BN: 195395 AAU7653

PROYECTO
GSS 2003
D67

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICE-RECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POST-GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO
Presentado para optar al titulo de:

ESPECIALISTA EN
OPCIÓN: GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

FORMULACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL CENTRO DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIO CAMURÍ GRANDE (C.S.I.C.C.G)

(Estado Vargas, Parroquia Naiquatá, Camurí Grande)

Realizado por: JUAN CIPRIANO DOS SANTOS CAMARA

Profesor asesor: Armando Cova

Caracas, Abril de 2003.

ÍNDICE

	Paginas
ÍNDICE GENERAL	i
LISTAS DE TABLAS	v
Introducción	1
Capitulo I El Problema	
1.1. Objetivo de la investigación	6
1.1.1. Objetivo General	6
1.1.2. Objetivos Específicos	6
1.2. Modelo de gestión del Centro Salud Integral Comunitario Camurí Grande (CSICCG)	7
1.3. Ubicación del Centro Salud Integral Comunitario	9
1.3.1. Ubicación Geográfico del Centro Salud Integral Comunitario	9
1.4. Administración del Centro de Salud Integral Camurí Grande	9
1.4.1. El Financiamiento del Centro de Salud Integral	10
1.5. Elementos estructurales para un modelo de atención médica	10
1.5.1. Clasificación de los servicios de salud	11
1.5.2. Niveles de atención	12
1.5.3. Primer nivel de atención	12
1.5.4. Las actividades de atención primaria	14
1.5.5. Segundo nivel de atención	16

1.5.6. Tercer nivel de atención 17
1.6. Diagnostico del Servicio de Salud 17
1.7. Cuantificación de la oferta 17
1.7.1. Calculo de rendimiento 18
1.7.2. Cuantificación de la demanda del servicio del CSICCG 19
1.8. Indicadores de salud y de atención médica 20
1.8.1. Criterio para la elaboración de indicadores y sus usos 20
1.8.2. Grupo de indicadores utilizados en salud pública 22
1.9. Cuadro de mando 28
1.10. Ambulatorio Urbano Tipo I 30
1.10.1. Gaceta Oficial # 32.650. Ambulatorio Urbano 30
1.10.2. Gaceta Oficial # 33.390. Normas destinadas a mejorar la eficiencia y productividad de la atención médica 33
1.11. Tipos de unidades 38
1.11.1. Composición de las unidades funcionales 41
1.11.2. Unidad de apoyo 42
1.11.3. Objetivos específicos de cada unidad funcional 43
1.11.4. Interrelación de las diferentes unidades de servicio 44
1.12. Los criterios de organización de espacio y equipos son establecidos por el comité de programas 45

Capítulo II Marco Teórico
2.1. Contexto de los indicadores de salud 46
2.2. Teoría clásica de la administración 47
2.3. Principios generales de la administración 48
2.4. Teoría de la Administración Científica 49
2.5. Teoría General de Sistemas 51

2.6. Cibernética 53
2.7. Control de Gestión 58
2.8. Calidad de los Servicios de la salud 60
2.8.1. Atributos de la calidad de la atención médica 61
2.9. Sistema de información médica epidemiológica y promoción integral (SIMEPI. V.2.0) 67
2.9.1. Disponibilidad del sistema de información médico epidemiológica y promoción integral 68
2.9.2. Registros de eventos 71
2.9.3. Carpeta Familiar 72
2.9.4.Historia de consultante 73
2.9.5.Tablas fijas 74
2.9.6. Lista nominal de persona 75
2.9.7. Comunicaciones 75
2.9.8. Reporte estándar 75
2.9.9. Generales de Reportes 76
2.9.10. Estadísticas 76
2.9.11. Cambio de localidad 76
2.9.12. Mantenimiento de datos 76
2.9.13. Crear usuarios 77
2.9.14. Cambio de clave 77
2.9.15. Respaldo de Datos 77
2.9.16. Restaurar Datos 77
2.9.17. Consolidación de Datos 77
2.9.18. Requerimiento del Sistema Windows 95/98 78
2.9.19. Windows NT. 4.0. Workstation 78
2.10. Sistema de vigilancia Epidemiológica 79
2.10.1. Información clínica aplicada a la gestión 79

2.10.2. Servicios de Epidemiología e información clínica 79
2.10.3. El uso de la epidemiología 81
2.10.4. Aplicación de la epidemiología en la planeación y gestión de servicios de salud 82
2.10.5. Planeación 83
2.11. El sistema de vigilancia epidemiológico esta formado por tres componentes 83
2.11.1. Manejo de formularios 85
2.11.2. Formulario de registro 86
2.11.3. Formulario de información 87
2.11.4. Formulario de vigilancia epidemiológico 88
2.12. Los SILOS o Sistema Locales de Salud 89
2.12.1. Aspectos a considerar para el desarrollo de los SILOS. 90
2.12.2. La participación Social 92
2.12.3. La Intersectorialidad 93
2.12.4. Readecuación de los mecanismos de financiación 93
2.12.5. Desarrollo de un nuevo modelo de atención 94
2.12.6. Integración de los programas de prevención y control 96
2.12.7. Refuerzo de la capacidad Administrativa 96
2.12.8. Gerencia 97
2.12.9. Capacitación de la fuerza de trabajo 98
2.12.10. La Investigación de los SILOS 98
2.13. Organigrama del Centro de Salud Integral Comunitario Camurí Grande. 99

Capítulo III Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones 103

Anexos 107

Bibliografía 124

Listas de Tablas

.

I. Ambulatorio Tipo I y sus características 32

II. Mapa Conceptual del contexto de los Indicadores de Gestión. 46

III. Cibernética de los Sistemas 54

IV. Caja Negra según la Cibernética. (Black-Box). 57

V. Infraestructura Administrativa. 60

VI. Organigrama del Centro de Salud Integral Comunitario Camurí Grande. 100

VII. Flujograma del Centro de Salud Integral Comunitario Camurí Grande. 101

VIII Flujograma del Transito del paciente en la Emergencia del Centro de Salud Integral Comunitario Camurí Grande. 102

INTRODUCCIÓN

Sistema de Salud del Centro Integral Comunitario Camurí Grande.

En Camurí Grande las condiciones de los servicios de salud alcanzan proporciones alarmantes, en los actuales momentos esta comunidad (integrada por 6.000 habitantes que han regresado después de la tragedia), no cuenta con ninguna instalación que brinde asistencia médica, ni suministros de medicamentos, teniendo sus habitantes y los de las localidades, que desplazarse hasta la población de Naiquatá para acceder a estos servicios, con los inconvenientes que esto supone.

El déficit de los servicios de salud y el deterioro las condiciones en cuanto a saneamiento ambiental que afecta a la zona (suministro de aguas blancas, recolección de basura, disposiciones de aguas servidas), potencia la problemática e impide alcanzar niveles elementales de requerimientos en el área de salud.

La población total estimada de la parroquia Naiquatá, localidad de incidencia inmediata de ejecución del proyecto, antes del desastre de Diciembre de 1999 y de acuerdo con las proyecciones del Censo 90 era de 16.105 personas. Luego de los referidos sucesos, las estimaciones de la Oficina Central de Estadística e Informática. (OCEI) para Mayo de 2000, sitúan la población presente en la localidad en 11.246 habitantes; estas cifras representan aproximadamente el 70% de la población originaria.

En su entorno físico demográfico, la parroquia de Naiquatá concentra varios núcleos poblacionales importantes, en dirección este a oeste: Los

Caracas, Anare, Care, Camurí Grande, Naiquatá, Longa España, El Tigrillo, y Carmen de Uria, conllevado que los centros de salud de la zona desaparecieron, quedando solamente en servicios en la parroquia, el ambulatorio Tipo II de Naiquatá, con capacidad restringida para la atención en condiciones normales, por el exceso de demanda y la insuficiencia del servicio.

Camurí Grande no cuenta con un centro de atención a la salud para el servicio de los residentes y visitantes, los habitantes de esta localidad y de las poblaciones vecinas ubicadas al este de Naiquatá tiene que acudir a este último centro poblado para acceder a servicios médicos asistenciales; esta situación se ve afectada por la distancia y las condiciones del traslado, la presencia del río Naiquatá que separa a ambas poblaciones representa un factor de riesgo latente hasta tanto no se ejecuten los proyectos de planificación urbana, restitución de servicios y reconstrucción de vialidad en el sector.

La estimación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la Organización Panamericana de la salud y la Organización Mundial de la salud. OPS/OMS, la población afectada por el daño de las instalaciones de salud en el Estado Vargas ascendió a 215.000 personas, a consecuencia del daño del 100% de los Hospitales y del 72.2% de los ambulatorios y se evidencia en:

- Deterioro de los sistemas de suministro de agua potable, disposiciones de aguas servidas y drenaje pluvial.
- Las disposiciones de desechos sólidos resultaron ampliamente afectados por las crecidas, inundaciones y aluviones.

- En las zonas urbanas del Estado Vargas, las redes de distribución fueron afectadas o destruidas y el suministro se ha reducido a una pequeña fracción del normal.
- Los sistemas de alcantarillado sanitario, bombas y ductos submarinos para la evacuación de aguas servidas fueron seriamente dañados con lo que han aflorado las aguas negras en las zonas urbanas, con los consiguientes efectos en la salud de sus habitantes.

La rehabilitación de estos sistemas requiere de periodos relativamente largos, por lo que la situación señalada podría prolongarse. Las demandas o problemas de la comunidad se ubicaron en las siguientes áreas:

1. Servicios públicos
2. Vialidad
3. Vivienda
4. Empleo
5. Salud
6. Transporte
7. Organización comunitaria
8. Seguridad personal
9. Agricultura
10. Abastecimiento de alimentos
11. Turismo

En materia de la salud, los actores expresaron la existencia de precarias condiciones de los servicios de salud, caracterizadas por:

1. Carencia de instalaciones de asistencia médica.
2. Pérdida y colapso de locales vinculados con el área de salud.

3. Poca organización comunitaria para el rescate del ambiente.
4. Ausencia de organizaciones de la sociedad civil vinculadas al área salud.

La Asociación Comunidad Camurí Grande son los beneficiarios de la creación del dispensario de Camurí Grande, esta Asociación tiene por misión prestar apoyo y contribuir a la reconstrucción física, la recuperación o rehabilitación de los servicios públicos y el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades en las localidades de Camurí Grande y Naiquatá (Parroquia Naiquatá) del Estado Vargas.

Desarrollar servicios de salud en la comunidad de Camurí Grande y comunidades vecinas. Es el fortalecimiento de los factores de protección en grupos de población niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores de la comunidad de Camurí Grande Entre las acciones consideradas de alta prioridad, los beneficiarios plantearon el desarrollo de un Sistema de Salud Integral Comunitaria en Camurí Grande, que permita gerenciar los servicios de Asistencia Médica dirigido por un médico familiar, para brindar atención inmediata, pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna, medicina general y psicología, Farmacia Comunitaria y el Desarrollo de la Prevención Integral y la promoción de la salud.

Desarrollar servicios de salud para mejorar las condiciones comunidad de Camurí Grande y los específicos:

1. Consolidar un equipo de gestión, en la construcción del plan de acción de Prevención y Salud Integral.
2. Desarrollo de un plan de Prevención conjuntamente con los miembros de la comunidad.

3. Concreción de la alianza institucional en la atención intersectorial a los grupos de niños y adolescentes en las áreas de salud, drogas, capacitación, empleo.

Los usuarios que serán potenciales beneficiarios de los resultados, es la organización comunitaria de Camurí Grande. La asociación civil comunitaria conformado por sus pobladores de la zona, organizaciones civiles, religiosas y deportivas, representantes de los complejos residenciales y recreacionales de la localidad y la Universidad Simón Bolívar, lideriza las acciones de emergencia y reconstrucción. Entre las alternativas a considerar de alta prioridad, los beneficiarios plantearon el desarrollo de un Sistema de Salud Integral Comunitario en Camurí Grande, que permita gerenciar los Servicios de Asistencia Médica, Farmacia Comunitaria y el Desarrollo de la Prevención Integral y la promoción de la salud (prevención sanitaria, prevención de riesgo social y prevención de riesgo ambiental).

Al desarrollar servicios de salud para mejorar las condiciones de salud en la comunidad de Camurí Grande y comunidades vecinas, con la elaboración de un Modelo de Gestión de Salud que se aplique con eficiencia y eficacia y efectividad, de repuesta inmediata a las necesidades de la población, aplicar los indicadores de salud al servicio médico de la comunidad, y dar a conocer las normativas legales que regulan el funcionamiento de dichos servicios ,la cuantificación de la demanda, la aplicación de una red para reportar la morbilidad epidemiológica de cada especialidad prestada a la comunidad de Camurí Grande, son las principales metas de este proyecto,

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Objetivos de la investigación.

1.1.1. Objetivo General.

Elaborar un Modelo de Atención Primaria de Salud para el Centro de salud Integral Comunitario Camurí Grande. (C.S.I.C.C.G.), (Estado Vargas, Parroquia Naiquatá, Camurí Grande).

1.1.2 .Objetivos Específicos:

a) Diagnosticar la actual estructura e indicadores de salud en la organización del Servicio Médico del Centro de Salud Integral Comunitario Camurí Grande. (C.S.I.C.C.G.)
b) Determinar la normativa legal que regula el funcionamiento de los Servicios Médicos.
c) Proponer las recomendaciones pertinentes en la administración y gerencia del Servicio para hacerlo extensivo a toda la comunidad.
d) Capacitar y fortalecer el personal del dispensario.

1.2. Modelo de gestión del Centro de Salud Comunitario Camurí Grande

La eficiencia de la gestión se centra en la atención de excelencia del paciente e implica:

- Conocimiento racional de la situación de salud en la Comunidad Camurí Grande.
- Identificación de los problemas prevalentes y su ordenamiento en una escala de prioridades de la comunidad
- La determinación de las estrategias, planes y tecnologías más apropiados, para enfrentar los problemas prioritarios
- La asignación racional de recursos
- La ejecución eficiente de las actividades
- El seguimiento de las operaciones y la supervisión del personal
- La evaluación y retroalimentación de los planes

La eficiencia de la gestión se define como la relación existente entre la estructura y el proceso de los servicios de salud y los productos obtenidos en el campo Científico, Administrativo y Financiero, en periodos habituales de un año. Galan-Morera (1.986)

El concepto de eficiencia distributiva agrega la consideración adicional de la demanda y el bienestar del consumidor y considera la asignación de recursos para producir una combinación de bienes y servicios que mejor satisface la demanda de los consumidores. (OMS/OPS y Oficina Regional de la OMS para Europa: Glosario de términos técnicos en la economía y las finanzas de los servicios de salud. 1998).

Existen cinco variables básicas en el proceso que son.

1. Volumen
2. Calidad
3. Tecnología
4. Costos
5. Tiempo

La oferta y la estructura de servicios incluyen la organización de salud y los recursos tanto físicos como tecnológicos y financieros

1. Organización del Centro Integral Camurí Grande
2. Funcionamiento de los servicios de salud en el Centro Integral Camurí Grande
3. Recursos Físicos, tecnológicos y Financiero que respalden un funcionamiento optimo del C.S.I.C.G.

El Proceso debe ser entendido como la superposición de la demanda, característico de los usuarios. El servicio de salud integral es el correcto y armonioso funcionamiento de la organización que conducirá un adecuado bienestar físico, psíquico y social a la comunidad de Camurí Grande.

La Atención Médica Primaria consiste en la atención, desde el punto de vista médico, que se le presta a la mayoría de la población, a nivel de medicaturas rurales, centros de salud y ambulatorios, de enfermedades que pueden ser tratadas ambulatoriamente y no requieren tecnologías sotisficadas para el diagnostico y el tratamiento.

La gerencia es la actividad sustantiva de la organización para determinar y alcanzar ciertos fines y enfrentar exitosamente los constantes desafíos de innovación, su eficiencia es medida por la capacidad de decisión para establecer las prioridades y organizar recursos del C.S.I.C.C.G.

1.3. Ubicación del Centro de Salud Comunitario Integral Camurí Grande.

EL Centro está ubicado en una casa cedida, en una primera etapa, en comodato por cinco años con opción a prorroga o compra. Dicha casa está conformada en dos ambientes de dos pisos, cinco habitaciones y dos salas, con todos los servicios, un anexo y un área de estacionamiento

1.3.1. Ubicación Geográfica del Centro de Salud Comunitario Camurí Grande.

Está ubicado en la carretera principal que une los municipios de Los Caracas y Naiquatá aproximadamente del Núcleo del Litoral de la Universidad Simón Bolívar, frente a las urbanizaciones y por delante de los barrios de Camurí Grande.

1.4. Administración del Centro de Salud Integral Comunitario Camurí Grande.

La Administración y Gestión del Centro estará a cargo de la Asociación Civil Comunidad Camurí Grande, por intermedio de las personas de la comunidad que se capaciten debidamente durante la fase inicial del proceso, por esto, dentro de la plantilla del personal necesario, aparte del equipo médico coordinador que se encargará entre otras cosas de programas, organizar, dirigir evaluar y controlar los programas y el personal

asistencial, existirá un equipo coordinador comunitario cuya labor será la de programar, organizar, dirigir, evaluar y controlar todos los medios y acciones necesarias para mantener la operacionalidad del Centro desde el punto de vista y financiero.

1.4.1. El financiamiento del Centro de salud comunitario:

En los encuentros con la comunidad se tomó la decisión de buscar para el financiamiento del centro, tres vías de acción:

1. Apoyo Comunitario
2. Apoyo Privado
3. Apoyo público.

1.5. Elementos Estructurales para un modelo de atención médica:

1-Organización:	Composición administrativa sectorial. Relaciones intersectoriales. Niveles de atención médica.
2-Administración:	Sistemas de conformación; Cobertura, Eficiencia. Satisfacción. Sistema de evaluación; Normas. Reglamentos.
3-Financiamiento:	Asignación de fondos. Fuentes de ingresos. Factores restrictivos; Crisis económica

Presiones externas.

Racionalización de inversiones.

4-Recursos Humanos: Disponibilidad y Distribución.

Formulación de políticas; Formación.

Selección.

Efectividad utilización

5-Recursos Físicos: Disponibilidad y Distribución.

Infraestructura Física.

Instalaciones y equipos

Suministro y producción; Medicamentos.

Reactivos.

Repuestos.

Insumos varios.

Dependencia tecnológica; Funcionamiento.

Mantenimiento.

1.5.1. Clasificación de los servicios de salud.

Según su finalidad económica:

A - Sin Fines de Lucro

- Ambulatorios y Hospitales Públicos
- Hospitales de comunidad

B - Con Fines de Lucro

- Clínicas
- Sanatorios

Según su Cobertura o Área Territorial:

- Urbanos
- Regionales
- Nacionales

Según el Origen de los Recursos

- Privados
- Municipales
- Estatales
- Gubernamentales

Según el Tipo de Medicina que se Practique:

- Medicina Preventiva
- Medicina General
- Medicina de Especialidades

1.5.2. Niveles de atención.

Esta estrategia se encuentra sustentada en la organización de los servicios públicos de atención médica en una estructura piramidal, donde la complejidad de la atención va desde la base hacia arriba.

1.5.3. El Primer Nivel de Atención.

Corresponde a la atención primaria, para la cual la población es dividida en comunidades, que son atendidas por un establecimiento asistencial ubicado en su zona geográfica. A nivel primario la atención es de tipo general y comprende un enfoque integral de salud, con la aplicación de prevención y promoción asistencial. El control de grupos sanos, las

inmunizaciones y la educación para la salud se destacan desde el punto de vista de la prevención.

Este nivel es capaz de resolver la mayoría de los casos comúnmente de naturaleza sencilla y de fácil solución

La infraestructura, recursos y organización de este nivel responden al hecho de que su finalidad es atención de la salud simple, pero continua, de poca complejidad y accesible a la población que habita en la comunidad o en sus inmediaciones. Barquín M. (1.992).

Las acciones deben tener calidad uniforme, ser capaces de atender cuando menos 70% de los problemas que se presenten en el sistema, incluir la aceptación y participación de la comunidad, y lograr que esté satisfecha merced al desarrollo de las mejores relaciones humanas.

Las actividades, que se traducen en los servicios mínimos o básicos que caracterizan a este nivel están dirigidas no solo a la atención de los problemas, sino también a la modificación positiva del nivel de salud; debe abarcar al ser humano como el ambiente, la situación económica, social y grado de desarrollo.

Las características básica sea la simplicidad de los recursos, en la práctica se requiere la conjugación de recursos médicos, de enfermería y de promoción social para realizar tarea como la detención de enfermedades crónico degenerativas, vigilancia epidemiológica y organización de la comunidad.

Los servicios o actividades que ha de emprender el equipo de atención primaria son: vacunaciones, más comunes contra: tuberculosis, difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis y sarampión, y la prevención de las caries dental. La consulta médica y el control de las enfermedades en algunos casos se incluyen dentro del programa; otras prestaciones dependen de la situación local y del estado de salud de la comunidad, como ocurre en el caso de la alimentación complementaria y de la promoción de obras de saneamiento. Es común ofrecer otros servicios de especialidades básicas: dental, otorrinolaringología, oftalmología, dermatología y urgencias.

1.5.4. Las Actividades de Atención Primaria.

- Conocimiento del nivel de salud individual, familiar y comunitaria.
- Orientación y capacitación de la población usuaria para el cuidado de su salud, mediante la formación de grupos de:
    1. Adultos (comités de salud).
    2. Grupos juveniles.
    3. Embarazadas y madres en periodo de lactancia.
    4. Mujeres en edad fértil.
    5. Escolares.
- Nutrición.
    1. Orientación.
    2. Alimentación complementaria a menores de cuatro años, embarazadas y madres en periodo de lactancia.
- Promoción para el saneamiento. Apoyo a la vigilancia y control de la sanidad ambiental.

