de atención al usuario.

Talleres participativos de funcionarios, como ámbitos de participación colectiva, con generación de propuestas locales de mejora del espacio laboral y autogestión de las mismas.

Formación de facilitadores de trabajo grupal, surgidos de entre los funcionarios y orientados al seguimiento y potenciación de las propuestas locales autogestionadas, capacitados en coordinación con Escuela de Funcionarios Públicos de la Oficina Nacional de Servicio Civil.

[...]

El cambio de modelo de atención que se ha venido desarrollando desde el año 2005, desde del eje estratégico Política de Recursos Humanos, ha dado gran relevancia a la capacitación de los RRHH de la institución.

El Equipo de Gestión Central y los equipos de gestión de los Centros de Salud, han tratado de facilitar la participación en instancias de capacitación y conciliarla con los compromisos asistenciales. Se constató, sin embargo, lo que podríamos denominar una sobre oferta de espacios de capacitación dirigidos a trabajadores y técnicos del PNA, con propuestas no siempre alineadas con las necesidades de capacitación de la RAP y sus trabajadores.

Este hecho llevó a que la Dirección definiera la creación de la Unidad de Capacitación de la RAP, concebida como una unidad funcional, más que como un espacio físico concreto dentro de la institución.

Su inserción en el organigrama ha sido definida como un grupo de staff, en línea directa de asesoría permanente a la Dirección y Equipo de Gestión Central de la RAP-ASSE.

Sus objetivos principales son identificar y jerarquizar los requerimientos de capacitación de los trabajadores, y elaborar una propuesta de priorización y un cronograma anual de capacitación de la RAP, validado por el Equipo de Gestión Central y consistente con las metas prestacionales vinculadas a las capacitación de los funcionarios.

La RAP-ASSE ha definido entre los ejes estratégicos del cambio de modelo de atención la participación social en salud y una política de recursos humanos tendiente a la dignificación y humanización del espacio laboral.

*Se impulsó en una primera etapa (2005-2006) el surgimiento y consolidación de las **Asambleas Representativas de Usuarios por Zona de Salud**. Fue definido como la estrategia principal en lo que respecta a participación de los usuarios, partiendo de la convocatoria de las comisiones de salud y los consejos vecinales del ámbito municipal. Se ha apuntado al rescate y la potenciación de todos los espacios participativos en salud a nivel local y barrial (redes temáticas, comisiones de policlínica, etc.)*

Fueron realizadas Asambleas Representativas de Usuarios en 14 Zonas de Salud, concebidas como un ámbito de diálogo entre interlocutores comunitarios y los Servicios de salud. Contribuyeron al fortalecimiento de la participación y la organización del Movimiento de Usuarios de Servicios de Salud.

Grupo de gestión de la información

Según entrevista realizada al Dr. Juan Jones en Julio de 2012, el Grupo de Gestión de información surge en el año 2010 atendiendo a una necesidad de crear un espacio de coordinación mediante el funcionamiento de una comisión que actualmente se reúne cada 15 días.

Una de las funciones primordiales de este grupo es apoyar a la dirección, creando un espacio de dialogo mediante la recolección sistemática, análisis e interpretación de datos recogidos en los distintos centros de atención primaria necesarios para la planificación y difusión oportuna de la información.

Desde sus inicios la unidad de información se componía de un encargado en informática, quien trabaja en ASSE desde el año 1991. Además de su experiencia y trayectoria tiene un perfil orientado a la gestión. Participó desde sus inicios en el Sistema de Gestión de Salud (SGS) (software oficial de ASSE para la informatización de la Red de Asistencia Primaria)

Otro integrante de la comisión es la responsable de secretaría, quien cuenta con más de 10 años de experiencia. También tiene una clara orientación a la gestión y sus tareas

son la confección de actas y protocolización de la información que surge de las reuniones de la comisión.

Soledad Núñez, quien se desempeña como jefa de Información desde fines del año 2011 y es la encargada de recopilar la información proporcionada por los centros de atención primaria para enviar a la JUNASA y coordinar el equipo de trabajo. La información que maneja son los informes de gestión, estadísticas en general y metas asistenciales. También cuenta con amplia experiencia, anteriormente trabajó en la oficina de atención al usuario.

Dada la complejidad de la tarea el grupo está siendo apoyado por el Dr. Juan Jones, adjunto de la Dra. Sosa y encargado de la gestión de dirección.

A partir del año 2012 se integran a la comisión tres directores, estos son el representante de la región Sur (Centro de salud ciudad Vieja), de la región este (centro de salud de Piedras Blancas) y de la región oeste (centro de salud Cerro). La integración de estos directores se debió a la necesidad de acercarse a las dificultades propias de cada centro de manera de facilitar el flujo de información y brindar un espacio para plantear las necesidades e inquietudes de los centros de salud.

El centro de salud Cerro fue seleccionado por ser el más grande en usuarios y en territorio, el centro de Piedras Blancas también tiene una gran magnitud y cuenta con la particularidad de que su equipo realizó grandes avances en la organización de su

sistema informático. El centro de Ciudad Vieja es uno de los centros más pequeños, el equipo de gestión está constituido por una directora y una administradora y están involucrados con el proceso de certificación de la calidad y fuertemente incentivados en gestión de la información.

Las funciones de este grupo son constituir una instancia para plantear dificultades e inquietudes y ser un espacio de transferencia de información relevante. En esta comisión se deben representar los requerimientos de coordinación de las acciones del ámbito de la atención primaria a través de la representación de los directores, de modo que las acciones sean coherentes con la realidad local, con las prioridades definidas a través de las metas prestacionales y con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

El sistema informático cumple un papel fundamental en la gestión de la RAP-ASSE. El SGS vigente desde el año 2003 pretende informatizar todo el proceso asistencial, dando apoyo y generando información en los siguientes ejes: atender solicitud de consultas, colaborar con el control de farmacia, trabajar con partes diarios y con pautas de tratamientos, así como también consultar movimientos e indicadores, consultar asistencias, consultar insumos necesarios.

Unos de los objetivos primordiales fijados por la RAP-ASSE implica al Plan Aduana y el sistema informático colaboraría con el control de los niños menores de 2 años.

En mayo de 2011 se agrega el Plan Siembra (Sistema de Escritorio Médico basado en la Red Asistencial), con la entrega de computadoras portátiles a los médicos de ASSE. El primer objetivo es que cada médico pueda contar con la totalidad de la información sobre el estado de salud de sus pacientes mediante el acceso a un Historia Médica Clínica Electrónica a través , registrar la asistencia y evolución de sus pacientes, coordinar estudios, resultados de exámenes, internaciones, controles y hasta las futuras consultas, centralizando toda la información de salud y convirtiéndose en médico de referencia. El plan piloto se hizo en el Cerro pero con 6 médicos.

En conclusión el GGI tiene como objetivo fortalecer el proceso de generación de la información, es un espacio de ordenamiento participativo. Es un proceso complejo dada la diversidad de realidades a los que se enfrentan los distintos centros. La relevancia de contar con una información de calidad ajustada a la realidad colabora con la toma de decisiones y pueden afectar directamente al servicio del usuario de la familia y la comunidad en su conjunto.

Este espacio de coordinación pretende determinar cuidadosamente que información se solicita, como recolectarla, como consolidarla, como hacerla comparable en función de realidades tan diversas para facilitar la toma de decisiones y el logro de las metas prestacionales.

5.2.2. Descripción del nivel meso: Centro de salud UNION

Elegimos el Centro de Salud UNION porque consideramos que reúne las características adecuadas para el estudio planteadas en la metodología de la investigación. Se identificó a la Dra. Marta Cruz (Directora de dicho centro) como un informante clave. La Dra. Marta Cruz fue designada al cargo que ocupa actualmente en base a su trayectoria. Sus funciones y actividades son variadas, en su mayoría enfocadas a la supervisión, coordinación y control. Otra labor fundamental es oficiar de enlace entre las unidades de atención y las autoridades estatales para la gestión de la información, los insumos y recursos.

De acuerdo al informe elaborado por el Dr. Federico Cardozo Lareo el 27 junio de 2003, *el Centro de Salud Unión está ubicado en la calle Vicenza 2815 entre 8 de Octubre y Mateo Cortés, brindando servicios asistenciales en el marco de las políticas sociales de salud del Estado, en la orientación de la Atención Primaria de Salud.*

[...]

*Tiene como objetivo institucional **asumir el liderazgo de los procesos de desarrollo de la atención primaria en su zona de referencia, así como desarrollar y mantener los procedimientos de referencia y contrareferencia con los niveles de mayor complejidad de la red de establecimientos de A.S.S.E.***

El Centro se categoriza de ser de tamaño mediano sin puerta de emergencia. Además de la atención en el centro cuenta con 6 consultorios de medicina general.

Los límites de responsabilidad del centro UNION (de oeste a este en sentido horario) son:

Bvar. José Batlle y Ordóñez, Avda. Dámaso Antonio Larrañaga, Avda. José Pedro Varela, Cno. Corrales, Francisco Sainz Rosas, Avda. José Belloni, Osvaldo Cruz, Cno. Maldonado, Cochabamba, Línea recta de norte a sur desde Cochabamba a la intersección de Dr. Pantaleón Pérez y Dr. Emilio Ravignani, Dr. Emilio Ravignani, Cánovas del Castillo, Cambay, Dr. Pantaleón Pérez, Veraciero, Cno. Carrasco, Isla de Gaspar, Minnesota, Avda. Italia.

Comprende parte de la zona correspondiente al C.C.Z. 6 y parte de la zona correspondiente al C.C.Z. 9.

Límites entre ambos Centros Comunales: Cno. Corrales, Avda. 8 de Octubre, Pan de Azúcar, Cno. Carrasco.

Centros de Salud limítrofes: CRAPS, Giordano, Maroñas, Jardines del Hipódromo, La Cruz de Carrasco.

Según el informe del Dr. Cardozo Lareo, *el área del Centro de Salud Unión podría caracterizarse como heterogénea, existiendo en ella zonas con servicio múltiples de pavimentación, locomoción, centros de enseñanza, comercios, etc., en contraste con áreas donde hay carencias de vivienda adecuada, saneamiento, recolección de residuos, acceso al agua potable, etc.*

Habiendo sido una zona de intensa actividad fabril, en especial en la industria textil, que ocupaba una gran cantidad de mano de obra en el área, actualmente dicha actividad ha disminuido y prácticamente cesado, con el consiguiente retroceso socioeconómico de la zona. Dicha heterogeneidad en las diferentes áreas en cuanto a vivienda, niveles de educación y calidad de vida también se percibe en cuanto a las costumbres, creencias y valores, así como los comportamientos.

En cuanto al nivel de instrucción la mayoría de los usuarios del Centro no ha terminado la enseñanza primaria, influyendo este hecho en una baja calificación para el trabajo además de dificultar muchas veces la comprensión de los mensajes educativos.

Las especialidades básicas que brinda son: pediatría, ginecología, odontología y medicina general. Otras especialidades con las que cuenta el centro son: dermatología, cardiología, nefrología, cuenta también con un neumólogo, fisiatra, reumatólogo, geriatra, endocrinólogo, cirujano infantil, psiquiatra, psicólogo y oftalmólogo.

Asimismo cuenta con el programa SERENAR, un proyecto que sigue el desarrollo infantil hasta los 5 años.

5.3. RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

5.3.1. Análisis de resultados

Cuestionarios dirigidos a los directores regionales

La población encuestada está constituida por 3 regiones: región Sur, a cargo de la Dra. Judith Navas, región Nor-Oeste a cargo de la Lic. Esther Lacava y región Nor-Este a cargo de la Dra. Patricia González.

El 100% de la población encuestada respondió al cuestionario.

De la parte A de dicho cuestionario surgen los siguientes resultados:

- El 100% considera que la organización desarrolla la misión que se planteó en sus inicios.
- Uno de los 3 directores regionales encuestados, sostiene que la visión no está bien planteada según una planificación estratégica.
- La totalidad está de acuerdo con que se imparten programas de capacitación y formación dentro de la RAP.
- Todas las directoras coinciden en que existe una clara definición del rol que desempeñan los directores de los centros de salud.
- La totalidad de las directoras está de acuerdo en que se han identificado los centros que se destacan por sus logros.

