



CHUBUT

DECRETO 192/2007

PODER EJECUTIVO DE LA PROVINCIA DE CHUBUT

Programa de Mejoras de Calidad de Hospitales de la
Provincia del Chubut.

Del: 28/12/2007

VISTO:

El Decreto Nro. [460/07](#) y sus Anexos; los Decretos modificatorios [N° 515/07](#) y [N° 769/07](#);

CONSIDERANDO:

Que por el Decreto citado en el Visto se aprueba el "Programa de Mejora de la Calidad Institucional de los Hospitales de la Provincia del Chubut";

Que a los efectos de dotar al mismo de las herramientas necesarias para su mejor y mas ágil funcionamiento, se consideró propicio realizar modificaciones en el instrumento que lo reglamenta, formalizándose a través del dictado de los Decretos N° 515/07 y 769/07;

Que el desarrollo del Programa mencionado, ha generado con éxito una marcada expectativa por parte de los sujetos involucrados; circunstancia la cual nos lleva a la necesidad de incorporar a nuevos agentes de distintas especialidades y áreas dentro de los distintos efectores de salud;

Que ello derivará en un mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por los profesionales afectados al mismo;

Que ha tomado intervención el servicio jurídico de la Secretaria de Salud;

Que ha tomado intervención la Asesoría General de Gobierno;

POR ELLO:

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DEL CHUBUT

DECRETA

Artículo 1°.- Incorpóranse como Anexos VI y VII del Decreto [N° 460/07](#) y modificatorias, los Anexos I y II que forman parte del presente Decreto, que establecen los Subprogramas de Mejora de la Calidad Institucional para el primer nivel de atención, y de Mejora de la calidad institucional para los Hospitales de Mediana y Baja Complejidad de la Provincia del Chubut respectivamente.-

Art. 2°.- Modifícase el Artículo 4° del Decreto N° 460/07 modificado por decretos [N° 515/07](#) y [N° 769/07](#), que quedará redactado de la siguiente manera: "Artículo 4°.- Los agentes de la Administración Pública sujetos al programa de acuerdo a las formas que en cada caso se determine en los correspondientes contratos de gestión, percibirán un salario conforme a:

a) Componente salarial integrado; corresponde al número de módulos unitarios según carga horaria comprometida durante los días hábiles en el contrato de gestión con el agente.-

b) Sueldo anual complementario.-

c) Asignaciones familiares.-

d) Adicional por antigüedad: los agentes de la planta del Estado Provincial continuarán percibiendo el monto que corresponda según la Ley N° 2672.-

e) Adicional variable no remunerativo por productividad: se establece conforme al logro de las metas determinadas en el contrato de gestión por resultados suscrito con el agente, correspondiendo al 100 % de efectividad un valor equivalente a 14,1 unidades MU para el régimen de 40 horas. Para otros regímenes horarios, la cantidad de unidades MU será

proporcional a la carga horaria asignada.-

f) Adicional variable remunerativo por disponibilidad horaria: lo percibirán los agentes que según necesidad de los servicios cubran atención los días Sábados, Domingos y Feriados. En este caso se considerarán las horas efectivamente realizadas con presencia activa en el servicio, a un valor equivalente al 28,63 % del MU por hora. La cobertura pasiva del servicio corresponderá a un 11,73 % del MU por hora.-

g) Adicional para quienes desempeñen la función de coordinación de servicios afectados al programa, correspondiendo a un valor equivalente a 14,3 unidades MU.-

h) Adicional variable no remunerativo por Servicio declarado en emergencia o Servicio declarado crítico por Resolución de la Secretaria de Salud, correspondiendo a un valor equivalente a 30 unidades MU para el régimen de 48 horas, 22,5 unidades MU para el régimen de 40 horas y 15 unidades MU para el régimen de 20 horas.

i) Adicional remunerativo por Centro de Mayor complejidad con Residencia en la especialidad declarada en emergencia o crítica, correspondiendo a un valor equivalente a 30 horas cátedras de Nivel Superior según Decreto 703/06, el cual se abonará solo a profesionales que cumplan funciones en el régimen de 48 horas.

j) Adicional para quienes desempeñen la función de coordinador asociado de servicios del Subprograma del Anexo VI, correspondiendo un valor equivalente a 7,14 unidades MU.-

k) Adicional para quienes desempeñen la función de coordinador de centro de salud del Subprograma del Anexo VI, correspondiendo un valor equivalente a 7,14 unidades MU.-

l) Adicional Remunerativo por características Geosanitarias del Subprograma del Anexo VII, correspondiendo a quienes se desempeñen en los Hospitales y Puestos Sanitarios de baja complejidad categoría A la cantidad de 0 unidades MU, categoría B la cantidad de 15 unidades MU, y categoría C la cantidad de 30 unidades MU; y a los agentes que presten servicios en los Hospitales de mediana complejidad la cantidad de 15 unidades MU.-

m) Adicional Remunerativo por Dedicación Funcional para quienes se desempeñen en el marco del Subprograma del Anexo VII; correspondiendo a médicos el equivalente a 25 unidades MU, a odontólogos y bioquímicos el equivalente a la cantidad de 12,5 unidades MU.-

Los agentes que desarrollen tareas de contralor medico y se incorporen al presente régimen, podrán percibir el Adicional por Beneficios Especiales y/o Premios previsto por el artículo 59° inciso h) de la Ley N° 2672, reglamentada por Decreto [N° 1178/00](#); siempre que el ejercicio de las tareas de contralor médico no se opongan a las condiciones establecidas por el presente régimen.-

Los contratados que se incorporen al programa sólo percibirán como contraprestación en forma No Remunerativa los ítems descriptos en los puntos a), e), h), i), j), k), l) y m) y un Adicional Variable No Remunerativo por Disponibilidad Horaria que se liquidará de acuerdo a lo previsto en el inciso f) del presente artículo. En el caso que se desempeñe en la función de coordinador de servicio, percibirá además lo establecido en el punto g)--

Los Directores de Hospitales, Directores Médicos Asociados de Hospitales, Directores Asociados de Áreas Programáticas, Directores Provinciales de Áreas Programáticas, y Directores Provinciales de Nivel Central cuando cumplan funciones de Coordinación de algún Servicio y/o Asistenciales dentro del Programa de Mejora de la Calidad Institucional de los Hospitales de la Provincia del Chubut, podrán percibir un Adicional Remunerativo por Coordinación General equivalente a 42,9 unidades MU por todo concepto, manteniendo en todo momento el régimen dispuesto por Ley N° 2672, si por razones de servicio así lo dispone la Secretaria de Salud por medio de Resolución dictada a tales efectos, no pudiendo percibir el Adicional por Beneficios Especiales y/o Premios previsto por el artículo 59° inciso h) de la Ley N° 2672, reglamentada por Decreto N° 1178/00 en forma simultánea."-

Art. 3°. Modifícase el Artículo 8° del Anexo II Decreto N° 460/07 y modificatorias, que quedará redactado de la siguiente manera: "Artículo 8°: La retribución de sus servicios será adecuada a las características especiales de su prestación, dependiendo de cada caso en particular de los acuerdos que se suscriban.

a) El Componente salarial integrado; corresponde al número de módulos unitarios según carga horaria comprometida durante los días hábiles en el contrato de gestión con el agente.

- b) Sueldo anual complementario.
- c) Asignaciones familiares.
- d) Adicional por antigüedad: los agentes de la planta del Estado Provincial continuarán percibiendo el monto que corresponda según la Ley n° 2672.
- e) Adicional variable no remunerativo por productividad: se establece conforme al logro de las metas, correspondiendo al 100 % de efectividad un valor equivalente a 14,1 unidades MU para el régimen de 40 horas. Para otros regímenes la cantidad de unidades MU será proporcional a la carga horaria asignada.
- f) Adicional variable remunerativo por disponibilidad horaria: lo percibirán los agentes que según necesidad de los servicios cubran atención los días Sábados, Domingos y Feriados. En este caso se considerarán horas efectivas realizadas con presencia activa en el servicio, a un valor equivalente al 28,63 % de MU por hora. La cobertura pasiva del servicio corresponderá un 11,73 % de MU por hora.
- g) Adicional para quienes desempeñen la función de coordinación de servicios afectados al programa, correspondiendo a un equivalente a 14,3 unidades MU.
- h) Adicional variable no remunerativo por Servicio declarado en emergencia o Servicio declarado crítico por Resolución de la Secretaria de Salud, correspondiendo a un valor equivalente a 30 unidades MU para el régimen de 48 horas, 22,5 unidades MU para el régimen de 40 horas y 15 unidades MU para el régimen de 20 horas.
- i) Adicional remunerativo por Centro de Mayor complejidad con Residencia en la especialidad declarada en emergencia o crítica, correspondiendo a un valor equivalente a 30 horas cátedras de Nivel Superior según [Decreto 703/06](#), el cual se abonará solo a profesionales que cumplan funciones en el régimen de 48 horas.
- j) Adicional para quienes desempeñen la función de coordinador asociado de servicios del Subprograma del Anexo VI, correspondiendo un valor equivalente a 7,14 unidades MU.-
- k) Adicional para quienes desempeñen la función de coordinador de centro de salud del Subprograma del Anexo VI, correspondiendo un valor equivalente a 7,14 unidades MU.-
- l) Adicional Remunerativo por características Geosanitarias del Subprograma del Anexo VII, correspondiendo a quienes se desempeñen en los Hospitales y Puestos Sanitarios de baja complejidad categoría A la cantidad de 0 unidades MU, categoría B la cantidad de 15 unidades MU, y categoría C la cantidad de 30 unidades MU; y a los agentes que presten servicios en los Hospitales de mediana complejidad la cantidad de 15 unidades MU.-
- m) Adicional Remunerativo por Dedicación Funcional para quienes se desempeñen en el marco del Subprograma del Anexo VII; correspondiendo a médicos el equivalente a 25 unidades MU, a odontólogos y bioquímicos el equivalente a la cantidad de 12,5 unidades MU.-