1. Detención y referencia de problemas de control ambiental.

- Control de enfermedades prevenibles por vacunación.
    1. Vacunaciones a los menores de 5 años contra poliomielitis, sarampión, difteria, tos ferina, tétanos; en casos especiales: antiparotiditis, antirrubéola y antirrábica a los menores de 14 años; vacunación contra la tuberculosis y aplicación de toxoide tetánico y vacuna antitifoidea a grupos expuestos a alto riesgo.

En este nivel, la medicina preventiva primaria, tiene el propósito de erradicar las enfermedades, tiene su campo de aplicación más amplio en programas de inmunización por vacunación, complementados por saneamiento ambiental, educación para la salud y alimentación adecuada.

- Detección oportuna de enfermedades crónica degenerativa.
- Control y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles.
- Consulta médica general por grupos de edad, que comprenden son los siguientes:
    1. Enfermos.
    2. Sanos.
    3. Planificación familiar.
    4. Control del embarazo y puerperio normal y atención del parto normal, en caso necesario.
    5. Detección de incapacidades y referencia para su tratamiento y rehabilitación.

6. Atención y referencia de urgencias medicoquirúrgicas, canalización al nivel indicado de distocias y caos complejos de perinatología.

- Atención odontológica a grupo prioritarios y de urgencias estomatológicas.
- Capacitación y adiestramiento a personal auxiliar de la comunidad.
- Referencia:
    1. De paciente al hospital general o a ambulatorios especializados.
    2. Para estudios de laboratorio y gabinete al hospital general.
    3. Para problemas de control sanitario y ambiental al centro jurisdiccional.

La población por atender puede encontrarse en áreas urbanas, en algunos casos concentrados en pequeñas comunidades, dispersos en áreas rurales o en núcleos inmediatos a las ciudades.

1.5.5. El Segundo Nivel de Atención.

Es la atención especializada, recibe los casos que le son enviados por referencia desde el primer nivel, por no haber a su altura los medios para diagnostico y tratamiento

1.5.6. Tercer Nivel de Atención.

Es una atención especializada que se realiza en los Hospitales tipo II, III, IV y muy parcialmente en los Hospitales tipo I. A este nivel se ingresa por referencia de los niveles anteriores.

1.6. Diagnostico del servicio de salud

El diagnostico del servicio prestador en el centro en cuanto a eficiencia, deberán basarse en los índices de demanda y oferta del servicio, es decir, medidas en atención requerida por la población de Camurí Grande y la atención entregadas en las condiciones actuales de funcionamiento, con el fin de tomar las medidas administrativas y operacionales, entre otras que optimicen la eficacia medida en términos de oferta y calidad

Se recomienda en muchos casos los censos operacionales para cuantificar la demanda del servicio

El diagnostico del centro se puede utilizar la siguiente metodología:

1. Se refiere a la oferta cuantificada a trabes de la disponibilidad de recursos humanos y recursos físicos en términos de infraestructura y equipamiento
2. Es la demanda que determina el número de personas que acuden al centro solicitando atención médica

1.7. Cuantificación de la oferta

La oferta de un servicio de salud es el recurso humano y físico disponible para otorgar las atenciones de salud en un determinado período.

El servicio de salud tiene tres recursos que constituyen la oferta:

1. Número de horas contratadas en el Centro de Salud.
2. Número de consultorios o área destinada para prestar el servicio
3. Equipamiento médico

1.7.1. Cálculo de rendimiento

El cálculo de rendimiento de un consultorio de medicina general se basa en tres datos:

1. Días laborales.
2. Tasa de atenciones por hora en medicina general: 6 /h.
3. Número de horas contratadas por día.

El cálculo de rendimiento para un consultorio de odontología se basa en:

1. Días laborales.
2. Tasa de atención por hora en odontología: 4.5 (Rendimiento conocido donde se debe atender 23 pacientes en un rango de 4 a 6 horas. Este número toma en cuenta la posibilidad de atender Exodoncia 35%, Obturación 20%, Profilaxis 35%, otras 10%.).
3. Número de unidades odontológicas en el consultorio.
4. Número de horas contratadas por día.

El cálculo de la oferta del Laboratorio depende de:

1. Área de la infraestructura.
2. Días laborales.
3. Tipo y capacidad de los Equipos.
4. Horas contratadas de personal.
5. Número de muestras a procesar por el Bionalista con equipo. semi-automatizado. (30 muestras cada 6 horas).

1.7.2. Cuantificación de la demanda del servicio del Centro de Salud Integral Comunitario Camurí Grande.

Para el cálculo de la demanda se utilizara los siguientes parámetros:

1. Cobertura de la población, es decir atendible realmente en el Centro de Salud Integral de Camurí Grande.
2. Concentración de actividades, o número de atenciones por personas protegida en un período de tiempo.
3. Rendimiento instrumental, el número de actividades que el equipo de salud puede efectuar por hora de trabajo.
4. Atención requeridas por 1000 habitantes de la población total del área, las cuales se estimaran, considerando la cobertura de población y la concentración de actividades en Camurí Grande.

La manera más precisa de determinar la demanda es mediante un Censo Operacional:

1. Sectorizar por manzanas la población que se adscribirá al Servicio del Centro.

2. Conocer las características demográficas, sociales, ambientales y sanitarias del sector de Camurí Grande.
3. Conocer cobertura real de los programas.
4. Detectar población de riesgo.

1.8. Indicadores de salud y de atención médica.

Se entiende como tales el conjunto de cifras, expresadas como Índice, Promedio, Tasas, Razón o Porcentaje, que permiten la expresión resumida y oportuna de los fenómenos observados y de las variables en estudio. El significado más importante del indicador en salud es representar el dato numérico referido a la persona, a la población a sus problemas, a sus situaciones y al procedimiento o proceso de todas las actividades que identifican la atención médica. Serven G. José (1993)

1.8.1. Criterios para la elaboración de indicadores y sus usos.

1. Los indicadores representan un marco de referencia que permiten efectuar ajustes necesarios a las actividades a cubrir. Por tanto no pueden comportarse, ni identificarse, como metas. Requieren Evaluarase permanentemente hasta lograr la mayor y mejor información que perfeccione los resultados que se quieren presentar y la media (cuantificación) de cómo se están alcanzando los objetivos fijados.
2. Los indicadores adolecerán de limitaciones relacionadas con su cantidad y oportunidad y oportunidad para manejarlos.

3. Debe tenerse muy en cuenta el número de indentificadores a utilizar, se cuenta con el número (limitado) que permita manejar adecuadamente.
4. La selección del indicador debe ser hecha en función de las características y circunstancias de la situación observada.
5. La precisión de un indicador debe corresponderse con la utilización que se va brindar al mismo tiempo. La obtención, construcción y elaboración de indicadores es posible siempre y cuando se pueda contar con un sistema de información apropiado y confiable, desechándose todo aquello que no tenga valor cuanti-cualitativo.
6. Los factores que permiten construir un indicador por lo general provienen del dato estadístico, del dato administrativo, los censos de población y de encuestas.
7. Su utilización y aplicación deben satisfacer las necesidades de la demanda real o potencial y cubrir todos los aspectos dirigidos al manejo de los establecimientos médicos, tales como:
    - Demanda; Consulta externa, consulta de emergencia, número de camas, admisión y recepción adecuada, procedencia y desplazamiento del paciente.
    - Organización Médico-administrativa: Niveles de organización de la atención médica, jerarquización y estructura del personal,

dotación de equipos y distribución de los mismos, líneas y relaciones de autoridad, responsabilidad y comunicación.

8. Todo el volumen de información sobre salud y que se refleja en sus indicadores, presenta tres propósitos fundamentales:

   - Determinar las metas y planificar los recursos y servicios necesarios de una manera efectiva y racional.
   - Que la administración de esos servicios se lleve a cabo de una manera eficiente y productiva
   - Favorecer la evaluación de los servicios y los programas planificados dirigidos a atender a la población en sus necesidades y demandas, así como la elaboración de alternativas y prioridades para las acciones a tomar.

1.8.2. Grupos de indicadores utilizados en Salud Pública.

Serven G. José (1993).

1. A-Indicadores para medir el nivel de salud de la población:
   - Expectativa de vida al nacer.
   - Tasa de mortalidad general y tasas específicas, tomando en cuenta la edad y el sexo.

- De mortalidad proporcional (porcentaje de muertes ocurridas en un grupo determinado de personas, sobre el total de defunciones).
- Tasa de mortalidad infantil (haciendo la diferencia, entre la mortalidad infantil temprana y la tardía).
- Morbilidad por enfermedades transmisibles y otras que sean de registro obligatorio (investigación de la morbilidad por censos o encuestas directas o por muestras de población).
- Riesgos en grupos especiales (de morbilidad o de mortalidad).

2. B-Indicadores de condiciones sanitarias del ambiente:
   - Porcentaje de la población, urbana abastecida con agua potable.
   - Porcentaje de población urbana que usa servicios de disposición de excretas.
   - Densidad de habitantes por vivienda y, si es posible, por dormitorio.
   - Tasas de accidentes para la población total; si es posible por tipo de accidentes y por grupos de la población.
   - Razón de mortalidad por sexo, del grupo de 1 a 4 años.
3. C-Indicadores de recursos y actividades de Salud:
   - Gastos a favor de la salud por habitantes al año (gasto social).
   - Número de camas de hospitales por cada 1.000 habitantes.
   - Número de médicos por cada 10.000 habitantes.

- Porcentaje de la población (por edades) inmunizaciones contra aquellas enfermedades prevalentes en la zona y para las cuales se dispone de agentes inmunizantes eficaces.
- Porcentajes de fallecidos con atención médica o con certificación médica de la muerte.
- Porcentaje de nacimientos en hospitales.
- Porcentaje de partos atendidos por médico, por comadronas, etc.
- Número de consultas prenatales y de lactantes en relación a los nacidos vivos.

4. D-Indicadores Económicos – Sociales:
    - Ingreso nacional por habitantes al año y su distribución en la población.
    - Relación entre salarios e índice del costo de vida.
    - Indicadores de alfabetismo y escolaridad en los distintos niveles de la educación.
    - Porcentaje de población activa y porcentaje de desempleo entre los activos.
    - Consumo total de las calorías por habitante al día.
5. E-Indicadores de la Política Sanitaria:
    - Compromiso político (alto nivel) para alcanzar la salud para todos (SPT/2000).
    - Asignación de recursos suficientes para la atención primaria de salud.
    - Grado de equidad en la distribución de los recursos.
    - Grado de participación de la comunidad en el logro de la salud para todos.

- Establecimiento de una estructura orgánica y administrativa adecuada par la estrategia nacional de salud.
- Disponibilidad de alimentos energéticos por habitante.
- Acceso de las madres y niños a la atención de salud.
- Asistencia de los partos por personal adiestrado.
- Disponibilidad de medicamentos esenciales.

6. F-Indicadores de Salud Ocupacional:
   - Principales riesgos ocupacionales en el país.
   - Frecuencia y gravedad de los accidentes de trabajo.
   - Incidencia y prevalencia de enfermedades profesionales.
   - Frecuencia de lesiones profesionales que resultan invalidantes.
   - Medidas operativas en salud ocupacional.
   - Costos promedios por reposo ocasionados por lesiones invalidantes.
   - Relaciones médicas de3l equipo de salud (ingenieros, enfermeras, etc.) versus, población usuaria.
7. G-Indicadores para calificar un establecimientote Atención Médica Hospitalaria

   a-De recursos asignados.

   b-De rendimiento o aprovechamiento.

   c-De la atención Médica.

   d-Otros.

a-De recursos asignados:

1-Números de camas y su distribución.

2-Presupuesto económico para su funcionamiento: asignación por partidas y actividades.

1. Costos y gastos por pacientes, por personal, exámenes, lencería, medicamentos, etc.

3-Dotación de recursos humanos.

- Número de médicos (especialistas, generales).
- Número de enfermeras (profesionales, auxiliares).
- Número de técnicos (laboratorio, Rx, hemoterapia, etc.).
- Número de obreros (especializados, otros).

4-Dotación de equipos (fijos, móviles).

- Número de obreros (especializados, no especializados).

Por su composición, relación y disponibilidad, estos indicadores condicionan la calidad de la prestación de la atención médica del establecimiento.

b-De rendimiento o aprovechamiento:

a) Según el instrumento cama:

- % de ocupación.
- Promedio de días de estancia.
- Índice de rendimiento de la cama.
- índice de renovación.
- Intervalo de sustitución.

b) Según el instrumento consulta:

- Rendimiento Hora/médico- consulta.
- Concentración por hora-médico.
- Volumen de consultas: de primera, sucesivas.
- Volumen de exámenes por paciente.

c) De la calidad de la atención médica:

- Mortalidad bruta.
- Mortalidad neta.
- Mortalidad temprana (0-4 años).
- Mortalidad materna.
- Mortalidad fetal.
- Mortalidad perinatal = Fetal tardía + Neonatal precoz.
- mortalidad neonatal:

  a) temprana o precoz (-7 días).

  b) tardía.
- Mortalidad anestésica.
- Mortalidad operatoria.
- % de complicaciones post- operatorias.
- % de infecciones intrahospitalarias.
- % de cesáreas realizadas.
- % de autopsias realizadas, relacionadas a muertes intrahospitalarias (bruto-neta).

d) Otros (razones y proporciones):

- Relación personal por cama.
- Relación especialistas-residentes.
- Relación médico-enfermeras.
- Relación médicos-camas.
- Relación técnicos-camas (Rx, laboratorio).
- Concentración exámenes por paciente.
- Número consultas interdepartamentales.
- % de historias médicas completas.

Relaciones de indicadores, Demanda, Oferta, Proceso, Resultados, Impacto Galán Morera. Ver Anexos A p 109.

Para que un indicador sea de utilidad debe cumplir una serie de criterios

- Debe tener relevancia.
- Debe permitir la toma de decisiones y establecer prioridades en la resolución del problema.
- Debe estar formado por componentes independientes entre sí y fácilmente identificables, conociéndose en cada caso la contribución de cada uno al valor del indicador
- Debe ser sensible a las variaciones del fenómeno que se desea medir
- Debe ser elaborado mediante datos de fácil recogida.

1.9. Cuadros de mando

Es un instrumento periódico de información y control para la gestión, no existe un modelo universal de cuadro de mando.

Las características del cuadro de mando son:

1. Instrumentos de Gestión
2. Contener indicadores significativos
3. Facilitar la comparación con normas y objetivos
4. Su aparición debe ser periódica
5. Es un instrumento evolutivo
6. Son claros y legibles.

Principios fundamentales:

A- Ha de poner en manifiesto, de forma sintética, las informaciones precisas

B- Ha de destacar las informaciones más significativas

C- Ha de procurar que las informaciones puedan presentarse de forma sinóptica

D- Las representaciones numéricas de los datos han de ir acompañadas de representaciones gráficas

E- Las informaciones deben tener un carácter permanente al objeto de observar las tendencias

F- Ha de normalizarse en cuanto a:

Soporte externo
Forma de representación de gráficos
Forma de representación de cifras

G- En todo los casos en que sea posible, las informaciones deben hacer referencias a las previsiones, las normas, los objetivos o los modelos

H- Por lo que respecta a las informaciones que recoge, éstas ha de ser:

Necesaria
Reciente
Fiable
Sistematizada
Capaz de suscitar decisiones

Formas de presentación:

Las tablas y gráficos que definen el cuadro de mando deben incluir

- El resultado de los valores mensuales (realizado)
- Los resultados deseados (previsión estándar)
- Tendencia de los datos

Las tablas de valores pueden contener:

- Datos Básicos
- Resultados parciales

1.10. Resultados Globales AMBULATORIO URBANO TIPO I.

1.10.1. Gaceta Oficial de la República de Venezuela. Caracas, Viernes 21 de Enero de 1983. Nº 32650

Artículo 5º- Los Ambulatorios Urbanos tienen las siguientes características:

1. Prestan atención médica integral de carácter ambulatoria, no disponen de hospitalización.
2. Se encuentran ubicados en poblaciones de más de diez mil (10.000) habitantes

Artículo 6º- Los Ambulatorios Tipo I tienen las siguientes características:

1. Prestar atención médica integral de nivel primario
2. Son atendidos por médicos generales y familiares
3. Dentro de su organización puede contar con servicio odontológico y psico-social

Artículo 7º- Los Ambulatorios Tipo II tienen las siguientes características:

1. Prestan atención médica integral de nivel primario
2. Son atendidos por un médico general con experiencia en administración de salud pública, quien podrá realizar funciones de pre y post-grado
3. Pueden contar con los servicios de obstetricia y pediatría y de los servicios básicos de laboratorio, radiología y emergencia permanente, además de los servicios del Ambulatorio Tipo I
4. Depende técnicamente y administrativamente del Hospital de su jurisdicción

Artículo 8º-Los Ambulatorios Tipo III tienen las siguientes características:

1. Prestan atención médica integral de nivel primario o secundario o ambos
2. Son dirigidos por un médico con curso medio de clínicas sanitaria
3. Son organizados para prestar, además de atención medica general, servicio de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, servicio de dermato-venereología, cardiología y emergencia
4. Dependencia técnica y administrativamente del Hospital de su jurisdicción

TABLA NºI AMBULATORIO TIPO I Y SUS CARACTERISTICAS

AMBULATORIO RURALES

LOS AMBULATORIOS RURALES, TIENEN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

1º Prestación atención médica integral, general y familiar a nivel primario, excepto hospitalización.

2º Se encuentra ubicados en población menores de diez mil (10.000) habitantes.

CARACTERÍSTICAS DEL AMBULATORIO RURAL TIPO I.

1º Se encuentran ubicados en áreas rurales de población dispersas menor de un mil (1.000) habitantes.

2º son atendidos por un auxiliar de "Medicina Simplificada" y de enfermería.

3ª Depende de la Dirección del Distrito Sanitario.

Fuente: García Sérven José R. (1993).

1.10.2. Gaceta Oficial de la República de Venezuela. Caracas, Enero 15 de 1986. Nº 33.390

Normas destinadas a mejorar la eficiencia y productividad de la atención médica.

Cláusula 1º- El objetivo fundamental de las presentes normas es aumentar la productividad del sistema de salud, acercándolo a las metas programadas nacional e internacionalmente, utilizando normas y procedimientos de incentivos positivos relacionados con la conservación de la infraestructura física, la calidad y cantidad del trabajo médico, la prevención y conservación en materia de salud y con la prestación de una atención médica personalizada.

En orden al objetivo fundamental, los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios del sub.-sector público de salud, tendrán como guía de programación de sus acciones las siguientes orientaciones:

1. Los servicios asistenciales que el Estado presta al pueblo venezolano, deben ser eficientes en lo profesional y administrativo. Para ello deben implementarse medidas dentro de los recursos financieros disponibles, para mejor realización de los actos médicos y para el buen estado de higiene, limpieza y funcionamiento de los equipos y de las edificaciones asistenciales, así como de sus áreas exteriores adyacentes.
2. Aplicar las normas y procedimientos para asegurar el resguardo y conservación de la infraestructura física, de los equipos, mobiliario y materiales de utilización en las actividades.

3. Para asegurar el mayor rendimiento de los servicios de atención a la salud, promover las medidas legales y reglamentarias procedentes para regularizar los horarios de trabajo del referido personal, a fin de que la prestación de los servicios sea efectuada dentro del horario contratado, el cual se debe cumplir en su estricta totalidad.
4. Toda indicación médica que no requiera necesariamente hospitalización, debe practicarse de manera ambulatoria, para no ocupar camas que deben estar disponibles para la admisión de pacientes por emergencia y otros actos médicos inaplazables. Deberá promoverse como programa la cirugía ambulatoria.
5. En cuanto a la productividad mínima en materia de atención ambulatoria, cada institución deberá actualizar a la programación en lo referente a la asignación de pacientes de primera consulta y de consultas sucesivas, según la especialidad, por médico y por servicios según normas existentes.
6. Reorganizar el sistema de admisión de pacientes a fin de evitar largas esperas ocasionadas por la concesión de citas muy distantes. En este sentido, deberá ponerse en práctica un sistema de "Central de Citas" de acuerdo al horario, días de consulta y especialidades de cada médico, en tal forma que la asignación de citas se lleve a cabo mediante registro individual por médico y que en las consultas sucesivas, el paciente continúe con el médico que lo atendió por primera vez. Ello dará como resultado una atención más personalizada y una mejor relación médico paciente. Los pacientes que requieran ser hospitalizados para intervenciones electivas, deberán ingresar con todos sus exámenes practicados para ser intervenidos al día siguiente de su ingreso.

7. Para evitar largas esperas, el paciente deberá ser citado para una hora determinada. A tal fin deberán darse citas de atención ambulatoria en forma escalonada.
8. En la atención médica. Deberán tomarse siempre en cuenta los derechos del paciente, para quien los empleados del sistema de salud deberán tener consideración, buen trato y eficiencia.
9. Programar actividades asistenciales ambulatorias o dirigidas a pacientes hospitalizados durante horas de la tarde efectuando la redistribución necesaria, y siempre con base a reuniones previas con el personal y de acuerdo a los horarios y al establecido en los respectivos nombramientos o contratos. Ello permitirá una mejor distribución, utilización de los recursos, descongestionamientos de las áreas de consulta y un mayor rendimiento.
10. La Dirección del establecimiento hospitalario organizará comités de evaluación del trabajo de los empleados del sector salud, cuyos dictámenes permitan adoptar las medidas necesarias para asegurar la integridad de los servicios, tanto en relación con la institución en particular, como con el rendimiento y calidad de la actuación profesional.
11. La evaluación del trabajo de todos los empleados del sector salud deberá comprender las cifras trimestrales que expresen el porcentaje (%) de cumplimiento de las metas establecidas.
12. Los resultados de la evaluación de los rendimientos individuales, tanto en prestación directa de los servicios profesionales, como en el de la supervisión de los servicios, y su contribución a los asuntos de interés general de su institución, se tomará en cuenta para el ascenso en el escalafón reglamentario, concesión de licencias para la asistencia a eventos nacionales e internacionales, incluyendo pago de matrícula de

especialización. Podrían contemplarse para futuro, reajuste de la remuneración de acuerdo a la productividad individual.