- Todas coinciden en que se tienen en cuenta las nuevas tecnologías clínicas o de gestión y sus aplicaciones
- Al consultar sobre la política de traslados de funcionarios (ya sean médicos, trabajadores sociales o administrativos) la totalidad de la población encuestada manifestó no estar de acuerdo ni en desacuerdo con la existencia de criterios claros. Sin embargo una de ellas destacó que lo que hay es una gestión reactiva más que criterios claros.
- Todas coinciden en que el plan de capacitación existente recoge las necesidades planteadas por los profesionales de salud.
- La totalidad de las encuestadas están de acuerdo con que se establecen instancias de comunicación entre el equipo.
- Al consultar si existen procedimientos para gestionar los diferentes espacios físicos para mejorar su rendimiento, las respuestas obtenidas fueron neutras salvo un caso que está de acuerdo.
- Si bien dos encuestadas contestaron que existen procedimientos y/o protocolos de utilización que garanticen que la tecnología existente se explote adecuadamente, la tercer encuestada entiende que hay una gestión reactiva en este punto ya que por ejemplo los materiales se envían a reparar cuando se rompen y sostiene que no hay un plan de mantenimiento preventivo.
- La totalidad de las directoras regionales está de acuerdo con que tienen fácil acceso a la información y conocimientos pertinentes sobre la organización, por ejemplo comunicaciones internas, información sindical entre otros.

- Al consultar si se evalúa si los servicios que se prestan cumplen con normas técnicas, protocolos clínicos, manual de procedimientos entre otros, dos de las encuestadas estuvieron de acuerdo con este punto mientras que la tercera encuestada no está de acuerdo ni en desacuerdo.
- En cuanto a la identificación de los procesos clave de cada centro, las tres directoras respondieron no estar de acuerdo ni en desacuerdo y una de ellas comento que lo que hay es una definición de procesos en general.
- Respecto a la gestión de los procesos clave dos de ellas respondieron en forma neutra, una de las cuales comento que se está avanzando en la gestión de procesos, citando el ejemplo del C.S Ciudad Vieja en donde se está trabajando en mejorar la calidad del proceso “atención del usuario” haciendo énfasis en la parte administrativa de dicho proceso.

La tercera encuestada afirmo que está de acuerdo.

Respecto a la parte B del cuestionario, donde se pregunto si la RAP ha creado algún indicador para medir o evaluar algunos aspectos relevantes, a continuación detallamos los resultados:

En cuanto a los servicios prestados por el centro de salud, la totalidad de las encuestadas está de acuerdo con que existe algún indicador.

Sobre la eficiencia de los programas vigentes, una de las encuestadas respondió que no existen indicadores que midan este punto.

Respecto a la recepción de sugerencias del usuario dos de las tres encuestadas están de acuerdo con la existencia de indicadores que midan este punto.

En cuanto a la existencia de indicadores que midan la participación de los profesionales a las capacitaciones y/o grupos de trabajo todas coincidieron estar de acuerdo con este punto.

Respecto al control de stock de medicamentos en farmacia, la totalidad de las encuestadas está de acuerdo con que existen iniciadores que miden este punto.

Cuestionarios dirigidos a los directores de los centros de salud

La población encuestada está constituida por 12 centros de Salud: Ciudad Vieja, Dr. Enrique Claveaux (ex Filtro), Unión, La Cruz de Carrasco, Piedras Blancas “Badano Repetto”, Dr. Rubén Misurraco (Santa Rita), Sayago, Jardines del Hipódromo, Dr. Antonio Giordano, Cerro, Maroñas y Monterrey.

El 100% de la población encuestada respondió al cuestionario.

En base a la totalidad de los cuestionarios realizados a los directores de los centros de salud, surgen los siguientes resultados:

- El 50% considera que la organización desarrolla la misión que se planteó en sus inicios, así como la visión que se definió en sus inicios.
- El 67% está de acuerdo con el rol planteado como Director del centro y el 33% está muy de acuerdo.
- Respecto a los servicios prestados, el 75% está de acuerdo con que se lleva un registro de los mismos.
- Un 83% está de acuerdo con la existencia del flujo de información y la comunicación entre los directores regionales y los directores del centro. Ningún director está muy de acuerdo con este punto.
- La tercer parte de la población encuestada no se considera ni satisfecha ni insatisfecha con las instalaciones tanto en su estructura como en el entorno de trabajo; solo un 17% está totalmente satisfecho.
- El 67% no se considera ni satisfecho ni insatisfecho con la organización del centro.
- El 75% está satisfecho con la dirección regional.

- Respecto a la comunicación con el usuario, el 50% está de acuerdo con que se informa y comunica al usuario sobre los servicios que se brindan y un 42% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- El 58% está de acuerdo con que se han identificado los procesos claves del centro de salud y un 17% está muy de acuerdo con esta afirmación.
- En referencia al relevamiento de opiniones de los usuarios, solo un 33% está de acuerdo con que existe un mecanismo para relevar dicha información, un 25% está en desacuerdo con que exista un mecanismo.

En base a las entrevistas en profundidad surgen los siguientes comentarios:

El GGI, se enfrentó desde sus inicios a una serie de dificultades en su funcionamiento. Una de las dificultades radica en que la información recogida de los centros no siempre resulta comparable, debido a una interpretación equivocada de la persona informante acerca del dato solicitado.

No existe una auditoria de la información.

No existe una retroalimentación de los datos. Por ejemplo: Los médicos realizan su informe de gestión mensual, pero no existe una instancia de devolución.

No hay una homogeneidad en cuanto a los datos recabados por los directores de los centros de salud, lo que deriva en una duplicación de la información para la GGI en su compilación.

El sistema informático, que cumple un papel preponderante, se encuentra en red solo en los centros de salud del primer nivel de atención pero no entre policlínicas de dichos centros ni tampoco entre todo el segundo nivel.

Hemos constatado que las herramientas utilizadas son planillas Excel, control de asistencia, indicadores de medición y control; casi la totalidad de los centros utilizan ratios, un 63% utiliza el mapa estratégico como herramienta de gestión.

Todos los centros menos uno tienen manuales de procedimiento y realizan flujos de procesos.

De la totalidad encuestada 5 centros confirmaron que utilizan el cuadro de mando integral como herramienta de gestión pero luego de consultados a dichos centros para profundizar sobre el uso del mismo nos confirman que no lo utilizan, solo uno confirmó que si lo utiliza pero no sistemáticamente y tampoco incluye la perspectiva financiera dentro del mismo.

5.3.2. Discusión de los resultados obtenidos

Luego de analizar los resultados obtenidos, estos son nuestros comentarios más relevantes:

- a. Respecto a la misión y visión de la RAP-ASSE están claramente definidas y se desarrolla tal cual fueron planteadas.
- b. Respecto al rol definido para los directores de los centros, las respuestas denotan que los mismos realizan más tareas de las que deberían hacer y tienen mayor responsabilidad. Pero en cuanto a la definición de su rol, pudimos constatar que todos conocen sus funciones dentro del rol que desempeñan.
- c. Respecto a la estructura, su infraestructura y organización del centro en general no encontramos mayor satisfacción. Esto se puede deber a la falta de recursos materiales y humanos.
- d. Retroalimentación de la información: Cada dato recogido por el equipo gestor debería ser una instancia de intercambio de información para aumentar o actualizar el conocimiento. No existe una cultura de considerar a la información como un recurso intangible que resulta vital para el desarrollo de cualquier organización

- e. El equipo de gestión de los centros de salud en muchas oportunidades requiere datos e información que no necesariamente son solicitados y responden a una necesidad puntual de realizar algún estudio o análisis. La instancia de dialogo que abre el GGI permite colaborar en forma puntual con la generación de dicha información.
- f. Recolección de los datos: la utilización de distintos formatos, distinta codificación y falta de criterio unificado a la hora de elaborar los informes, hacen que los datos no sean homogéneos entre los centros. Actualmente solo existen 4 centros de salud que cuentan con lineamientos en registros médicos.
- g. Respecto al financiamiento: las partidas presupuestales se votan en el parlamento. ASSE recibe sus recursos y asigna partidas a cada unidad ejecutora, de esa forma es que la RAP recibe los recursos que necesita. Sin embargo lo que recibe es bajo y no llega a cubrir las necesidades totales ya que el día a día se gestiona en base a las urgencias.
- h. Recursos Humanos: Existe poco personal de administración contratado y hay baja capacitación en este rubro lo que hace más difícil la gestión diariamente. Asimismo existe baja competitividad de RAP y ASSE respecto a otras instituciones públicas y respecto al segundo nivel de atención.

- i. Sector informático: el no estar en red implica un problema. Ejemplo: farmacia, este es un proceso crítico, y el mismo no se encuentra en red. Al haber baja cantidad de medicamentos disponibles para distribuir a los usuarios, resulta de suma importante contar con la información de los pacientes que han retirado medicamentos y de que farmacia lo hicieron.

- j. Respecto a las funciones que desempeña el Director regional, el mayor tiempo lo dedican a planificar, organizar, coordinar y dirigir. Si bien al parecer distribuyen su tiempo en partes iguales, resulta difícil cuantificar el tiempo empleado en cada función ya que en la práctica no existen funciones puras y cualquier actividad es una mezcla de ellas. En donde coinciden todos los directores es en que evaluar es la función que menos tiempo dedican y la planificación es aquella función que deberían dedicar más tiempo del que actualmente emplean. Asimismo hay poca diferencia entre lo que actualmente se dedica de tiempo y lo que a su entender deberían dedicar.

6. CONCLUSIONES DEL TRABAJO MONOGRAFICO

En el marco de una demanda social creciente, recursos financieros limitados, envejecimiento progresivo de la población y aparición de nuevas tecnologías, obligan a los gobiernos a impulsar a que las organizaciones sanitarias busquen nuevas fórmulas de gestión.

Es por ello que el interés por la calidad y la satisfacción del usuario ha cobrado nuevo impulso y los nuevos enfoques de gestión han dado respuestas más eficientes dejando atrás las viejas recetas.

A lo largo de este trabajo, analizamos la existencia de herramientas de control y de medición tanto a nivel macro como a nivel meso de la red de atención del primer nivel (RAP) de ASSE y recabamos información a través de entrevistas y cuestionarios a los principales actores. Como conclusión detectamos que **la RAP cuenta con un sistema de información articulado y determinadas herramientas que permiten la gestión, pero entendemos que puede mejorarse a través de la incorporación de herramientas de gestión más sólidas** que puedan medir en forma homogénea la gestión de todos los centros; a través de indicadores que controlen y detecten desvíos.

Entendemos que para lograr los objetivos planteados es necesario planificar y desarrollar una serie de enfoques (nuevos sistemas, herramientas de gestión) evaluarlos y revisarlos constantemente en función de los resultados obtenidos. El proceso de elaboración del plan estratégico debe ir acompañado de una herramienta sistemática que permita detectar los desvíos e ir corrigiendo las anomalías de gestión rápidamente.

El objetivo que debería perseguir la RAP-ASSE es la **satisfacción de las necesidades de sus usuarios y de la sociedad en su conjunto y el éxito de su gestión debería ser medida no solo por sus resultados financieros** (como puede ocurrir en una empresa con fines de lucro) **sino por indicadores cualitativos que evalúen la calidad del servicio.**

Es por esto que hemos confeccionado un grupo de indicadores básicos que midan que se esté cumpliendo con dichos objetivos. A través de la medición de factores claves se evaluará la consecución de las metas planteadas y de existir desvíos lograr corregirlos a tiempo.

Este tipo de organizaciones deben procurar un sistema de conexión con la sociedad y que esta conozca sus cometidos, lográndose así mayor transparencia al demostrar eficiencia y eficacia en su gestión. Esto lleva a garantizar maximizar los recursos económicos, humanos, y técnicos para lograr los cometidos por los cuales fue creada.

Si bien los distintos centros de salud son en su esencia muy heterogéneos debido a las características de cada uno, todos ellos se enfrentan diariamente a realidades similares con dificultades y desafíos permanentes. Es por ello que la confección de una única herramienta que sea de utilidad para la totalidad de los centros es de vital importancia para homogeneizar y que la información que se recaba de cada centro sea comparable entre sí.

Concluimos por lo tanto que el **cuadro de mando integral (CMI) reúne las condiciones para dar soporte a la gestión de la RAP** ya que resulta una herramienta de gestión muy útil para la RAP-ASSE. La misma permitirá un análisis conjunto de indicadores para informar a la administración central el logro de los objetivos e identifica las relaciones causa-efecto que originan los resultados logrados. Cabe señalar que si bien analizamos las cuatro perspectivas tradicionales, es posible adaptar el modelo a las necesidades de cada organización así como también los indicadores deben ir modificándose a medida que la situación así lo amerite adaptándose a la realidad a la cual se enfrenten.

De acuerdo al concepto manejado en el marco teórico los indicadores son instrumentos de medición que tienen la finalidad de establecer relaciones entre variables y analizar la evolución de los procesos que identificamos como claves.

Los mismos deben ser simples en su elaboración y comprensión, objetivos, universales, deben ser representativos de la variable que queremos medir y se deben poder obtener con los datos disponibles.