Los agentes que se incorporen al presente régimen podrán percibir el Adicional por Beneficios Especiales y/o Premios previsto por el artículo 59° inciso h) de la Ley N° 2672, reglamentado por Decreto N° 1178/00; siempre que el ejercicio de las tareas no se opongan a las condiciones establecidas por el presente régimen.-

Los contratados que se incorporen al programa sólo percibirán como contraprestación en forma No Remunerativa los ítems descriptos en los puntos a), e), h), i), j), k) l) y m), y un Adicional Variable No Remunerativo por Disponibilidad Horaria que se liquidará de acuerdo a lo previsto en el inciso f) del presente artículo. En el caso que se desempeñe en la función de coordinador de servicio, percibirá además lo establecido en el punto g).-

Los Directores de Hospitales, Directores Médicos Asociados de Hospitales, Directores Asociados de Áreas Programáticas, Directores Provinciales de Áreas Programáticas y Directores Provinciales de Nivel Central cuando cumplan funciones de Coordinación de algún Servicio y/o Asistenciales dentro del Programa de Mejora de la Calidad Institucional de los Hospitales de la Provincia del Chubut, podrán percibir un Adicional remunerativo por Coordinación General equivalente a 42,9 unidades MU por todo concepto, manteniendo en todo momento el régimen dispuesto por Ley N° 2672, si por razones de servicio así lo dispone la Secretaria de Salud por medio de Resolución dictada a tales efectos, no pudiendo percibir el Adicional por Beneficios Especiales y/o Premios previsto por el artículo 59° inciso h) de la Ley N° 2672, reglamentada por Decreto N° 1178/00 en forma simultánea."-

Art. 4°. El presente decreto será refrendado por el Sr. Ministro Secretario de Estado en el Departamento de Coordinación de Gabinete.-

Art. 5°. - REGÍSTRESE, notifíquese, dése al Boletín Oficial, y cumplido, ARCHÍVESE.-

Mario Das Neves

ANEXO I

SUB PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INTRODUCCIÓN. MARCO REFERENCIAL

Dentro del Plan Estratégico de la Secretaría de Salud, uno de los objetivos centrales es la Mejora de la Calidad Institucional en los Hospitales de la Provincia. Tras ese objetivo se ha implementado recientemente el Programa respectivo para los servicios hospitalarios de referencia, bajo el encuadre jurídico administrativo dispuesto por la Ley 5.613, el Decreto 460/07, sus anexos y modificatorias. En este marco la Secretaría de Salud instrumenta un Subprograma para los servicios efectores del primer nivel de atención en las áreas externas de los hospitales de referencia, siguiendo el criterio de gestión asistencial y organizacional del programa marco, contemplando las particularidades de la especialidad y adaptando así el encuadre técnico y administrativo correspondiente.

Esencialmente el Programa propone un cambio de actitud del profesional, el servicio, y el equipo de salud donde el cumplimiento de las actividades específicas en término de calidad, se refiere no sólo a lo técnico sino también al compromiso de la gestión asumida a través del acuerdo, al cuidado responsable de los recursos que este administre, y en definitiva, a la asistencia eficiente y personalizada del paciente como fin verdadero de su quehacer profesional.

Para ello, se establecen en primer término "Compromisos de Gestión" a través de acta acuerdo entre el nivel central de la Secretaría de Salud y la Dirección de los hospitales de referencia, en la cual se suscriben los compromisos para el logro de los objetivos estratégicos generales y específicos definidos en el programa, y a su vez entre la Dirección del hospital de referencia y el responsable o Coordinador General del servicio (en este Subprograma representados por los jefes o coordinadores de la áreas externas).

Los profesionales y coordinadores suscriben así mismo con la Secretaría de Salud "Convenios de Gestión por Resultados", en el cual se acuerda las condiciones generales del régimen laboral y su remuneración, las pautas para el cumplimiento de las actividades, objetivos y metas, la producción estimada, y la evaluación en el tiempo por medio de los indicadores adecuados. Además se incorporan incentivos por producción, en su concepto integral.

Esta visión de la función profesional, sumada a la planteada ya en otros servicios de los hospitales, será la que garantice un cambio real en el modelo asistencial del sistema de Salud, para una mejora concreta de la eficiencia, la equidad y la satisfacción del usuario del mismo. "Fortalecer el Primer Nivel Atención", significa redistribución de los recursos de salud, asignándole a este nivel los necesarios para garantizar su funcionamiento y que cumpla con las actividades planteadas por la Atención Primaria de Salud (APS).

Este nivel representa el primer contacto de la población con el sistema de salud, primer escalón de un sistema organizado en niveles de atención de complejidad creciente, nivel donde se resuelve la mayoría de los problemas de salud que padece la población, donde se desarrollan actividades de promoción y prevención fundamentalmente, pero también de curación y rehabilitación.

En este contexto es que se presenta este subprograma de "Mejora de la calidad Institucional para el Primer Nivel de Atención", cuyo fortalecimiento es eje en la implementación de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

La equidad, entendida como la ausencia de diferencias injustas entre las personas integrantes de una comunidad, como condición básica que debe garantizar el primer nivel de atención.

Los lineamientos de la estrategia de la APS, que deben ser aplicados en el primer nivel, generando cambios que promuevan mejores oportunidades de vida sana para la población. La efectividad y eficiencia de los procesos que se desarrollan en el primer nivel de atención como, características esenciales de un sistema que de respuesta de calidad a las necesidades de la población.

CARACTERÍSTICAS DEL PRIMEL NIVEL.

Debe tener un área geográfica delimitada y una población definida a cargo (Área Programática).

Debe garantizar la accesibilidad a toda la población, pero con un criterio de equidad; para su ubicación se deberá tener en cuenta la localización de la población de mayor riesgo.

Debe garantizarse, además, la accesibilidad económica, cultural, administrativa, etc.

Debe satisfacer las necesidades de atención de la población de su área programática, promoviendo la participación de la comunidad en la toma de decisiones y la articulación intersectorial con las instituciones y organizaciones intermedias.

Debe poseer una oferta sostenida y regular de servicios.

Debe desarrollar programas que satisfagan las necesidades prioritarias de la población a cargo, teniendo en cuenta las condiciones de vulnerabilidad de la misma.

RÉGIMEN LABORAL

El régimen que deberán cumplir los agentes de planta o contratados que se incorporen a este subprograma de mejora de la calidad institucional para el Primer Nivel de atención debe ser de 40 o 44 horas semanales.

FUNCIÓN

Proveer de atención médica primaria a su población a cargo de calidad, integrando la asistencia, la prevención de las enfermedades, la promoción y la rehabilitación y promoviendo el trabajando en equipo, la articulación intra y extrasectorial y la participación comunitaria.

ACTIVIDADES:

Asistenciales

28 horas semanales

24 hs semanales, si realiza además actividades de docencia e investigación 20 hs semanales, si cumple funciones de coordinador del programa del centro de salud

Promoción y Prevención (tareas en terreno: talleres, charlas, reuniones) y Reuniones de equipo de salud y programación de actividades: 12 horas

Docencia e investigación

Disponibilidad horaria: 24 horas mensuales los días sábados , para extensión de cobertura con modalidad habitual de atención (atención programada y espontánea) y tareas programadas comunitarias. No podrán cumplirse las mismas en el ámbito hospitalario.

COORDINADORES DEL PROGRAMA

Coordinador del servicio: a cargo del Arca Externa en cada uno de los hospitales: Trelew, Rawson, Puerto Madryn, Comodoro Rivadavia y Esquel

Coordinador Asociado del servicio:

En las Áreas Externas con mayor de 10 centros de salud: actualmente Comodoro Rivadavia y Trelew.

Coordinadores de centros de Salud: de cada centro de salud. Funciones de la Coordinación.

Coordinador de Servicio: a cargo del Jefe de Dpto. de Área Externa

Es el responsable de programar, ejecutar, monitorear y evaluar, coordinando todas las acciones de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) que se desarrollen en el Primer Nivel de Atención del Área Programática correspondiente a su hospital, de acuerdo a la planificación emanada de los organismos de conducción de los cuales depende este servicio.

Es el responsable de llevar a cabo la articulación intersectorial y promover la Participación comunitaria en el desarrollo de todas las acciones de salud que le competen al Primer Nivel de Atención.

Coordinador asociado del servicio de Área Externa

Es el responsable de supervisar el cumplimiento de las normas de funcionamiento en los

efectores del Primer Nivel de Atención que dependen del Servicio de Área Externa.

Coordinador del Centro de Salud:

Es el responsable de programar, ejecutar, monitorear y evaluar, coordinando todas las acciones de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) que se desarrollen en el Área Programática correspondiente a su Centro de Salud, de acuerdo a la planificación emanada de la Coordinación del Servicio de Área Externa.

Es el responsable de llevar a cabo la articulación intersectorial y promover la participación comunitaria en el desarrollo de todas las acciones de salud en el área programática del Centro de Salud.

REMUNERACIÓN

a) Componente salarial integrado: régimen de 40 o 44 hs. con tareas asistenciales y de prevención y promoción.

b) Componente remunerativo: 24 hs mensuales por disponibilidad horaria, extensión de cobertura los días sábados y actividades comunitarias.

c) Componente salarial no remunerativo por productividad: logro de metas de acuerdo a indicadores establecidos.

d) Componente salarial por responsabilidad de coordinación:

Coordinador de los servicios de Áreas Externas.

Coordinadores Asociados de los servicios de Áreas Externas (en las Áreas Externas con más de 10 centros de salud).

Coordinador de cada centro de salud.

e) Adicional por Coordinación de Residencia de Medicina General.

f) Adicional por horas cátedras de acuerdo a lo dispuesto por el Decreto 703/06.