13. En materia de ejecución presupuestaria, todos los funcionarios que tengan bajo su responsabilidad la administración de recursos, deberán establecer previamente programaciones trimestrales y sistemas de vigilancia y control para evitar el agotamiento prematuro de las partidas (especialmente suministros) con la consecuente repercusión sobre la prestación de los servicios y, sobre la opinión pública.
14. Los Directores de Establecimiento Asistenciales en general, deberán poner en práctica a al brevedad posible un sistema de seguridad y control de las áreas internas y en las áreas adyacentes a dichos establecimientos.
15. Las salas de espera de los pacientes deben ofrecer un ambiente cómodo y acogedor, estar dotadas de sillas confortables y adecuadas al tipo de pacientes y utilizarse, dentro de la posibilidad de cada Instituto, para programar audiovisuales de Educación para la Salud. Este ambiente requiere de especial mantenimiento por razones de higiene y buena presentación.
16. Tratándose de Centro dispensadores de Salud debe contemplarse la prohibición de fumar dentro de todos los establecimientos asistenciales.
17. Promover el establecimiento de oficinas, para la recepción de quejas y reclamos de la colectividad institucional y del público.
18. Para evitar la sobrecarga de los hospitales, a los cuales acude una gran mayoría de casos (cerca del 80%) que pueden resolverse en los diversos ambulatorios; todos los profesionales médicos, paramédicos y enfermeras están en la obligación de promover y tomar iniciativas y dar apoyo a los programas de atención primaria con sus respectivas

comunidades, así como a los programas de control de la malaria y saneamiento ambiental.

19. Dentro del programa rutinario nacional de inmunizaciones, extender las vacunaciones a nivel de todas las consultas externas pediátricas de todos los establecimientos de atención médica; estimular la colaboración de la comunidad, autoridad eclesiásticas locales, padres y representantes; ejecutar y supervisar la vacunación en escuelas y guarderías; y colaborar en todas las acciones de inmunización planificadas a nivel central.

    Poner en práctica, como acción comunitaria y voluntaria, la vacunación en horas extras y días feriados, incorporando a los diversos sectores que colaboran en el programa de vacunación.

20. Los funcionarios Directores o responsables de la unidades operativas o desconcentradas, en los casos de incumplimiento flagrante de las presentes normas, deberán proceder a solicitar de la oficina de personal del organismo, por intermedio de la Oficina local de Personal, la apertura de los correspondientes expedientes disciplinarios, que permitan a la autoridad superior competente, calificar tales hechos y determinar las sanciones a que hubiere lugar de conformidad con la Ley en los casos de destitución

Cláusula 2º Las recomendaciones enunciadas constituyen un enfoque preliminar y son susceptibles de ser mejoradas por la experiencia y evaluación de sus resultados, por lo cual se estima prestar la colaboración para su mejor cumplimento e interpretación informando en consecuencia las consultas que a bien tuviesen.

Cláusula 3º Se encargarán de la ejecución de la presente Resuloción, los Directores Generales, los Directores Sub-Regionales y Directores de Establecimientos de Atención Médica de la Institución que suscribe.

En Caracas, a los catorce días del mes de Enero de 1989.

1.11. Tipos de Unidades.

Los consultorios o unidades de atención primaria diseñados para el sistema tienen capacidad para atender de 2.500 a 5.000 habitantes mediante dos consultorios, hasta 15.000 habitantes con seis consultorios, 30.000 habitantes mediante unidades de 12 consultorios en las urbes; Las poblaciones de menor número de habitantes constituidos por población dispersa, basta con la mitad de los consultorios. Barquín, C

La selección del tipo de unidad para un área geográfica determinada depende de los siguientes factores:

- La densidad demográfica en función del número de personas por atender en un área geográfica determinada y su demanda.
  La demanda se incrementa en razón de la mayor accesibilidad geográfica y económica, disponibilidad de recursos y de horarios adecuados y participación de la comunidad en razón directa de la responsabilidad y educación médica de los usuarios.
- Las líneas isócronas de acceso, la distancia que deben recorrer los usuarios para acudir a los centros de atención

médica en un tiempo dado, independiente del transporte utilizado, se reúnen para formar un polígono en el mapa.

Los centros de salud o clínicas que realizan su operación con varios equipos interdisciplinarios (médico, enfermera y promotor) y de ser posible un odontólogo o pasante, que trabajan en una sola planta física, reúnen las siguientes ventajas:

- Agrupar módulos de atención primaria para facilitar el control de sus actividades.
- Intercambiar información epidemiológica y operativa entre el personal de los módulos.
- Facilitar la adaptación de las unidades físicas para prestación de servicios que se encuentren relacionados con grupos de personas, tales como la salud bucal y las áreas de urgencias y de vacunación; también facilitan el funcionamiento de servicios de apoyo, tales como el almacén y la farmacia, la intendencia y la vigilancia, que pueden organizarse de manera más eficiente cuando sirven a varios grupos de trabajo.
- Permitir ajustes conforme las variaciones demográficas lo requieran, poniendo en funcionamiento el número necesario de módulos a medida que crecen las áreas en forma paralela al número de usuarios.

Un factor de organización operativa que puede conservarse estable, independientemente del tipo de unidades, es la cobertura definida de 2.500 personas en áreas rurales y 1.500 en zonas urbanas, por equipo de atención primaria, que asegura la atención de calidad uniforme, de

programación y de evaluación de las acciones; además se mantienen indicadores constantes de la eficiencia operativa del programa.

Las unidades físicas de atención primaria pueden ser las siguientes:

- Centro de salud o consultorio rural o suburbano: Esta destinado a la población rural dispersa, o a población rural suburbana aislada y marginada; sus recursos de personal son: médico o pasante en servicio social o auxiliar de salud, paramédico.
- Centro de salud o clínica rural o suburbana: Se ubican en localidades de tipo rural, pero urbanas y suburbanas, y es responsable de la salud de 5.001 a 15.000 habitantes que residan en un área geográfica de :
    - Población usuaria concentrada: 20 a 30 minutos de desplazamiento a pie.
    - Población dispersa: una hora de desplazamiento por los medios habituales de transporte.
- Centro de salud y hospital rural, clínica urbana o unidad de medicina familiar (Anexa, o no, hospitales de 30 o más camas): Esta unidad médica es responsable de la salud de los habitantes que residen en un área geográfico con:
    - Población usuaria concentrada, cuya isócrona de desplazamiento a pie hacia el centro comunitario sea de 20 a 30 minutos.

- Y en el caso de población usuaria dispersa: Una hora de desplazamiento por los medios habituales de transporte.

1.11.1. Composición de las unidades funcionales:

Las unidades básicas son:

- Unidad de Medicina Familiar y Medicina general el cual debe contar con tres consultorios: Infantil, Femenino y Adulto en general
- Unidad de Pediatría: debe contar con dos consultorios de pediatría
- Unidad de Ginecología deberá contar con un consultorio
- Unidad de Medicina Interna deberá contar con un consultorio, dos cubículo anexos
- Unidad de Dermatología Sanitaria deberá contar con un consultorio, un ambiente para entrevistas privadas, un consultorio dividido para hombres y mujeres, cubículos para ultra-microscopia
- Unidad de Urgencias Médicas Un área de examen compuesta de tres ambientes para examen y tratamiento, cuatro cubículos para observación, previéndose dos para niños y dos para adultos y un puesto de enfermeras
- Unidad de Odontología un área de consultorio con capacidad de tres unidades odontológica
- Unidad de Rehabilitación, ambiente de rehabilitación.

1.11.2. Unidad de Apoyo.

1. Unidad de Laboratorio consta de un ambiente para toma de muestras y un ambiente para procesamiento con anexo de lavado y esterilización.
2. Unidad de Radiología (Rayos X), debe contar con una sala de examen, espacio para aparato de Rayos X de 200mA; un ambiente par recepción, entrega de archivos, un ambiente para vestidores y una oficina para el Radiólogo.
3. Unidad de Enfermería un ambiente para tres enfermeras visitadoras, una enfermera jefe y archivo
4. Unidad de Historias Médicas deberá contar con un ambiente para tres escritorios y archivo de historias de especialidades y familiares
5. Unidad de Bienestar Social deberá contar con un ambiente dividido en tres cubículos para oficina y entrevistas y espacio para la secretaria
6. Unidad de Curas, Inyecciones e Inmunizaciones un ambiente de sala de curas y un ambiente dividido en tres
7. Unidad de Farmacia deberá tener un ambiente con estanterías para despacho y taquilla, y un ambiente para depósito de medicamentos, material médico-quirúrgico y alimentos.
8. Sala de espera con sanitarios, etc., que se requieren por grupo de unidades.

1.11.3. Objetivos Específicos de cada Unidad Funcional.

1. Las Unidades de Medicina Familiar, Enfermería, Bienestar Social, Curas, Inyecciones y Farmacia, son los mismos descritos para el funcionamiento para el Ambulatorio Tipo I
2. El objetivo del servicio de pediatría, es la atención de los pacientes de este tipo referidos por el nivel primario de atención de aquellos casos que no puedan ser resuelto por el médico general y familiar.
3. Ginecología, atiende los casos referidos por el nivel primario, por sospechas del cáncer femenino, reacciones secundarias o con aplicaciones de la planificación familiar y de patologías que no pueden ser resueltas por el nivel primario
4. Medicina Interna, atiende por referencia las patologías de las áreas cardiovasculares, pulmonar, endocrinas, u otras enfermedades sistemáticas.
5. Unidad de Dermatología Sanitaria, es el desarrollo de programas de enfermedades venéreas del nivel secundario, recibiendo pacientes por referencia y resuelve patologías referidas
6. Urgencias Médicas, recibe las urgencias médicas referidas o no por el nivel primario para efecto de diagnóstico, observación y tratamiento
7. Unidad de Odontología, desarrolla el programa odontológico del nivel primario y atiende casos de patología buco-dental, referidos por el nivel primario. Desarrolla el programa de odontología del nivel secundario.
8. Unidad de Laboratorio de el apoyo en exámenes de laboratorio de los casos referidos por el nivel primario y los especialistas

9. Unidad de Rayos X, da el apoyo de diagnóstico en los caos referidos del nivel primario y las referencias por las consultas de especialidades
10. Unidad de Enfermería, desarrolla el programa de enfermería del nivel primario y el apoyo de este personal en las diferentes especialidades y en el área de emergencia, se incluyen aquí las higienistas dentales
11. Unidad de Historias Médicas, da el apoyo en el suministro y envío de las carpetas familiares, para el programa de atención primaria y el apoyo en la parte de historias clínicas para ser remitidas al nivel terciario

1.11.4. Interrelación de las diferentes Unidades de Servicio.

Las Unidades de Atención Primaria: enviarán a los servicios de especialidades y de diagnostico los cosos correspondientes. Habrá relación directa del programa de medicina general y de las unidades especializadas en medicina internas, y de éste último servios hacia las demás unidades de los establecimientos. Todas las unidades de atenció9n médica se relacionarán con Laboratorio, Rayos X y Farmacia.

Todos Los servicios médicos y odontológicos guardarán relación con la unidad de curas, inyecciones e inmunizaciones. Todos los servicios médicos y los de diagnósticos tendrán interrelación con el personal de bienestar social, de enfermeras visitadoras y de historias médicas, los servicios de Bienestar Social, Historias Medicas y Enfermería estarán en íntima relación. Las Unidades Médicas y de Diagnostico estarán relacionadas con los servicios homólogos del nivel terciario.

1.12. Los Criterios de Organización de Espacio y Equipos son Establecidos por el Comité de Programas:

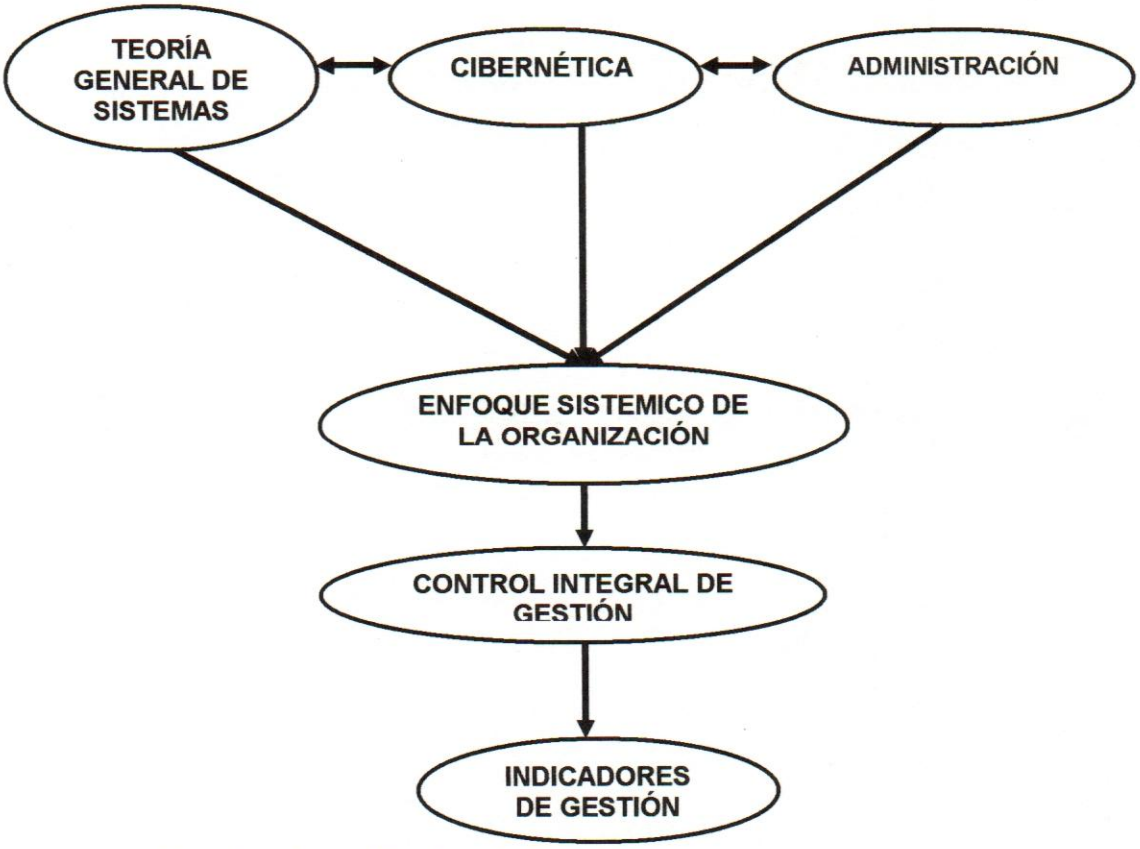
- -El flujo de circulación mayor se establecerá a partir de la información, sala de espera y unidades de atención médica al público.
- -La asignación de pacientes de las diferentes consultas la hará el personal de historias médicas hacia los consultorios y sus áreas de espera.
- -El flujo de las áreas de espera hacia los consultorios se hace a través de un asistente de consultas.
- -Existe el flujo de circulación de pacientes provenientes de la consultas hacia Laboratorio y Rayos X
- -El flujo de pacientes para el servicio de urgencias deberá hacerse por una puerta distinta de entrada general, a fin de no interferir el flujo de circulación de las otras unidades
- -El flujo de urgencias hacia el Laboratorio y Rayos X, debe ser considerada de circulación.

CAPITULO II Marco Teórico

2.1. Contexto de los Indicadores de Salud.

En el contexto de los indicadores de gestión de salud lo vamos a desarrollar de la siguiente manera: partiendo del concepto de la administración, de la teoría general de sistemas y de la cibernética, abordaremos el enfoque sistémico de la organización, y como una función vital para todo sistema.

Tabla NºII. Mapa conceptual del contexto de los indicadores de gestión.



Fuente: Beltrán Jaramillo Jesús M. (1998).

2.2. Teoría Clásica de la Administración.

Desarrollada por Taylor y Fayol separadamente, los individuos participantes de la organización son instrumentos pasivos cuya productividad varía y puede ser elevada mediante un incentivo económico (plan de remuneración de acuerdo con la producción) y condiciones físicas ambientales favorables para el trabajo. Es una posición simplista y mecanicista.

HENRI FAYOL (1841-1925), ingeniero francés fundador de la teoría clásica de la administración, parte de un enfoque sintético, global y universal de la empresa, lo cual inicia la concepción anatómica y estructural de la organización, que desplazó con rapidez la visión analítica y concreta de Taylor.

Teoría Clásica de la Administración.

Se parte del todo organizacional y de su estructura para garantizar eficiencia en todas las partes involucradas, fuesen ellas órganos (como sección, departamentos, etc.), o personas (como desempeñaste de cargos y ejecutores de tareas).
Teoría clásica se caracteriza por el énfasis en la estructura que la organización debería poseer para ser eficiente.

FAYOL*:* define el acto de administrar como planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar

2.3. Principios Generales de la Administración, según Fayol.

1. División del trabajo: especialización de las tareas y de las personas para aumentar la eficiencia.
2. Autoridad y responsabilidad: autoridad es el derecho de dar órdenes y el poder de esperar obediencia; la responsabilidad es una consecuencia natural de la autoridad, e implica el deber de rendir cuentas. Ambas deben estar equilibradas entre sí.
3. Disciplina: depende de la obediencia, la dedicación, la energía, el comportamiento y el respeto de las normas establecidas.
4. Unidad de mando: cada empleado debe recibir órdenes de un solo superior. Es el principio de la autoridad única.
5. Unidad de dirección: establecimiento de un jefe y un plan para cada grupo de actividades que tengan el mismo objetivo.
6. Subordinación de los intereses individuales a los intereses generales: los intereses generales deben estar por encima de los intereses particulares.
7. Remuneración del personal: debe haber una satisfacción justa y garantizada para los empleados y para la organización, en términos de retribución.
8. Centralización: concentración de la autoridad en la cúpula de la jerarquía de la organización.
9. Jerarquía o cadena escalar: línea de autoridad que va del más alto al más bajo. Es el principio de mando.
10. Orden: debe existir un lugar para cada cosa y cada cosa debe estar en su lugar. Es el orden material y humano.
11. Equidad: amabilidad y justicia para conseguir la lealtad del personal...

12. Estabilidad del personal: la rotación tiene un impacto negativo en la eficiencia de la organización. Cuanto más tiempo permanezca una persona en un cargo, tanto mejor.
13. Iniciativa: capacidad de visualizar un plan y asegurar personalmente su éxito.
14. Espíritu de equipo: la armonía y la unión entre las personas constituyen grandes fortalezas para la organización.

La teoría clásica se caracterizó por su enfoque normativo y prescriptito (funciones del administrador).

2.4. Teoría de la Administración Científica.

Es el énfasis en las tareas, la administración científica se debe al intento de aplicar los métodos de la ciencia a los problemas de la administración, con el fin de alcanzar elevada eficiencia industrial (observación y la medición)

FREDERICK W. TAYLOR (1856-1915), la organización y la administración deben estudiarse y tratarse científicamente y no empíricamente, la improvisación debe ceder al lugar al planeamiento, y el empirismo a la ciencia. La administración científica constituye una combinación global que puede resumirse así:

> "Ciencia en lugar de empirismo.
> Armonía en vez de discordia.
> Cooperación, no individualismo.
> Rendimiento máximo en lugar de producción reducida.
> Desarrollo de cada hombre en el sentido de alcanzar mayor eficiencia y prosperidad"

Para TAYLOR los elementos de la aplicación son los siguientes:

a- Estudio de tiempos y patrones de producción.
b- Supervisión funcional
c- Estandarización de herramientas e instrumentos.
d- Planeamiento de las tareas y cargos.
e- El principio de la excepción
f- La utilización de las reglas de cálculos y de instrumentos para economizar tiempo.
g- Guías de instrucciones de servicio.
h- La idea de tarea, asociado a incentivos de producción por su ejecución eficientes
i- Sistemas para la clasificación de los productos y del material utilizado en la manufactura.
j- Sistema de delineamiento de la rutina de trabajo.

Los indicadores de gestión se convierten en los signos vitales de la organización, y su continuo monitoreo permite establecer las condiciones e identificar los diversos síntomas que se derivan del desarrollo normal de las actividades. Tal como los signos vitales, son pocos y pocos y nos brindan información acerca de los factores fundamentales del funcionamiento del cuerpo humano, en una organización, también se debe contar con el mínimo número posible de indicadores que nos garanticen contar con información constante, real y precisa sobre aspectos tales como la efectividad, la eficiencia, la eficacia, la productividad, la calidad, la ejecución presupuestal, la incidencia de la gestión, todos lo cuales constituyen el conjunto de signos vitales de la organización.

2.5. Teoría General de Sistemas.

Conjunto de elementos interdependientes e interactuantes; grupo de unidades combinadas que forman un todo organizado. Se puede pensar que la organización es un sistema que consta de varias partes interactuantes.