6.1. INDICADORES SEGÚN PERSPECTIVAS

6.1.1 Perspectiva Financiera

En esta perspectiva se plantea como objetivo estratégico: **Minimizar los costos de los procesos.**

Indicador de efecto: **Porcentaje de variación de costos de los procesos clave**

Este indicador tiene por objetivo comunicar a la administración central el incremento o disminución de los costos en un período considerado de modo de determinar la causa de esa variación, ya que esta puede radicar en una mejora en el uso de los recursos como en una baja de la calidad del servicio. Frecuencia sugerida: mensual

Se expresa en forma cuantitativa: cociente entre los costos del período T sobre los costos del período T-1 $((\text{Costos T} / \text{Costos T-1}) - 1) * 100$.

Indicadores de causa: **Costo promedio de mano de obra por usuario**

El objetivo de este indicador es conocer el costo promedio que representa la mano de obra por usuario. Se entiende mano de obra tanto a los profesionales médicos y de apoyo. Frecuencia sugerida: mensual

Se expresa en forma cuantitativa: cociente entre la sumatoria de costos incurridos en remuneraciones y cargas sociales y el número de usuarios en un período dado.

$(\text{COSTOS REMUNERACIONES Y CARGAS SOCIALES T} / \text{N}^\circ \text{ USUARIOS T})$

Indicador: Costo promedio de mano de obra por consulta

El objetivo de este indicador es conocer el costo promedio que representa la mano de obra por consulta. Frecuencia sugerida: semanal

Se expresa en forma cuantitativa: cociente entre la sumatoria de costos incurridos en remuneraciones y cargas sociales y el número de consultas en un período dado.

(COSTOS REMUNERACIONES Y CARGAS SOCIALES T / N° CONSULTAS T)

Para determinar si hay necesidad de contratar más personal se puede hacer la razón existente entre los indicadores de mano de obra por usuario y la mano de obra por consulta.

Indicador: Costo promedio de medicamentos

El objetivo de este indicador es conocer el costo promedio que representan los medicamentos por receta. Frecuencia sugerida: semanal

Se expresa en forma cuantitativa: cociente entre los costos incurridos en medicamentos y el número de recetas expedidas en un período dado.

(COSTOS MEDICAMENTOS T / N° RECETAS T)

Indicador: Costo promedio de estudios

El objetivo de este indicador es conocer el costo promedio que representa la realización de un estudio. Frecuencia sugerida: semanal

Se expresa en forma cuantitativa: cociente entre los costos incurridos en la realización de estudios y el número de estudios en un período dado.

(COSTOS ESTUDIOS T / N° ESTUDIOS T)

Indicador: Costo promedio de tratamientos

El objetivo de este indicador es conocer el costo promedio que representa la realización de un determinado tratamiento.

Frecuencia sugerida: semanal

Se expresa en forma cuantitativa: cociente entre los costos incurridos en la realización de tratamientos y el número de tratamientos en un período dado.

(COSTOS TRATAMIENTOS T / N° TRATAMIENTOS T)

6.1.2 Perspectiva Cliente

Indicador de efecto: Variación del número de usuarios jóvenes

El objetivo de este indicador es conocer las fluctuaciones ocurridas en el segmento seleccionado.

Se expresa en forma cuantitativa, como un porcentaje de este segmento como el cociente entre el número de usuarios de jóvenes en el período T y el período T-1.

$((\text{NÚMERO DE USUARIOS JÓVENES T} / \text{NÚMERO DE USUARIOS JÓVENES T-1}) - 1) * 100.$

Indicador de causa: Porcentaje de capitación o adscripción

El objetivo de este indicador es conocer las fluctuaciones de la población usuaria del sistema

Se expresa en forma cuantitativa como un porcentaje sobre el total de nuevos usuarios

Frecuencia sugerida: mensual

$(\text{NÚMERO DE CAPITACIONES EN EL CENTRO DE SALUD} / \text{TOTAL DE CAPITACIONES DEL CENTRO DE SALUD}) * 100.$

Indicador: Porcentaje de estudios preventivos

El objetivo de este indicador es conocer el grado de contribución a la prevención.

Se expresa en forma cuantitativa como un porcentaje sobre el total de estudios preventivos de un periodo respecto al anterior. Frecuencia sugerida: semanal

$((\text{NÚMERO DE ESTUDIOS PREVENTIVOS T} / \text{NÚMERO DE ESTUDIOS PREVENTIVOS T-1}) - 1) * 100.$

Indicador: Porcentaje de embarazos captados por trimestre

El objetivo de este indicador es conocer las fluctuaciones de los embarazos captados por trimestre de un período a otro

Se expresa en forma cuantitativa como un porcentaje sobre el total de embarazos de un determinado trimestre de un periodo respecto al anterior. Frecuencia sugerida: mensual. $((\text{NÚMERO DE EMBARAZOS trimestre n T} / \text{NÚMERO DE EMBARAZOS trimestre n T-1}) - 1) * 100.$

Indicador: Porcentaje de metas prestacionales del niño en el primer año de vida

El objetivo de este indicador es conocer las fluctuaciones de las prestaciones en el primer año de vida de un período a otro.

Se expresa en forma cuantitativa como un porcentaje sobre el total de metas prestacionales de un determinado periodo respecto al anterior. Frecuencia sugerida: mensual.

$$\left(\frac{\text{NÚMERO DE NIÑOS EN CONTROL SEGÚN PAUTA T}}{\text{NÚMERO DE NIÑOS EN CONTROL SEGÚN PAUTA T-1}} - 1 \right) * 100.$$

Este indicador puede ser utilizado con el carnet de vacunación, lactancia según pauta, niños con ecografía de cadera y resto de las metas prestacionales.

Indicador: Porcentaje de metas prestacionales del adulto y adulto mayor

El objetivo de este indicador es conocer las fluctuaciones de las prestaciones del adulto y del adulto mayor.

Se expresa en forma cuantitativa como un porcentaje sobre el total de metas prestacionales de ese segmento de un determinado periodo respecto al anterior.

Frecuencia sugerida: mensual

$$\left(\frac{\text{NÚMERO DE ADULTOS CON DETERMINADA PATOLOGÍA T}}{\text{NÚMERO DE ADULTOS CON DETERMINADA PATOLOGÍA T-1}} - 1 \right) * 100.$$

Este indicador puede ser utilizado con pacientes con hipertensión arterial, con diabetes, así como también se pueden controlar los carnets entregados.

6.1.3. Perspectiva Procesos Internos

En esta perspectiva se plantea como objetivo estratégico mejorar los procesos de atención al usuario.

Indicador de efecto:

Grado de satisfacción del usuario

Este indicador tiene por objetivo determinar el grado de satisfacción del usuario del servicio. Se expresa en forma cualitativa y se recomienda la realización de una encuesta a los usuarios utilizando la escala de Likert.

La fuente de información primaria son los usuarios y también pueden identificarse distintos servicios proporcionados por el centro.

Mediante el uso de este indicador se puede correlacionar la satisfacción lograda por los usuarios y el grado de satisfacción de los trabajadores en el proceso de servicio estudiado. También permite evaluar la eficiencia de la aplicación del gasto y contribuir con la mejora en la calidad del servicio.

Se expresa mediante el cociente entre las diferentes calificaciones de satisfacción obtenidas por parte del usuario y el total de encuestas realizadas.

$(\text{MUY SATISFECHO} / \text{TOTAL ENCUESTADO}) * 100$

Indicadores de Causa:

Mediante estos indicadores se pretende evaluar procesos específicos que resultan fundamentales para el logro de los objetivos propuestos.

Indicador: **Tiempo promedio en ser atendido por el funcionario**

Este indicador tiene por objetivo conocer el tiempo promedio de espera del usuario para ser atendido por el personal administrativo donde se desarrolla el proceso a evaluar.

Se puede expresar en forma cualitativa. Frecuencia sugerida: mensual

Resulta de la diferencia entre el momento, medido en unidades temporales, en que el usuario se presenta en un mostrador de atención y el momento que efectivamente ingresa a la consulta

(HORA ATENCIÓN N + 1 - HORA DE ATENCIÓN N)

Principales fuentes de datos son la encuesta dirigida a los usuarios y las quejas relacionadas con dicho indicador.

Indicador: **Tiempo promedio en la ejecución de la consulta asistencial**

Este indicador tiene por objetivo conocer el tiempo promedio que espera el usuario desde que solicita un servicio hasta la realización del mismo.

Se expresa en forma cuantitativa. Frecuencia sugerida: mensual

Resulta de hacer la diferencia entre la fecha de solicitud de determinado servicio y la fecha de realización del mismo.

(FECHA SOLICITUD - FECHA DE REALIZACIÓN DE LA SOLICITUD)

Sus principales fuentes de datos son los registros de las solicitudes y las quejas relacionadas con dicho indicador.

Indicador: Trato brindado por el personal

El objetivo de este indicador es conocer el trato brindado al usuario por parte del personal involucrado en los procesos. Aquí se puede desglosar el personal médico del personal de apoyo o administrativo.

Se expresa en forma cualitativa. Frecuencia sugerida: mensual

Resulta de hacer el cociente entre las diferentes calificaciones de trato obtenidas por parte del afiliado y el total de encuestas realizadas.

(BUEN TRATO / TOTAL ENCUESTADO) * 100.

Principales fuentes de datos son la encuesta dirigida a los usuarios y las quejas relacionadas con dicho indicador.

Indicador: Puntualidad del médico

Este indicador tiene por objetivo conocer la puntualidad del médico.

Se expresa en forma cuantitativa, la unidad de medida expresada en tiempo.

Frecuencia sugerida: mensual

Resulta de hacer la diferencia entre la hora prevista de llegada del médico y la hora real de llegada.

(HORA PREVISTA - HORA REAL)

Indicador: **Consultas domiciliarias / Consultas totales**

El objetivo de este indicador es conocer la demanda de la solicitud de atención asistencial domiciliaria en relación con el total de consultas.

Se expresa en forma cuantitativa, como un porcentaje sobre el total de consultas.

Frecuencia sugerida: mensual

Resulta de hacer el cociente entre la sumatoria de los llamados a domicilio y el total de consultas en el período T.

$(CONSULTAS DOMICILIARIAS T / CONSULTAS TOTALES T) * 100$

Indicador: **Consultas ambulatorias emergencia / Consultas totales**

El objetivo de este indicador es conocer la demanda de atención asistencial en emergencias en relación con el total de consultas.

Se expresa en forma cuantitativa, como un porcentaje sobre el total de consultas.

Frecuencia sugerida: mensual

Resulta de hacer el cociente entre la sumatoria de las consultas en emergencia y el total de consultas en el período T.

$(CONSULTAS EMERGENCIA T / CONSULTAS TOTALES T) * 100$

Indicador: Consultas ambulatorias policlínicas / Consultas totales

El objetivo de este indicador es conocer la demanda de atención asistencial en policlínicas en relación con el total de consultas.

Se expresa en forma cuantitativa, como un porcentaje sobre el total de consultas.

Frecuencia sugerida: mensual

Resulta de hacer el cociente entre la sumatoria de las consultas en policlínicas y el total de consultas en el período T.

$(\text{CONSULTAS POLICLÍNICAS T} / \text{CONSULTAS TOTALES T}) * 100$

Indicador: Comodidad durante la espera

El objetivo de este indicador es conocer el grado de comodidad que experimenta el usuario durante su espera.

Se expresa en forma cualitativa. Frecuencia sugerida: mensual

Resulta de hacer el cociente entre las diferentes calificaciones de comodidad obtenidas por parte del usuario y el total de encuestas realizadas.

$(\text{BUENA COMODIDAD} / \text{TOTAL ENCUESTADO}) * 100.$

Principales fuentes de datos son la encuesta dirigida a los usuarios y las quejas relacionadas con dicho indicador.

Indicador: Quejas del período

El objetivo de este indicador es conocer las irregularidades que ocurren en los distintos procesos.

Es importante que las quejas sean canalizadas por la persona a cargo y comunicadas por un funcionario dedicado a dicha tarea, en caso de superar su poder de decisión el mismo la delegará en un superior y hacerle un adecuado seguimiento para que no vuelva a ocurrir

Se expresa en forma cuantitativa. Frecuencia sugerida: mensual

Resulta de la sumatoria de quejas recibidas por el mismo problema y desglosadas por proceso.

Indicador: Higiene y condiciones del sector

El objetivo de este indicador es conocer la higiene del lugar físico

Se expresa en forma cualitativa. Frecuencia sugerida: mensual

Resulta de hacer el cociente entre las diferentes calificaciones de higiene obtenidas de parte del usuario y el total de encuestas realizadas.

