



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Universidad Nacional de Rosario

Determinación del nivel de satisfacción general de los usuarios de Atención Hospitalaria de 2do Nivel: Población Neonatal, durante los meses comprendidos de Julio a Septiembre 2020, en tiempos de Pandemia por Covid 19, en el Hospital Regional Ushuaia y del análisis FODA.

Nombre y Apellido del Maestrando: Roberto Moreyra

Directora del Trabajo: Mg. María Clara López Ríos



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Agradecimientos:

El presente trabajo de investigación es el resultado del aprendizaje y vivencias generadas en la atención del Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Ushuaia aun en situación de pandemia COVID-19.

Mi agradecimiento a cada padre y madre, y a cada uno de todos quienes conforman el equipo de atención en Neonatología, como así también a todos mis compañeros de trabajo con los que tuvimos que adaptarnos a una nueva realidad y dejar de lado nuestros propios temores y cansancios para atender a quienes más nos necesitan.

A mi pareja Juan Pablo quien me motiva y acompaña en todos los desafíos, es un fiel ejemplo de todo lo que está bien en esta vida.

A mi querida amiga y Directora de tesis Mg María Clara López Ríos que siempre tiempo para ayudar y acompañar, muchísimas gracias Clarita querida.

Por último, agradecer a las personas que amo con todo mi ser y que debo absolutamente todo, claramente estoy hablando de mis amados padres, muchas gracias por enseñarme todo.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



ÍNDICE

I. RESUMEN	5
2. ABSTRACT	7
3. INTRODUCCIÓN	9
4. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	16
5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	21
Objetivo General	21
Objetivos específicos	21
6. MARCO TEÓRICO	22
6.1. Situación Problemática de Salud en Ushuaia.	22
6.2 Bioética	25
6.3. El usuario del sistema de salud	26
6.4. La Calidad	29
6.5. Satisfacción del Paciente.	34
6.6. Bioseguridad	35
6.7. Pandemia. COVID 19	36
6.8. Análisis FODA	38
7. METODOLOGÍA	39
7.1. Tipo de estudio	39
7.1.1. Dimensiones	39
7.1.2. Variables	40
7.1.3. Universo y muestra:	42
7.1.4. Fuentes.	43
7.1.5. Momento de trabajo de campo.	43
7.1.6 Plan de análisis.	43
8. RESULTADOS	44
8.1. De la dimensión de los elementos tangibles	44
8.2 Capacidad de respuesta	47
8.3 Evaluación de fiabilidad	48
8.4 Evaluación de seguridad	49



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



8.5 Evaluación de empatía	50
9. CONCLUSIONES	51
10. BIBLIOGRAFÍA.	60
ANEXO I	62
ANEXO II	63
ANEXO III	66
ANEXO IV	75
ANEXO V	89
ANEXO VI	103
ANEXO VII	104

1. RESUMEN

El presente trabajo de investigación ha sido abordado en plena crisis sanitaria por pandemia COVID 19 en la Provincia de Tierra del Fuego, y tiene por finalidad la búsqueda de mejoras en la asistencia a la población neonatal que se asiste en el Sistema de Salud Pública, ante una posible demanda insatisfecha o crítica.

La asistencia a la población dependerá de los recursos con los que se cuenten ya sea: humanos, insumos, edilicio, instalaciones, tecnologías, que contribuirían, mediante su disposición eficiente, para producir servicios de salud pública.

Particularmente en un escenario sanitario de pandemia, donde las instalaciones sanitarias del único hospital público de la ciudad de Ushuaia es destinado exclusivamente a pacientes COVID19, y en consecuencia no sólo hablaremos de recursos materiales, sino también de las estrategias de atención a la población neonatal con y sin COVID19, medidas de seguridad sanitarias para los profesionales de la salud y el empleo del espacio físico, crítico ante la posibilidad de colapso en la disponibilidad de camas de internación.

El desafío en materia de prestaciones de servicios de salud pública, en cualquier país, consiste en aumentar la coherencia entre los recursos, los servicios que se brindan y las necesidades de la comunidad, es decir, intentar eliminar los desequilibrios geográficos (ubicar los servicios donde están las necesidades), numéricos (exceso de médicos, falta de enfermeros), organizacionales (falta de servicios básicos, abundancia de servicios hospitalarios. (Gilles Dussault, 1994)

Nos posicionamos desde los niveles de calidad, en la búsqueda de evaluar elementos tangibles por parte de los padres de la población neonatal en cuanto a la empatía del personal de salud hacia la población que utiliza el sistema de salud durante la internación como así también la capacidad de respuesta del personal sanitario hacia los requerimientos de los pacientes durante la internación.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Palabras claves: *Salud Pública, Servicios de salud, Neonatología, Pandemia Covid 19, Calidad, Demanda.*

2. ABSTRACT

This research work has been addressed in the midst of a health crisis due to the COVID 19 pandemic in the Province of Tierra del Fuego, and its purpose is to search for improvements in the care of the neonatal population that is cared for in the Public Health System, before a possible unsatisfied or critical demand.

Assistance to the population will depend on the resources that are available, whether: human, supplies, buildings, facilities, technologies, which would contribute, through their efficient provision, to produce public health services.

Particularly in a pandemic health scenario, where the health facilities of the only public hospital in the city of Ushuaia are destined exclusively for COVID19 patients, and consequently we will not only talk about material resources, but also about care strategies for the neonatal population with and without COVID19, health security measures for health professionals and the use of physical space, critical in view of the possibility of a collapse in the availability of hospital beds.