En realidad, el sistema es un todo organizado o complejo; un conjunto o combinación de cosas o partes que forman un todo complejo o unitario.*

La teoría general de sistemas surgió con los trabajos del biólogo alemán Ludwig Von Bertalanffy, publicados entre (1950 y 1968), Keneth Boulding, Anatol Rapport y Ralph Gerald, durante la reunión anual de la Asociación Americana para el Avance de las Ciencias. Llama la atención la diversidad de disciplinas que representa cada uno de los creadores: Biología, Biomatemática, Economía y Fisiología. Este hecho explica el propósito de ayudar en la creación y desarrollo de sistemas teóricos aplicables a más de una de las ramas tradicionales del conocimiento.

En ese entonces se fijaron funciones a través de las cuales la Teoría General de Sistemas Cumplirá su Propósito:

- Promover la unificación de la ciencia ayudando a la comunicación entre especialistas.
- Investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos y colaborara en útil transferencia de un campo a otro.
- Apoyar el desarrollo de modelos teóricos adecuados en aquellos campos que carecen de ellos.
- Minimizar la duplicación de esfuerzos en los diferentes campos.

La TGS se fundamenta en tres premisas básicas;*

1. Los sistemas existen dentro de sistemas.
2. Los sistemas son abiertos.
3. Las funciones de un sistema depende de su estructura.

La organización es una estructura autónoma con capacidad de reproducirse, y puede ser estudiada a través de una teoría de sistemas capaz de propiciar una visión de un sistema, de la organización como totalidad.

Inicialmente la investigación se basó en el fenómeno de crecimiento y evolución y se esquematizo fuertemente entre biólogos, matemáticos, fisiólogos y economistas, su campo de aplicación se amplió, y continúa haciéndolo hasta incluir el quehacer administrativo.

Las siguientes son las características distintivas de la TGS:

1. Totalidad: se trata de analizar el todo con todas sus partes interrelacionadas e interdependientes en acción.
2. Interrelacionalidad: Busca identificar y comprender la interrelación que existe entre los diversos elementos y la interdependencia de sus componentes.
3. Búsqueda de objetivos: Todas las actividades son orientadas al logro de los objetivos del sistema.
4. Entradas y salidas: En un sistema cerrado las entradas se suceden una sola vez; en un sistema abierto, las entradas son tomadas del entorno y las salidas entregadas a éste.

5. Transformación: Todo sistema transforma sus entradas en salidas.
6. Entropía: Designa el estado de un sistema cerrado en el cual todos los elementos que lo conforman se encuentran en un grado máximo de desorden.
7. Jerarquía: Los sistemas son, generalmente, un todo complejo compuesto de pequeños subsistemas.
8. Regulación: Si el sistema consta de un conjunto de elementos que se interrelacionan y son interdependientes, estas interrelaciones pueden ser reguladas o autorreguladas para alcanzar los objetivos del sistema.
9. Diferenciación: En sistemas complejos, elementos especializados tienen funciones sistémicas especializadas. La diferenciación de funciones por componentes es una característica de todo sistema.
10. Equifinalidad: Es un sistema abierto, el mismo estado final puede ser alcanzado desde muchos puntos iniciales. Un resultado puede tener diferentes causas.

2.6. Cibernética.

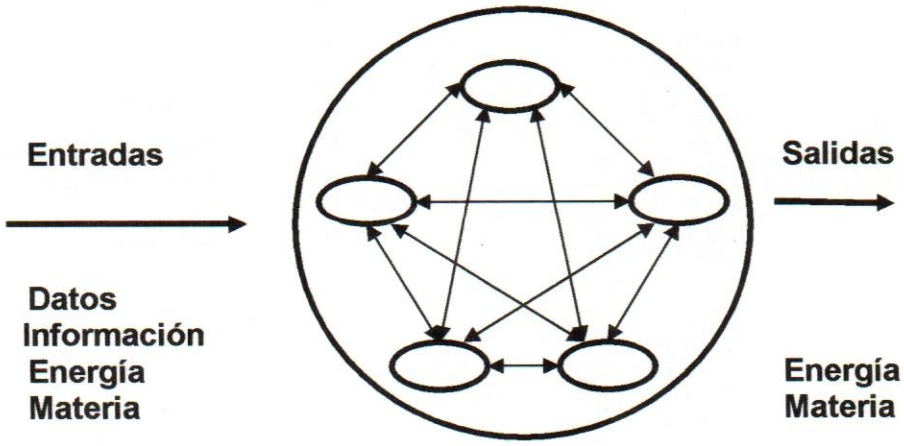
La cibernética fue creada por Norbert Wiener entre (1943 y 1947) justamente en la época en que Von Neumann y Morgenstern (1947) creaban la teoría de los juegos, y Shannon y Weaver (1949) formulaban la teoría matemática de la información. En esa época, Von Bertalanffy (1947) definía la teoría general de sistemas.

Norbert Wiener (1943) define la cibernética como "La ciencia del control y la comunicación entre animales y maquina"

Cibernética es la ciencia de la comunicación y el control, ya sea en el animal (hombre, seres vivos) o en la máquina. La comunicación integra y da coherencia a los sistemas; el control regular su comportamiento. La cibernética comprende los procesos y sistemas de transformación de la información y su creación en el proceso físico, fisiológicos, psicológicos, etc., de transformación de la información. Su núcleo son los sistemas de procesamiento de los mensajes.

La cibernética es una ciencia interdisciplinaria que ofrece sistemas de organización y procesamientos de información y control que ayudan a otras ciencias.

TABLA NºIII. CIBERNÉTICA DE LOS SISTEMAS



Fuente: Chiavenato Idalberto. (1999).

Von Bertalanffy (1975), "La cibernética es una teoría de los sistemas de control basada en la comunicación (transferencia de información) entre el

sistema y el medio, y dentro del sistema, y del control (retroalimentación) de la función de los sistemas con respecto al ambiente"

Stafford Beer. (1969), "Es cualquier conjunto de elementos dinámicos relacionados", el sistema da la idea de conectividad:"El universo parece parecer estar formado por conjuntos de sistemas, cada uno de los cuales está contenido a su vez en otro aún mayor, a la manera de un conjunto de ladrillos en una construcción".

Una concepción generalizada define la cibernética como el estudio de sistemas de control en humanos y máquinas, y la relación entre sí. Finalmente, vincula la cibernética a la organización a través de la siguiente definición: "La cibernética estudia los problemas de comunicación y control en sistemas complejos. Estudia la efectividad de la organización". "Los sistemas cibernéticos son redes basadas en probabilidades complejas, que interactúan... ¿Cómo se organizan dichos sistemas? Parece ser cohesivos, autorreguladores y estables, pero adaptables al cambio y capaces de aprender de la experiencia".

Asnby, (1977), propuso que "La cibernética no estudia objetos concretos sino modos de comportamiento: No pregunta. ¿Qué es esto?, Preguntan: ¿Qué hace?".

La cibernética se basa en tres principios de control:

1. La retroalimentación activada por el error: La información corresponde al error, o diferencia entre lo que se espera y lo que realmente ocurre, se transmite a quien se ve afectado y le corresponde realizar la corrección oportuna. Se puede tener

retroalimentación reactiva, o hipercorrección, y retroalimentación proactiva.

2. La homeostasis: Es la característica que tienen todos los organismos vivientes de utilizar la retroalimentación activada por el error para ajustar su metabolismo a las condiciones cambiantes de entorno, de modo que permanezcan constantes ciertos factores esenciales. Es una fuente vital para la adaptación y la evolución de las especies.
3. La caja negra: Corresponde a un sistema demasiado complejo de comprender en el estado actual de los conocimientos. En término generales, se considera una caja negra, en una organización, aquella en la cual es muy difícil descubrir exactamente cómo los insumos se transforman en productos terminados.

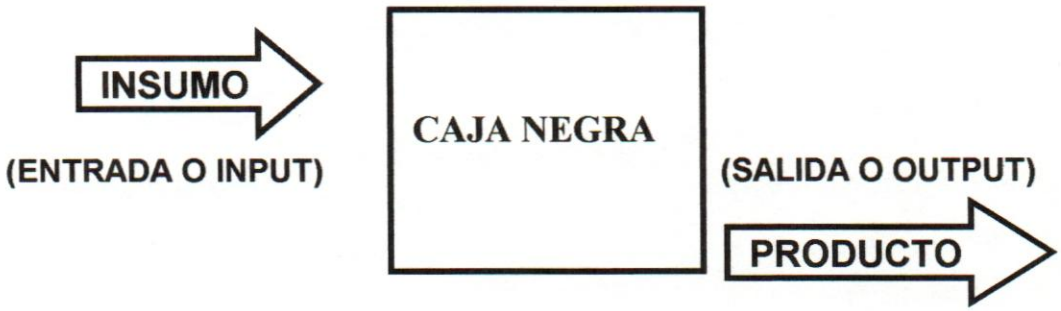
Los sistemas cibernéticos presentan tres propiedades principales

1. Son excesivamente complejos: por tanto, deben estudiarse a través de la caja negra.
2. Son probabilísticas: Por tanto, deben ser enfocados a través de la estadística, investigación operacional o la teoría de la información.
3. Son autorregulados: por tanto, deben focalizarse a través de la retroalimentación que garantice la homeostasis.

Michael Armstrong (1988), en su Manual de Técnicas Gerenciales, PAG 469, Define la caja negra: "El principio de la caja negra dice que el comportamiento de un sistema complejo se descubre únicamente estudiando

la relación entre el insumo y el producto, y no en lo que ocurre dentro de la caja".

Tabla NºIV. Caja Negra según la cibernética (Black Box)



Fuente: Beltrán Jaramillo Jesús M. (1998).

Los indicadores de gestión, en el contexto de la cibernética, vienen a ser la variable relacionada con los factores esenciales, y su valor corresponde a la información que produce la acción en la organización, o las organizaciones inteligentes, en las cuales se conjuga la aplicación de la teoría general de sistemas y la cibernética, y se obtiene como resultado sistemas de organizaciones que son capaces de reaccionar y adaptarse a los cambios del ambiente y son capaces de desarrollarse.

En términos más específicos, los procesos de la organización configuran sistemas inteligentes, a través de las interacciones que generan entre los diversos agentes que intervienen en ellos, de la transformación de insumos en salidas o productos (bienes o servicios) y de retroalimentación que requiere su desarrollo o ejecución.

2.7. Control de Gestión.

Abad. A Darío (1996): "un instrumento gerencial, integral y estratégico que, apoyado en indicadores, índices y cuadros producidos en forma sistemáticas, periódicas y objetivas, permite que la organización sea efectiva para captar recursos, eficiente para transformarlos y eficaz para canalizarlos"

Otra definición "Es un sistema de información estadística, financiera, administrativa y operativa que puesta al servicio de la directiva de la organización, le permite tomar decisiones acertadas y oportunas, adoptar las medidas correctivas que correspondan y controlar la evolución en el tiempo de las principales variables y procesos".

La gestión de la organización tiene tres niveles diferentes:

1. Gestión estratégica: Se desarrolla en la dirección, las decisiones es, generalmente, corporativas y de largo plazo. Incluye la relación de la empresa con el entorno.
2. Gestión táctica: Se desarrolla con base en la gestión estratégica. Enmarca las funciones de organización y coordinación.
3. Gestión operativa: Básicamente tiene que ver con las funciones de ejecución y control.

Abad Arango propone para el Control de Gestión los siguientes atributos:

- Es un instrumento gerencial por excelencia.
- Constituye un eficaz apoyo para la toma de decisiones.

- Se centra en el cómo, a más de en la producción de resultados.
- Enfatiza en la producción de rendimientos
- Emplea normas y patrones operativos.
- Proyecta el futuro de la organización.
- Es Integral.
- Es Integrador: entendiendo la integración como la alineación y articulación de todas las áreas de la organización en pos de los objetivos planteados desde la función de planeación.

Entre las funciones asociadas al Control de Gestión tenemos las siguientes:

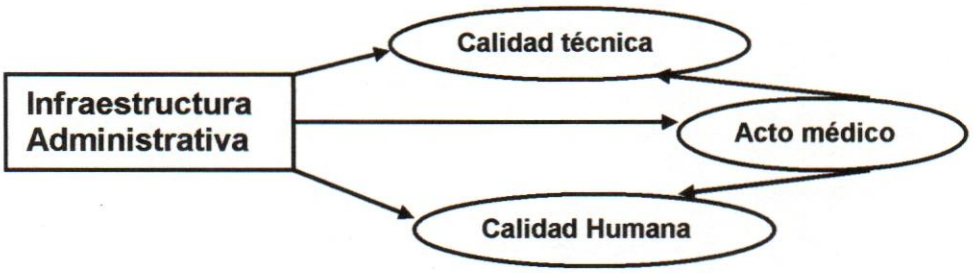
- Apoyar y facilitar los procesos de toma de decisiones.
- Controlar la evolución en el tiempo de los principales procesos y variables.
- Racionalizar el uso de la información.
- Servir de base para la adopción de normas y patrones efectivos y útiles para la organización.
- Servir de base para le planificación y la prospección de la organización.
- Servir de base para el desarrollo de sistemas de remuneración e incentivos.
- Servir de base para la compresión de la evolución, situación actual y futuro de la organización.
- Propiciar la participación de las personas en la gestión de la organización.

2.8. Calidad de los Servicios de la Salud.

Horovitz. Jacques (1.999). La calidad es el nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela clave. Representa, al mismo tiempo, la medida en que se logra dicha calidad.

Pabón Lasso H. (1.987). La calidad es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto por los proveedores como los usuarios.

Tabla Nº V Infraestructura Administrativa.



Fuente: Servicio de Salud. (1999)

Donabedian (1966), define la calidad de la atención médica como el logro del mayor beneficio posible y con el menor riesgo. El mayor beneficio posible, se define a su vez en función de los recursos disponibles para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

La calidad es un atributo del cuidado médico que se obtiene en diversos grados. Este autor ha descrito también que el concepto calidad debe ser entendido en dos dimensiones inseparables, por un lado la técnica, representada por la aplicación de conocimientos y procedimientos para la

solución de los problemas del paciente, y por otra, la interpersonal, representada por la relación médico-paciente.

Donabedian (1992), señala refiriéndose a la complejidad del tema que hay autores que postulan que la calidad del cuidado médico es una propiedad sutil y misteriosa, que varia dependiendo de las circunstancias y en la que no es posible alguna especificidad lo que por su medición sólo puede realizarse por médicos experimentados y evaluando caso por caso individualmente. Otros, sostienen una visión opuesta diciendo que si es posible una muy alta especificidad, tanto, que podría medirse por gramos.

Es claro que una posición intermedia es la más sensata, en la que reconociendo la complejidad del tema, si es posible su análisis sistemático permitiendo su evaluación, que de antemano sabemos no será perfecta, pero si suficiente para propósitos prácticos. Esto es, que su evaluación permita diseñar estrategias que de ser efectivas tendrían que resultar en mejoría continua de la calidad de la atención. La calidad de la atención médica no es un nivel que se alcanza, es una actividad permanente, siempre susceptible de cambiar para mejorar.

Se incluyen los atributos, propuestos por Donabedian, que debe tener la calidad.

2.8.1. Atributos de la calidad de la atención médica.

Eficacia: Como el logro del objetivo del servicio sobre los usuarios del mismo.

Efectividad: habilidad para obtener el mayor grado de mejoría de la salud alcanzable por el mejor cuidado. Como el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de los mismos

Eficiencia: habilidad para disminuir el costo del cuidado sin disminuir las mejorías en salud. La eficiencia muestra la relación entre los efectos de un programa o servicios de salud y los gastos correspondientes de recursos e insumos.

***Optimización*:** balancear el costo contra los efectos del cuidado de la salud para obtener el balance más provechoso.

***Aceptabilidad*:** respeto a los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares o seres queridos cercanos.

***Legitimidad*:** apego a las preferencias sociales expresadas en principios éticos, valores, normas, leyes y regulaciones.

Equidad: Apego al principio que determina lo que es justo en la distribución del cuidado de la salud y de los beneficios hacia los miembros de una población.

De acuerdo a los preceptos de Donabedian la calidad de atención puede ser evaluada sobre la base de ***estructura, proceso y resultado***

En el nivel de instituciones de salud corresponde la siguiente descripción:

***Estructura*:** Planta física, equipamiento, insumos, staff profesional y técnico, diversos materiales, credenciales y matrículas, características de los pacientes. (Nada asegura como son utilizados los diversos elementos).

Proceso: Manuales de procedimientos, definición de responsabilidades, modelos de cuidados médicos y técnicos, relaciones interpersonales de staff y pacientes.

Resultado: De la evolución clínica: estado funcional, estudios complementarios, indicadores de morbilidad, mortalidad. De la experiencia del paciente: estado de bienestar general y satisfacción con la atención. (Introducción al concepto de "calidad de vida").

Tradicionalmente los esfuerzos en aseguramiento de calidad mas a menudo han enfocado los esfuerzos en factores identificados con regulaciones gubernamentales, acreditación de servicios, chequeo de documentación y credenciales, raramente han efectuado algún esfuerzo en tratar de mejorar directamente los resultados de la atención de los pacientes.

La comprensión de la complejidad y diversidad de un grupo de pacientes es el primer paso en establecer calidad basada en resultados.

Si se evalúan resultados de la atención primero debe haber una caracterización de los pacientes al ingreso al programa. Edad, sexo, raza y enfermedad primaria de IRC son considerados por el registro norteamericano de pacientes en tratamiento de diálisis (USRDS).

Diagnósticos secundarios y factores de co-morbilidad constituyen elementos a tener en cuenta en la consideración de cualquier análisis de resultados. Todos estos factores pueden incidir en la calidad de atención de

los servicios y en la calidad de vida de los pacientes. Datos provenientes del proceso son habitualmente más sensibles en la medición de calidad que los de resultados; ya que cuando hay un error en la provisión de cuidados de salud no siempre ocurre una diferencia estadística de empeoramiento de resultados.

Rúelas. E. (1.990) La calidad de la atención incluye generalmente dos grandes aspectos: la satisfacción del paciente y sus familiares con el trato que reciben, y la calidad con la que se aplica la tecnología médica y se evitan sus indeseables efectos colaterales. Por lo tanto, los programas de calidad deben ser integrales, en el sentido de abarcar tanto la dimensión técnica como la interpersonal, es decir la calidez

Para tal efecto es conveniente, con fines operativos (implantación y medición), definir los atributos o propiedades de la estructura, procesos y resultados de la prestación de la atención, que permitirán evaluar la calidad de la provisión de servicios de salud. Ver Anexo C p 123

Rosander. (1.992) La calidad es una función permanente que se encuentra en todos los aspectos del trabajo de una organización. Son las personas de esta organización las que determinan si la función de la calidad sé esta llevando a cabo de forma aceptable o no.

Donabedian. A, quien recogiendo ese carácter multifactorial a que hace referencia, identifica una serie de elementos que facilitan su análisis:

(a) Componente técnico, como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza;

(b) Componente interpersonal, expresión de la importancia, históricamente consensuada, de la relación paciente-profesional de salud;

(c) Componente correspondiente al entorno, como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla, lo que se ha denominado "las amenidades

Codman E (1914), desde punto de vista, el programa de calidad de un servicio debe enmarcarse en el plan estratégico de calidad de los servicios de salud, ha de tener como norte la orientación al paciente, y fundamentarse en la consideración de tres pilares esenciales

- Calidad Científico-Técnica o Física, que hace referencia a la asistencia que el paciente realmente está recibiendo, de acuerdo con la Lex Artis. Representa el punto de vista de los profesionales y se establece basándose en evidencias científicas. Sus jueces son pues, los avances técnicos y el juicio profesional.
- Calidad Funcional o Interactiva, que se refiere al componente interpersonal del proceso asistencial (cómo se produce la interacción paciente-profesional). En este caso sus jueces son el propio paciente y su familia.
- Calidad Corporativa, que se corresponde con la imagen que los pacientes, los profesionales y aún la población general, tienen de ese servicio/hospital. Sus jueces serán el cliente interno.

El abordaje más sistemático para el análisis de la calidad de la asistencia, se debe a Donabedian, autor que formuló en el trabajo ya señalado la más

conocida clasificación de los métodos de análisis de la calidad de la asistencia:

- Análisis de la calidad de los medios: evaluación de la estructura.
- Análisis de la calidad de los métodos: evaluación del proceso.
- Análisis de la calidad de los resultados: evaluación de los resultados.

Se trata de una clasificación esencialmente didáctica que no supone en modo alguno una secuencia temporal de análisis. Es decir, cuando evaluamos la calidad de la asistencia, contemplaremos a un tiempo elementos de la estructura, del proceso y de los resultados. Y para ello nada mejor que recurrir a indicadores que nos ayudarán a objetivar *lo subjetivo*.

Utilizar indicadores supone previamente elaborar criterios de calidad, que podemos definir como aquellas condiciones deseables o indeseables que deben cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria. Por ejemplo: los pacientes con urocultivo positivo deben ser tratados dentro de las 24 horas siguientes de conocerse el resultado. Un indicador es una medida cuantitativa de la presencia/ausencia del criterio, que se expresa en forma de porcentaje: número de pacientes a los que ocurre un suceso/número de pacientes que tienen la condición. Para cada criterio elaboraremos el/los indicador/es correspondiente/es. La selección de criterios e indicadores debe ser una tarea exenta de improvisación Angaran y Nazdam (1991).