$(\text{BUENA HIGIENE} / \text{TOTAL ENCUESTADO}) * 100.$

Principales fuentes de datos son la encuesta dirigida a los usuarios y las quejas relacionadas con dicho indicador.

Indicador: Cantidad de consultas por usuario

El objetivo de este indicador es conocer el promedio de consultas realizadas por usuario en un período. También puede desglosarse por tipo de consulta en caso de necesitar más información.

Se expresa en forma cuantitativa. Frecuencia sugerida: mensual

Representa el número promedio de consultas por usuario, y se obtiene mediante el cociente entre el total de consultas y la masa de usuarios.

$(CONSULTAS T / USUARIOS T)$

Indicador: Porcentaje de re-consulta de usuarios

El objetivo de este indicador es conocer la efectividad con que se diagnostica y se resuelve la patología de un paciente. Se entiende por reconsulta a la consulta que realiza un usuario en un lapso no mayor a cuarenta y ocho horas sobre una misma patología.

Se expresa en forma cuantitativa, como un porcentaje sobre el total de consultas. .

Frecuencia sugerida: mensual

Resulta del cociente entre la sumatoria de las reconsultas y el total de consultas en el período T.

$(RECONSULTAS T / CONSULTAS T) * 100$

Indicador: Cantidad de recetas expedidas por usuario

El objetivo de este indicador es conocer el promedio de recetas expedidas por usuario.

Tiene como finalidad determinar el nivel de consumo individual y por patología y también puede ser desglosado para brindar mayor información.

Se expresa en forma cuantitativa. Frecuencia sugerida: semanal

Resulta del cociente entre las recetas expedidas y el número de usuarios que consultan en determinado período.

$(RECETAS EXPEDIDAS T / CONSULTA USUARIOS T)$

Indicador: Cantidad de recetas por consulta

El objetivo de este indicador es conocer el promedio de recetas expedidas por consulta. También se pueden obtener indicadores específicos y de esta forma conocer el consumo de algunos tipos de medicamentos

Se expresa en forma cuantitativa. Frecuencia sugerida: semanal

Representa el promedio de recetas expedidas por consulta, y se obtiene de hacer el cociente entre las recetas expedidas y las consultas.

(RECETAS EXPEDIDAS T / CONSULTAS T)

Indicador: Tiempo promedio de espera para obtener el resultado del estudio

El objetivo de este indicador es conocer el tiempo promedio que transcurre desde que el usuario se realiza un estudio hasta que el mismo se encuentra disponible en su historia clínica.

Se expresa en forma cuantitativa. Frecuencia sugerida: semanal

Resulta de hacer la diferencia entre la fecha de realización de determinado estudio y la fecha de su disponibilidad.

(FECHA REALIZACIÓN - FECHA DE DISPONIBILIDAD)

Indicador: Cantidad de estudios indicados por usuario

El objetivo de este indicador es conocer el promedio de estudios indicados por usuario.

Se expresa en forma cuantitativa. Frecuencia sugerida: semanal

Resulta de hacer el cociente entre los estudios indicados y el número de usuarios que consultan en ese período.

(ESTUDIOS INDICADOS T / CONSULTA USUARIOS T)

Indicador: Porcentaje de estudios contratados

El objetivo de este indicador es conocer el grado de dependencia para la realización de estudios.

Se expresa en forma cuantitativa. Frecuencia sugerida: semanal

Resulta de hacer el cociente entre la sumatoria de los estudios realizados fuera de la institución y el total de estudios realizados en el período T.

(ESTUDIOS CONTRATADOS T / ESTUDIOS TOTALES T) * 100.

Indicador: Cantidad de tratamientos indicados por usuario

El objetivo de este indicador es conocer el promedio de tratamientos indicados por usuario.

Se expresa en forma cuantitativa. Frecuencia sugerida: semanal

Resulta de hacer el cociente entre los tratamientos indicados y el número de usuarios que consultan en ese período.

(TRATAMIENTOS INDICADOS T / CONSULTA USUARIOS T)

Indicador: Número de tratamientos solicitados al segundo y tercer nivel / Total de tratamientos

El objetivo de este indicador es conocer el grado de dependencia para la realización de tratamientos.

Se expresa en forma cuantitativa. Frecuencia sugerida: semanal

Resulta de hacer el cociente entre la sumatoria de los tratamientos realizados al segundo y tercer nivel y el total de tratamientos realizados en el período.

$(\text{TRATAMIENTOS 2DO Y 3ER NIVEL T} / \text{TRATAMIENTOS TOTALES T}) * 100.$

6.1.4. Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo

En esta perspectiva planteamos dos objetivos estratégicos:

Crear de la RAP-ASSE un lugar que sea tanto de crecimiento profesional como personal logrando así mayor motivación

Indicadores de Efecto: **Porcentaje de recursos humanos especializados**

El objetivo de este indicador es conocer el porcentaje de los recursos humanos que cuentan con alguna capacitación o postgrado.

Se expresa en forma cuantitativa, como un porcentaje sobre los recursos humanos totales

Resulta de hacer el cociente entre el total de recursos humanos especializados sobre el total de recursos humanos.

$(\text{RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS T} / \text{TOTAL RECURSOS HUMANOS T}) * 100.$

Indicador: Horas de capacitación del personal

Este indicador tiene por objetivo conocer el tiempo que se dedica a la capacitación de los recursos humanos

Se expresa en forma cuantitativa como la sumatoria de horas dedicadas a dicho fin.

(SUMATORIA HORAS CAPACITACIÓN T)

Este indicador sirve también para determinar las horas dedicadas a la investigación y desarrollo.

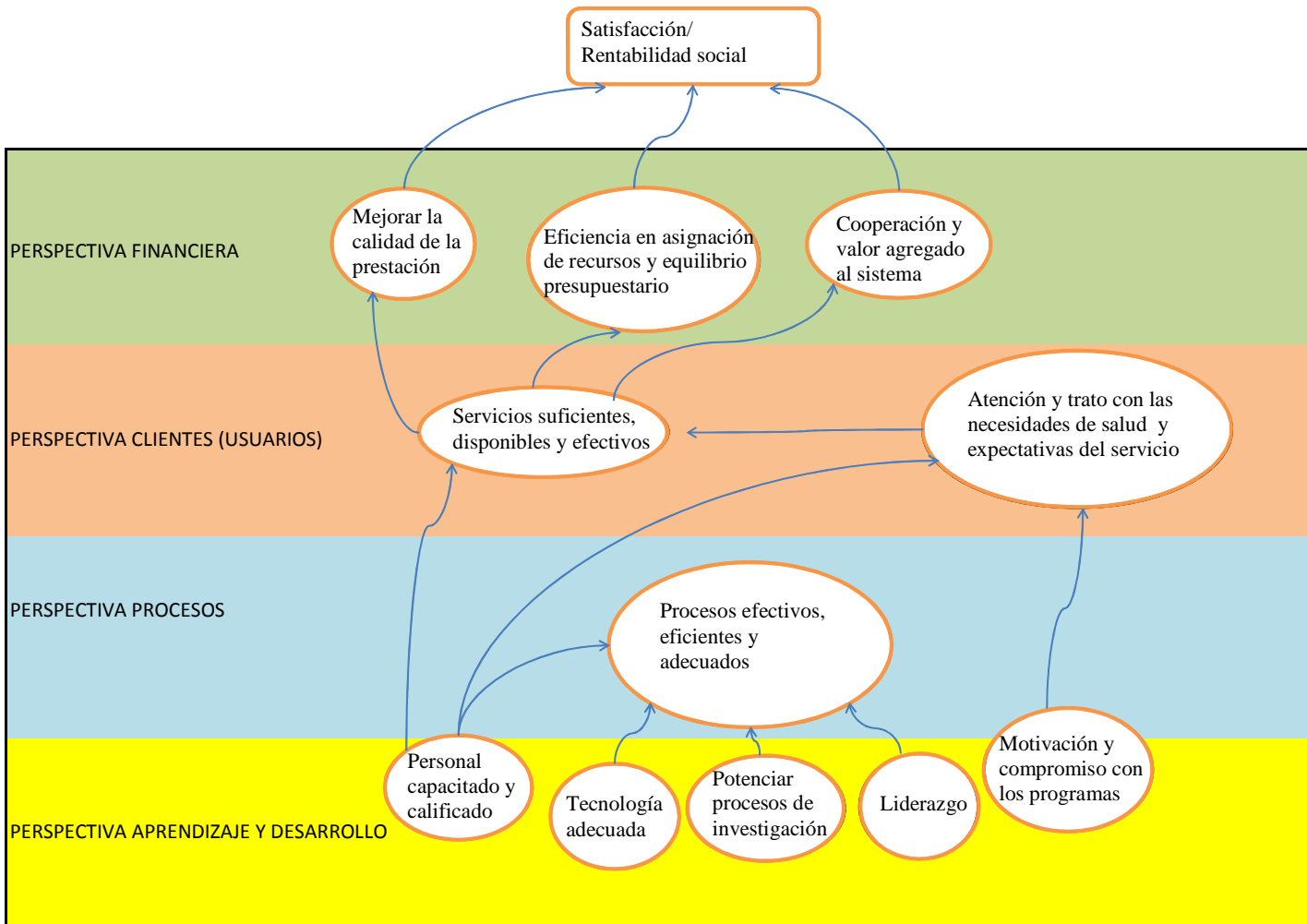
6.2. CUADRO DE MANDO INTEGRAL Y MAPA ESTRATEGICO

A continuación se expone nuestra propuesta de Cuadro de Mando integral y mapa estratégico.

Perspectiva	Estrategia	Indicadores de efecto	Indicadores de causa
Financiera	Minimizar los costos de los procesos	Porcentaje de variación de costos	Costo promedio de mano de obra por afiliado
			Costo promedio de mano de obra por consulta
			Costo promedio de medicamentos
			Costo promedio de estudios
			Costo promedio de tratamientos
Usuario	Lograr conciencia de la medicina preventiva y buenas practicas	Porcentaje de variación de metas prestacionales respecta al periodo anterior	Porcentaje de capitación
			Porcentaje de estudios preventivos
			Porcentaje de embarazos captados por trimestre
			Porcentaje de metas prestacionales del niño en el primer año de vida
			Porcentaje de metas prestacionales del adulto y adulto mayor
Procesos Internos	Mejorar los procesos de atención al usuario	Satisfacción del usuario	Tiempo promedio en ser atendido por el funcionario
			Tiempo promedio en la ejecución de la consulta asistencial
			Trato brindado por el personal/ servicio médico
			Puntualidad del médico
			Consultas específicas/ Consultas totales
			Comodidad durante la espera
			Quejas en el período T
			Higiene y condiciones del sector
			Cantidad de consultas por usuario
			Porcentaje de reconsultas por usuario
			Cantidad de recetas expedidas por usuario
			Cantidad de recetas por consulta
			Tiempo promedio de espera para obtener el resultado del estudio
			Cantidad de estudios indicados por usuario
Cantidad de tratamientos indicados por usuario			
Porcentaje de estudios solicitados al 2do y 3er nivel			
Aprendizaje y desarrollo	Crear en la rap un lugar que sea de crecimiento profesional y personal	Motivación del personal	Cantidad de profesionales especializados
			Rotación de personal
			Promociones (asensos) dentro de la RAP
			Porcentaje de variación de Salario de un médico en RAP
			Cantidad de programas de capacitación, investigación y desarrollo

Perspectiva de los procesos internos	
Proceso	Indicador
Consulta a domicilio	Tiempo promedio en la recepción del llamado
	Trato brindado por el personal médico
	Tiempo promedio en la consulta
	Número de consultas a domicilio en el período T
	Quejas en el período T
Consulta ambulatoria en emergencia	Consultas a domicilio/ Consultas totales
	Tiempo promedio en ser atendido luego del ingreso
	Trato brindado por el personal de admisión
	Trato brindado por el servicio médico
	Tiempo promedio en la consulta
	Comodidad durante la espera
	Quejas en el período T
Higiene y condiciones del sector	
Consulta ambulatoria en Policlínica	Consultas ambulatorias de emergencia/ Consultas totales
	Tiempo promedio en ser atendido por el personal de Policlínica
	Trato brindado por el personal de Policlínica
	Tiempo promedio de espera para llevar a cabo la consulta
	Trato brindado por el servicio médico
	Tiempo promedio en la consulta
	Consultas ambulatorias de Policlínicas/ Consultas totales
	Comodidad durante la espera
	Quejas en el período T
	Cantidad de recetas expedidas por usuario
	Cantidad de recetas por consulta
	Porcentaje de reconsultas por usuario
	Cantidad de recetas por consulta
Higiene y condiciones del sector	
Realización de estudios	Tiempo promedio en ser atendido por el personal especializado
	Trato brindado por el personal especializado
	Tiempo promedio de espera para llevar a cabo el estudio
	Tiempo promedio de espera para obtener el resultado del estudio
	Trato brindado por el servicio técnico y/o médico
	Cantidad de estudios indicados por usuario
	Cantidad de estudios indicados/Estudios totales
	Porcentaje de estudios preventivos
	Quejas en el período T
	Comodidad durante la espera
Higiene y condiciones del sector	
Realización de tratamientos	Tiempo promedio de espera promedio para llevar a cabo el tratamiento
	Trato brindado por el personal especializado
	Cantidad de tratamientos indicados por usuario
	Cantidad de tratamientos indicados/Tratamientos totales
	Trato brindado por el servicio técnico y/o médico
	Quejas en el período T
	Comodidad durante la espera
Higiene y condiciones del sector	

MAPA ESTRATEGICO



Fuente: Elaboración propia

7) BIBLIOGRAFÍA

AMAT, JOAN M^a. *Control de Gestión. Barcelona, Ed. Ediciones Gestión 2000 S.A.*, 1992, p. 35.