APÉNDICE I

METAS DEL SUBPROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

A) PRIMER TRIMESTRE DE INICIO DEL PROGRAMA

Se deberá cumplir con la presentación del diagnóstico (línea de base) y proyecto anual de funcionamiento de los centros de salud de cada Dpto. de Área Externa para lograr las metas propuestas, teniendo en cuenta las siguientes pautas:

A) Diagnóstico

I. Realizar un Diagnóstico de la Situación de Salud de la población

Censo de población del área programática:

- cantidad de habitantes, agrupados por grupos etarios (niños de 0-1 año, de 0-2 años, de 2-5 años, mujeres en edad fértil, población entre 15 y 60 años, ancianos),

- situación socioeconómica: ocupación, escolaridad, saneamiento básico, estado de las viviendas, pautas culturales.

- relevamiento de las instituciones y organizaciones intermedias del área: iglesias, escuelas, otros efectores de salud, comedores comunitarios, juntas vecinales, jardines maternos, etc.

Estadísticas vitales:

- nacimientos: cantidad, edad de la madre, edad gestacional, peso de nacimiento.

Mortalidad: causas de muerte: edad, lugar, procedencia. Tasas.

Morbilidad: principales motivos de consulta

Otros indicadores sobre:

- control de salud de niños

- salud sexual y reproductiva

- estado nutricional

- controles de embarazo: detección precoz, cantidad de controles, etc.

- cobertura de inmunizaciones

- prevalencia de patologías prevalentes, etc.

II. Realizar un diagnóstico de las condiciones de los servicios de salud, cantidad de consultas mensuales y anuales por especialidad y tipo de consulta (niños, mujeres, adultos, controles de crecimiento, controles de embarazo, etc.)

Recursos humanos existentes: tipo (enfermeras, agentes de terreno, personal administrativo, profesionales), cantidad, capacitación.

Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria

Equipamiento

Infraestructura

Sistema de abastecimiento de insumos

Sistema de referencia y contrareferencia

Sistema de comunicación

Movilidad

III. Relevar satisfacción del usuario (ej. a través de encuestas)

B) Programación

Luego de analizar el diagnóstico de la situación de salud de la población a cargo, incluyendo los factores de riesgo socioeconómicos, y de los servicios de salud que se ofrecen (oferta y demanda) se evaluará si son satisfechas las necesidades de atención, iniciándose la programación de las actividades de acuerdo a las prioridades que surgen del diagnóstico, teniendo en cuenta la gravedad, magnitud, vulnerabilidad, trascendencia social, tendencia, factibilidad (recursos) y viabilidad de los problemas seleccionados .

I. Organización de la atención

Horarios de atención adecuados a las necesidades de la población (mañana y tarde).

Extensión de cobertura.

Organizar la demanda espontánea (tumos suficientes).

Organizar la demanda programada (ficheros calendarios, control del ausentismo, búsqueda en terreno).

Organizar la demanda de las prestaciones de enfermería.

Implementación de un sistema de referencia y contrareferencia con los otros niveles de atención

Sistema de comunicación y transporte.

Organización del trabajo en terreno, aplicando las normativas provinciales de organización de los trabajadores comunitarios de salud en terreno.

II. Recursos humanos

Jefe de Centro de salud, responsable de coordinar todas las acciones de salud que se desarrollen en su área programática implementando una articulación intersectorial con el objetivo de optimizar los recursos y no superponer esfuerzos.

Enfermería: debe jerarquizarse su trabajo en el primer nivel, y recibir una capacitación continúa.

Trabajadores Comunitarios de Salud en Terreno.

Profesionales: pueden pertenecer a los servicios hospitalarios, ser exclusivos del efector, pero todos trabajaran aplicando normas consensuadas para el primer nivel.

Debe conocerse las misiones y funciones de cada uno de los integrantes del equipo de salud.

III. Insumos

Vademécum único

Sistema de abastecimiento organizado.

IV. Sistema de información

Es necesaria la implementación de un sistema de información único en todos los efectores del primer nivel que permita obtener información adecuada para la toma de decisiones.

Debe usarse formularios y protocolos consensuados (planilla de familia, libreta sanitaria, carnet perinatal, modelo de historia clínica, registros de prestaciones profesionales y de enfermería, etc.) Implementar un sistema escalonado de información que permita a nivel del mismo efector monitorear las acciones y tomar decisiones en el momento oportuno, y enviarla a los otros niveles para obtener información para la evaluación general de los programas. Para obtener información válida deben existir normas de atención y de funcionamiento.

V. Sistema de referencia y contrareferencia

Todos los efectores del Primer Nivel, deben normalizar (formulario ya normatizado en la pcia.) un sistema de referencia y contrareferencia con el Segundo Nivel, para las derivaciones e íterconsultas.

Los efectores del Primer Nivel de Atención pertenecen a una Red de Servicios, siendo la

misma la que le garantiza a la población la accesibilidad todos los niveles de atención, según la capacidad resolutoria que necesite para resolver su problema de salud.

VI. Articulación Intersectorial y participación comunitaria

La programación de actividades en forma conjunta y participativa debe ser promovida desde el efector de salud, promoviendo la creación de consejos locales de salud.

C) METAS:

En el proyecto, de acuerdo al diagnóstico inicial, se programará su cumplimiento por períodos trimestrales, (coincidiendo con las rondas sanitarias de los trabajadores comunitarios de salud en terreno).

INDICADORES:

Estos indicadores son los que se deben elaborar en el diagnóstico inicial, para luego mejorarlos trimestralmente.

Cantidad Consultas

Total de consultas realizadas x 100 = Total de consultas programadas (*)

(*)- Cálculo para los médicos con 28hs semanales asistenciales, atención diaria, distribuidos los turnos de la siguiente forma: los dos días de mayor demanda se programarán turnos de mañana y tarde y el resto de los días un turno alternando mañana y tarde.

Enfatizar de mejorar accesibilidad a la atención con extensión horaria vespertina, meta hasta las 19/20 hs.

Según cálculo de la Guía de Programación Local del Ministerio de Salud el promedio para el tipo de consultas es el siguiente:

Para niños control: 4 consultas por hora.

Para embarazadas: se considera 2 por hora

Para salud sexual y reproductiva (PAP incluido): por hora

Para patología habitual de niños: 4 por hora

Para Patología habitual adulto: 4 por hora

Se calcula capacidad de 350 consultas mensuales por cada profesional con 28 hs semanales asistenciales.

Deberá programarse, de acuerdo a población a cargo cuantas horas profesionales de médicos generalistas y/o pediatras y/o clínicas y/o tocoginecológicas necesita, para lograr cobertura adecuada.

En función del programa el profesional con 28 hs semanales como meta de cobertura de consultas debe cumplir con estas 350 consultas mensuales (a excepción de ausentismo por licencia, enfermedad, capacitación, etc, que por otro lado deben ser tenidos en cuenta para la programación de la meta trimestral

Referencia y contrareferencia

Cantidad de interconsultas con formulario completo x 100 = Cantidad de interconsultas realizadas

Cantidad de interconsultas con contrar. adecuada x 100 = Cantidad de interconsultas realizadas

Ausentismo:

Cantidad de consultas programadas realizadas x 100 = Cantidad de consultas programadas

Este indicador se desglosará en consultas programadas para controles de niños, embarazadas, consultas de salud sexual y reproductiva, por control de hipertensión, diabetes, tuberculosis y otros. Para ello se debe utilizar el fichero calendario establecido como norma desde 2004.

Vacunación adecuada

Niños de 0-1 año con esquema de vacunación completa para la edad x 100 = Total de niños de 0-1 año controlados

Niños de 0-2 años con esquema de vacunación completa x 100 = Total de niños de 0-2 años controlados

Controles de salud adecuados en niños de 0-5 años

Porcentaje de Objetivos logrados para Control de Crecimiento y Desarrollo: Niños con riesgo nutricional /desnutridos

Niños de 0-1 año con riesgo nutricional

Total niños de 0-1 año bajo programa x 100
 Niños de 1-2 años con riesgo nutricional x 100
 Total niños de 1-2 años bajo programa
 Niños de 2-5 años con riesgo nutricional x 100
 Total niños de 2-5 años bajo programa x 100
 Niños de 0-1 año desnutridos x 100
 Total niños de 0-1 año bajo programa Niños de 1-2 años desnutridos x 100
 Total niños de 1-2 años bajo programa Niños de 2-5 años desnutridos
 Total niños de 2-5 años bajo programa
 Porcentaje de Objetivos logrados para Control de niño desnutrido:
 Salud Sexual y Reproductiva
 Mujeres en edad fértil (15 - 49 años) bajo programa:
 Mujeres en edad fértil que utilizan algún MAC x 100 = Total de mujeres en edad fértil bajo programa
 Total de mujeres en edad fértil que realizaron un PAP en el último año x 100= Total de mujeres en edad fértil bajo programa
 Porcentaje de objetivos alcanzados para el control de la embarazada y la Puérpera:
 Tuberculosis
 Porcentaje de objetivos alcanzados para la atención del paciente con Tuberculosis:
 Diabetes
 Porcentajes de objetivos alcanzados para el control del paciente Diabético:
 Hipertensión Arterial
 Porcentajes de objetivos alcanzados para el control del paciente Hipertenso:
 Hidatidosis
 Casos con diagnóstico de hidatidosis Casos con tratamiento adecuado x 100
 Para obtener el resultado de estos indicadores se deben utilizar ficheros calendarios y realizar auditorías de historias clínicas.
 Se propone utilizar la herramienta propuesta por el documento: "Calidad de la Atención Primaria" Propuesta Metodológica para su Evaluación. Elsa Moreno y col. Modificada -
 Actividades Comunitarias
 Cantidad de actividades realizadas x 100 = Cantidad de actividades programadas
 Para esto se utilizará el registro ("Registro de las Actividades en Terreno") propuesto por el Programa Nacional de Médicos Comunitarios
 Reuniones del equipo de salud
 Cantidad de reuniones realizadas x 100 = Cantidad de reuniones programadas
 Se deberá realizar registro de las mismas (actas)
 Investigación (evaluación anual)
 Proyectos de investigación realizados x 100 = Proyectos de investigación programados
 Capacitación (evaluación anual)
 Actividades de capacitación realizadas x 100 = Actividades de capacitación programadas
 Satisfacción de los usuarios (evaluación anual)
 Una vez al año deberá realizarse una actividad como mínimo para evaluar grado de satisfacción de los usuarios.