Antoñanzas A, Magallón R (1997) Son criterios adecuados aquellos que han sido aceptados por los profesionales, que están basados en evidencias científicas, que son realistas y sencillos en su formulación

JCAHO (1991) los indicadores son en general de tres tipos: centinela, basados en índices e indicador trazador. Un indicador centinela mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable. Un indicador basado en índice mide un suceso de la asistencia que requiere posterior valoración sólo si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa en el tiempo, si excede umbrales predeterminados o si evidencia diferencias significativas al compararse con otros servicios y/o instituciones

Vuori H. V (1988) Un buen trazador debe ser una categoría o condición diagnóstica típica de una determinada especialidad médica o de una institución, y que refleje de forma fiable la globalidad de la asistencia; es una patología de diagnóstico frecuente en la que las deficiencias en la asistencia pueden ser comunes y susceptibles de ser evitadas, y en las que se puede lograr el máximo beneficio al corregir las deficiencias. Los indicadores se diferencian también por los distintos sucesos que miden: estructura, proceso y resultado.

2.9. Sistema de Información Médico Epidemiológica y Promoción Integral. (SIMEPI. V.2.0).

El Sistema de Información Médico Epidemiológica y Promoción Integral **SIMEPI** Versión 2.0, constituye la herramienta informática desarrollado por Sidif de Venezuela S.A. que permite, de forma ágil y sistemática registrar, procesar y compartir la Información relacionada con los planes terapéuticos, epidemiológicos, de diagnóstico, referencia y contra – referencia, programas de educación, programas de prevención y promoción de la salud, así como su monitoreo, evaluación y ajuste para la toma de decisiones oportunas.

Es un sistema desarrollado para cumplir con determinadas y específicas necesidades médico, epidemiológicas y de prestación de salud en Venezuela, por lo cual ha sido desarrollado y evaluado completamente por Médicos, Sociólogos, Psicólogos, Estadísticos, Ingenieros. Nuestros Analistas de Sistemas y Programadores, han analizado, descrito y programado los algoritmos y funciones de procesos a ser codificados realizando previamente un levantamiento de información en varios establecimientos de prestación de servicios de la salud.

La aplicación fue desarrollada con tecnología Cliente - Servidor, lo que permite la inclusión y actualización automática de los datos, ya sea con acceso directo o remoto para un sistema de redes.

Con el objeto de manejar fácilmente los diferentes niveles de Morbilidades dispuesta en la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión "CIE 10" dispone de una estructura jerárquica de tipo "árbol".
Ver Anexo B p 120.

2.9.1. Disponibilidad del Sistema de Información Médico Epidemiológica y Promoción Integral.

SIMEPI

Datos:

- Registro de Eventos
- Carpeta Familiar
  - Condiciones Familiares Compartidas
  - Características del Grupo Familiar

Historia del Consultante:

Datos del Consultante

Asociar/Ver Foto

Protección Social

Historia Laboral

Datos de Ubicación

Menú de la Historia Clínica del Consultante

Ver/Asociar al Jefe de Familia

Ubicación Geográfica

Desarrollo Psicomotor y Examen Físico

Evolución S.O.A.P.

Control de Vacunas

Resultado de Exámenes de Laboratorio

Historia Odontológica

Condición de Tejidos Bucales

Patologías

Diagnóstico y Tratamiento

Menú de la Historia Odontológica

Antecedentes personales a cualquier edad

Odontograma

Resultado de Exámenes de

Laboratorio

Control de Actividades

Historia Clínica Perinatal

Embarazo Actual

Embarazo Actual

Consultas Perinatales

Parto/Aborto

Antecedentes perinatales en menores de 6 años

Antecedentes

Patologías

Antecedentes familiares y otros contactos

Antecedentes personales a cualquier edad

Sexualidad y Obstétricos

Patología Personal

Factores de Riesgo

Menú Programas Prioritarios de Salud

Cardiovasculares

Antecedentes o Factores de Riesgo

Tratamiento y Observaciones

Evoluciones Asociadas

Malaria

Bases del Diagnóstico

Tratamiento y Evolución

Neumonía

Antecedentes o Factores de Riesgo

Observaciones

SIDA / V I H

Antecedentes o Factores de Riesgo

Tratamiento y Evolución

Evoluciones Asociadas

Sífilis

Antecedentes o Factores de Riesgo

Tratamiento y Observaciones

Toxicología

Antecedentes o Factores de Riesgo

Tratamiento y Observaciones

Tuberculosis

Antecedentes o Factores de Riesgo

Imágenes del Examen Físico

Datos de Familiares y Sociales

Tablas del Sistema

Comunicaciones

Reportes

Reportes Estándar

Generador de Reportes

Módulo Estadístico

Indicadores Demográficos e Índices Vitales

Indicadores de Uso

Rendimiento y Productividad

Recursos de Cama

Consultas Ambulatorias

Mantenimiento del Sistema

Cambiar Localidad

Mantenimiento de Datos

Control de Usuarios

Respaldo y Restauración de Datos

Consolidación de Datos

Reportar a Superior

Consolidar Datos

El módulo "Datos", permite el Almacenamiento y Procesamiento de la Información. Contiene las siguientes opciones:

2.9.2 Registro de Eventos.

Gestión de los datos generados en un establecimiento de salud referentes a los eventos ocurridos asociados o no a un Consultante

(Paciente). Permite de manera fácil realizar la gestión de los datos referentes a los eventos (Registro Diario de Morbilidad y Actividades) de salud generados y a ser reportados, asociados o no a un Consultante. Por cada consulta registrada permite asociar diariamente las morbilidades (según el CIE-10 cargado en el sistema) y el programa de salud por el cual se atiende al Consultante. Facilita realizar la carga de los datos que serán mostrados en los reportes Registro Diario de Morbilidades y Registro Diario de Actividades.

2.9.3. Carpeta Familiar.

Información de las características básicas y comunes al grupo familiar. Facilita almacenar los datos referentes al grupo familiar y su entorno, tomando en cuenta los elementos que pueden influir en la salud del grupo familiar. La Carpeta Familiar sirve igualmente para asociar los datos básicos del Jefe de Familia al grupo familiar, registra datos como las Condiciones Familiares Compartidas, información común para todo el grupo familiar, datos sobre la ubicación geográfica exacta de la residencia familiar, tipo de vivienda, forma de tenencia, tipo de techo, tipo de pared y tipo de piso de la vivienda, servicios públicos que dispone agua, excretas (cloacas), electricidad, recolección de basura y los centros o establecimientos de salud que frecuentan. Estos datos reflejan las condiciones de salubridad del grupo familiar, las cuales pueden influir de alguna forma en patologías presentes en los miembros familiares. Además permite asociar y registrar las Características del Grupo Familiar, identificación de los integrantes del grupo familiar Nº Historia, Apellidos y Nombres, Fecha de Nacimiento, Parentesco con el Jefe de Familia, Estado Civil, Protección Social, Grado de Instrucción, Profesión u Oficio, Situación Ocupacional.

2.9.4. Historia Consultante:

Registro de los datos correspondientes a la identificación personal del Consultante, a su historia médica y algunos datos puntuales que hacen referencia a su entorno. Constituye una de las opciones principales del sistema, ya que permite la gestión de los datos necesarios para el control y seguimiento de la información del Consultante. Permite asociar información en las Fichas Epidemiológicas que contempla el sistema, entre las cuales se encuentran las de Cardiovasculares, Malaria, Neumonía, SIDA, Sífilis, Toxicología, Tuberculosis, Salud Oral, Histopatología y Salud Mental entre otras donde cada una guarda información específica del Consultante.

Así mismo, permite asociar información de Datos de Familiares y Sociales referentes a la madre, el padre y/o el representante del Consultante, además de información complementaria, tal como actividades sociales, recreativas y comunitarias, Protección Social (Afiliaciones aseguradoras), Mucho más que imágenes escaneadas, donde se presenta información referencial, el Sistema cuenta con módulos de manejo de objetos creado a partir de una digitalización de imágenes las cuales están conformadas por capas y objetos temáticos que se pueden trabajar por separado. Teniendo como base la digitalización se generan Mapas que le permite realizar interacciones y asociaciones directas con los datos almacenados en la aplicación, sabiendo entonces, que podemos visualizar gráficamente la ocurrencia de eventos e información asociada ampliando así la posibilidad de realizar análisis gráficos. Le facilita determinar radios de acción, por proximidades a ríos, quebradas, quemaderos de basura, industrias, aeropuertos y otros puntos que se puedan considerar como focos de contaminación. Ver Anexo B.1. p 121

Historia Laboral y Datos de ubicación (esta opción permite registrar en el plano digitalizado, la ubicación geográfica de la residencia.)

El Sistema dispone módulos gráficos donde se puede asociar y actualizar información tales como Fotografía del Consultante, registro de patologías en cualquier lugar del cuerpo, de algunas vistas o acercamientos específicos tales como la estructura ósea, cara, ojos, oídos, boca, órganos genitales, odontograma, y el no menos importante plano cartográfico digitalizado, donde se asocia información puntual que hace referencia a la ubicación de la afección auscultada al Consultante. Ver Anexo B.2 p 122

2.9.5. Tablas Fijas.

Mantenimiento de información de carácter fijo y poco variable utilizada en el sistema, para así lograr una mayor rapidez de trascripción y una mejor estandarización de los datos, además de permitir establecer algunas pautas de estandarización y generalidades de las cuales aquí se mencionan solo dos.

Facilita el manejo y carga de todas las tablas utilizadas en el sistema como lo son Entidades Federales, Programas de Salud, Personal Médico entre otros, además del control de Ingreso de Enfermedades, según la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión "CIE 10", Publicación Científica N° 554 de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, las morbilidades están dispuestas en una

estructura jerárquica (tipo de árbol), estructurada en capítulos compuestos por grupos de morbilidades, subgrupos y éstos, a su vez, por morbilidades.

2.9.6. Lista Nominal de Personal.

Permite disponer de la información referente a los empleados activos de los establecimientos de salud que están asignados, así como sus datos personales, guardias y disponibilidad.

2.9.7. Comunicaciones.

Transferencia de información alterna entre los usuarios de la red ambulatoria, le permite transmitir comunicaciones y realizar convocatorias a reuniones entre los usuarios de la red.

La aplicación dispone de opciones para generar reportes de información específica de los datos registrados. El módulo de "Reportes" permite al usuario generar informes y salidas con la periodicidad exigida por la cambiante actividad que registra. Dispone así mismo, de opciones para generar Reportes Estándar, Generador de Informes y Estadísticas.

2.9.8. Reportes Estándar.

Le brinda la posibilidad al usuario de generar interactivamente consultas sencillas tales como Reportes Epidemiológicos Diarios, Semanales, Mensuales, Registro Diario de Actividades y Resúmenes de Totales.

2.9.9. Generador de Reportes

Le permite al usuario crear reportes y salidas no contempladas como básicas en el sistema pero que son importantes a la hora de tomar decisiones.

2.9.10. Estadísticas.

Es donde se pueden generar índices generales y puntuales tales como Indicadores Demográficos e Índices Vitales, Indicadores de Uso, Rendimiento y Productividad, Recursos de Cama y Consultas Ambulatorias.

El módulo de "Mantenimiento" permite, al Administrador del sistema, la gestión de los procesos básicos de administración.

2.9.11. Cambiar Localidad.

Le permite identificar la ubicación del establecimiento de Salud para así asociar la información que está ingresando en el Sistema.

2.9.12. Mantenimiento de Datos

El Administrador puede realizar el mantenimiento de la Base de Datos, o sea, la eliminación física de los registros que han sido eliminados lógicamente, la regeneración y la reordenación de índices.

2.9.13. Crear Usuarios.

Permite al Administrador del sistema crear nuevos usuarios y asignar la clave personal de acceso al Sistema, a cada usuario.

2.9.14. Cambio de Claves.

Permite al Administrador determinar las opciones del menú del Sistema a las cuales un determinado usuario puede tener acceso.

2.9.15. Respaldo de Datos.

Permite realizar respaldos a los datos cargados en el sistema.

2.9.16. Restaurar Datos.

Permite restaurar respaldos previamente realizados a los datos del sistema.

2.9.17. Consolidación de Datos.

Remite y Consolida la información de un período determinado al ente inmediato superior a través de la red de información.

El módulo de "Ayudas" permite al Usuario del sistema realizar consultas de los procesos básicos del sistema, disponiendo así de la Ayuda de un manual del sistema en línea.

2.9.18. Requerimientos del Sistema Windows 95/98.

Procesador: Pentium (Compatible IBM)

Memoria: Simepi versión 2.0 requiere 16 megabytes de RAM (se recomienda 32Mbytes).

Espacio en disco: El software ocupa aproximadamente 30 Megabytes de espacio en el disco. El espacio libre en disco para los datos, va a depender del volumen de los mismos.

Monitor: SuperVGA.

Otros: Teclado y Mouse.

Software: Instalación previa de MapInfo MapX versión 3.0 o Superior (incluido en el CD de instalación del sistema).

2.9.19. Windows NT 4.0 Workstation.

Procesador: Pentium (Compatible IBM).

Memoria: Simepi versión 2.0 requiere 16 megabytes de RAM (se recomienda 32Mbytes).

Espacio en disco: El software ocupa aproximadamente 30 Megabytes de espacio en el disco. El espacio libre en disco para los datos, va a depender del volumen de los mismos.

Monitor: SuperVGA.

Otros: Teclado y Mouse.

Software: Instalación previa de MapInfo MapX versión 3.0 o Superior (incluido en el CD de instalación del sistema). Nota: La instalación para Windows NT requiere instaladores de Simepi creados exclusivamente para Windows NT, por lo que la versión para Windows 95 no puede ser utilizada en esta plataforma. SIDIF de Venezuela, (1999).

2.10. Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Epidemiología: es el estudio de la distribución y determinantes de los fenómenos relacionados con la salud y enfermedad en la población. Malogón. G; Morera Galán y Laverde Gabriel. (1998).

Pabón Lasso. (1.987) **Epidemiología**: La determinación de las necesidades de la población con más detalle de definición, solo es posible haciendo encuestas clínico epidemiológicas entre los usuarios y los no usuarios de los servicios, encuestas que requieren asesoría de personal especializado en técnicas estadísticas.

Gestión: Acción tendientes a lograr metas definidas con recursos humanos y tecnológicos por parte de los encargados.

2.10.1. Información Clínica aplicada a la Gestión.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se define como: Mecanismo de recopilación, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se precisa para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios como también la investigación y formación de personal.

2.10.2. Servicios de Epidemiología e información Clínica.

Se incorporan los datos de los usuarios, pacientes hospitalizados y ambulatorios, como también de aquéllos de los centros de atención afiliados y de usuarios no enfermos; con el fin de informar a las divisiones encargadas de coordinar la asistencia de pacientes, la sección administrativa, la sección de investigación y docente.

Proceso de recolección de datos de los enfermos:

1. Recolección.
2. Codificación.
3. Ingreso a la base de datos del sistema.
4. Análisis de la información de acuerdo a los indicadores solicitados.
5. Publicación
6. Difusión de la información.

Eficacia: Beneficio obtenido de una acción aplicada en condiciones Ideales.

Efectividad: Beneficio obtenido de una acción aplicada en condiciones Reales.

Efectividad: Recursos requeridos para realizar una acción (relación costo/efectividad).

Resultado: Cambios obtenidos al final después de realizar alguna acción.

Los estudios experimentales son un paradigma de la investigación científica es la observación controlada a través de un experimento. La evidencia que se obtiene de los resultados de los experimentos es la más fidedigna y veraz.

Los experimentos epidemiológicos incluyen los ensayos clínicos (con pacientes como sujetos), los ensayos de campo (con sujetos

sanos) y los ensayos de intervención comunitaria (en los cuales la intervención se asigna a grupos de sujetos). Los ensayos clínicos tienen como meta la evaluación de uno o más nuevos tratamiento para una enfermedad en personas enfermas, los ensayos de campo difieren de los primeros en cuanto a que éstos el grupo de sujetos participantes no están enfermos y los ensayos de intervención comunitaria son una extensión de los ensayos de campo a grupos de personas es decir con base comunitaria.

2.10.3. El uso de la epidemiología.

En la gestión y administración: El principal objetivo de la prestación de los servicios de salud es la solución de las necesidades y problemas de la población, con el mejor aprovechamiento de la infraestructura y recursos humanos.

En la investigación etiológica: las causas de las enfermedades pueden ser investigadas mediante la observación de los fenómenos que ocurren naturalmente o mediante la experimentación.

En la evaluación de las prácticas médicas: La epidemiología Clínica tiene metodología estandarizada basada en las observaciones directas sobre los pacientes para encontrar respuestas válidas a las dudas que afloran en la práctica, las cuales con el esquema médico clásico no es posible.

En la docencia y programas d educación formal, su uso es cada vez mayor, La información de personal médico, paramédico y carreras administrativas se hace en gran parte en centros hospitalarios. La epidemiología contribuye a la evaluación, cuantificación y comparación de programas académicos. Los sistemas de información, bases de

datos de investigaciones publicadas y sistemas de consulta especializadas proveen conocimientos básicos y clínicos que permiten formar personal con la estructura conceptual sólida, clara y actual, y lo suficientemente flexible como para permitir cambios a medida que la evidencia se incorpore con el progreso de la investigación.

2.10.4. Aplicación de la epidemiología en la planeación y gestión de servicios de salud.

La prestación de los servicios de salud se planea de acuerdo a las necesidades de la población, involucrado todos los componentes con el fin de lograr los objetivos planteados.

Hay dos esquemas administrativos:

1. Funcionalista.
2. El orientado por procesos.

Funcionalista: contempla cinco puntos que son:

1. Planeación.
2. Organización.
3. Dirección.
4. Coordinación.
5. Control.

Los componentes del proceso de gestión son:

1. Técnicos.
2. Administrativos.
3. Políticos.

2.10.5. Planeación.

En la base de planeación, inicialmente se identifican las necesidades, estado de salud y problemas de la población donde se tomarán las acciones. Necesidad se define como un trastorno de salud percibido por el afectado y/o por el proveedor. El administrador requiere conocer en forma práctica las necesidades y problemas, ya que deberá que decidir cuáles servicios va a ofrecer y como.

Este proceso tiene en cuenta los siguientes pasos:

1. Descripción de las características de la población.
2. Descripción del estado de salud de la población: se describe los problemas de la salud población mediante tres métodos que son:
    - La aproximación por indicadores.
    - Por reconocimiento.
    - Por consenso.

2.11. El sistema de Vigilancia Epidemiológica esta formado por tres componentes:

Insumos----------Proceso---------Producto

En insumo entra los datos o información sobre el hecho de salud y el conocimiento epidemiológico sobre el hecho de salud que sirve de base para el análisis e interpretación de porque se da ese hecho de salud.

En el proceso se toman los datos y se analizan estadísticamente (cuadros, gráficos, etc.,) posterior a lo cual se analiza e interpreta desde el punto de vista epidemiológico para formular recomendaciones.

En el producto se encuentra el informe final donde se dan recomendaciones sobre las medidas de control a aplicar un hecho de salud.

Vigilancia Epidemiológica va dando lugar a la realización de investigaciones, porque la información final da origen a recomendaciones que van al sitio donde se generan los datos para mejorar los programas y permitir la introducción de progresos técnicos.

La notificación requerida en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica se obtiene por medio de:

1. La notificación: esta la realiza el centro de salud donde se presta el hecho de salud, para lo cual se han establecido las enfermedades catalogadas de denuncia Obligatoria Nacional e Internacional y la forma de la denuncia ya sea telefónicamente semanalmente o mensualmente.
2. Los registros de nacimiento, defunciones, etc.
3. Los rumores que se presentan en la comunidad donde se presta atención de salud
4. La investigación Epidemiológica ya que ayuda al conocimiento de la historias natural de las enfermedades.
5. Las encuestas que se realizan cuando la información obtenida es incompleta y se requiere otros datos.

Existe listas de enfermedades de Notificación Obligatoria Especiales, y son sometidas al sistema de vigilancia, ya que constituyen un problema de Salud Pública, por su alta incidencia, prevalecía y letalidad; estas son las siguientes:

1. Enfermedades que son objetivos de vigilancia a nivel internacional: Se notifican de forma inmediata a la OMS (ante las 24 horas) y pertenecen al Código Sanitario Internacional. Estas enfermedades son Viruela, Fiebre Amarilla, Peste y Cólera.
2. Enfermedades notificables en las América: Se notifican a la OPS y son la Influenza, Malaria, Polio (como parálisis Flácida), Tifus, Exantemáticos por piojos, Dengue y SIDA, se deben notificar antes de 48 horas.
3. Enfermedades de Notificación Nacional: Estas enfermedades dependen del país, en Venezuela se utilizan las enfermedades que se encuentran en el Telegrama semanal o EPI-12.

2.11.1. Manejo de Formulario.

A partir de le año 1990 se implanto un Sistema de Información Epidemiológica en Venezuela, con la finalidad de lograr que la información originada en el primer nivel de atención de salud (ambulatorios y hospitales), se presentara de manera oportuna, adecuada y fidedigna.

Por medio de los formularios se facilita la recolección de la información haciéndola manejable y sencilla para el momento de su análisis e interpretación.

Existen tres tipos de Formularios:

1-Formularios de Registros.

2-Formularios de Información

3-Formularios de Vigilancia Epidemiológico.

2.11.2. Formulario de registro.

A- EPI: Formulario de Registro Diario de Morbilidad, donde se registran la actividad que realiza el medio diariamente en la consulta; se toman los datos referentes a la fecha, establecimiento de salud, número que corresponde al paciente, nombre y apellido del paciente, edad, sexo, dirección, causa que motivo la consulta, se debe especificar el tipo de consulta "P" primera vez, "S" sucesiva, "X" enfermedades asociada, tratamiento indicado, observaciones, etc.

Este formulario es utilizado en Ambulatorios Rurales, Urbanos y en los Hospitales.

B-.EPI-11: formulario de tabulación diario para consolidar mensual, en este formulario se registra la actividad de la consulta, diaria del establecimiento de salud según el tipo de consulta, enfermedad, traumatismo o envenenamiento y causas externas de las lesiones, en cada día del mes. La fuente principal de información es el EPI-10. Se utiliza en los mismos establecimientos de salud que el anterior.