ANTHONY, ROBERT, N. y YOUNG DAVID, W. (1994): *Management Control in Nonprofit Organizations*, Ed. Irwin, Boston.

ANTHONY, ROBERT (1986) *Sistemas de planeamiento y control*. Barcelona: Ed. Orbis, p. 148.

CAPELASTEGUI, ALBERTO, ET AL.(2004) *Guía de Autoevaluación EFQM para unidades de gestión*. Ed: Osakidetza/Sevicio vasco de salud.

Enlace: www.osakidetza-svs.org <<http://www.osakidetza-svs.org>>

CARDOZO LAREO, FEDERICO. Informe elaborado al Centro de Salud UNION en 2003.

DECLARACION CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ATENCION
PRIMARIA DE LA SALUD CELEBRADA EN ALAMA ATA (1978)

DIBARBOURE ICASURIAGA, HUGO *Artículo: “La Atención Primaria de Salud (APS) en Uruguay”* Enlace:

<http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos3/index.html>
[Articulo](#)

DÍEZ LOBO, T. (2006): *“Métodos para medir la estrategia: el Balanced Scorecard”*, Estrategia Financiera, nº 233, pp. 42-45.

GALLIZO, J.L. (2005): *“Información financiera y control de gestión de las ENLs”*, I Jornada de Contabilidad de entidades no lucrativas, Variable alternativa al resultado empresarial, ASEPUC, pp. 15-28.

GOODMAN, D. (1992): *“Auditoría de Economía, eficacia y eficiencia”*, Ponencia presentada en el seno de las Jornadas sobre Contabilidad y Auditoría en el Sector Público, organizadas por el Departamento de Contabilidad de la Universidad de Valencia.

GONZALEZ QUINTANA, M.J. y CAÑADAS MOLINA. *Los indicadores de gestión y el cuadro de mando en las entidades no lucrativas*. Ciriec-España Num. 63 Año 2008 (pp.227-252)

IRIBAR BILBAO, M^a F. y MARTÍNEZ PEREDA, J. (1996): “¿Cómo podemos controlar la gestión desarrollada por nuestra ONG?”, Boletín de Estudios Económicos, Vol. LI, n° 158, pp. 245-259.

J.M. ARANAZ, J.J.MIRA, J. BELTRAN (2003); *La gestión por procesos asistenciales integrados*, p. 81.

JOHNSON, G., SCHOLES, K. *Dirección Estratégica. Análisis de las estrategias de las organizaciones*. / Gerry Johnson, Kevan Scholes. Madrid: Ed. Prentice Hall, 1997, p.264.

KAPLAN RS, Norton DP. *Translating Strategy into Action – The Balanced Scorecard*. Boston: Harvard Business School Press; 1996.

KOONTZ. HAROLD. *Elementos de Administración*. / Harold Koontz. D.F. México: Ed.McGraw-Hill/Interamericana de México, 1994, p.264.

KAPLAN y NORTON (1997): *El Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard)*, Ed. Gestión 2000, Barcelona.

KAPLAN y NORTON (1996): “*Using the Balanced Scorecard as a Strategic*”, Harvard Business Review.

LEVCOVITZ E, ANTONIOL G, SANCHEZ D, FERNANDEZ GALEANO, ed. *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Montevideo: OPS; 2011 – BENIA, WILSON; MEDINA, GABRIELA “*Construcción de una red continente. APS y Primer nivel de atención de Montevideo. Uruguay 2005-2009*”, p. 100-133.

MEMBRADO MARTINE, JOAQUIN - XIII CONGRESO DE VALORES DE EMPRESA Y SOCIEDAD. 2002. “*Cuadro de Mando Integral y Modelo EFQM: Algunas reflexiones*”

Enlace: <http://www.valor-lider.net/documents/02-E504JMM.pdf>

MORA CORRAL, A. y VIVAS URIETA, C. (2001): *Nuevas Herramientas de Gestión Pública: El cuadro de Mando Integral*, Ed. AECA.

MONTESINOS JULVE, V. (1992): “*Análisis Contable de la información contable pública*”, III Seminario de Análisis de Estados Económico-Financieros, Alicante.

NORVERTO LABORDA, M. C.; CAMPOS FERNÁNDEZ, M.; MUÑOZ COLOMINA, C.L. y ZORNOZA BOY, J. (1999): *Los indicadores para la gestión pública, Trabajo de investigación para el Instituto de Estudios Fiscales*, Universidad Complutense de Madrid.

NUNNALLY, JUM C. (1994) *Psychometric Theory*, New York, McGraw-Hill.

RODRIGUEZ SANTIRSO, M.A. ET AL; “*Funciones de los equipos directivos de atención primaria del INSALUD de Madrid. Necesidades de formación*” VOL. 11 Núm. 5 Mayo 2001 MEDIFAM 2001; 11:265-274

RUIZ MUÑOZ, DAVID. *La aplicación del cuadro de mando integral en organizaciones sanitarias*. Departamento de economía y empresa. Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.

SATURNO, D.PEDRO J.(2005) *Modelos de gestión de la calidad aplicados a la Atención Primaria*. Universidad de Murcia.

SCHELOTTO, F, ET AL *Formación de Recursos Humanos para el primer nivel de atención utilizando la estrategia de la atención primaria de Salud, Facultad de Medicina de Montevideo, UDELAR, Abril 2009 – “Sistema de Salud del Uruguay: Formación medica en el sistema integrado de salud (SNIS)”* BUGLIOLI, MARISA; LEON, IMA; TOMASINA, FERNANDO p.54-75.

Acceso a través del siguiente enlace:

http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/biblioteca_virtual/Rec%20Hum%20para%20el%20PNA.pdf

SOLLAZO, ANA y BERTERRETICHE, ROSARIO (2011). *El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria.*

Enlace: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/21.pdf>

STEPHEN P. ROBBINS, MARY COULTER, *Administración.* 6ª Edición, 2000: p.554

Páginas Web:

<http://www.asse.com.uy>

<http://www.smu.org.uy>

<http://www.efqm.org>

<http://www.parlamento.gub.uy>

Otero M. Jaime. Recuperado en Abril del 2012 en la página Web:

<http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/modulo6.pdf>

<http://cuadrodemandando.unizar.es>

Normativa:

Ley N° 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud, Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.

Decreto N° 13 de 2007 Primer nivel de Atención.

Ley N° 15.897 Crea la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Decreto N° 271 de 1981 Crea el Sistema Nacional de Información.

Monografías:

Ciocca Martínez , Martin, González Díaz, Marcia. Cuadro de Manto Integral en una Institución de Asistencia Médica Colectiva

8. ANEXOS

8.1. CUESTIONARIOS

8.1.1 Evaluación a Directores Regionales

A) CUESTIONARIO

Este cuestionario fue elaborado en base a la escala de Likert.

Favor marcar solamente una opción que Ud. considere se ajuste de acuerdo a los siguientes criterios:

1	Totalmente en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4	De acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

1. La organización desarrolla la misión definida en sus inicios;

Se define misión de la RAP:

a) Brindar atención integral a los ciudadanos con cobertura formal de Asse, en el primer nivel de atención, con enfoque preventivo y énfasis en la promoción de salud, en el departamento de Montevideo.

b) Contribuir desde el ámbito departamental a la constitución de un Sistema Nacional Integrado de Salud de cobertura universal e igualitaria, sobre bases de solidaridad y de justicia social.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. La organización desarrolla la visión definida en sus inicios;

Se define visión de la RAP:

a) *Consolidar un Primer Nivel de Atención continente y resolutivo que permita realizar la promoción, prevención específica, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos para la población de Asse en el departamento de Montevideo*

b) *Brindar atención a la salud con criterios de integridad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, consolidando un modelo de atención humanizado con enfoque interdisciplinario la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derechos.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Se imparten y fomentan programas de capacitación dentro de la organización.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Existe una descripción del rol que desempeña el director de los centros de salud

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Se tienen en cuenta los resultados de los indicadores internos (tanto asistenciales como económicos) para la planificación futura.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Se han identificado los centros o unidades que destacan por sus logros, tanto en resultados como en procesos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Se tienen en cuenta las nuevas tecnologías clínicas o de gestión y sus aplicaciones.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Existe y se aplica una política de traslados de funcionarios (ya sea médicos, trabajadores sociales, administrativos, etc.) con criterios claros.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. El plan de capacitación existente recoge las necesidades planteadas por los profesionales de salud.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Se establecen instancias, mediante reuniones, entrevistas, informes o cualquier otro medio para satisfacer las necesidades de comunicación del equipo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Existen procedimientos para gestionar los diferentes espacios físicos (Ejemplo: salas de consultorios, recursos materiales, instrumental, biblioteca, equipamiento, etc.) para mejorar su rendimiento.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Existen procedimientos y/o protocolos de utilización que garanticen que la tecnología existente (aparataje, programas de gestión de consulta, gestión de bases de datos...) se explota adecuadamente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Los Directores regionales tienen fácil acceso a la información y conocimientos pertinentes sobre la organización (comunicaciones internas, información sindical..)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Se utilizan los resultados de los indicadores internos recogidos con el objetivo de fijar una tendencia futura

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Se evalúa si los servicios que se prestan cumplen con Normas Técnicas, protocolos clínicos, manual de procedimientos, etc.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Se han identificado los procesos clave de cada centro de salud.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Se realiza gestión de los procesos: los procesos clave tienen asignado un responsable un cuadro de mando (objetivos, necesidades del cliente, indicadores de calidad, eficacia y costos)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

B) INDICADORES DE GESTION :

Se solicita que marque una de las siguientes opciones que de acuerdo a su opinión se ajuste más a la realidad.

1	No existe indicador alguno sobre este aspecto
2	Existe vagamente una medición para este aspecto
3	Existe algún tipo de medición
4	Existen claramente indicadores que midan este aspecto
5	No sabe/ No contesta

La RAP ha creado algún indicador para medir o evaluar los siguientes aspectos:

Nro.	Descripción	Criterio de escala				
		1	2	3	4	5
1	Servicios prestados por el centro de salud					
2	Eficiencia de los programas de capacitación vigentes					
3	Recepción de sugerencias del usuario o reclamos					
4	Profesionales que participan activamente en la capacitación y/0 grupos de trabajo					
5	Tasa de ausentismo y bajas por enfermedad.					
6	Reclamos de los funcionarios de los centros					
7	Tiempos de atención del usuario					
8	Tiempos de espera a la consulta					
9	Derivación a atención especializada					
10	Control de stock de medicamentos en farmacia					

C) FUNCIONES DE LOS DIRECTORES REGIONALES

Entendiendo cada una de las Funciones de la Gestión bajo el concepto reflejado a pie de pagina

C.1) En base a un 100%, determine entre las funciones que detallamos a continuación el, el porcentaje que refleje la distribución de su tiempo que efectivamente dedica a cada una de ellas en su puesto de trabajo:

- a) Planificar _____
- b) Organizar _____
- c) Dirigir _____
- d) Coordinar _____
- e) Evaluar _____

C.2) En base a un 100%, determine entre las funciones que detallamos a continuación, el porcentaje que refleje la distribución del tiempo que considera debería dedicarle a cada una de ellas en su puesto de trabajo:

- f) Planificar _____
- g) Organizar _____
- h) Dirigir _____
- i) Coordinar _____
- j) Evaluar _____

Planificar: Determinar los objetivos, servicios y recursos de los centros de salud y establecer un conjunto coordinado de operaciones dirigidas al logro de los objetivos.

Organizar: Ajustar personas, tareas y recursos a través de una estructura organizativa formal, con diferenciación vertical y horizontal, de tal modo que se puedan realizar de manera eficaz y eficiente las operaciones dirigidas al logro de los objetivos y a la prestación de los servicios.