APÉNDICE II MISIONES Y FUNCIONES : COORDINADOR DEL SERVICIO DEL ÁREA EXTERNA

Misiones:

Es el responsable de coordinar todas las acciones de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) que se desarrollen en el Primer Nivel de Atención del Área Programática correspondiente a su hospital, de acuerdo a la planificación emanada de los organismos de conducción de los cuales depende este Departamento.

Se entiende por Primer Nivel de Atención a los Consultorios Externos del Hospital, Centros de Salud, domicilios de la población, y todo otro lugar donde la población tome contacto con el sistema de salud a través de alguna de sus efectores. El Área Externa está integrada por todos aquellos lugares y efectores de asistencia de la salud con las cuales la población tiene su primer contacto, ya sea por su propia demanda o por iniciativa de la institución que

sale a su encuentro (Primer Nivel de Atención).

Es el responsable de llevar a cabo la articulación intersectorial y promover la participación comunitaria en el desarrollo de todas las acciones de salud que le competen al Primer Nivel de Atención.

Funciones:

1. Establecer la organización de la atención en los Centros de Salud y Consultorios Externos facilitando la accesibilidad de la población a los mismos: con cobertura horaria adecuada, atenciones continuas, turnos programados, etc.
2. Organizar el trabajo en terreno: a través de visitas domiciliarias, articulación con las instituciones y organizaciones intermedias de la comunidad.
3. Promover en los diferentes Centros de Salud la formación de un Consejo comunitario de Salud con la participación de las instituciones y organizaciones intermedias de cada área programática.
4. Investigar el grado de satisfacción de la población demandante con el objetivo de promover las modificaciones tendientes a lograr tal fin.
5. Coordinar con otros Departamentos, Divisiones, Secciones del Hospital las acciones de salud que se lleven a cabo en el Área Externa.
6. Establecer un Sistema de Referencia y Contrarreferencia con el Hospital Base.
7. Coordinar con los servicios de epidemiología un Sistema de Vigilancia Epidemiológica Local de los diferentes eventos que hacen al estado de salud de la población.
8. Promover la normatización de las acciones de salud, su cumplimiento y evaluación por parte de los servicios correspondientes, en el Área Externa.
9. Cumplir con los objetivos de los diferentes Programas provinciales y locales, coordinando y evaluando las acciones propuestas por los mismos.
10. Intervenir en la planificación de las actividades intra y extrasectoriales específicos del área.
11. Intervenir en la elaboración de las normas de funcionamiento (técnico-administrativas) conjuntamente con el subcoordinador correspondiente de las divisiones de su dependencia y supervisar su cumplimiento.
12. Planificar y llevar a cabo actividades de capacitación y adiestramiento de su personal y el de otras dependencias .
13. Coordinar el subprograma de mejora de Calidad institucional para el Primer Nivel de Atención
14. Intervenir en la selección del personal a incorporarse a su dependencia de acuerdo a las normas y procedimientos en vigencia.
15. Integrar el Consejo Asesor Técnico y el Comité de Docencia e Investigación del Hospital.
16. Proyectar las necesidades del Departamento a su cargo para la elaboración del presupuesto de su área (estructura edilicia, vehículos, equipamiento, instrumental, mobiliario, insumos, personal, etc.).
17. Participar en la elaboración del presupuesto general del hospital.
18. Realizar actividades de supervisión sobre estructura física, equipamiento y suministros en el área de su dependencia.
19. Organizar el Sistema de Información del Área Externa en base a Indicadores de Salud(de calidad de vida, de rendimiento y de producción, de calidad de atención, así como los que surjan de los programas que se desarrollen en ella).
20. Integrar la información del Área Externa a la proveniente de otras fuentes (registro Civil, Municipio, etc.)
21. Producir documentación con la información del área y elevarla a las autoridades correspondientes, así como a entidades representativas de la comunidad.
22. Asistir al Director y Director Asociado en todos los asuntos relacionados con su área de competencia.
23. Proponer a la Dirección del hospital la estructura organizativa del Servicio del Área Externa
24. Cumplir con cualquier otra función que se estime conveniente a los fines de una mayor

eficiencia del servicio

Dependencia Administrativa y Funcional del Director Asociado del Hospital.

MISIONES Y FUNCIONES: COORDINADOR ASOCIADO DEL ÁREA EXTERNA

Misión: Es el responsable de supervisar el cumplimiento de las normas de funcionamiento en los efectores del Primer Nivel de Atención que dependen del Departamento de Área Externa.

Funciones:

1. Supervisar el cumplimiento de las normas organizativas establecidas para la atención de la demanda espontánea y programada en los Centros de Salud y Consultorios Externos facilitando la accesibilidad de la población a los mismos.
2. Supervisar el cumplimiento de las normas operativas para el trabajo en terreno.
3. Supervisar el cumplimiento de las normas establecidas para la referencia y contrarreferencia de los pacientes con el hospital base.
4. Supervisar el cumplimiento de las normas de atención de los diferentes programas que se desarrollen en el Servicio de Área Externa.
5. Colaborar en la planificación de las actividades de capacitación y adiestramiento del personal del Área Externa.
6. Intervenir, con el Coordinador de Arca Externa en la selección del personal a incorporarse a su dependencia de acuerdo a las normas y procedimientos en vigencia.
7. Colaborar con el Coordinador de Área Externa en la elaboración de las necesidades del Servicio con respecto a: estructura edilicia, vehículos, equipamiento, instrumental, mobiliario, insumos, personal, etc.
8. Realizar actividades de supervisión sobre estructura física, equipamiento y suministros en el área de su dependencia.
9. Supervisar el cumplimiento de las normas para el funcionamiento adecuado del Sistema de Información del Arca Externa: confección de registros y elaboración de información en tiempo y forma adecuada para ser elevada a la Coordinación del Servicio.
10. Cumplir con cualquier otra función que se estime conveniente a los fines de una mayor eficiencia del Servicio.

Dependencia: Administrativa y Funcional del Coordinador del Área Externa.

MISIONES Y FUNCIONES: COORDINADOR DE CENTRO DE SALUD

Misiones:

Es el responsable de coordinar todas las acciones de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) que se desarrollen en el Área Programática correspondiente a su Centro de Salud, de acuerdo a la planificación emanada de la Coordinación del Área Externa.

Es el responsable de llevar a cabo la articulación intersectorial y promover la participación comunitaria en el desarrollo de todas las acciones de salud en el área programática del Centro de Salud.

Funciones:

1. Programar, ejecutar y evaluar las acciones de salud que se desarrollan en el área programática del Centro de Salud, de acuerdo a las normativas del Servicio de Área Externa.
2. Conocer la composición de la población de su área por grupos etáreos y los indicadores socioeconómicos, reconociendo los factores de riesgo para focalizar en los grupos poblacionales más vulnerables.
3. Realizar la Vigilancia Epidemiológica de los eventos de salud consensuados en el Servicio de Área Externa, incorporando los que crea necesario de acuerdo al perfil epidemiológico de la población de su Centro.
4. Establecer la organización de la atención en el Centro de Salud facilitando la accesibilidad de la población al mismo: con cobertura horaria adecuada, atenciones continuas, turnos programados, etc.
5. Supervisar el trabajo en terreno programado, de acuerdo a normativas de la Coordinación del Servicio del Área Externa.
6. Participar de reuniones con instituciones y organizaciones intermedias de su área

- programática, promoviendo y coordinando su participación activa en las acciones de salud.
7. Promover la formación de un Consejo comunitario de Salud con la participación de las instituciones y organizaciones intermedias del área programática del Centro de Salud.
 8. Investigar el grado de satisfacción de la población demandante con el objetivo de promover las modificaciones tendientes a lograr tal fin.
 9. Programar reuniones periódicas con el Equipo de Salud del Centro de Salud.
 10. Participar en las reuniones del Equipo de Salud del Servicio del Área Externa.
 11. Supervisar el cumplimiento de las normas de funcionamiento de su Centro de Salud, así como el sistema de registros.
 12. Supervisar el cumplimiento de las normas de atención establecidas, y realizar el monitoreo y evaluación periódica de las acciones programadas.
 13. Supervisar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia establecido con el Hospital Base.
 14. Asistir profesionalmente a las personas y la comunidad del área en el ámbito de su competencia.
 15. Colaborar con la capacitación del personal del centro de salud y en general con todo el personal del Servicio, del Área Externa.
 16. Elevar periódica y oportunamente las necesidades de todo orden (edilicia, equipamiento, insumos, recursos humanos, de mantenimiento) del Centro de Salud al Coordinador del Servicio de Área Externa.
 17. Realizar actividades de supervisión sobre estructura física, equipamiento y suministros en el área de su dependencia.
 18. Intervenir en la selección del personal a incorporarse a su dependencia de acuerdo a las normas y procedimientos en vigencia.
 19. Intervenir en la programación de las licencias del personal del Centro de Salud (profesionales, personal de enfermería, administrativos, mucamas, trabajadores en terreno), el que tendrá con el Coordinador del Centro de Salud una dependencia funcional; coordinando con los niveles jerárquicos correspondientes con el fin de garantizarla cobertura permanente de las prestaciones.
 20. Elevar periódica y oportunamente al Coordinador del Servicio de Área Externa los informes de producción y rendimiento, así como toda otra información que emane de las actividades del equipo de salud del Centro.
 21. Elevar cumpliendo con los cronogramas establecidos la información en los formularios normatizados de los diferentes programas (dación de leche, medicamentos, etc.)
 22. Cumplir con cualquier otra función que se estime conveniente a los fines de un mejor funcionamiento del Centro de Salud.

Dependencia: Administrativa y Funcional del Coordinador del Área Externa.