C- La tarjeta EPI-13ª registra los casos de las enfermedades notificables, para el epidemiólogo tome las medidas de control que amerite la enfermedad.

Por medio de esta pueden determinar las causas de mortalidad del Distrito Sanitario.

2.11.3. Formulario de información.

- Información especial o notificación inmediata, se debe realizar por la vía más rápidas y elaborar una ficha de investigación epidemiológica, este tipo de notificación se hace a partir del EPI.12 o telegrama semanal donde se especifica la lista de enfermedades de notificación obligatoria.
- Información semanal, se realiza sobre la base de las enfermedades de notificación obligatoria EPI-12, esta información se envía a nivel Distrital o a nivel jerárquico e inmediato superior comprende la lista de enfermedades de notificación especial y semanal según casos y muertes. En este se encuentra un total de 29 tipos de enfermedades por representar un gran peligro a grandes grupos de población y en cortos periodos de tiempo.
- Información mensual: Par obtener esta información se utilizan los formatos EPI-14 y EPI-15.

  El EPI-14: Es el informe consolidado de casos y muerte por enfermedades notificables según grupos de edad, se obtiene a partir de las tarjetas EPI-13ª y EPI-13B. Permite conocer los grupos de edad más afectados y las medidas de control a seguir dependiendo de la enfermedad.

  El EPI-15: El informe mensual de morbilidad, en el se consolidad la información mensual relacionada con las consultas diarias relacionadas por el médico en los diferentes establecimientos de salud.

Este informe permite conocer la morbilidad y la mortalidad, las inmunizaciones, pruebas biológicas aplicadas según las dosis y grupos susceptibles.

2.11.4. Formulario de vigilancia epidemiológica.

Es una herramienta que nos permite recoger la información en una forma estructurada y organizada, su objetivo es:

1- Recoger información en forma de cuadro
2- Mantenerla registrada y archivada para hacer utilizada en el momento oportuno

2.12. Los SILOS o Sistemas Locales de Salud.

El fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), para servir a una población determinada en una región específica, no consiste únicamente en una nueva división de las tareas administrativas del sector salud, ni tampoco en la reasignación de responsabilidades por los recursos de salud. Además, no se trata de un fenómeno aislado, puesto que este esfuerzo representa la repuesta del sector salud al proceso de democratización y descentralización. Barquín C. (1.992)

La descentralización es esencialmente un proceso político que implica un cambio en el uso y distribución del poder, ya sea dentro de un sector o en la sociedad como un todo. Como tal, requiere de una decisión política firme para transferir recursos financieros, humanos, tecnológicos u otros. Este proceso no llega a la automatización del sistema de salud; por el contrario, reforzará el todo al permitir que sus partes componentes operen de manera más eficaz y con complementariedad. La descentralización puede considerarse como una manera de identificar mejor las necesidades locales y responder más adecuadamente a ellas, y es también una forma de mejorar la gestión de los recursos. No obstante, Quizá lo más importante es que constituye un medio esencial de establecer la participación de la comunidad y la autoconfianza local. La participación social es un factor clave para el desarrollo de los sistemas locales de salud y para el logro de la cobertura universal y la eficiencia en los servicios de salud en países en desarrollo.

El sistema local debe articular todos los recursos de salud de una zona determinada de manera que utilicen en forma más efectiva y pueda

adaptarse a la realidad local. Sobre todo, debe establecer y fomentar una relación de responsabilidad mutua con la población a la que sirve.

El sistema local puede promover una participación más activa de la comunidad en la promoción de la salud y en la entrega de los servicios, y también asegurar la responsabilidad social y administrativa que resulta tan esencial para lograr servicios eficientes y eficaces. Barquín C.

2.12.1. Aspectos a considerar para el desarrollo de los SILOS.

El desarrollo de los SILOS no puede verse en forma aislada; ya se ha mencionado que significan la respuesta del sector salud a los procesos de democratización y descentralización del Estado. Representa, además una respuesta interna del sector para lograr una mayor equidad, eficacia y eficiencia en sus acciones.

Con base en este enfoque, se pueden identificar 10 aspectos fundamentales para su desarrollo.

1. La reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo de los SILOS.
2. La descentralización y desconcentración.
3. La participación social.
4. La intersectorialidad.
5. La reeducación de los mecanismos de financiamiento.
6. El desarrollo de un nuevo modelo de atención.
7. La integración de los programas de prevención y control.
8. El refuerzo de la capacidad administrativa.
9. La capacitación de la fuerza de trabajo en salud.
10. La investigación.

La reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo de los SILOS. El reforzamiento de la capacidad y el liderazgo del nivel central es un aspecto fundamental para la conducción de los procesos tendientes al desarrollo de los SILOS.

El ministerio de salud, como entidad rectora del sector, debe tener la capacidad de orientar la acción de las demás instituciones, organizaciones y personas, en el sentido de la política nacional de salud y de las políticas de desarrollo socioeconómico del gobierno dentro de los procesos definidos de democratización, descentralización y desconcentración.

La conducción sectorial debe acompañarse del desarrollo del liderazgo en salud, por lo cual es necesario promover un desarrollo de los recursos humanos que contemple los aspectos de planificación, formación, capacitación y utilización del personal.

Esta función rectora de conducción del sector es lo que le otorgará la debida coherencia al desarrollo de los SILOS, asegurando la capacidad redistributiva de los recursos para satisfacer las necesidades diferentes de poblaciones con mayores riesgos, aplicando el principio de la equidad.

Equidad: Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.

La centralización en lo político normativo debe asegurarse también la capacidad redistributiva en todo el sistema para evitar el crecimiento y profundización de desigualdades entre los SILOS.

La descentralización como la desconcentración representa modelos de gestión vinculados con la eficacia y eficiencia de las organizaciones y no deben concebirse como conflictivas o excluyentes. El uso oportuno y adecuado permitirá resolver problemas concretos de organización de servicios de salud, recordando que lo que interesa es obtener el fortalecimiento del sistema de salud y la capacidad resolutiva de los niveles locales. Guerra de Macedo. (1989).

Un sector público con escasa regulación de estos procesos, o con una deficiente instrumentación técnica legal, constituye un obstáculo para las formas de gestión de servicios gubernamentales. Las políticas globales de organización gubernamental y los marcos normativos de tipo técnico y jurídico son entonces los principales factores facilitadores u obstaculizantes que influyen en los sistemas de salud.

2.12.2. La Participación Social.

El siguiente aspecto fundamental para el desarrollo de los SILOS lo constituye el apoyo a los procesos de participación social. La activación de la participación social y su dirección hacia ala atención a la salud requiere de estrategias flexibles, grupos formales e informales e instituciones sectoriales presentes en el territorio.

La estrategia para tal fin debe viabilizar la deliberación entre el conjunto de actores organizados, comunitarios e institucionales. Los procesos de deliberación y concertación se deben apoyar en las consultas continuas a la población a través de las organizaciones existentes en los SILOS.

2.12.3. La intersectorialidad.

El desarrollo de políticas de salud de carácter intersectorial como una estrategia básica de la atención primaria, deberá encontrar un adecuado ámbito de ejecución a nivel local. Todo esfuerzo de desarrollo del sistema con un enfoque amplio exigirá la conjunción de todas las fuerzas sociales y económicas con el propósito del bienestar colectivo. La Intersectorialidad y la participación social son así dos fuerzas fundamentales para el desarrollo en los SILOS.

A nivel comunitario, el enfoque intersectorial debe expresarse en atención integral de las necesidades básicas, particularmente de los grandes grupos poblacionales que tienen menos acceso a los beneficios del desarrollo.

2.12.4. Readecuación de los mecanismos de financiación.

El debate sobre los montos a destinar para la salud, las fuentes de financiación y loa distribución de los recursos debe realizarse teniendo en consideración los procesos de desarrollo local y de descentralización. (Cuantitativo o Cualitativo)

La participación coordinada de fondos del estado provenientes de rentas generales, las distintas formas de seguridad social y las nuevas formas de recaudación y utilización de fondos adicionales deberán asegurar una cobertura total que otorgue prioridad a los SILOS y a los grupos de población más necesitados.

2.12.5. Desarrollo de un nuevo modelo de atención.

El desarrollo de los SILOS no debe limitarse a una simple división del trabajo dentro de un esquema descentralizado de gobierno, debe constituirse en un proceso de cambio fundamental en los procedimientos técnicos de prestación de los servicios, en el uso de las tecnologías disponibles, en la integración de los conocimientos, en la forma de utilización de los recursos y en la forma de concretar la participación social. Con base en estos elementos puede definirse un conjunto de metodologías y principios básicos para facilitar el desarrollo de estos nuevos modelos de atención.

El desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS), deben partir del análisis del nivel de recursos y atención, proyectando y calificando las condiciones de riesgo, con el fin de orientar la definición de prioridades, la organización y la utilización de los recursos disponibles.

Con el fin de facilitar la programación local y la evaluación de los servicios de salud, los SILOS se deben subdividir en unidades geográficas mínimas de análisis, teniendo en cuenta las características de la estructura de los servicios de salud y la distribución de los grupos de población.

El desarrollo de la capacidad analítica de los SILOS contribuirá mejor la información requerida y permitirá análisis cada vez más pertinentes y relevantes. Deberán organizarse teniendo en cuenta toda la población y sus necesidades prioritarias, con base en un proceso participativo de programación que incluya todos los recursos disponibles y defina las actividades por realizar, las metas de cobertura e impacto, y el ajuste de éstas de acuerdo con evaluaciones estratégicas permanentes.

Toda familia y grupo de la población deben tener en forma explícita recursos y personal de salud asignada que les brinden atención, a nivel institucional o comunitario, organizados en una red de servicios coordinados, con los grados de complejidad necesarios para responder a las necesidades de la población.

Se buscará así la mejor manera de coordinar todos los recursos existentes, los del gobierno nacional y local, la seguridad social y la actividad privada, a fin de lograr una estrategia compartida de acción.

La red de servicios en su conjunto debe asumir la responsabilidad de otorgar atención integral a toda la población.

A la satisfacción de la demanda de la población a su cargo se le debe agregar la complementariedad con los otros servicios de la red, que genera cambios en la cantidad y calidad de servicios y obliga a buscar innovaciones en la organización. El servicio de salud se debe organizar para alterar favorablemente el perfil epidemiológico de la población con respecto a los riesgos y problemas de salud colectivos e individuales. La evolución del impacto y la calidad de la atención debe ser práctica permanente.

Los SILOS deben poner en práctica, dentro de su territorio, procesos de delegación de autoridad, descentralización y desconcentración como forma adecuada de distribuir responsabilidades y agilizar la gestión Técnico.-administrativa.

2.12.6. Integración de los programas de prevención y control.

El ámbito de trabajo de los SILOS debe otorgar la oportunidad de concretar la unificación de los esfuerzos de la comunidad y de los recursos del sector, en acciones conjuntas de salud. Los sistemas locales de salud se vuelven más concretas la posibilidad de articular el desarrollo de programas que buscan atender las necesidades de la población, con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente para la producción de los servicios necesarios.

La capacidad básica de repuesta de los recursos que componen la red de servicios debe incluir el conjunto de programas y actividades que se definen para la solución de los problemas de salud prioritarios de la comunidad, con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud de los grupos humanos vulnerables y de reorganizar los recursos hacia los principales problemas en el ámbito local.

2.12.7. Refuerzo de la capacidad administrativa.

En cuanto al desarrollo de la capacidad de administración y de gerencia de los sistemas de salud, cabe apuntar que el logro de la meta de una cobertura total, equitativa y eficiente, en el contexto político- económico de los países, depende en gran parte del incremento que se logre en la capacidad operativa de los servicios y en la racionalización del gasto que se obtenga.

2.12.8. Gerencia.

La acción que viabiliza la optimización de los recursos para lograr los objetivos de las instituciones de salud.

Implica un proceso continuo de planificación, programación, organización y coordinación de recursos para el desarrollo de las actividades, bajo una dirección adecuada en la ejecución y en presencia de permanente supervisión, seguimiento y evaluación.

Los sistemas locales de salud deben poseer una capacidad administrativa tal que permita un apoyo adecuado a la prestación de servicios en relación al tamaño de la población correspondiente a un área geográfica determinada. Dicha capacidad administrativa debe estar definida por la satisfacción de algunos requisitos mínimos, como:

- Una unidad de conducción técnico-administrativo, con recursos humanos adecuadamente adiestrados, que cubra la administración general de los servicios, que ocupe del sistema de información y atienda los servicios de apoyo.
- Un sistema de información que permita recolectar datos sobre el nivel de recursos para la salud y la prestación de servicios, que incorpore el análisis epidemiológico y administrativo de esa información y lo utilice en el proceso de gestión.

- La dotación básica de recursos físicos e insumos críticos que permita ejecutar las actividades mencionadas.
- Capacidad de ejecutar y coordinar recursos financieros para el desarrollo de actividades a nivel local.
- Capacidad de articular las actividades de atención de la salud con el proceso de organización de la comunidad para la promoción de la salud en el área.

2.12.9. Capacitación de la fuerza de trabajo.

El desafío de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2.000 impone, entre otros aspectos, la necesidad de promover estudios y desarrollar procedimientos que posibiliten la utilización más racional del personal existente, asegurando la educación permanente de los recursos humanos ya incorporados a la fuerza de trabajo sectorial.

El personal de salud y la comunidad requieren nuevos procesos de comunicación, integración y colaboración, tendientes a incidir en los problemas de la salud, en sus factores determinantes y en la dinámica comunitaria.

2.12.10. La investigación de los SILOS.

Deberá realizarse en coordinación fundamentalmente con los prestadores de los servicios, la comunidad y los usuarios, facilitándose de esta manera la posibilidad de que sus resultados sirvan para implantar

acciones correctivas a fin de mejorar la salud de la población. Debe acompañarse de nuevos modelos operativos o sus componentes críticos y que evalúen la equidad lograda, la eficiencia y calidad, la cobertura obtenida, la eficiencia en el uso de los recursos, como el grado de participación social logrado y el impacto o efecto en la comunidad.

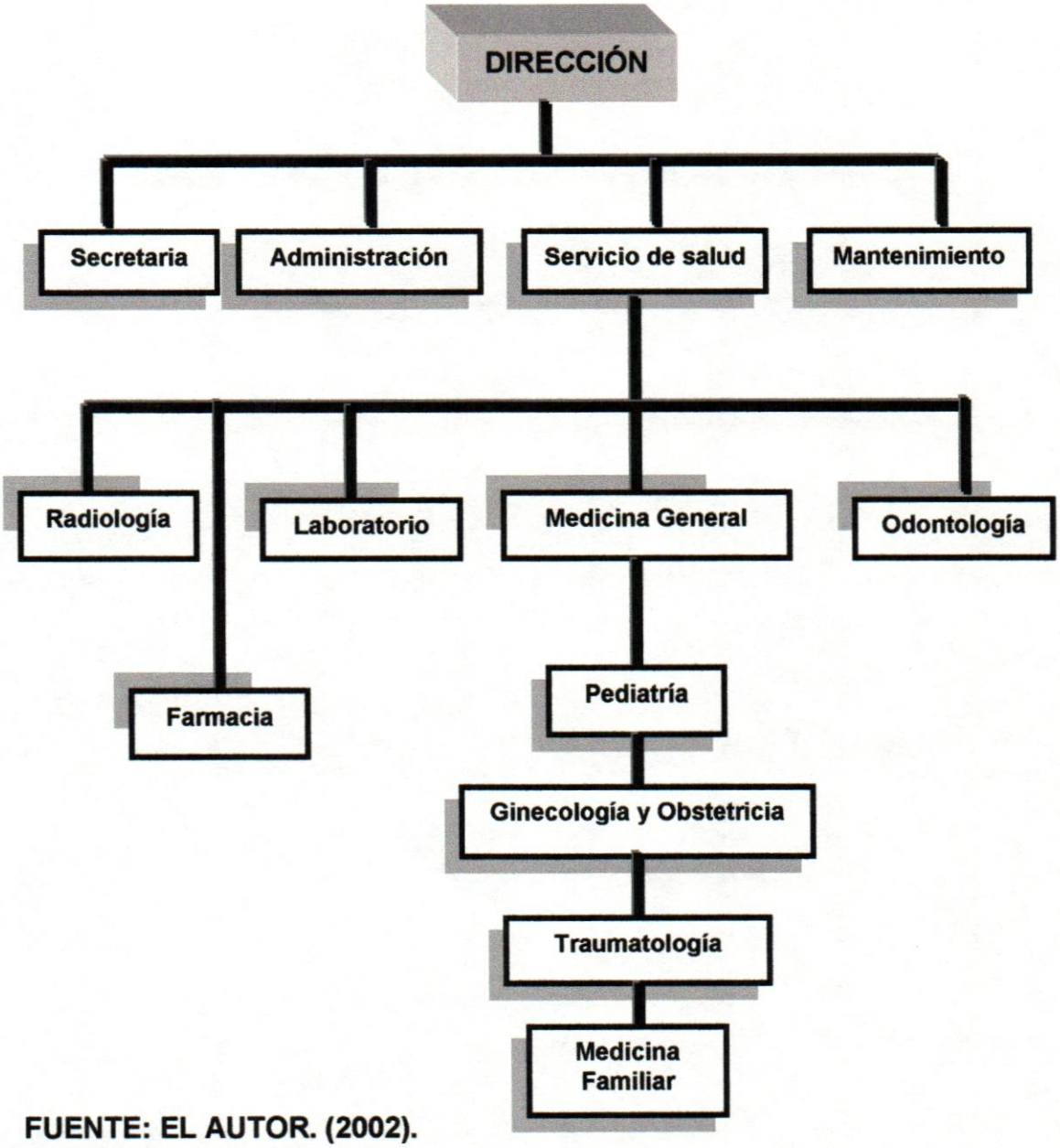
Teniendo en cuenta la necesidad de continuar y profundizar en el desarrollo de modelos innovadores de prestación de servicios médicos a nivel de los SILOS.

2.13. Organigrama del Centro de Salud Integral Comunitario Camurí Grande.

Organigrama es el diagrama que representa la estructura formal de la empresa. "Descripción de la organización". "Descripción de las unidades administrativas de una empresa". Es la fotografía o la representación estática de la estructura formal de una organización que se encuentra en permanente proceso de cambio. "Esqueleto de la organización".

Organigrama es considerado como un instrumento metodológico de la administración, ya que sirve tanto para su análisis teórico como para instrumentar acciones prácticas en la misma. El organigrama debe permitir la visualización simple y directa de la estructura de la organización. Marcano V. Ángel. (1.999)

TABLA Nº VI. ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIO CAMURÍ GRANDE (C.S.I.C.C.G.).



FUENTE: EL AUTOR. (2002).

TABLA NºVII. FLUJOGRAMA DEL RECORRIDO DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIO CAMURÍ GRANDE (C.S.I.C.C.G).