Dirigir: Asegurar el estímulo y los esfuerzos necesarios para la realización del trabajo. Influir, dar instrucciones, motivar, liderar, comunicarse.

Coordinar: Asegurar la sincronización de las actividades requeridas para el logro de los objetivos y realización del trabajo.

Evaluar: Analizar las diferencias entre los objetivos y actividades planificadas y las realmente llevadas a cabo, y reajustando la ejecución

8.1.2 Evaluación a Directores de Centros de Salud

A) CUESTIONARIO

Este cuestionario fue elaborado en base a la escala de Likert.

Favor marcar solamente una opción que Ud. considere se ajuste de acuerdo a los siguientes criterios:

1	Totalmente en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4	De acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

1. La organización desarrolla la misión definida en sus inicios.

Se define misión de la RAP:

a) *Brindar atención integral a los ciudadanos con cobertura formal de Asse, en el primer nivel de atención, con enfoque preventivo y énfasis en la promoción de salud, en el departamento de Montevideo.*

b) *Contribuir desde el ámbito departamental a la constitución de un Sistema Nacional Integrado de Salud de cobertura universal e igualitaria, sobre bases de solidaridad y de justicia social.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. La organización desarrolla la visión que fue definida en sus inicios

Se define visión de la RAP:

a) *Consolidar un Primer Nivel de Atención continente y resolutivo que permita realizar la promoción, prevención específica, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos para la población de Asse en el departamento de Montevideo*

b) *Brindar atención a la salud con criterios de integridad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, consolidando un modelo de atención humanizado con enfoque interdisciplinario la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derechos.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Existe una descripción clara de mi rol como Director del centro de salud.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Los centros de salud llevan un registro de los servicios prestados, los consumos de interconsultas, pruebas diagnósticas, radiología, farmacia, etc.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Existe un flujo de información y comunicación entre la dirección regional y los directores encargados del centro de salud.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Estoy satisfecho con las instalaciones, con la estructura y con entorno de trabajo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Estoy satisfecho con la organización del centro, (consultas, horarios, tareas comunes, formación, reuniones organizativas, atención de urgencias, gestión de historia clínica, circuito de citaciones, etc.) y con las condiciones de trabajo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Estoy satisfecho con la dirección regional (fijación de objetivos, transmisión de información).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Se informa y comunica al usuario, a través de las carteleras del centro y/o a través del médico de familia, sobre los servicios que se prestan en el centro de salud.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Se han identificado los procesos claves del centro de salud.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Existe un mecanismo de relevamiento de opiniones del usuario sobre sus necesidades, expectativas de los servicios que se prestan.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comentarios adicionales:

A) HERRAMIENTAS DE GESTION

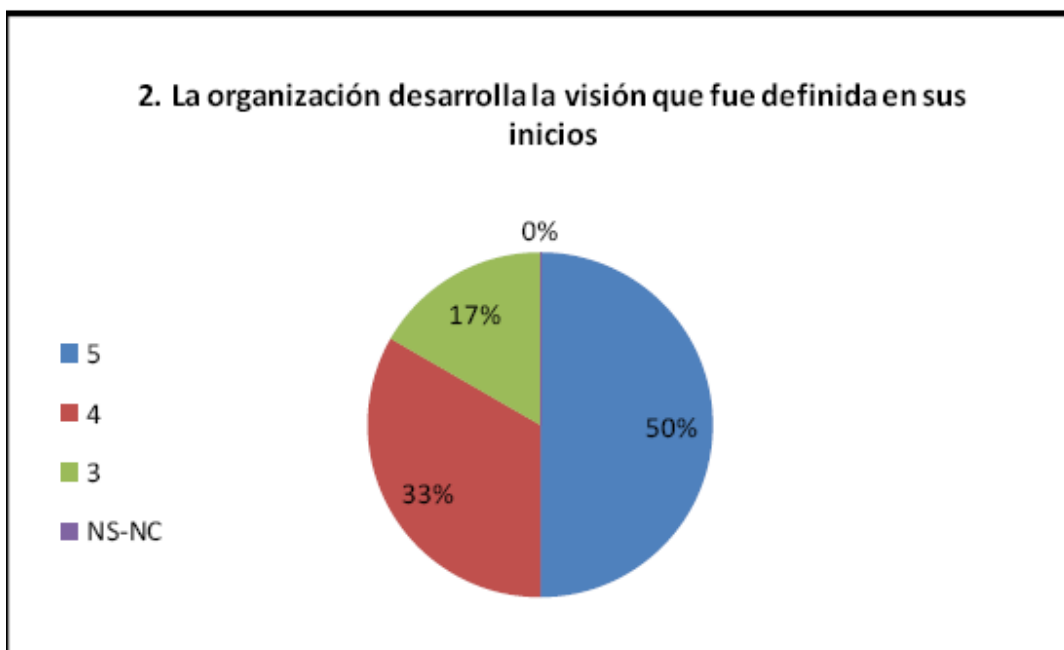
Respecto a las herramientas de gestión:

¿Utiliza las herramientas de gestión que se enumeran a continuación?

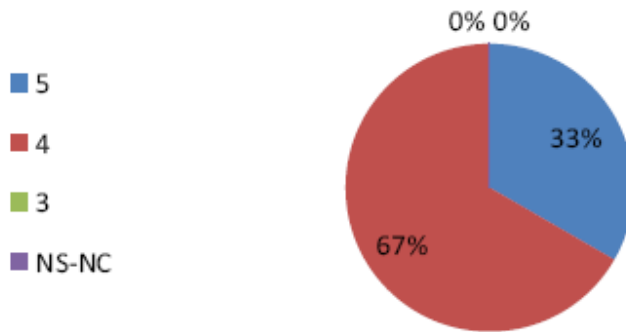
Favor marcar la opción (SI o NO) que mejor se ajuste. En caso de utilizar otras herramientas no enumeradas, por favor utilizar la celda de "OTROS" y detallar en la columna de comentarios.

HERRAMIENTAS	SI	NO	COMENTARIOS
Planillas de Excel (control de seguimiento)			
Control de asistencias			
Indicadores de medición y control			
Estadísticas (uso de ratios)			
Mapa estratégico			
Normas ISO de calidad			
Manuales de procedimientos.			
Flujo gramas de procesos			
Cuadro de mando integral.			
OTROS			

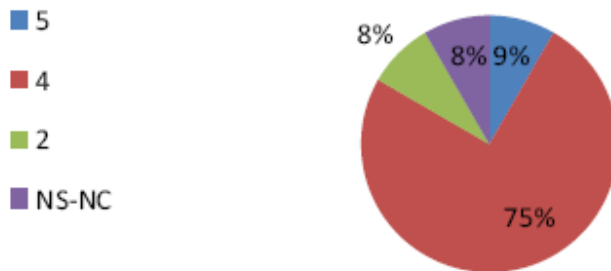
8.2. RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS - GRAFICAS

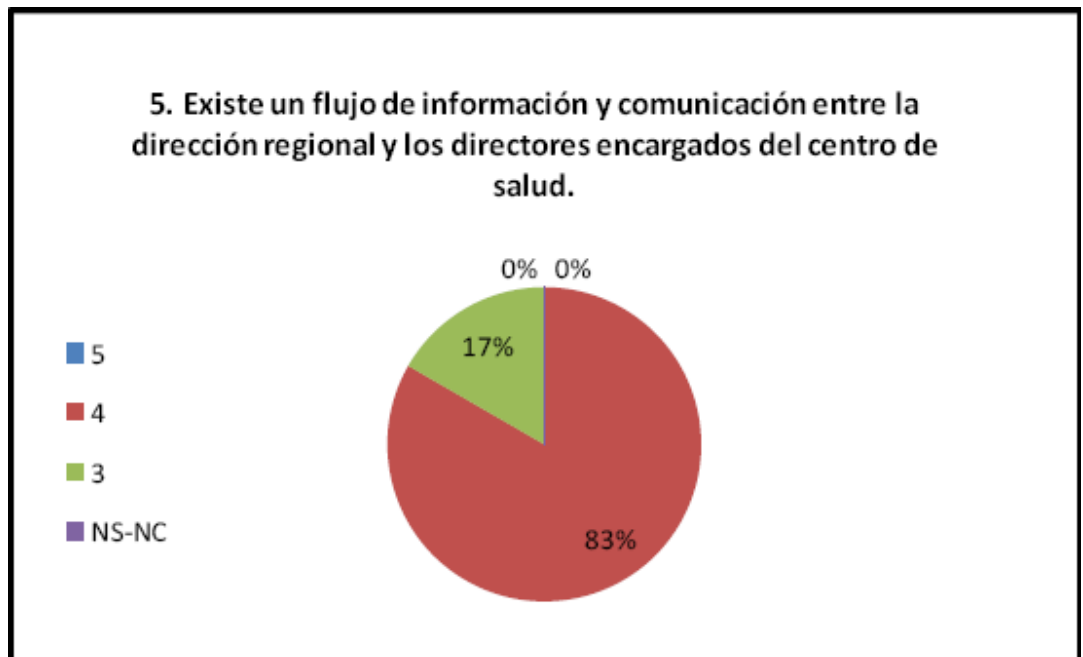


3. Existe una descripción clara de mi rol como Director del centro de salud.

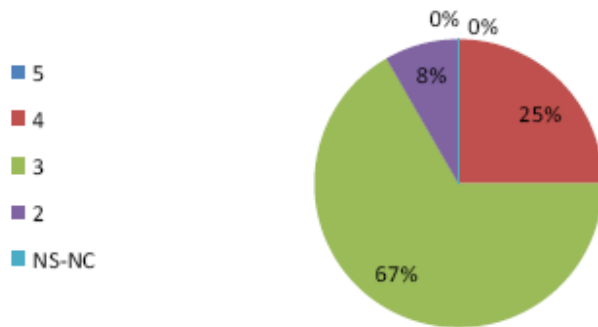


4. Los centros de salud llevan un registro de los servicios prestados, los consumos de interconsultas, pruebas diagnósticas, radiología, farmacia, etc.

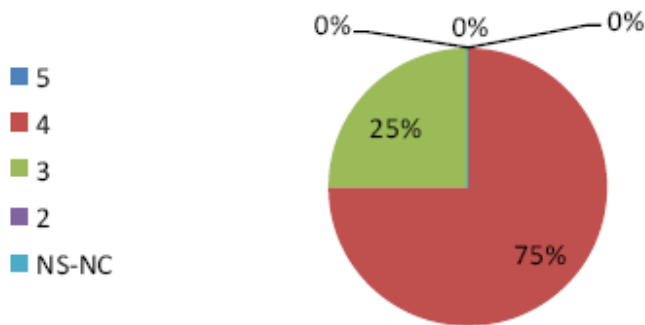




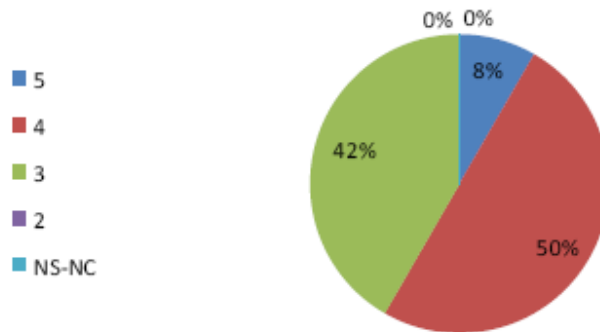
7. Estoy satisfecho con la organización del centro, (consultas, horarios, tareas comunes, formación, reuniones organizativas, atención de urgencias, gestión de historia clínica, circuito de citas, etc) y con las condiciones de trabajo.



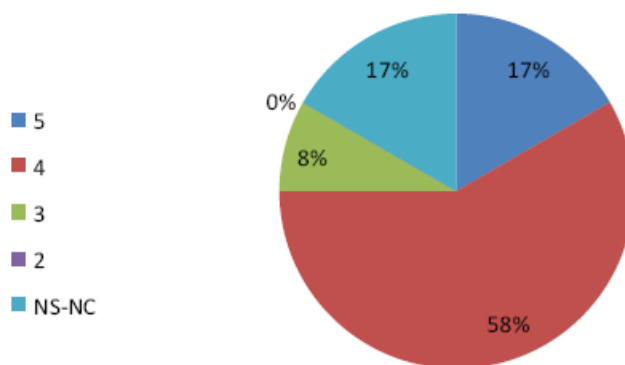
8. Estoy satisfecho con la dirección regional (fijación de objetivos, transmisión de información).