APÉNDICE III - EVALUACIÓN de CALIDAD de PROCESOS CENTROS de SALUD

Herramienta Propuesta por el documento: "Calidad de la Atención Primaria" Propuesta Metodológica para su Evaluación. Elsa Moreno y col. Modificada.

Centro

Fecha evaluación.

Evaluadores.

Indicadores Puntaje Óptimo Puntaje Obtenido Porcentaje Logrado

- Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo

número de consultas consignadas en el 1er. año de vida:

Número de consultas consignadas en el 1er. Semestre de vida:

4 0 más consultas 20

1 a 3 consultas 10

0 a 1 consulta 0

Número de consultas consignadas en el 2 do. Semestre de vida:

30 más consultas 10

1 a 2 consultas 5

0 a 1 consulta 0

Óptimo 30

Registro de peso, talla y estado nutricional:

Registro del peso del niño:

Registra peso en todas las consultas de control: 40

Registra peso solo en algunas de las consultas: 15

No registra peso del niño en control: 0

Registro de la talla del niño:

Registra la talla en todas las consultas: 20

Registra talla solo en algunas de las consultas: 5

No registra la talla del niño en control 0

- Registro del estado nutricional en la Historia Clínica o en la gráfica correspondiente:

Se registra el estado nutricional del niño en cada una de las consultas de control: 20

Se registra el estado nutricional sólo en algunas de las consultas 10

No se registra el estado nutricional 0

Óptimo 80

Registro de la evolución del desarrollo

Se registra la evolución del desarrollo al menos 4 veces al año 20

Se registra la evolución del desarrollo 3 o menos veces 10

No se registra la evolución del desarrollo 0

Óptimo 20

Registro de las inmunizaciones y su adecuación de acuerdo a la edad del niño:

Registro de las inmunizaciones en las consultas que corresponden vacunas según normas:

50

Registro incompleto de las inmunizaciones en las consultas que corresponden a vacunas según normas 30

No se registran las inmunizaciones cuando corresponde. 0

Óptimo 50

Registro de la lactancia materna exclusiva:

Se registra en cada uno de los controles del 1 "semestre indicación o referencia a la lactancia materna exclusiva 20

Se registra en forma incompleta la indicación de la lactancia materna 10 100 En el 1° semestre

No se registra el dato de la lactancia materna o se registra en forma inadecuada 0

Óptimo 20

TOTAL 200

2. Control del niño desnutrido

Número de consultas anuales a partir de la fecha en que se diagnostica al niño como desnutrido:

A partir de la fecha en que se diagnostica al desnutrido, se controla al menor de un año cada 15 días y al de 1 a 6 años cada mes: 40

A partir de la fecha de diagnóstico de la desnutrición se hacen el 50 % de los controles normalizados al menor de un año, al menos una vez al mes, y al de 1 a 6 años bimestral. 10

No se efectúan los controles como niños desnutridos una vez diagnosticados: 0

Óptimo 40

Registro de peso, talla y estado nutricional:

Registro de peso:

Se registra el peso en cada uno de los controles del desnutrido: 15

Se registra el peso en algunas de las consultas de control: 5

No se registra el peso en las consultas de control 0

Registro de la talla

Registro de la talla en todas las consultas de control: 10

registra la talla en algunas de las consultas: 5

No se registra la talla en las consultas: 0

Registro del estado nutricional:

Se registra el estado nutricional en la Historia Clínica o en las gráficas vigentes en todas las consultas de control: 15

Se registran los datos del estado nutricional en algunas consultas de control: 5
Óptimo 40

Registro de la evolución del desarrollo:
Se registra la evolución del desarrollo al menos en 6 consultas de control en el año de vida: 20
Se registra la evolución del desarrollo en 3 o 5 consultas en un año de control: 10
Se registra la evolución del desarrollo en menos de 3 consultas de control: 0
Óptimo 20

Registro de las inmunizaciones y su adecuación de acuerdo a la edad:
Se registran las vacunas del niño en las consultas de control que le corresponden de acuerdo a la edad: 40
- Se registran las vacunas del niño pero en forma incompleta o inadecuada: 10
- No se registran las vacunas del niño: 0
Óptimo 40

Registro de las indicaciones alimentarias a la madre o responsable del niño:
Se registran en todas las consultas de control las indicaciones alimentarias del niño: 20
Se registran indicaciones alimentarias al menos en el 50 % de las consultas: 10
No se registran indicaciones alimentarias en las consultas de control: 0
Óptimo 20

Registro de factores condicionantes de la desnutrición
Se registra peso al nacer: 5
Se registra ocupación del jefe de familia. G
Se registra alfabetización de la madre: 5
Se investiga enfermedades crónicas:
Tuberculosis: 5
Infecciones urinarias: 5
Diarrea crónica: 5
Otras: 5
Se investiga tipo de alimentación que recibe el niño: 5
Óptimo 40

TOTAL 200

3. Control de la embarazada

Trimestre de captación
Se registra captación de la paciente antes de la semana 20: 20
Se registra captación de la paciente después de la semana 20 0
Óptimo 20

Número de controles prenatales:
Se cumplen seis o más controles: 20
Se cumplen 3 a 5 controles: 10
Se cumplen menos de tres controles: 0
Óptimo 20

Actividades que se registran en cada control:
Se registra edad gestacional en cada consulta: 8
Se registra peso de la embarazada en cada consulta de control: 8
Se registra presión arterial en cada consulta: 8
Se registra altura uterina en cada consulta: 8
Se registra vitalidad fetal en cada consulta: 8
Óptimo 40

Inmunizaciones.
Se registra el cumplimiento de la norma de inmunización de la embarazada: 10
No se registra la inmunización de la embarazada: 0
Óptimo 10

Indicación de lactancia materna:
Se registran indicaciones por lo menos en dos consultas 20
No se registran indicaciones 0

Óptimo 20

Referencia al parto institucional:

Se registra referencia de la paciente al parto institucional: 20

No se registra referencia al parto institucional: 0

Óptimo 20

TOTAL 200

4. Control de la puérpera

Consulta puerperal y características del parto:

La consulta puerperal antes de los 45 días y registro de las características principales del parto: 40

Se registran estos datos en forma incompleta: 20

No se registran estos datos: 0

Óptimo 40

Actividades registradas en cada control:

En el control puerperal se registra altura uterina: 7

Características de los loquios 7

Características de las mamas: 7

Se indica lactancia materna exclusiva: 9

Óptimo 30

TOTAL 200

S.Control del paciente diabético

Actividades registradas en el control del paciente diabético

En cada consulta se registra

Control de los pulsos pedios 15

Identificación factores de riesgo asociado: Hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad abdominal, hipercolesterolemia, antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura, edad: varones mayores de 55 años y mujeres mayores de 65 años 10

Control de presión arterial L 10

Antigüedad de la enfermedad en la 1° consulta 10

Mensualmente se solicita

Glucemia 15

Semestralmente se solicita

Hemoglobina glicosilada 15

Lipidograma 15

Anualmente se solicita

Estudio de funcionalidad renal 15

E.C.G 10

Fondo de ojo 15

Óptimo 130

Educación para la salud

Se hace referencia en cada consulta a cuidados del pie diabético 15

Se hace enseñanza sobre alimentación del paciente 25

Se hace educación sobre el autocontrol del paciente 30

Óptimo 70

TOTAL 200

6. Control del paciente hipertenso

Actividades registradas en el control del paciente hipertenso

Antigüedad de la enfermedad en la lera consulta 15

Presión arterial en cada consulta 30

Anualmente se solicita

Electrocardiograma 20

Laboratorio de rutina 25

Fondo de ojo 20

Radiografía de tórax en pacientes de riesgo 15

Óptimo 125

Educación para la salud

Se hace referencia a factores de riesgo para el hipertenso y como disminuirlos o evitarlos.

75

que hace referencia a estos factores en forma inadecuada o incompleta 30

0 se hace mención a estos factores. 0

Óptimo 75

TOTAL 200

7. Control del paciente con Tuberculosis

La cantidad de baciloscopias solicitadas en el año

Es igual o superior a la de años anteriores 10

Es menor 0

Examen de contactos

Se efectuaron al 100% de los casos tratados 10

Menos del 100% 0

Se administró quimioprofilaxis a menores de 5 años

A la totalidad de detectados 10

No se realiza 0

En la ficha de control de tratamiento se registra:

La administración de tratamiento según norma 10

adecuadamente 0

peso mensualmente según norma 10

No se registra 0

Óptimo 50

Análisis de la información

Con la información recogida en el análisis de las Historias Clínicas y volcada en la guía se confecciona la Tabla y Gráfico de análisis por Actividad adjunta.

Con la sumatoria de los puntos de cada ítem, se obtienen los puntajes de las distintas actividades.

Los puntajes para cada una de las actividades se obtienen:

Sumando el total de puntos obtenidos en cada una de las historias clínicas analizadas y dividiendo el total de puntos obtenidos, por el número de historias clínicas analizadas.

Al comparar el resultado obtenido con el óptimo propuesto, se calcula un porcentaje que expresa el grado de aproximación de los hallazgos, al valor normatizado.

Con estos datos se confecciona el gráfico de barras para facilitar el análisis.

Para tener una visión integral de la evaluación del proceso, se confeccionará "la Tabla y Gráfico", con los totales obtenidos en cada una de las cinco actividades propuestas.

Como las actividades seleccionadas en la presente encuesta se consideran "significativas" para la buena prestación a nivel de atención primaria, se propone la siguiente calificación de los porcentajes logrados:

Bueno 80% y más

Regular 60% a 79%

Malo menos del 60%

Estas calificaciones permiten evaluar que tipos de actividades se están desarrollando y en cada una de ellas en que medida el proceso de atención se acerca a los parámetros de calidad fijados por la norma.