FUENTE: EL AUTOR. (2002)

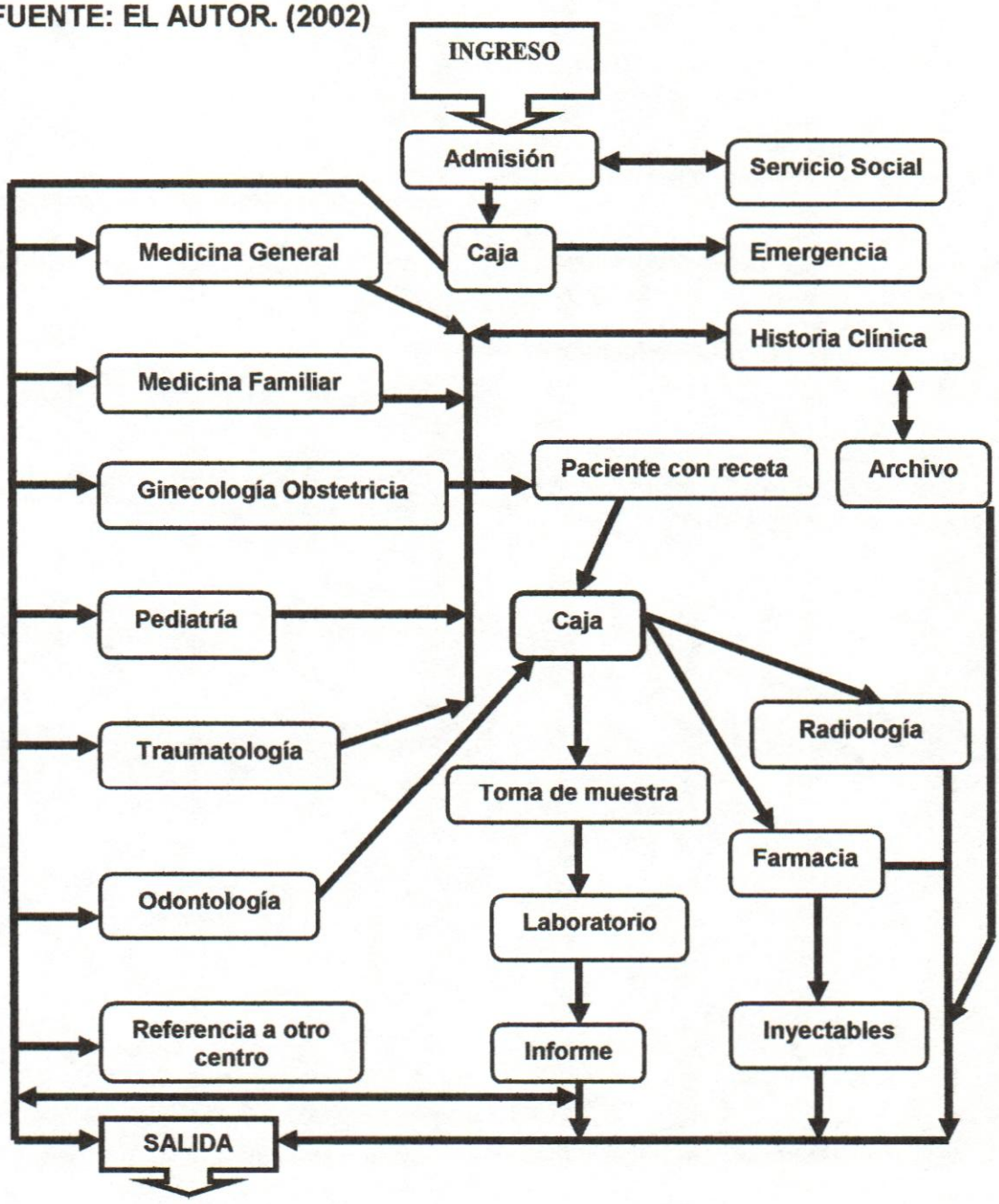
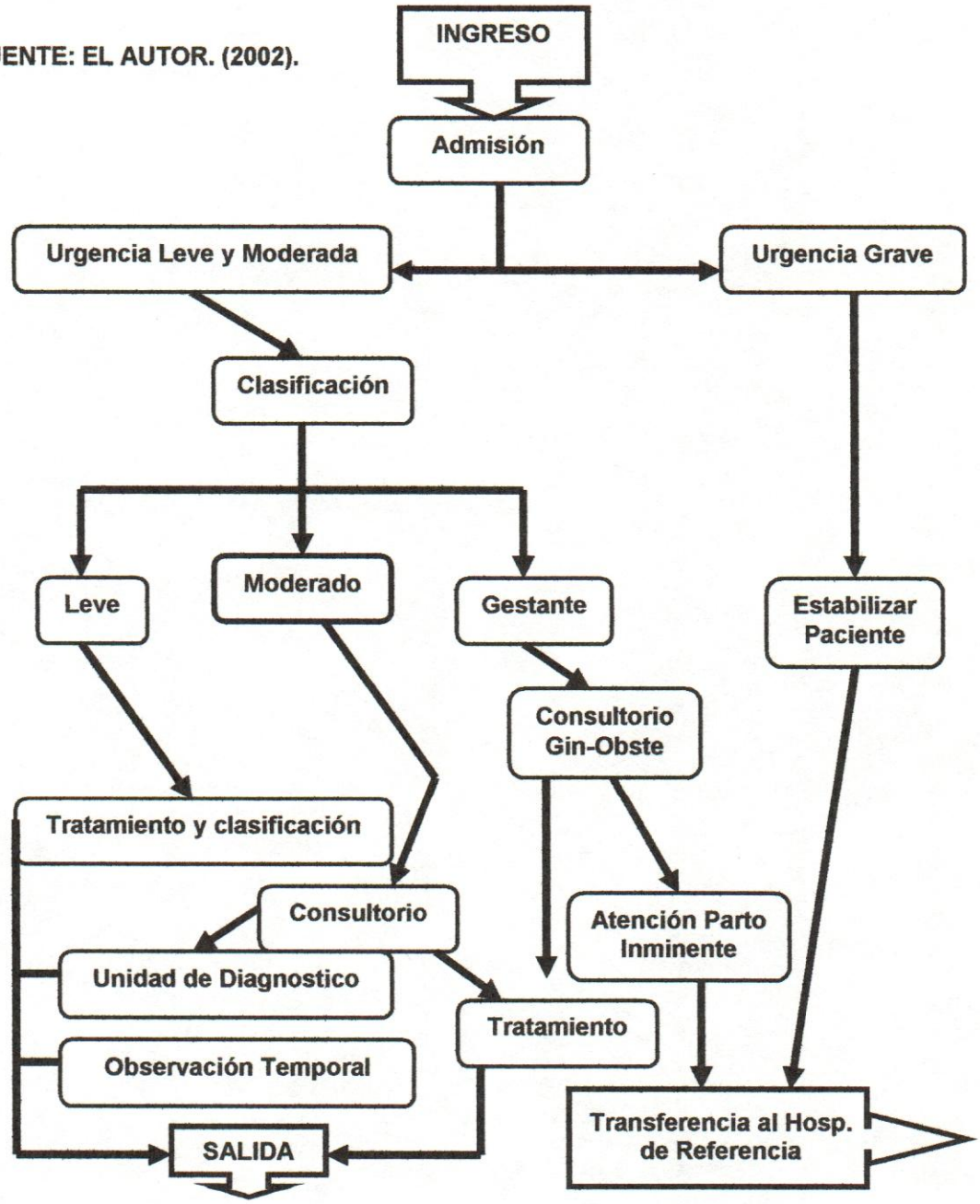


TABLA NºVIII. FLUJOGRAMA DEL TRANSITO DEL PACIENTE EN LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIO CAMURÍ GRANDE (CSICCG).

FUENTE: EL AUTOR. (2002).



CAPÍTULO III.

Conclusiones

3.1. Conclusiones.

La atención primaria de salud es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación.

La atención primaria de salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud, Centro de Salud Integral Comunitario Camurí Grande.

La determinación de los objetivos sociales, el mejoramiento de la calidad de la vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos, esos objetivos se alcanzan con la aplicación de medios sociales, como la aceptación de una mayor responsabilidad en materia de salud por parte de las comunidades. Cuanto mejor sea el estado de salud de la población, más probables será que esa población contribuya al desarrollo social y económico de la comunidad, tendrán mayores probabilidades de ser eficaces.

Es importante que todos los niveles del sistema de salud revisen con espíritu crítico sus métodos, técnicas, equipos y medicamentos, con el propósito de utilizar las tecnologías de valores probados y de costo

proporcionado a los recursos disponibles. La atención primaria de salud está a cargo de agentes sanitarios de la comunidad, es importante que ese personal comprenda las verdaderas necesidades sanitarias de la comunidad y que se gane la confianza de la población de Camurí Grande y de las demás localidades vecinas. La planificación coordinada, a nivel comunitario, permitirá vincular estrechamente la atención con otros sectores, aunando así los esfuerzos para el mejoramiento colectivo.

Los representantes de la comunidad en la administración local deben velar por que los intereses comunitarios se tengan debidamente en cuenta al planificar y ejecutar programas de desarrollo de gran importancia es el principio de que los servicios deben responder de su gestión ante la comunidad a que sirven, en particular al uso que se haga de los recursos que las comunidades hayan invertido.

El personal de salud forma también parte de la comunidad en que vive y trabaja y debe mantener con ella un dialogo continuo para armonizar opiniones y actividades concernientes a la atención, esto permite que el personal de salud conozca el sentir de la comunidad, las razones de su punto de vista, sus problemas, sus niveles de aspiraciones y su organización.

La comunidad puede participar en muchas etapas o fases de la atención médica; primero intervenir en la evaluación de la situación, la definición de los problemas de la comunidad de Camurí Grande y el señalamiento de prioridades.

La población es el recurso más importante de todo Camurí Grande y los otros pueblos al alrededor de el, como los visitantes de fin de semana

que acuden a las playas que utilizan este servicio médicos. Para esto es necesario que los individuos y sus familias estén dispuestos a asumir una mayor responsabilidad en el mantenimiento de su propia salud y su participación activa para resolverlos.

Las actividades de la atención de salud a la comunidad necesitarán el apoyo de otros servicios que ocupan distintos niveles en el sector salud ya mencionados.

Esos servicios de consultas y referencias a otros centros, están atendido por un personal más capacitado que está en condiciones de ocuparse de una gama cada vez más amplia de intervenciones especializadas que requieren una tecnología más elaborada de la que puede proporcionarse en el nivel de la comunidad. Los establecimientos tendrán que dar orientación sobre medidas sanitarias y habrán de difundir información sobre métodos de lucha contra las enfermedades, que se adapten a las condiciones locales. Tendrán que prestarse apoyo logístico en el abastecimiento de plaguicidas, medicamentos y equipos sanitario y médico.

El diagnostico de la estructura y sus indicadores de salud en la organización del Servicio Médico del Centro de Salud Integral Comunitario Camurí Grande. (C.S.I.C.C.G.). Es de provecho a la comunidad tengan el conocimientos del manejo de los indicadores que constituyen valiosos instrumentos para obtener la información efectiva de las actividades que identifican la gestión administrativo asistencial de todos los servicios médico, la organización de los recursos que deben asignarse y administrarse al dispensario de Camurí Grande, capaces de satisfacerse las necesidades y demandas de la población.

La racionalidad y todos los cálculos y estimaciones dirigidas a obtener los mejores resultados de gestión y hacer posible un modelo operativo apropiado a la toma de decisiones en el nivel gerencial normativo.

La determinación de las normas legales que regula el funcionamiento de los Servicios Médicos en Venezuela para el funcionamiento del Centro asistencial y sus reglamentos que la rigen son importante que el personal administrativo y el personal médico los maneje y tengan conocimientos del mismo, lo conozca la comunidad local y vecinas la maneje para mayor conocimiento de sus limitaciones de la atención primaria, en la atención primaria de salud es importante el manejo del Ambulatorios Tipo I, conocer sus características que es la de prestar atención médica integral de nivel primario, y que serán atendidos por médicos generales y familiares y dentro de su organización puede contar con servicio odontológico y psico-social, con la capacitación de su personal administrativo, profesional médico, enfermeras y paramédicos y obreros en otras palabras el fortalecimiento del personal del dispensario de Camurí Grande.

ANEXOS

ANEXOS **Paginas**

A. Relación de Indicadores y Estándares de Calidad de la Atención Médica 108
A.1. Demanda 109
A.2. Oferta 112
A.3. Proceso 114
A.4. Resultados 116
A.5. Impacto 118
B. Sistema de Información Médico Epidemiológica y Promoción Integral. Simepi. V.2.0. 119
B.1. Datos del Consultante. Simepi V.2.0. 121
B.2. Ubicación Geográfico. Simepi. V.2.0. 122
C. La Gestión Integral de los Servicios de Salud. 123

ANEXO A.1.

INDICADORES DE LA DEMANDA

- Usuarios (variables primarias)

- Morbilidad Institucional: Consulta Externa
  Urgencias y Hospitalización
  (Variable secundarias)

- Edad (Grupos Epidemiológicos) (variable terciaria)

- Sexo – Zona.-.Región Geográfica (variable cuaternaria)

- Nivel Social-Económico Cultural y Ocupación (Variables finales)

FUENTE: Galán Morera Ricardo, M.D., M.S.P. (1996)

Ítem	*Definición del Indicador*	Fórmula	Periodicidad	Fuente
1.1	**Usuarios** Proporción de usuarios del Hospital, clasificados por categorías.	N° de Usuarios Cat. A x 100 Total de usuarios	M es	Archivo
1.2	**Morbilidad de Consulta Externa** Se establece las causas por las cuales el usuario del hospital, consulta ambulatoriamente ordenando en forma prioritaria los diez primeros diagnósticos por edad, sexo y tipo de usuario.	Listado de los diez primeros diagnósticos de Consulta Externa según numero por edad, sexo y tipo de usuario.	M es	Archivo
1.3	**Urgencias** Se establece las causas por las cuales el usuario del hospital consulta en urgencias, ordenando en forma prioritaria los diez primeros diagnósticos por edad, sexo y tipo de usuario.	Listado de los diez primeros diagnósticos de consulta en urgencias según numero por edad, sexo y tipo de usuario.	M es	Archivo
1.4	**Hospitalización** Se establecen las causas por las cuales el usuario se hospitaliza ordenando en forma prioritaria los diez primeros diagnósticos por edad, sexo y tipo de usuario.	Listado de los diez primeros diagnósticos de hospitalización según numero de edad, sexo y tipo de usuario.	M es	Archivo
1.5	**Consulta Odontológica** Se establecen las causas por las cuales el usuario del hospital consulta los servicios odontológicos, ordenando en forma prioritaria los diez primeros diagnósticos por edad, sexo y tipo de usuario.	Listado de los diez primeros diagnósticos de consulta externa según numero por edad, sexo y tipo de usuario.	M es	Archivo
1.6	**Consulta de Urgencias Odontológicas** Se establecen las causas por las cuales el usuario del hospital, consulta por urgencias odontológicas, ordenando en forma prioritaria los diez primeros diagnósticos por edad, sexo y tipo de usuario.	Listado de los diez primeros diagnósticos de consulta de urgencias odontológicas según numero por edad, sexo y tipo de, usuario.	M es	Archivo
1.7	**Mortalidad Institucional ** Causas** Se establecen las causas de muerte por periodos anuales teniendo en cuenta a edad, sexo y tipo de usuario.	Listado de los diez primeros diagnósticos de consulta externa según numero por edad, sexo y tipo de usuario.	M es	Archivo
1.8	**Tasa de Mortalidad Institucional** Relaciona el número de defunciones por periodos anuales con el volumen de usuarios.	N° de defunciones por cualquier causa durante el último año x 100 Total de usuarios	Año	Archivo
1.9	**Tasa de Letalidad** Relaciona el número de defunciones por determinado diagnóstico en un año con el total de enfermos de la misma patología.	N° de defunciones de determinada patología en un año x 100 Total de enfermos en un año	Año	Archivo

Ítem	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad	Fuente
1.10	**Demanda Efectiva** Relaciona el número de usuarios que demandan atención médica odontológica durante el último año, con el total de la población de usuarios a mitad de período. Se debe especificar por tipos de atención: consulta externa, urgencias, hospitalización, consulta odontológica y urgencias odontológicas.	N' de usuarios que demandan atención de consulta externa x 100 Total de la población de usuarios a mitad de periodo	Año	Archivo
1.11	**Demanda Efectiva Atendida** Relaciona el número de usuarios de ¡hospital que recibieron atención médica-odontológica durante el último año, con el total de la población de usuarios que solicitaron servicios.	N' de usuarios que reciben atención de consulta externa x 100 Total de la población de usuarios Que solicitaron servicios en el mismo año	Año	Archivo
1.12	**Edad** Proporción de usuarios o beneficiarios por grupos de edad. Se establece la estructura teniendo en cuenta los grupos de edad.	N' de usuarios de un mes (Neonato) x 100 Total de usuarios	Mes	Archivo
1.13	Sexo Proporción de usuarios según sexo.	N° de usuarios hombres o mujeres x 100 Total de usuarios	Año	Archivo
1.14	**Procedencia** Proporción de usuarios según residencia habitual.	N de usuarios según última estadía x 100 Total de usuarios	Año	Archivo
1.15	**Educación** Proporción de usuarios según nivel educativo teniendo en cuenta la siguiente escala: - Primaria incompleta. - Primaria completa. - Secundaria incompleta. - Secundaria completa. - Universitaria incompleta. - Universitaria completa.	N° de usuarios según nivel educativo x 100 Total de usuarios	Año	Archivo
1.16	Ocupación Establece la proporción de usuarios según ocupación (clasificación internacional)	N' de usuarios administradores x 100 Total de usuarios	Año	Archivo

ANEXO A.2.

OFERTA

- ☆ Organización Funcional (Manual de Funciones y de Procedimientos)

- ☆ Organización Estructural (Organigrama)

- ☆ Recursos Humanos (administración y asistenciales)

- ☆ Recursos Físicos: Planta
  Dotación
  Insumos
  Equipos e instrumental

- ☆ Recursos Financieros: Funcionamiento
  Inversión

- ☆ Sistema de Información

Ítem	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad	Fuente
2.1	***Organización Funcional*** Establece las funciones del personal técnico, asistencial y administrativo vinculado al hospital. Se identifican los manuales de procedimientos.	Análisis del manual de funciones del personal vinculado a actividades asistenciales, docentes, investigativas y administrativas. Análisis de manuales de procedimientos científico y administrativo	Corte Transversal	Investigación
2.2	***Organizacional Estructural*** Define los niveles jerárquicos y de decisión en el hospital en actividades científicas (asistenciales, docentes e investigativas) y administrativas	Análisis del Organigrama	Corte Transversal	Investigación
2.3	***Recursos Humanos*** Determina el número de horas contratadas por tiempos completos según se trate de personal ejecutivo, profesional, técnico, operativo y administrativo por población de usuarios.	N° de horas contratadas a la semana equivalentes a tiempos completos por tipo de profesión ——————— Total de población de usuarios	Año	Archivo o Investigación
2.4	***Recursos Físicos*** Determina el número de camas hospitalarias y de consultorios disponibles.	N° de recursos físicos definidos ——————— Total de población de usuarios	Semestre	Archivo
2.5	***Presupuesto de Funcionamiento*** Define la cuantía del presupuesto de funcionamiento incluyendo los rubros: servicios personales y gastos generales.	Análisis del presupuesto de funcionamiento de los programas relacionados con las actividades intermedias y finales y los servicios personales y gastos generales.	Corte Transversal	Investigación
2.6	***Venta de Servicios*** Se establece las relaciones contractuales y los términos de referencia administrativos y asistenciales de los organismos, empresas o instituciones a las cuales el hospital vende servicios médico – asistenciales	Análisis de los contratos del hospital con organismos, empresas o instituciones publicas o privadas	Corte Transversal	Estudio especifico
2.7	***Sistema de Información*** Corresponde al sistema vigente en los servicios, así como a las variables consignadas en el presente documento	Listado de registros por tipo de información y periodicidad.	Corte Transversal	Investigación

ANEXO A.3.

PROCESO

☺ Prestación de Servicios:

- Recursos Humanos
- Recursos Físicos
- Recursos Económicos

☺ Recepción de Servicios:

- Actividades Intermedias
- Actividades Finales

☺ Costos: Productividad - Rendimiento

Item.	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad	Fuente
3.1	***Prestación de Servicios*** Los indicadores de este componente permitirán conocer la secuencia de los pasos que debe seguir todo usuario para solicitar y recibir atención de consulta externa, urgencias, consulta odontológica, imágenes diagnósticas, laboratorios y demás exámenes paraclinicos, servicio de farmacia y hospitalización.	Esquematizar en forma secuente los pasos seguidos en un determinado proceso, identificando los promedios de tiempo por actividad y los periodos de espera, mediante el diligenciamiento de los formularios de estudio sobre flujo de pacientes respectivos.	Transversal	Investigación
3.2	3.2.1 - *Recursos Humanos* Establece la interacción del recurso humano y el volumen de actividades intermedias y finales realizadas.	N° de tiempos completos médico, etc. / N° de consultas	Año	Archivo
	3.2.2 – *Recursos Físicos* Establece la interacción del recurso físico y el volumen de actividades intermedias y finales realizadas.	N° de camas y consultorios existentes / N° egresos y consultas	Año	Archivo
	3.2.3 – *Recursos Económicos* Establece la interacción del recurso económico y el volumen de actividades intermedias y finales realizadas.	Valor gastado / N° de actividades intermedias y finales	Año	Archivo
	3.2.4 – *Recursos Humanos vs. Recursos Económicos*	Valor total horas mes / Total horas contratadas: médicos, etc.	Mes	Investigación
	3.2.5 – *Recursos Humanos vs. Recursos Físicos*	N° de tiempos completos médico, etc. / N° de camas/ N° de consultorios	Mes	Investigación
	3.2.6 - *Recursos Físicos vs. Recursos Económicos*	Valor camas y consultorios / N° egresos y consultas	Año	Archivo
3.3	***Costos de Atención*** Se analizan los costos de las siguientes actividades: 3.3.1 – *Intermedios* - Exámenes de laboratorio	N° exámenes de laboratorio / Total gastado	Año	Archivo

ANEXO A.4

RESULTADOS

- Actividades Intermedias:
  - Laboratorio Clínico
  - Imágenes diagnósticas
  - Endoscopias
  - Electromedicina
  - Exámenes de Anatomía Patológicas
  - Otros exámenes paraclínicos

- Actividades Finales:
  - Consultas realizadas
  - Cirugías Ambulatorias
  - Egresos Hospitalarios

- Urgencias Atendidas

- Cobertura

- Concentración

- Costo – Beneficio

- Costos por actividades intermedias y finales

Ítem	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad	Fuente
4.1	***Concentración*** Se define como el numero de veces que se presta un determinado servicio a un mismo usuario	Total de cirugías u hospitalizaciones mes/año Total de personas atendidas mes/año	Año/ Mes	Archivo
4.2	***Oportunidad*** Se establece el tiempo transcurrido entre la solicitud del servicio y el momento en que el usuario lo recibe.	Fecha de recepción menos fecha de solicitud.	Año	Investigación
4.3	***Utilización*** Es la relación entre el número de recursos utilizados y el número de recursos disponibles.	Cantidad de recursos utilizados x 100 Total de recursos disponibles	Año	Investigación

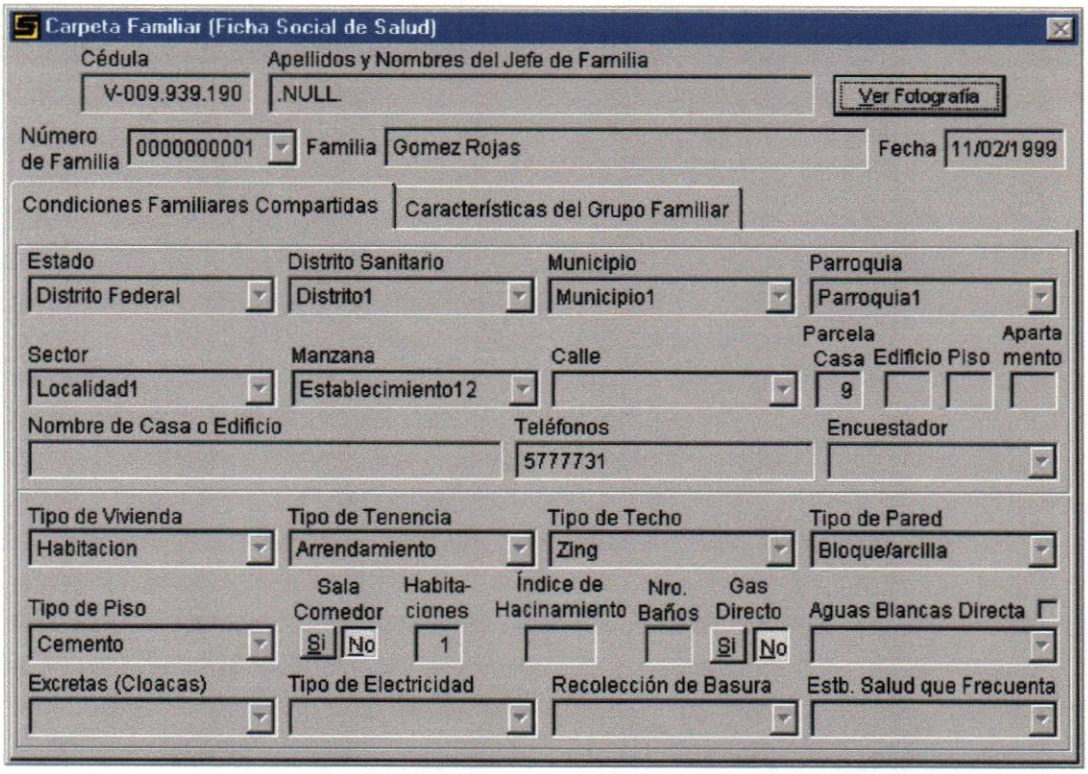
ANEXO A.5.