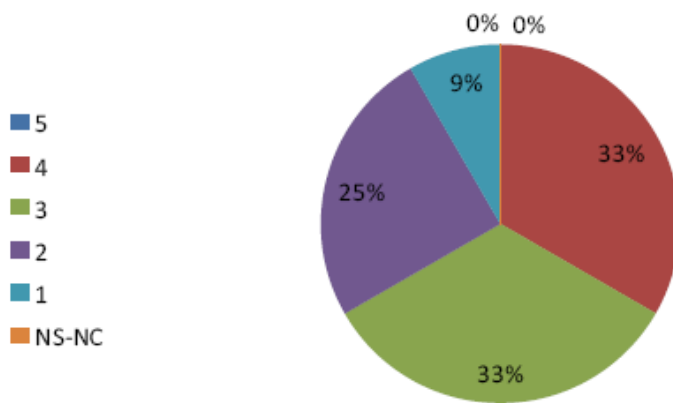
9. Se informa y comunica al usuario, a través de las carteleras del centro y/o a través del medico de familia, sobre los servicios que se prestan en el centro de salud.



10. Se han identificado los procesos claves del centro de salud.



11. Existe un mecanismo de relevamiento de opiniones del usuario sobre sus necesidades, expectativas de los servicios que se prestan.



8.3. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

8.3.1 Entrevistas a la Dra. Marta Cruz (Directora del C.S. Unión)

Entrevista 1-Octubre 2011

El eje del estudio nuestro será en base a entrevistas en profundidad, cuestionarios y observación. Así que la idea es comenzar hoy con las entrevistas que nos llevara varias visitas.

Dra. Cruz: Si, claro no vamos a poder abarcar todo hoy, además hay trabajos de calidad que se trabajaron que yo después les voy a ir mostrando porque se trabajo mucho sobre los procesos ya que no estaba nada escrito.

El primer nivel de atención tiene una gran falencia, tiene poca metodología de trabajo, no se hacen investigaciones. Todo lo que se hace bien en los hospitales, en el primer nivel de atención no se documenta.

Hay gente que trabaja mucho pero no lo escribe y lo mismo pasa con los procesos. Asignación de agenda, farmacia, asignación de medicamentos, cupos por especialista son algunos de los ejemplos en lo que se comenzó trabajo. Hubo un cambio, donde se priorizo lo más importante de los procesos y se consolido en un documento de calidad que está en constante revisión.

Hay que destacar que antes del 2005 no había protocolos ni pautas, y a partir de esa fecha se empezó a trabajar en Documentos de Calidad (Farmacia, Recepción, Agendas, Descripción de Cargos).

Igual hay que seguir trabajando pero lo importante es que se están revisando.

Para dar el puntapié inicial. Queremos hablar de cuáles son los servicios y los recursos (físicos, humanos) con los que cuenta la RAP

Yo les puedo mostrar los planos y Uds. van a poder ver como era el centro antes en el 2003. Después de a poco se fue invirtiendo en la estructura y hoy cuento con una buena capacidad para cubrir la demanda aunque sigo con el problema de “consultorio caliente”.

Otro problema es el mantenimiento de los equipos. Los aparatos no se pueden mover entonces hay veces que tengo consultorios bloqueados debido a que tengo los equipos allí y no permito que entre nadie. Esto hace que me tenga que “apretar” un poco.

Respecto a la estructura contamos con este centro, 2 policlínicas pequeñas (complejo maroñas y león duarte) y 6 consultorios de medicina familiar, a los que le llamamos “techitos”. Todos dependen administrativamente de nosotros.

Además tenemos aquí un programa que se llama SERENAR que cuenta con una neuropediatra y trata los casos de niños de alto riesgo. Esta unidad sigue estos casos hasta los 5 años.

De quien depende la RAP?

Dependemos de ASSE, la directora de la RAP – Montevideo es la Dra. Alicia Sosa, actualmente de ella dependen los 11 centros de Montevideo. Y depende de ella también todas las unidades de seguimiento y médicos de pacientes crónicos (que no se pueden trasladar). Lo que ya no depende de la RAP son los 105 (unidades móviles) atención inmediata. Ahora tienen una dirección aparte ya no depende más administrativamente de la RAP.

Hay tres direcciones regionales, nosotros dependemos de la región ESTE que está a cargo de la Lic. Patricia González.

Dentro de la zona ESTE hay 6 centros. Para todo nos manejamos a través de ella, a no ser temas de mantenimiento o logística que llamamos directamente a la RAP.

Respecto a la categorización, hay centros con puerta y sin puerta de emergencia. Dentro de los sin puerta están los chicos y medianos. Nosotros somos un centro “sin puerta”, pero por tamaño y volumen competimos con los “con puerta”.

¿En cuanto a los servicios que se prestan, cuales son los que se brindan aquí y cuáles son los que se derivan? ¿Hay algo estandarizado?

Todo lo que podamos hacer atender acá, lo hacemos. Por ejemplo hacemos extracciones de sangre pero como no tenemos laboratorio para analizar las muestras, las derivamos al Filtro para procesar. De hecho el Filtro es donde se procesan todas las muestras de todos los centros de salud.

De lunes a viernes hacemos recolección de muestras y luego las enviamos al Filtro y enviamos para analizar. Luego el usuario viene a buscar el resultado aquí en el centro.

Los estudios que se proporcionan dentro de la RAP son: electrocardiograma, PAP, ecografías y de oftalmología el fondo de ojos y presión ocular. También se hace fisioterapia y funcional respiratorio. Lo que no podemos resolver y cubrir con nuestros recursos, se deriva.

¿Cómo es la vinculación con los otros niveles de atención? ¿Qué consultas se derivan?

Nuestra coordinación está estipulada de la siguiente manera: al Pasteur se coordinan horas para adultos, al Pereira Rossell se envían niños y mujeres, actualmente para solucionar y resolver rápidamente nos apoyamos también en el Maciel para algunas interconsultas puntuales.

Ayudaría mucho si tuviéramos acá algunos equipos, no justifica que se adquiera toda la tecnología y el equipamiento, pero sí algunas cosas básicas ya que de nada sirve que tengas el técnico pero sin dotación de recursos.

Por ejemplo un estudio de rutina es el eco cardiograma. Acá el cardiólogo genera de 6 a 9 pedidos. Ahora en octubre estoy sacando los estudios del mes de mayo. Esto no puede ser así porque si bien no es urgente es frecuente y de rutina.

El primer nivel de atención debe resolver la primera atención, pero si la dotas de recursos. Si no tenemos los recursos no podemos brindar un mejor servicio con la rapidez que se requiere tal como se plantea en las metas asistenciales.

El sentido del centro es acercar la salud al barrio, a la comunidad y es vital que el usuario pueda atenderse acá. La derivación a otro nivel de atención implica traslado, tomarse un ómnibus que muchas veces el paciente no puede costear.

El clínicas también me resuelve pero poco.

En definitiva todo se coordina desde acá, el medico completa un formulario de interconsulta con los datos del paciente, un teléfono y dirección para poder ubicarlo. Luego de coordinar la fecha lo llamamos o vamos a la casa y le damos la información.

¿Quien se debe atenderse en la RAP? ¿Quién se beneficia del servicio?

Para atenderse en la RAP, el usuario deber ser beneficiario de ASSE, lo que implica no estar afiliado a ninguna mutualista y no ser beneficiario del FONASA.

Nosotros lo chequeamos con la cedula de identidad. Una vez que chequeamos que esa persona no tiene cobertura en ninguna mutualista, entonces se puede atender con nosotros. Podemos comenzar a darle fecha para atenderse y el usuario ya se lleva un ticket de consulta.

¿Cuentan con un sistema informático?

Si, el sistema informático lo carga todo y genera un listado con todos los pacientes que se van a atender detallado por consulta con cada médico. El sistema también cuenta con los datos personales del paciente y además se cuenta con el histórico de todas las consultas y con el motivo de consulta.

¿La historia clínica esta informatizada?

No, es únicamente en papel. Carpetas individuales por cada paciente. Antes eran carpetas familiares. Eso se cambio debido a que contenía mucha información por cada familia y era muy entreverado.

La historia clínica nunca sale del centro únicamente para fotocopiar a pedido del paciente.

¿Cuentan con soporte en red para las consultas y datos de cada paciente?

No estamos en red informática con todo el 2do nivel de atención. Accedemos a las consultas que el paciente haya hecho en Pasteur, Pereira Rossell o 105, pero no el resto de los Hospitales.

El tener algo informatizado nos da información vital para sacar informes y datos históricos de la relación de ese paciente con nosotros y con otros niveles de atención.

Están en red todas las farmacias de los centro de salud de Montevideo pero no están con los otros niveles de atención. Y eso es un gran problema ya que el usuario puede sacar el mismo medicamento en todos los hospitales.

Si el 70% del gasto se va en medicamentos, tenemos que poder controlar mejor el uso eficiente de los mismos. No solo por el gasto sino por el mal uso del mismo.

Entrevista 2 – Octubre 2011

Por favor coméntanos respecto a los datos que se recaban diariamente aquí en el centro

Respecto a los datos, tenemos una persona que hace la parte estadística, recopila toda la información y elabora el informe de gestión; pero cuando yo preciso tomar decisiones le pido a Silvia otra información, que el informe no me lo devuelve.

¿Qué información por ejemplo?

Por ejemplo si yo quiero definir hasta qué punto me va a afectar la jubilación de un par de profesionales, o cómo vengo en las consultas. Información sobre cómo viene la producción de los médicos, es decir, si tengo que redistribuir la consulta de un pediatra, si lo tengo que llevar a una policlínica periférica o quedármelo, hasta qué punto va a impactar la falta de un recurso humano, es en esos casos que tomo los datos de donde necesito. O sea voy al conteo, al conteo que hace Silvia individualmente de cada médico donde manejamos esos elementos que nos puedan confundir como las licencias, como los cursos, como los paros, una serie de factores adicionales que no se toman en cuenta en el informe de gestión que es la herramienta que manejamos.

Ese documento está en etapa de revisión porque además la RAP como toda la estructura de ASSE tiene que cumplir con las metas prestacionales y las metas prestacionales te exigen que cumplas con determinados ítems, ya sea la salud del niño, la embarazada, entonces se “corre” un poco atrás de la meta, se “corre” atrás del dato, pero cuando vas a lo cotidiano, a gestionar lo cotidiano, no utilizas esa herramienta (informe de gestión).

¿Usas metas y objetivos más macro que lo que sucede día a día? ¿Esta herramienta de gestión es provista por ASSE para la RAP?

La RAP lo diseñó en su momento y con eso consolida información, después tuvo que hacerle una adaptación o un ajuste para cumplir con las metas prestacionales que venían de ASSE, entonces el informe de gestión sigue existiendo pero con muchas inconsistencias porque a pesar de que tenemos un sistema informático, que estamos en red, si yo quisiera saber cuántas embarazadas mayores de 30 años hipertensas vimos, hoy no lo tengo el dato.

La información está en parte con toda la información general. Pero no se carga todo el componente, ya que no hay recursos humanos que lo haga.

Se hizo una prueba piloto, y se puso una persona a cargar datos y de ahí es que yo saqué unos datos para armar una planificación. Esto fue años atrás, tratamos de obtener datos más globales. Por ejemplo cuántos adolescentes se atienden y así cruzar esa información con los centros educativos por lo menos los que están yendo al liceo y a la UTU. Es así que nos preguntamos; son los mismos que están viniendo al centro? ¿Los jóvenes que atendemos, están dentro del sistema educativo?

En la herramienta no podemos encontrar esa información ya que a la misma le faltan los datos. Para conseguir esta información debemos ir al viejo sistema manual de conteo. El problema no es con la información ya que la tengo, la tengo de primera mano. Vamos a los registros, a las anotaciones o a los cuadernitos donde la gente fue generando sus datos.

¿Eso lo hacen los médicos?

Si, los médicos o los grupos que coordinan los programas del adolescente. Esos grupos tienen una coordinadora o un grupo multidisciplinario que llevan el recuento de los jóvenes que se está atendiendo.

El dato de cuantos adolescentes atiendo hoy y si los mismos están en el sistema educativo no lo tengo. No faltan las fuentes, las fuentes de datos están, el tema es como me encuentro con esa información. El dato lo tengo, son un montón de números, pero ¿quién lo consolida como para que luego tengamos esa información?

Es un trabajo mucho más penoso mucho más complicado. El mismo medico si quiere hacer un seguimiento correcto de cómo viene tratando a los pacientes con determinada enfermedad, con determinada patología crónica, les es muy difícil. Para el medico sería bueno contar con la información desglosada, el dato afinado de si sus pacientes están o no viniendo. Sería muy bueno sobre todo para desencadenar alertas.

Hace unos meses hizo una pasantía un residente de administración, un tiempo que fue corto, pero si se hubiera quedado más le hubiera pedido para elaborar indicadores. Indicadores del espacio adolescente por ejemplo. De esa manera se hubiera armado un buen diagnóstico de cómo le va al programa, si se están cumpliendo los objetivos planteados.