ANEXO II

SUBPROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL PARA LOS HOSPITALES DE MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD DE LA PROVINCIA DE CHUBUT

INTRODUCCIÓN, MARCO REFERENCIAL

Dentro del Plan Estratégico de la Secretaria de Salud, uno de los objetivos centrales es la Mejora de la Calidad Institucional en los Hospitales de la Provincia, lo cual implica garantizar un conjunto integrado de acciones orientadas a establecer un sistema sanitario con mayor efectividad y equidad en la oferta de servicios y mejorar la accesibilidad de la población de usuarios. Tras ese objetivo se ha implementado recientemente el Programa

respectivo para los servicios básicos de los hospitales cabecera, bajo el encuadre jurídico administrativo dispuesto por la Ley 5.613, el Decreto 460/07, sus anexos y modificatorias. En este marco la Secretaría de Salud implementa un Subprograma para los hospitales y efectores de baja y mediana complejidad, insertos en el ámbito rural y/o que compartan características geosanitarias con determinados niveles de criticidad.

El mismo comparte el criterio de gestión asistencial y organizacional del programa marco, contemplando las particularidades de acuerdo a su ámbito de desempeño, adaptando el presente decreto el encuadre técnico y administrativo correspondiente, bajo el cual queda regulado.

Esencialmente el Programa propone un cambio conceptual del profesional, el servicio, y el equipo de salud donde el cumplimiento de las actividades específicas en términos de calidad, se refiere no sólo al aspecto técnico sino también al compromiso de la gestión asumida a través del acuerdo, al cuidado responsable de los recursos que este administre, y en definitiva, a la asistencia eficiente y personalizada del paciente como fin verdadero de su quehacer profesional. (Atención centrada en el usuario).

Para ello, se establecen en primer término el "Compromisos de Gestión" a través de acta acuerdo entre el nivel central de la Secretaría de Salud y la Dirección Provincial del Área Programática de referencia, en la cual se suscriben los compromisos para el logro de los objetivos estratégicos generales y específicos definidos en el programa, y a su vez entre la Dirección Provincial del Área Programática y el Coordinador del hospital o efector. Los profesionales y coordinadores suscriben así mismo con la Secretaría de Salud "Convenios de Gestión por Resultados", en el cual se acuerda las condiciones generales del régimen laboral y su remuneración, las pautas para el cumplimiento de las actividades, objetivos y meta de producción estimada, y la evaluación en el tiempo por medio de los indicadores adecuados. Además se incorporan incentivos por producción, en su concepto integral.

Fortalecer el Primer Nivel de Atención en estos Hospitales de la Provincia de Chubut en el contexto del funcionamiento y fortalecimiento de la Red Sanitaria de la Provincia, fortalecerá también el eje sanitario provincial que es la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

"Fortalecer el Primer Nivel Atención", significa redistribuir los recursos de salud, asignando al primer nivel lo necesario para garantizar su funcionamiento y a la vez cumplir con las actividades planteadas por la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, con el fin de facilitar el acceso de la población a los servicios sanitarios.

El Hospital de Baja y Mediana Complejidad generalmente es el único proveedor de salud en las localidades del interior, ya que proveer este tipo de servicios usualmente no es económicamente tentador para el subsector privado, por lo tanto es el estado que se ocupa de garantizar un servicio sanitario en este tipo de poblaciones. El primer nivel representa, en este tipo de Hospitales, el primer contacto de la población de las comunidades del interior con el sistema de salud, primer escalón de un sistema organizado en niveles de atención de complejidad creciente. Es este nivel el lugar donde se resuelve habitualmente la mayoría de los problemas de salud que padece la población, desde donde se desarrollan actividades de promoción y prevención fundamentalmente, pero también se aborda la asistencia y la rehabilitación.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Alcanzar el máximo nivel posible de eficiencia, desarrollando el sistema sanitario de manera que garantice una cobertura efectiva en el ámbito de las áreas programáticas de referencia, a través de una adecuada organización entre sus diferentes niveles de complejidad y de la utilización de los recursos.

Aplicar el criterio de equidad, mejorando el acceso de la población a los servicios de salud y de los recursos, poniendo énfasis en la de menores posibilidades socioeconómicas y de mayor aislamiento geográfico.

Aplicar los lineamientos fundamentales de la Atención Primaria de Salud, con todos sus componentes y teniendo como uno de los ejes el trabajo en equipo e intersectorial y promoviendo la participación comunitaria en forma directa o a través de instituciones intermedias.

Implementar Incentivos por producción, en relación al logro de los objetivos específicos y metas establecidas en el convenio.

Clasificación:

Para el adecuado desarrollo del presente Programa de Calidad se ordena a los hospitales y a los Puestos Sanitarios que de ellos dependen de la siguiente manera, considerando sus características geosanitarias:

De baja complejidad; con baja, mediana y mayor criticidad:

A) de baja criticidad a los hospitales siguientes:

L. Puelo

Trevelin

El Hoyo

Epuyen

Gaiman

Dolavon

Diadema

Pto. Pirámides

B) de mediana criticidad a los hospitales siguientes:

Tecka

Cholila

G. Costa

Corcovado

Las Plumas

Telsen

Camarones

C) de mayor criticidad a los hospitales siguientes:

Cushamen

San Martín

Río Mayo

Alto Río Senguer

Río Pico

Gualjaina

Paso de Indios

Gan Gan

Gastre

II. De mediana complejidad: A los fines de la clasificación de las Características Geosanitarias, estarán considerados en nivel B.

El Maitén

Sarmiento

CARACTERÍSTICAS DEL PRIMEL NIVEL

Debe tener un área geográfica clara y sensatamente delimitada (Area Sanitaria bajo Cobertura) y una población definida a cargo, la cual debe tender a nominarse en su totalidad en el menor tiempo posible.

Debe garantizarse la accesibilidad para toda la población, pero con un criterio de equidad. Deberá tenerse en cuenta la localización de la población de mayor riesgo para facilitar la accesibilidad de la misma, especialmente la que vive en áreas más alejadas del centro urbano. Deberá hacerse referencia de las familias según criterios de riesgo en el mapa del agente sanitario.

Debe garantizarse la accesibilidad económica, cultural, administrativa, eliminando todo tipo de barreras posibles.

Debe satisfacer las necesidades de atención de la población de su Área Sanitaria bajo cobertura, promoviendo la participación comunitaria en la toma de decisiones por el mecanismo de comunicación más adecuado, que se desarrolle en consenso con el nivel local, y con la articulación intersectorial con todas las instituciones y organizaciones intermedias, que sea posible, de la localidad.

Debe brindar una oferta lo más regular posible y sostenida en el tiempo de los servicios

sanitarios para la población.

Debe facilitarse el desarrollo de programas que satisfagan las necesidades prioritarias de la población a cargo, considerando sus condiciones de vulnerabilidad y el perfil epidemiológico de la misma.

RÉGIMEN LABORAL

El régimen que deberán cumplir los agentes que se incorporen a este Programa de Mejora de Calidad Institucional para los Hospitales de Baja y Mediana Complejidad podrá ser de 40 o 44 Horas Semanales.

Todas las actividades programadas se desarrollarán los días hábiles en el horario de 8 a 20 horas, y los días Sábados de 9 a 13 horas.

La asistencia de las urgencias se deberá garantizar en todo momento, sea por la modalidad con presencia activa o pasiva, de acuerdo a las características del hospital, y a la asignación de turnos que disponga la Coordinación del hospital.

FUNCIÓN

Proveer a su población bajo cobertura, mediante la estrategia de la atención primaria, un servicio sanitario de calidad, integrando la promoción de la salud, la prevención y la asistencia de las enfermedades, facilitando la rehabilitación y promoviendo el trabajo en equipo, sin dejar de lado la articulación intra y extrasectorial, promoviendo la participación comunitaria y garantizando una cobertura adecuada a las necesidades que defina cada comunidad, con un nivel básico de equidad y promoviendo además el desarrollo de ambientes saludables para la población.

ACTIVIDADES:

Asistenciales

30 horas semanales para todos los profesionales que ingresan al Programa.

24 horas semanales para los que realizan actividades de docencia e investigación avaladas por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital de Cabecera y/o si desempeñan la Coordinación de una Residencia de la Provincia.

20 horas semanales, si cumple funciones de Coordinador del programa del Hospital Rural no adicionales a tareas de docencia e investigación que impliquen menos horas de cobertura asistencial.

El coordinador del programa debe organizar al conjunto de profesionales, con una distribución equitativa de los mismos y según su profesión y especialidad, para garantizar la asistencia de las urgencias y el acompañamiento durante el traslado de pacientes al centro de referencia, de ser necesario.

Promoción y Prevención (actividades comunitarias):

en el área urbana: talleres, charlas, reuniones, salidas locales acompañando a los trabajadores comunitarios de salud en terreno: 2 horas promedio semanales,

en el área rural: salidas programadas: 2 horas promedio semanales junto a los trabajadores comunitarios de salud en terreno.

Reuniones de equipo de salud y programación de actividades: 2 horas semanales

Docencia e investigación: 4 horas semanales.

Coordinación: 10 horas para el Coordinador del Programa.

COORDINACIÓN DEL PROGRAMA

Por cada Hospital Rural: un Coordinador, quién tendrá la responsabilidad de planificar ejecutar y evaluar todas las actividades del programa en el hospital y efectores de su dependencia. Deberá suscribir un acta de "Compromiso de Gestión" con los Objetivos Generales con la Dirección Provincial de Área Programática correspondiente.

Perfil del cargo: médico especialista en medicina general. En caso de no disponer de un profesional con este perfil, se podrá asignar la responsabilidad de la Coordinación a cualquier profesional del Hospital de Baja o Mediana Complejidad que desde la Dirección del Área Programática se considere adecuado para el cargo: bioquímico, odontólogo, médico, u otro profesional integrante del equipo de salud del Hospital.

FUNCIONES

Coordinador del Programa: Se asignará esta función a quien cumpla el perfil requerido y sea seleccionado por las autoridades de la Dirección del área Programática y la Secretaría

de Salud.