IMPACTO.

- Cambio de Riesgo de Enfermar y Morir.
- Calidad de Atención Médica.
- Coste – Efecto.
- Cambio de Actitud de Usuarios.
- Cambio de Actitud de Funcionarios.

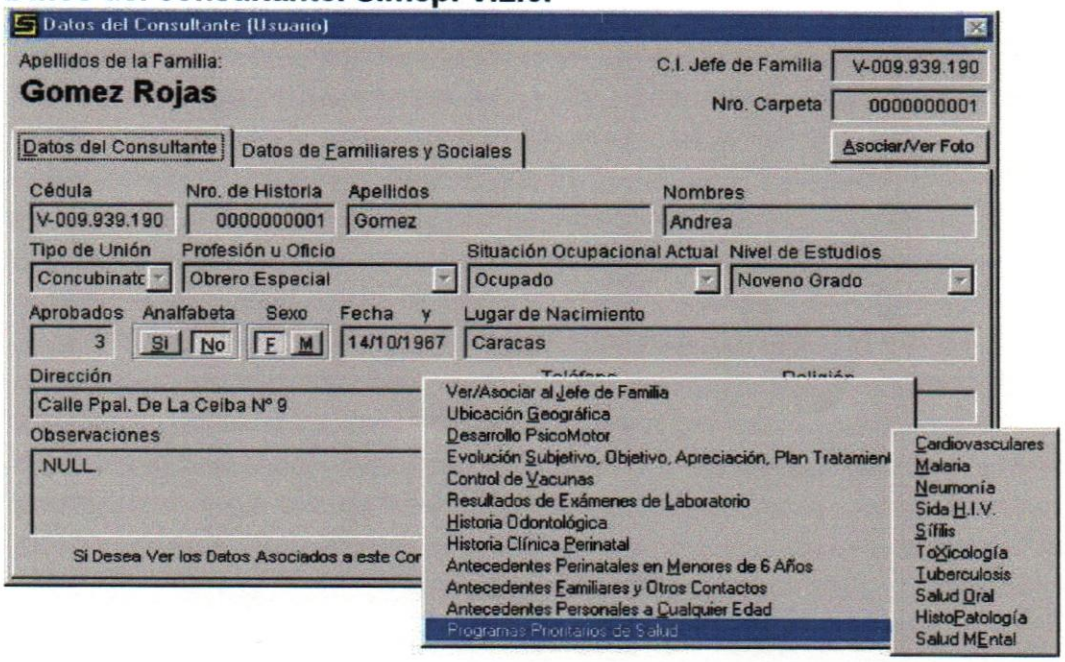
Ítem	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad	Fuente
5.1	***Impacto*** Cambios de Riesgo de Enfermar y Morir (morbimortalidad e incapacidad)	Cálculo de las tasas que se mencionaron como indicadores de demanda (ver demanda)	Año	Archivo
5.2	***Morbilidad Quirúrgica***	Diez primeros diagnósticos de cirugía según grupo de edad y sexo. Estudio comparativo de 3 a 5 años.	Año	Archivo
5.3	***Morbilidad Hospitalaria***	Diez primeros diagnósticos de egresos hospitalarios según grupo de edad y sexo. Estudio comparativo de 3 a 5 años.	Mes	Archivo
5.4	***Tasa de Mortalidad*** Relación de defunciones por cirugía u hospitalización en un año.	N' de defunciones al año por cirugía, por hospitalización, etc. x 100 / Total de personas atendidas	Año	Archivo
5.5	***Cambio de Actitud del Usuario*** Identifica los cambios de actitud de los usuarios frente a la cobertura y a la calidad de la atención recibida.	Encuesta de opinión	Año	Investigación
5.6	***Costo - Efecto*** Es la cantidad de unidades monetarias gastadas para modificar la tasa de morbilidad e incapacidad.	Unidades monetarias gastadas en un período de tiempo / Diferencia de las tasas observadas a la iniciación del período	Año	Investigación
5.7	***Satisfacción*** Es el cumplimiento de las experiencias de los usuarios en la prestación de un determinado servicio y viceversa.	N' de personas satisfechas x 100 / N' de personas atendidas	Año	Investigación

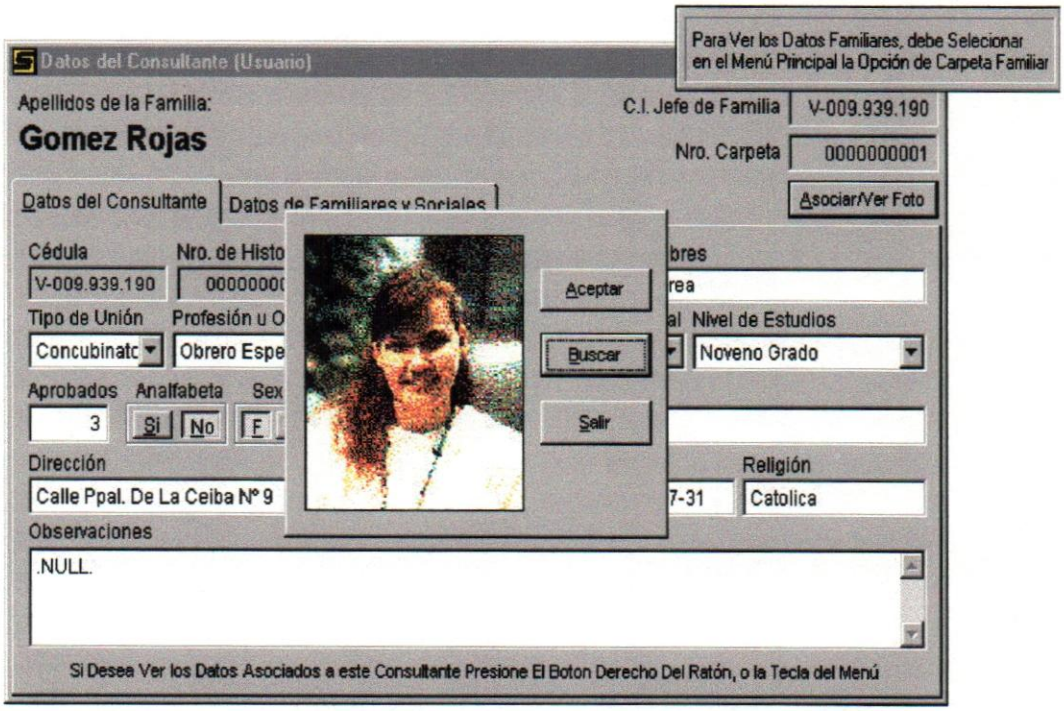
ANEXO B.
Sistema de Información Médico Epidemiológica y Promoción Integral
SIMEPI V.2.0.
FUENTE: SIDIF, Tecnología de Información (1999).



ANEXO B.1.

Datos del consultante. Simepi V.2.0.

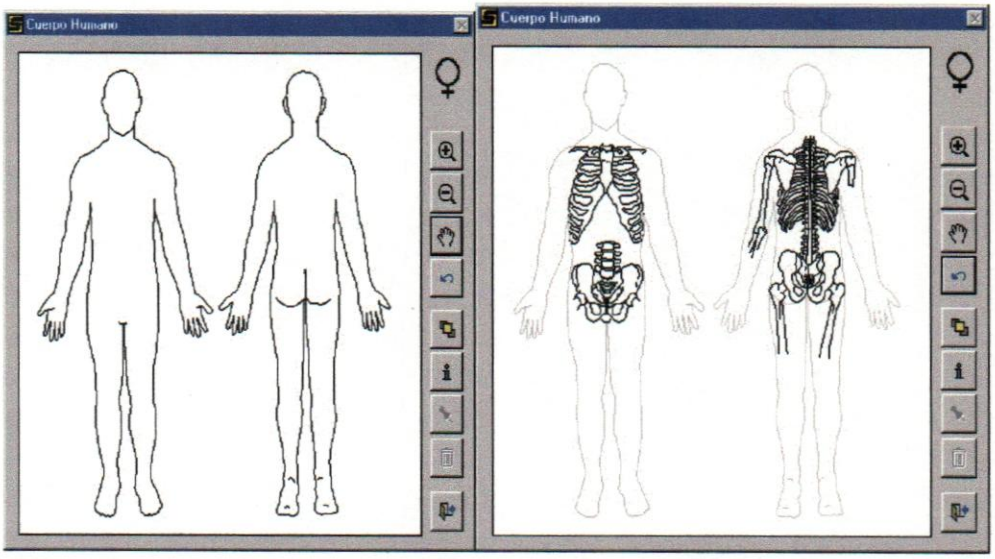




ANEXO B.2.

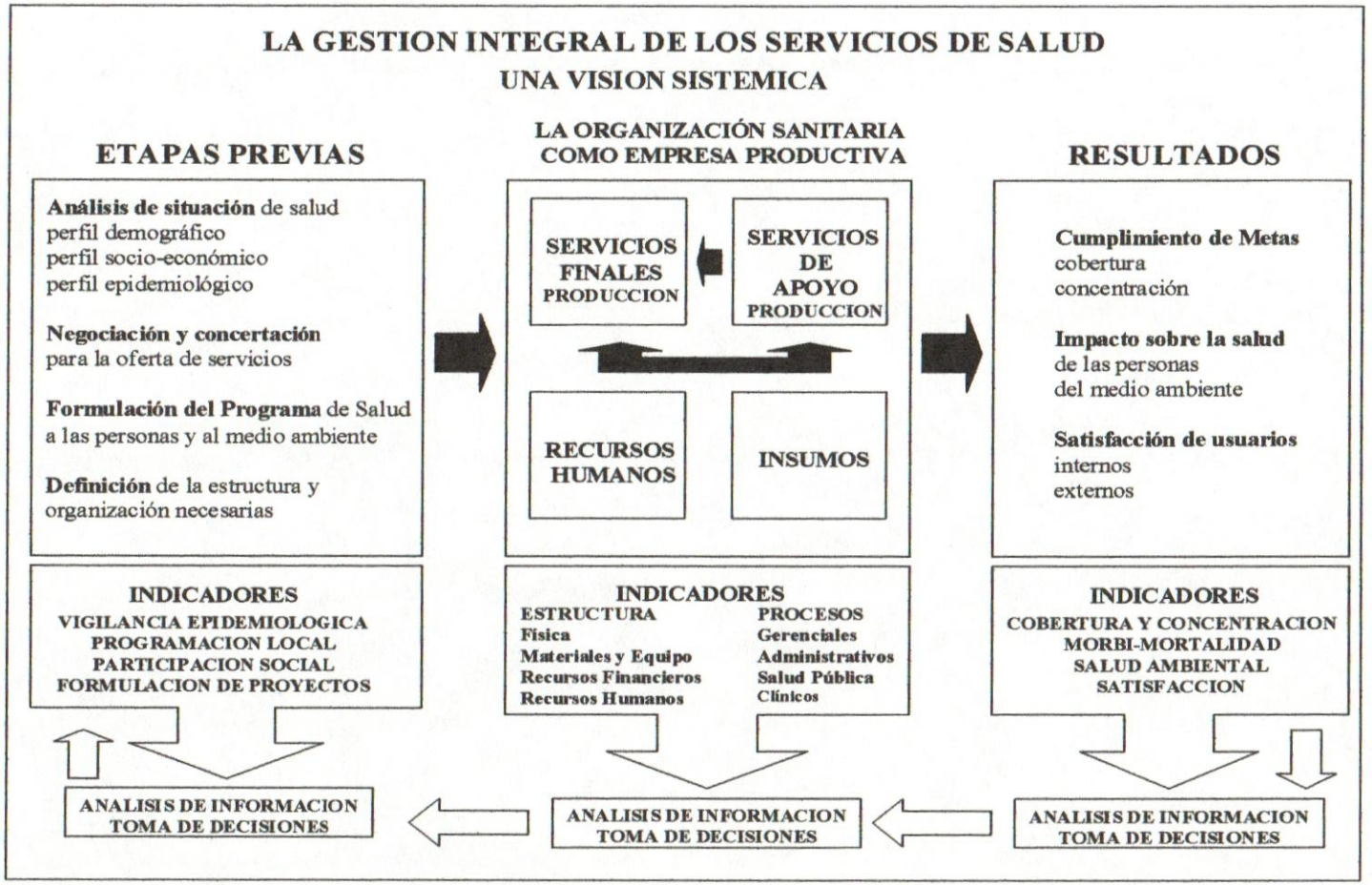
Ubicación Geográfica. Simepi V.2.0.

Módulos Gráficos. (Fotografías, estructura ósea, cara, ojos, oídos, boca, órganos genitales, odontograma, plano cartográfico digitalizado)



ANEXO C

FUENTE: Rúelas Barajas, E. (1992)



BIBLIOGRAFIA

ABAD. A., Darío: (1.999), **El control de gestión**, Interponed Editores, Bogota.

ANGARAN, Selecting: (1.991), **Developing and evaluating indicators**. AJHP, **48**: 1931-1937.

ANTOÑANZAS, A; Magallón, R.: (1.997), **Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores**. En Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P. Calidad asistencial en atención primaria. Du Pont Pharma. Madrid.

ARMSTROMG, Michael: (1.988), **Manual de Técnicas Gerenciales**, Legis Editores S.A., Bogotá.

ASHBY, R.: (1.956) **Introduction to Cybernetics**, Nueva Cork, John Wiley and Sons, Inc.

ASHBY, W. Ross: (1.976), **Introduçao a Cibernética**, São Paulo, Perspectiva.

BARQUIN, C. Manuel: (1992), **Dirección de Hospitales. Sistemas de Atención Médica**, Sexta Edición, Interamericana Mc Graw Hill, Inc., México, DF.

BEER, Stafford: (1.968), **Management Science**, Nueva York, Garden City, Doubleday & company.

_, **Cibernética e Administração Industrial**, (1969), Río de Janeiro, Zahar Ed., p. 25.

BELTRÁN, Jesús: (1.998), **Indicadores de Gestión, Herramientas para lograr la competitividad**, Segunda Edición, 3R Editores LTDA, Santafé de Bogota. Colombia.

CAMPINS, H. Luis: (1.983) **Gaceta Oficial de la Republica de Venezuela, Normas sobre clasificación de establecimientos de atención médica del sub-sector publico**, Decreto Nº 1.798, Caracas, 21 de Enero, Número 32.650.

CHIAVENATO, Idalberto:(1.999), **INTRODUCCIÓN A LA TEORÍA GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN**, Copyright, Mc Graw Hill Interamericana, S.A., Quinta Edición, Santafé de Bogota, D.C., Colombia

CODMAN, E.: (1.914). **The product of hospitals. Surg Gynecol Obstet**; 18: 491-494.

D'ELIA. G, Walsh. S. (1984) "**Un état d'esprit ou cognitif que l'usager acquiert par l'utilisation, et l'evaluation qui en découle, desservices d'une biblioth que"** *France,* 29, (1), p. 16.

DI DOMENICO Giovanni: (1.996) "**Progettare la user satisfaction. efficacegestice gli aspetti immnateriali del servizio"**, en Biblioteche Oggi, Italia, 9, XIV, p. 56.

DONABEDIÓN, A.: (1.991) **La calidad de la atención médica. Definición y métodos de Evaluación.** La Prensa Médica Mexicana. México.

DONABEDIAN, A.: (1.966), **Evaluating the quality of medical care**. Milbank Memorial Fund Quaterly; 44: 166-206.

DONABEDIAN, A.: (1.992), **"Defining and measuring the quality of health care".** In: Assesing Quality Health Care: Perspectives for clinicians. Wenzel PR, ed. Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland: 41-64.

GALÁN, M. Ricardo, (1986), **Integración Docente-Asistencial. Modelo de Evaluación**. S.N.S. ASCOFAME. OPS-OMS, Bogota, Colombia

GARCIA, José: (1.993), **Guía Práctica de los Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica,** Copyright DISINLIMED, C. A., Caracas.

GUERRA, Macedo, C. :(1989). **Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, (SILOS)**. Documento C.D. 33/14, 15 de Agosto de 1988, Pág., 17-26. Boletín de la OPS/OMS, Washington, D.C.

HEALY, S: (1.988), **Health Care Quality Assurance,** Terminology. Int. J. Health Care Quality Assurance, **1**: 20-31.

HOROVITZ, Jacques.: (1.999) **La calidad del Servicio**, Mc. Graw Hill, Madrid.

JCAHO: (1.991), **Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial**, 6: 65-74.

KORMAN. K. :(1971) **Industrial and Organizational Psychology, Englewood cliffs**, Prentice-Hall. p 147

LUSINCHI, Jaime: (1.986), Gaceta Oficial de la República de Venezuela, **Normas destinadas a mejorar la eficiencia y productividad de la atención Médica**, Decreto presidencial Nº 326, Caracas: Miércoles 15 de Enero, Número 33.390.

MALAGÓN-LONDOÑO; Galán, Moreno y Pontón, Laverde; (1.998), **Administración Hospitalaria**, Editorial médica Panamericana, segunda reimpresión, Bogota, D.C.: Colombia.

MARCANO, Á. Vicente: (1.999), **EL ORGANIGRAMA Y LA ORGANIZACIÓN**, Copyringt, Fondo Editorial Tropykos, tercera reimpresión, Caracas, Venezuela.

MASLOW A. (1999), **La Amplitud del Potencial de la Naturaleza Humana**, México, D.F.: Trillas

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (MSDS). Sistema de Información Epidemiológica Nacional (SIEN); (2.001) **Informe Mensual de Epidemiología**. (Epi-15). Acumulado del año, Estado Vargas.

NAZDAM: (1.991) **Development of medication-use indicators by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations**. AJHP, 48: 1925-1930.

Oficina de Sidif en Venezuela: (1999), **Sistema de Información Médico Epidemiológica y promoción Integral** (Simepi v.2.0), Copyriht by CIDALCA, registro Nº 2477. www.sidif.com.ve.

OMS/OPS y Oficina Regional de la OMS para Europa:(1998) **Glosario de términos técnicos en la economía y las finanzas de los servicios de salud.**

Organización Panamericana de la Salud: (2.001), Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, Boletín Epidemiológico, Vol. 21, Nº4.

PABÓN, Lasso.: (1.987). **Evaluación de los servicios de salud**, Conceptos, Indicadores, Ejemplo de análisis Cuantitativos y cualitativos. MODELO PRIDE. Universidad del Valle, Facultad de Salud, Departamento de Medicina Social Cali UNIVALLE. Colombia.

República Bolivariana de Venezuela, Gobierno del Estado Vargas, Prefectura del Estado Vargas; (2.001) **Registros de Movimiento Demográfico**, La Guaira.

RYE. E. David: (1.997), **El Juego Empresarial**, Juegue a ganar desarrollando sus habilidades en la toma de decisiones de negocios, Mc Gran Hill, Mexico, .p. 161-173.

ROSANDER: (1992) **La Búsqueda de la calidad en los Servicios. Ediciones Díaz Santos**. España.

RUELAS, E. :(1990) **De la cantidad a la calidad y de la Evaluación de la Garantía**, Editorial Salud Pública Méxicana; 32/108-109

TAYLOR, F. Winslow: (1.970), **Principios de administración Científica**, São Paulo, Atlas, 1970.

VIÑAS, M (1999), **Revista De Administración Sanitaria**, EFQM, volumen III, numero 11, pagina 121

VON, Bertalanffy, Ludwing: (1.976), **Teoría Peral dos Sistemas**, Petrópolis, Vozes.

VON, Bertalanffy: (1.947), **"The Theory of Open Systems in Physics and Biology"**, en Science, Vol. III, pp. 23-28.

VUORI H. V.: (1.988), **El control de calidad en los servicios sanitarios**. Concepto y metodología. Masson. Barcelona.

WIENER, Norbert: (1.948), **Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine**, Cambridge, Mass., The Technology Press of MIT.

WIENER, Norbert: (1.970), **Cibernética ou Comunicação no Animal e na Maquina**, São Paulo, Ed. De UPS y Polígono, 1970