Porque lamentablemente terminamos en los conteos de siempre, ¿cuantas charlas dimos? ¿Cuántos concurrieron a las charlas?

El generar herramientas para medir y evaluar es el gran “debe”, el gran “debe” del sistema de atención primaria, porque al no existir, tampoco existe metodología de la gente de consolidar los datos de juntar el dato sistemáticamente, pero son procesos complejos, no es tan fácil como medir el tiempo de estadía de un paciente o la ocupación de cama de un hospital.

El cambio en el modelo desde el punto de vista asistencial ha cambiado, ahora bien nosotras entendemos que todos estos cambios que se han realizado desde el 2003 post reforma deben de ir acompañados de un cambio de gestión que es el más profundo y más importante porque hay un tema de mentalidad, esto es así? ¿Es cierto?

Sí, hay que hacer un cambio de mentalidad. Hay una cosa concreta no sé si lo hablamos la vez pasada y es que el recurso humano no está re perfilado, no hubo un re perfilamiento del recurso humano, hay una cosa además, desde los hospitales parece que piensan que no hay vida inteligente en el primer nivel de atención. Se piensa que si la persona trabaja en el primer nivel de atención, es porque no le dio para estar en un hospital. Y esto no es así. Siguen existiendo además inequidades salariales entonces si vamos a hablar de la reforma tenemos que hablar de reforma. Un cardiólogo en el primer nivel de atención gana menos que un cardiólogo en el hospital. Esto en el colectivo del personal de salud impacta y mucho.

Tenemos que poder darles a los RRHH las mismas condiciones de trabajo así ASSE no compite consigo misma.

Para la enfermera es un gran atractivo trabajar en el primer nivel de atención porque estos centros atienden de lunes a viernes.

Las reformas para que sean reformas tienen que pasar por las equidades a nivel salarial. Para que una reforma llegue a sus niveles más profundos se debe trabajar en corregir estas inequidades salariales.

Para el RRHH tiene que ser indiferente en donde va a trabajar. Por la misma función y carga horaria se debería ganar lo mismo trabajos acá, en La Española en el Maciel o en el Británico.

Entonces el recurso humano podrá elegir donde trabajar en base a sus preferencias, zona barrial por ejemplo, pero no por la condición de trabajo.

Eliminas el multi empleo ya que no tienen que repartirse y pueden concentrarse en un empleo único. Para el usuario lo mismo, debemos tener la misma infraestructura. Debemos seguir invirtiendo en infraestructura. Los usuarios siguen eligiendo la mejor hotelería.

Repasando algunos datos que quedaron pendientes de la entrevista pasada, ¿cuántos son los pacientes que atienden por mes?

Nuestra área de responsabilidad comprende aprox. 23000 habitantes, lo cual no significa que todos se atiendan acá. El área comprende unas 500 manzanas, abarcando los barrios de Curva de Marroñas, Villa Española, Unión y Puerto Rico. También cubrimos una partecita de flor de marroñas, una parte de ituzaingo, una parte de cilindro, de malvin norte y de mercado modelo.

En total el centro en promedio tiene 3200 consultas por mes. Para medicina general 500 consultas de las cuales 480 son niños, 250 consultas para ginecología y el resto especialistas.

Además del centro tenemos 6 consultorios de medicina general.

Las especialidades básicas son: pediatría, ginecología, odontología y medicina general

Especialidades que varios centros tienen: dermatólogo, cardiólogo, nefrólogo, neumólogo, fisiatra, reumatólogo, geriatra (para mayores de 60 años), endocrinólogo, cirujano infantil, psiquiatra, psicólogo y oftalmología.

Serenar proyecto que sigue el desarrollo infantil que tiene un neuro-pediatra (para menores de 5 años).

Somos un centro bastante singular ya que tenemos prácticamente todas las especialidades con un perfil de usuario bastante particular también.

Tratamos de que todos los consultorios sean fijos, que los especialistas mantengan su espacio fijo y propio, siempre en la medida que se pueda. Por ejemplo Serenar y el área de Salud mental tienen su lugar fijo.

Con respecto al personal, ¿tienen muchas carencias? ¿Cómo cursas las solicitudes? ¿Qué canales utilizan?

Sí, hay carencias. El personal faltante al momento es un auxiliar de enfermería para el turno de la mañana, una Licenciada en enfermería, 2 auxiliares de registros médicos, un técnico en registros médicos (quien supervisa la tarea). También me falta una partera (*), otra ginecóloga y un medico general.

La meta es que en 24 a 48 horas lo atienda un especialista. Actualmente estoy con una demora de una semana, 15 días o hasta un mes. Y esto se debe a la falta de cantidad de especialistas.

Tratamos de resolver al paciente para que no haya tantas demoras pero a veces no es suficiente y tenemos que derivar pacientes.

Lo canalizo a través del equipo técnico asesor (ETA) que está al tanto de lo que necesita cada centro y a través de allí se solicita los pedidos de personal faltante.

(*) A Diciembre 2012 cuentan con una partera en el centro.

Entrevista 3- Noviembre 2011

¿Existen protocolos de procedimientos, se documenta?

Existen documentos de calidad en constante revisión. En el primer nivel de atención existe una gran falencia, hay poca metodología de trabajo, no hay investigación.

Hace poco se realizó una investigación del PCAT, que si bien se adaptó en Brasil a nivel de gestores, médicos, administración y usuarios de dicho país; cabe destacar que se ajustó a la realidad de nuestro país.

Yo en lo personal intento dejar todo atado, mis temas están bien documentados con carpetas para que la gente que queda a cargo sepa dónde dirigirse en caso de cualquier consulta. Hay un cuaderno de novedades, con los pendientes y con los temas en tránsito. Existe con la administradora una dinámica para que ambas sepamos qué es lo que está pasando, aunque sean los mínimos detalles, de esta forma se da una imagen de control. De esta manera hay una comunicación fluida, lo que sucede muchas veces es que los funcionarios vienen a solicitar la misma cosa por dos vías distintas y si no existiera comunicación eso sería un problema y dejaría una mala imagen.

¿Cómo se solicitan los recursos ya sean recursos humanos, físicos o de equipamiento?

Todo se gestiona por carriles distintos. Todo lo que hace a mantenimiento de la planta física, (no obra nueva) la vía es dirigirse a Mantenimiento. La RAP tiene un área de mantenimiento donde cursamos nuestros planteamientos de lo que vamos necesitando. Lo que ellos proporcionan es un mantenimiento básico, es decir pintor, albañil, carpintero, etc. Si lo que precisamos escapa a lo que ellos nos pueden ofrecer viene arquitectura de ASSE a dar el diagnóstico. Por ejemplo con la bomba de agua se hizo un llamado a licitación y se recolectaron 3 presupuestos de distintos proveedores y finalmente se arregló. Cursamos nota a mantenimiento dentro de la RAP, también hay una sección de guardia de mantenimiento para urgencia donde se puede llamar (por ejemplo un corto circuito). Hay elementos esenciales como la luz que no nos podemos quedar sin luz por el tema de las vacunas y algunos medicamentos ya que puede representar una pérdida de dinero incalculable.

Puedo precisar obra entonces curso nota, y en función de lo que sea puedo llamar a arquitectura de Asse o hacer un llamado a licitación.

No existen recursos asignados para este tipo de imprevistos, es a demanda de acuerdo a necesidades que van surgiendo. No hay un plan de mantenimiento edilicio, se sale a apagar el incendio a medida que va pasando.

Han ocurrido situaciones como aires acondicionados sin servicio de mantenimiento.

La RAP genera un plan de obra, hay una comisión de obra dentro de la RAP, que hace a la obra nueva y a lo ya instalado. También hay un convenio con Mides que se denomina "Uruguay Trabaja", que intenta insertar laboralmente a la gente que recibió en su momento el plan de emergencia y también aquellos que se anotan para aprender algún oficio. Hay un jefe de obra que enseña el oficio a los que quieran anotarse. La pintura de reja y muros exteriores los hicieron de esa manera.

Se establecen prioridades de obra pero uno puede proponer determinadas acciones, por ejemplo ahora tenemos que poner barandas y una puerta al baño para discapacitados. A mí me importa la imagen, me importa que los pasillos estén prolijos, soy de la teoría que la gente piensa si así está lo que se ve como estará lo que no se ve.

Los recursos salen de Fondos de ASSE que salen del presupuesto que se vota en el parlamento entonces ahí también se negocian a otros niveles y lo que ocurre es que los fondos se desvían a otros lugares por cuestiones de urgencia. Se gestiona en base a urgencias.

En atención primaria se da la particularidad que se hace énfasis en la prevención y eso puede repercutir en menor gasto a futuro. El diabético que no se controla termina en diálisis, lo que se intenta es que se controle para que ingrese lo más tarde posible y su calidad de vida sea mejor o por ejemplo se trata de incentivar que la gente se cuide, que se tome la presión para prevenir accidentes vasculares.

Hay una transición muy importante, pero no hay una memoria de presupuesto para manejar asse. Recién ahora o hacen par de años nuestros sueldos compiten con el clínicas, con la intendencia o con el sector privado, teniendo en cuenta también otros factores como beneficios, estabilidad y carga horaria. Muchas veces se toman decisiones a nivel político. Cuando estaba todo junto ASSE y MSP, el 30% era MSP y el resto ASSE y del MSP el 90% correspondía al presupuesto de vacunas.

Hay mecanismos que se pueden optimizar, no se puede tener a los especialistas si no se les ofrecen los mecanismos necesarios para su trabajo.

Muchas de las decisiones que se toman son a nivel político, y el presupuesto es acotado. Se le ha dado mucha trascendencia a la cooperación.

Hay un plan de obra donde se vuelca, la RAP suma todas sus necesidades. El tema es que a veces se precisa más de lo que se compra. Desde que ASSE se separa del Ministerio y el punto de quiebre más duro se largó con presupuesto cero, no tenía vacante, no tenía presupuesto. Existe una instancia para plantear, existen intenciones, mis propuestas llegan a donde tienen que llegar, existen canales en comunicación. Nosotros aprendimos a ser muy mesurados en nuestros pedidos.

Existe un mínimo operativo para que las cosas funcionen, está planteado pero no quiere decir que lo tenga. Muchas veces en momentos de licencias se hacen cuellos de botella, yo llegue a padecer la farmacia con un solo funcionario. No hay un “pool” de suplentes.

La RAP hace su plan quinquenal cuando se vota la ley de presupuesto, con todas las necesidades para el funcionamiento, es decir edilicias, equipamiento, mantenimiento de obra, obra nueva, recursos humanos (ejemplo las bajas por edad). Existe un documento de cada centro que se eleva y luego se consolida y se eleva a ASSE.

No hay un porcentaje de mantenimiento como puede pasar en la casa de uno, entonces las cosas se deterioran.

Tenemos reuniones trimestrales o acordés a necesidades imprevistas y allí está la instancia de intercambio y se tocan distintos temas entre otros el presupuesto

Por ejemplo el presupuesto de medicamentos es crítico, se llegó a comprar menos de la quinta parte del consumo histórico sin epidemias de por medio. Estuvimos sin un antidepresivo básico por 3 meses, lo cual genera un impacto en el tratamiento crítico.

El presupuesto que se estima en la RAP están bien hecho, se hacen muy buenas previsiones, pero después la RAP envía menos. Esos son los problemas que nos enfrentamos como gestor, lo cual a la larga impacta en el usuario.

A nivel de recursos humanos recién ahora se nos va a dar un oftalmólogo, el cual tenía en mi dotación original. Teníamos el equipo pero no el especialista.

Los gestores no somos ordenadores de gastos, nosotros tenemos que estar de acuerdo determinados estándares en cuanto a lo que se espera que hagamos. Aunque también se entiende cuando tengo dificultades y se respalda nuestra gestión en los momentos que tenemos la sobreexposición con el usuario.

Me acostumbro a documentar todo lo posible. Cada director regional conoce los problemas de su región, mi director regional viene con una frecuencia de una vez por semana o cada 15 días y volvemos a trabajar sobre algunos temas de cómo se están sobrellevando las carencias.

Puede ser que se me pida un mejor rendimiento, pero me lo exigen cuando tengo todos los elementos para trabajar normalmente, con los insumos suficientes y el personal necesario.

En la parte de atención al usuario muchas veces se desconoce la temática pero hay que explicar que no tengo ese estudio o que el aparato está roto en el Pasteur o que está pero no hay un técnico que lo opere. Uno esperaría a otro nivel jerárquico que hubiera más información de la realidad, da lugar que no se le informe bien al usuario.