Tiene la responsabilidad de programar, ejecutar, monitorear y evaluar las actividades sanitarias, coordinándolas en los aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que se desarrollen en el Primer Nivel de Atención del Área Sanitaria bajo cobertura correspondiente a su Hospital, de acuerdo al Plan Operativo Anual que se elabore desde el Hospital. Esta planificación deberá ser consensuada con el Director del Área Programática de la cual depende directamente esta Coordinación y en consonancia con las políticas sanitarias que defina la Secretaría de Salud de la Provincia.

Es responsable además de llevar a cabo la articulación intersectorial y promover la participación comunitaria en el desarrollo de todas las acciones de salud que le competen al Primer Nivel de Atención.

Es responsable de promover el desarrollo de ambientes saludables en la localidad.

Ejercerá el control de las actividades administrativas del Hospital, refrendando las actuaciones producidas por el Director Administrativo.

REMUNERACIÓN

a) Componente Salarial Integrado (remunerativo):

Se asigna a todos los profesionales médicos, bioquímicos y odontólogos, en base a las actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación que se realicen.

b) Componente Variable No Remunerativo por Productividad:

Según logro de los indicadores establecidos. Se asignará un 20% en más o en menos si los logros de los indicadores se hallan por encima o por debajo en un 20% más o menos de lo pactado.

c) Componente Salarial por Responsabilidad de Coordinación: Coordinador profesional del programa.

d) Adicional Remunerativo por características Geosanitarias:

Justifica este adicional el hecho que los Hospitales de Baja y Mediana Complejidad se encuentran en un medio que se caracteriza por presentar dificultades geográficas, de accesibilidad, climáticas y otros elementos desfavorables para el acceso de la población a los servicios de salud, y dificulta la inserción de profesionales de la salud y sus familias.

e) Adicional Remunerativo por Dedicación Funcional:

Este adicional fijo se asigna para toda cobertura fuera del horario comprendido en el régimen laboral, sea esta con presencia activa o pasiva, de acuerdo a la modalidad que disponga la coordinación del hospital.

APÉNDICE I

SUBPROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL PARA LOS HOSPITALES DE BAJA Y MEDIANA COMLEJIDAD

METAS

1) PRIMER TRIMESTRE DE INICIO DEL PROGRAMA:

Se deberán evaluar e identificar, explicitándolos en forma gráfica, los procesos de atención de los pacientes para identificar las posibles dificultades y retardos que se puedan presentar en el desarrollo de los mismos.

Se deberá cumplir con la presentación del diagnóstico inicial (establecer la línea de base en los indicadores) y desarrollar el Plan Operativo Anual de funcionamiento de los Hospitales de Baja y Mediana Complejidad para lograr las metas propuestas, teniendo en cuenta las siguientes pautas:

A) Diagnóstico

a) Realizar un Diagnóstico de la Situación de Salud de la población

1- Censo de población del área bajo cobertura:

Elaborar la Pirámide Poblacional en base a la cantidad de habitantes, agrupados por grupos etareos y sexo (niños de 0-1 año, de 1-2 años, de 2-5 años, de 5-15 años, mujeres en edad fértil, población entre 15 y 60 años y mayores de 60 años).

Situación socioeconómica: ocupación, escolaridad, saneamiento básico, estado de las viviendas, pautas culturales.

Establecer la cobertura social de la población con el registro de la Obra Social (No, Sí, y Cual).

Relevamiento de las instituciones y organizaciones intermedias del área: iglesias, escuelas, otros efectores de salud, comedores comunitarios, juntas vecinales, jardines maternales.

2- Estadísticas vitales:

Nacimientos: partos por año en el establecimiento, edad de la madre, edad gestacional al nacer y peso al nacer.

Mortalidad: causas de muerte, edad, lugar, procedencia. Tasas.

Morbilidad: principales motivos de internación, derivación y consulta.

3- Otros indicadores sobre:

Control de salud de niños.

Salud sexual y reproductiva.

Estado nutricional.

Controles de embarazo: detección precoz, cantidad de controles.

Cobertura obligatoria de inmunizaciones.

Principales patologías prevalentes.

b) Realizar un diagnóstico de las condiciones de los servicios de salud

Cantidad de consultas mensuales y anuales por profesional y tipo de consulta (niños, mujeres, adultos, controles de crecimiento, controles de embarazo, control de patologías crónicas).

Recursos Humanos existentes: tipo (enfermeras auxiliares, profesionales y licenciadas, agentes de terreno, personal administrativo, profesionales y otros), cantidad y nivel de capacitación.

Evaluación de los procesos de asistencia a los pacientes.

Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria.

Equipamiento.

Infraestructura.

Sistema de abastecimiento de insumos.

Sistema de referencia y contrarreferencia.

Sistema de comunicación.

c) Relevar satisfacción del usuario: percepción por parte de la población acerca del funcionamiento del sistema de salud local, en forma permanentemente a través de encuestas u otros mecanismos.

B) Programación

Luego del análisis de los procesos y del diagnóstico inicial, se iniciará la programación de las actividades de acuerdo a las prioridades que surgen del diagnóstico. Para esto se deberá utilizar herramientas adecuadas de programación de las acciones sanitarias.

Organización de la atención:

Horarios de atención: deben adecuarse a las necesidades de la población con cobertura de consultorio mañana y tarde.

Extensión de cobertura según la necesidad de la población.

Organizar la demanda espontánea con la disponibilidad diaria de turnos suficientes.

Organizar la demanda programada mediante la implementación de ficheros calendarios con control del ausentismo y eventualmente con búsqueda de los pacientes en terreno si se producen ausencias.

Organizar la demanda de las prestaciones de enfermería.

Implementar un sistema de referencia y contrarreferencia adecuada con los otros niveles de atención en la red sanitaria de la Provincia.

Organizar y optimizar el sistema de comunicación y transporte de los pacientes.

Organizar el trabajo en terreno, aplicando las normativas provinciales de organización de los trabajadores comunitarios de salud en terreno.

Recursos humanos:

Coordinador: responsable de coordinar todas las acciones de salud que se desarrollen en su Área Sanitaria bajo obertura implementando una articulación intersectorial con el objetivo de optimizar los recursos y no superponer esfuerzos. Deberán establecer la planta básica de personal, fundamentalmente de profesionales, necesaria para abordar con plenitud el Programa de Mejora de la Calidad de Atención en su Hospital.

- Médicos, Bioquímicos, Odontólogos y otros profesionales del Equipo de Salud (Salud Mental Comunitaria, Rehabilitación) todos necesarios para llevar a cabo la cobertura sanitaria de la población, todos trabajarán aplicando normas consensuadas para el primer nivel y enmarcados en la red sanitaria de la Provincia de Chubut.

Insumos:

Vademécum único y consensuado dentro de la red sanitaria provincial.

Sistema de abastecimiento organizado bajo la responsabilidad del Coordinador General del Programa en conjunto con el Administrador del Hospital y los responsables de la provisión de insumos desde niveles superiores en el Área Programática y la Secretaría de Salud.

Sistema de registro y manejo de la información:

Es imprescindible la implementación de un sistema de registro e información único que permita obtener información adecuada para la toma oportuna de decisiones.

Deben usarse formularios y protocolos consensuados a nivel provincial (planilla de familia, libreta sanitaria, carné perinatal, modelo único de historia clínica, registros de prestaciones profesionales y de enfermería, etc.).

Implementar un sistema escalonado de información que permita a nivel del mismo efector monitorear las acciones y tomar decisiones en el momento oportuno, y enviarla a los otros niveles para disponer información para la evaluación general del programa en cada Hospital.

Para obtener información válida se utilizarán guías y protocolos unificados y consensuados de atención y de funcionamiento.

Sistema de referencia y contrarreferencia

Todos los efectores del Primer Nivel, deben protocolizar y consensuar un sistema de referencia y contrarreferencia con el Segundo Nivel, para las derivaciones de urgencia e interconsultas programadas.

Los efectores de los Hospitales, CAPS y PS pertenecen a una Red de Servicios, siendo ésta la que le garantiza a la población del área bajo cobertura de esas instituciones la accesibilidad a todos los niveles de atención, según la capacidad resolutive que necesite para abordar su problema de salud.

Articulación Intersectorial y participación comunitaria

La programación de actividades en forma conjunta y participativa debe ser promovida desde cada efector de salud, promoviendo.

En el Plan Operativo Anual, de acuerdo al diagnóstico inicial, se programará el cumplimiento de las dimensiones trazadoras, que se evaluarán por períodos trimestrales, (coincidiendo con las rondas sanitarias de los trabajadores comunitarios de salud en terreno) que se vincularán a la percepción de los incentivos por cumplimiento de las mismas.

INDICADORES:

Estos indicadores son los que se deben elaborar en el diagnóstico inicial, a fin de trazar una línea de base, para luego mejorarlos trimestralmente mediante optimización de los procesos.

Cantidad Consultas

Total de consultas realizadas en el mismo periodo x 100 = Total de consultas programadas en un periodo definido

Cálculo para los médicos con 30 horas semanales asistenciales, atención diaria, distribuidos los turnos de la siguiente forma: los dos días de mayor demanda se programarán turnos de mañana y tarde y el resto de los días un turno alternando mañana o tarde para cada profesional.

Se hará hincapié en la idea de mejorar el acceso de la población a la atención por consultorio con extensión de la cobertura horaria vespertina según la demanda local. Se tenderá a que la consulta de urgencia sea del 10 % del total o menor.

Para la planificación se aplicarán los estándares de la Guía de Programación Local del Ministerio de Salud, donde los promedios para cada tipo de consultas es el siguiente:

Para niños control: 4 consultas por hora.

Para embarazadas: se considera 2 consultas por hora.

Para salud sexual y reproductiva. (PAP incluido) 1 consulta por hora.

Para patología habitual de niños 4 consultas por hora.

Patología habitual adulto 4 consultas por hora.

Se calcula capacidad mínima de 340 consultas mensuales por cada profesional con 30 hs semanales asistenciales.

Deberá programarse, de acuerdo al cálculo de la población a cargo, cuantas horas profesionales de médicos generalistas y de los otros profesionales del equipo de salud se necesitan para lograr una cobertura adecuada.

Referencia y contrarreferencia:

Cantidad de interconsultas con formulario completo x 100 = Cantidad de interconsultas solicitadas

Cantidad de interconsultas con contrarreferencia adecuada x 100 = Cantidad de interconsultas realizadas

Cantidad de interconsultas con contrarreferencia adecuada x 100 = Cantidad de interconsultas solicitadas

Ausentismo:

Cantidad de consultas programadas realizadas x 100 Cantidad de consultas programadas

Este indicador se desglosará en consultas programadas para controles de niños, embarazadas, consultas de salud sexual y reproductiva, por control de hipertensión, diabetes, tuberculosis y otros. Para ello se debe utilizar el fichero calendario (norma 2004).

Vacunación adecuada

Niños de 0-1 año con esquema de vacunación completa x 100 = total de niños de 0-1 año controlados

Niños de 0-2 años con esquema de vacunación completa x 100 = total de niños de 0-2 años controlados

Embarazadas con vacunación adecuada Embarazadas controladas x 100

Controles de salud adecuados en niños de 0-5 años

Niños de 0-1 año con controles de salud adecuados x 100 = Total niños de 0-1 año controlados

Niños de 1-2 años con controles de salud adecuados

Total niños de 1-2 años controlados x 100 = Niños de 2-5 años con controles de salud adecuados

Total niños de 2-5 años controlados x 100 = Niños con riesgo nutricional/desnutridos

Niños de 0-1 año con riesgo nutricional x 100 = Total niños de 0-1 año controlados

Niños de 1-2 años con riesgo nutricional x 100 = Total niños de 1-2 años controlados

Niños de 2-5 años con riesgo nutricional x 100 = Total niños de 2-5 años controlados

Niños de 0-1 año desnutridos x 100 = Total niños de 0-1 año controlados

Niños de 1-2 años desnutridos x 100 = Total niños de 1-2 años controlados

Niños de 2-5 años desnutridos

Total niños de 2-5 años controlados

Salud Sexual y Reproductiva

Mujeres en edad fértil que utilizan algún MAC x 100 = Total de mujeres en edad fértil que concurren a la consulta

Total de mujeres en edad fértil que realizaron un PAP en el último año x 100 = Total de mujeres en edad fértil que concurren a la consulta

Embarazadas con primer control antes de las 20 semanas x 100 = Total de embarazadas controladas

Embarazadas con controles adecuados x 100 = Total de embarazadas controladas x100 = Cantidad de puérperas

Total de puérperas con controles

Tuberculosis

Casos diagnosticados de TBC con tratamiento adecuado Total de casos diagnosticados de TBC pulmonar x 100

Diabetes

Casos con diagnóstico de Diabetes con tratamiento adecuado x 100 = Total de personas con diagnóstico de Diabetes

Hipertensión Arterial

Casos con diagnóstico de HTA con tratamiento adecuado x 100 = Total de personas con diagnóstico de HTA

Hidatidosis

Casos con diagnóstico de hidatidosis en un año x 100 Total de casos con tratamiento adecuado en ese año

Para obtener el resultado de estos indicadores se deben utilizar ficheros calendarios y realizar auditorías de historias clínicas.

Se considerará "adecuado" el resultado del indicador cuando se evalúa el cumplimiento de los protocolos consensuados a nivel provincial y las normas nacionales.

Se utilizará la metodología para "Evaluación de la calidad de la Atención Primaria" del documento "Calidad de la APS" de la Dra. Elsa Moreno y colaboradores.

Evaluación de los Recursos y su Organización

Evaluación del Proceso de Atención

Evaluación del Grado de Satisfacción de los usuarios.

Estos indicadores, son los mismos que se utilizan para la evaluación de cada ronda sanitaria, teniendo como denominador la población de cada sector operativo a cargo de un trabajador comunitario de salud en terreno.

Los datos así obtenidos son elementos para evaluar la relación de los trabajadores comunitarios de salud con los de los centros de salud, y la real cobertura y accesibilidad de la población a la atención.

Actividades Comunitarias

Número de actividades realizadas x 100 = Total de actividades programadas

Para esto se utilizará el registro propuesto por el Programa Nacional de Médicos Comunitarios.

Reuniones del equipo de salud

Número de reuniones realizadas x 100 = Total de reuniones programadas

Se deberá realizar registro de las mismas.

Investigación: la evaluación de la productividad se realizará anualmente.

Proyectos de investigación realizados x 100 = Proyectos de investigación programados

Capacitación: la evaluación de la productividad se realizará anualmente.

Actividades de capacitación realizadas x 100 = Actividades de capacitación programadas

Satisfacción de los usuarios: a través de encuestas, la evaluación de esta importante herramienta se debe realizar en forma permanente para reorientar el funcionamiento de la oferta de servicios por parte del Hospital. En cuanto a la medición por indicadores puede realizarse trimestralmente.

Número de usuarios satisfechos con el servicio x 100 = Total de usuarios encuestados

INDICADORES ESPECÍFICOS PARA ALGUNOS PROFESIONALES:

Indicadores para Odontología:

Con un régimen laboral de 44 hs semanales, el mínimo de atenciones debe llegar a 200 mensuales.

Debe discriminarse: niños de 0 a 14 años y mayores de 15 años de edad.

NUMERO TOTAL DE SELLADORES APLICADOS (05.05) X 100 = TOTAL DE PACIENTES DE 0 A 15 AÑOS ATENDIDOS

NUMERO TOTAL DE SELLADORES APLICADOS (05.05) X 100 = TOTAL DE PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS ATENDIDOS

NUMERO TOTAL DE TOPICACIONES CON FLUOR X 100

NÚMERO TOTAL DE PACIENTES DE 0 A 15 AÑOS ATENDIDOS

TOTAL DE NIÑOS DE 0 A 15 ANOS CON TÉCNICA DE CEPILLADO X 100 = TOTAL DE NIÑOS DE 0 A 15 AÑOS ATENDIDOS

TOTAL DE MAYORES DE 15 ANOS CON TÉCNICA DE CEPILLADO X 100 = TOTAL DE PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS ATENDIDOS

TOTAL DE EXTRACCIONES (10.01-10.09-10.12) X 100 = TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS

TOTAL DE ENDODONCIAS

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS X 100 = TOTAL DE INACTIVACIONES

TOTAL DE PACIENTES DE 0 A 15 AÑOS ATENDIDOS X 100 = TOTAL DE OPERATORIAS

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS X 100 = Número de pacientes atendidos por odontólogo satisfechos

Número total de pacientes atendidos por odontólogo x 100 = Número total de altas mensuales: mínimo de dos mensuales lo cual evidencia la intención de llegar a lograr bocas sanas. Las mismas deben mantenerse en el tiempo y controladas con citaciones mediante fichero calendario.

Los valores encontrados al comienzo establecerán la línea de base de evaluación del programa debiendo progresivamente mejorar. Los indicadores cuyo fin es la prevención aumentarán e irán disminuyendo aquellos donde se realicen tareas como la extracción y luego la endodoncia y la operatoria, que deberán, con el paso del tiempo, disminuir considerable y progresivamente.

INDICADORES DE LABORATORIO:

Satisfacción del usuario:

Número de pacientes satisfechos atendidos por laboratorio según encuesta X 100 = Número total de pacientes atendidos por el laboratorio

Uso adecuado del Laboratorio:

Número de solicitudes de laboratorio por médico por consultorio externo X 100 = Número total de pacientes atendidos en consultorio externo por ese médico 21 a 25

Número de solicitudes de laboratorio por médico por guardia x 100

Número total de pacientes atendidos por guardia por ese médico

Número de prestaciones totales solicitadas por médico

Número de pacientes totales atendidos por ese médico 3,6 á 4,8

Cobertura: debe ser lo más cercano a 1 (uno) o debe ser igual a 0 (cero) porque la complejidad del establecimiento no le permite realizar esta prestación.

Número total de prestaciones realizadas X 100 = Número total de prestaciones solicitadas

Número total de prestaciones en parámetros hematimétricos realizadas X 100 = Número total de estas prestaciones solicitadas

Número total de prestaciones de química - clínica realizadas

Número total de estas prestaciones solicitadas X 100 = Número total de prestaciones serológicas realizadas

Número total de estas prestaciones solicitadas X 100 = Número total de prestaciones bacteriológicas realizadas

Número total de estas prestaciones solicitadas X 100

INTERNACIÓN: Se evaluará inicialmente para trazar una línea de base de diagnóstico y luego se tratará de mejorar los indicadores hasta llegar a los ideales en forma progresiva.

Promedio Diario de Camas Disponibles:

Total de días cama disponibles en un año x 100 = 365 días

Porcentaje Ocupacional: debe tenderse a que no sea inferior al 85%

Total de pacientes por día en un año Días cama disponibles en un año

Giro Cama: x 100 = Total de egresos en un año

Promedio de camas disponibles en un año x 100 = Promedio de días de Estada: se relaciona con el tipo de patología que se interna en el hospital rural y debería tenderse a comparar en forma ajustada por los denominados grupos relacionados por el diagnóstico. No deben incluirse en este indicador aquellos pacientes que tienen patologías crónicas de orden psiquiátrico que habitualmente se encuentran internados por razones de índole social y no por reagudización de su patología de base.

Días de estada de los pacientes egresados en un año x 100 Número de egresos en un año

Intervalo de sustitución: nos da la idea del tiempo para preparar una cama y el entorno que no debe superar los dos días, si es menor a un día se habla de "cama caliente"

(Días cama disponibles-pacientes días totales)

Egresos totales

Número de reinternaciones en tres meses x 100

Número total de altas en esos tres meses

Número de reinternaciones en esos tres meses



Copyright © [BIREME](#)

 [Contáctenos](#)