The challenge in the delivery of public health services, in any country, is to increase coherence between the resources, the services provided and the needs of the community, that is, to try to eliminate geographical imbalances (locate services where are the needs), numerical (excess of doctors, lack of nurses), organizational



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



(lack of basic services, abundance of hospital services. (Gilles Dussault, 1994)

We position ourselves from the quality levels, in the quest to evaluate tangible elements on the part of the parents of the neonatal population in terms of the empathy of the health personnel towards the population that uses the health system during hospitalization as well as the capacity response of health personnel towards the requirements of patients during hospitalization.

Keywords: Public Health, Health Services, Neonatology, Covid 19 Pandemic, Quality, Demand.

3. INTRODUCCIÓN

Durante el cursado de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, la cual finalizó en el 2017, nos encontrábamos con el desafío de generar una tesina que involucrara una problemática específica para así generar, proporcionar herramientas como futuros gestores y por lo tanto, contar con la capacidad y habilidad de gestión para el abordaje de dicha problemática.

Considero que una vez transcurrido el tiempo, nos encontramos con una problemática de carácter mundial que nos ha afectado transversalmente a toda la sociedad en su conjunto, ya sea en aspectos comerciales, económicos, políticos, siendo el sector con mayor impacto el propio Sistema Sanitario, tanto en Países desarrollados como Subdesarrollados.

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en adelante la OMS, la primera notificación acerca del actual brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) se produjo en Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019. Posteriormente fue avanzando en todos los continentes provocando un colapso en casi todos los países donde llegó la infección por COVID19.

Se eligió para realizar este estudio El Hospital Regional Ushuaia (H.R.U), ubicado en la Provincia de Tierra del Fuego, Hospital Público de referencia para toda la Ciudad de Ushuaia, capital de la Provincia.

En lo que respecta a los actores y organizaciones de salud, en nuestra provincia encontramos tres subsistemas:

1- Público: organizado por el Ministerio de Salud, prestando los servicios a través de tres nosocomios provinciales, situados en cada uno de los tres municipios que conforman la provincia (Hospital Regional de Ushuaia, Centro Asistencial Tolhuin y Hospital Regional de Río Grande, y los Centros de Atención Primaria de la Salud sitios 9 en Ushuaia y otros 7 en Río Grande);

2- Seguridad Social: conformado por las Obras Sociales Nacionales y la Obra Social de la Provincia: OSEF (Obra Social del Personal Estado Fueguino);

3- Privado: integrado por dos clínicas privadas, consultorios profesionales, centros médicos y afiliación privada a seguros.

Con el fin de ilustrar la conformación del sistema de salud público se procede a incluir en el presente trabajo la tecno- estructura organizacional del subsistema de salud público donde se ha llevado a cabo el proceso de investigación, a saber:

Dirección General Hospital Regional Ushuaia. Tendrá a su cargo:

- División Secretariado de Dirección
- División de Asuntos Judiciales
- Departamento Despacho y Mesa de Entradas

Dirección de Coordinación Asistencial. Tendrá a su cargo:

- Departamento de Unidad de Pronta Atención COVID-19
- División Docencia e Investigación

Departamento de Cirugía. Tendrá a su cargo:

Servicio de Cirugía General. Tendrá a su cargo:

- Unidad Endoscopia
- Unidad Cabeza y Cuello
- Servicio de Traumatología y Ortopedia

Servicio de Quirófano. Tendrá a su cargo:

- Unidad Anestesia
- Unidad Instrumentación Quirúrgica

Servicio de Otorrinolaringología. Tendrá a su cargo:

- Unidad Fonoaudiología



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



- Servicio de Oftalmología
- Unidad de Neurocirugía
- Unidad Urología
- Unidad Cirugía Pediátrica

Servicio de Odontología. Tendrá a su cargo:

- Unidad técnica

Departamento de Medicina. Tendrá a su cargo:

- Servicio de Clínica Médica
- Servicio de Hematología y Hemoterapia
- Servicio de Nefrología y Hemodiálisis
- Servicio de Salud Mental

Servicio de Oncología. Tendrá a su cargo:

- Unidad Cuidados Paliativos
- Servicio de Cardiología
- Servicio de Infectología
- Unidad Diabetología y Metabolismo
- Unidad Dermatología

Departamento Materno Infantil. Tendrá a su cargo:

- Servicio de Pediatría
- Servicio de Adolescencia

Servicio de Tocoginecología. Tendrá a su cargo:

- Unidad de Obstetricia

Servicio de Neonatología

Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Departamento de Emergencias. Tendrá a su cargo:

Servicio de Guardia Central. Tendrá a su cargo:

- Unidad Administrativa
- Unidad de Choferes
- Unidad Camilleros
- Unidad de Telefonía

Servicio de Terapia Intensiva de Adultos

Departamento de Servicios Complementarios de Diagnóstico y Tratamiento.

Tendrá a su cargo:

Servicio de Anatomía Patológica Servicio de Kinesiología y Fisioterapia

Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Tendrá a su cargo:

- Unidad Técnica

Servicio de Laboratorio. Tendrá a su cargo:

- Unidad de Microbiología
- Unidad de Química Clínica
- Unidad Técnica

Servicio de Farmacia

Servicio de Esterilización. Tendrá a su cargo:

- Unidad Técnica

Servicio de Nutrición. Tendrá a su cargo:

- Unidad Cocina Turno Mañana
- Unidad Cocina Turno Tarde

Servicio Social

Servicio de Medicina Laboral. Tendrá a su cargo:

- Unidad ART
- Unidad Dolor Crónico

Departamento de Gestión y Acceso a la Atención. Tendrá a su cargo:

- División Consultorios Externos
- División Archivo
- División Admisión y Egreso
- División Secretaría de Sala
- Unidad de Atención Aseguramiento Externo

Dirección de Enfermería. Tendrá a su cargo:

Departamento Enfermería. Tendrá a su cargo:

- Servicio de Enfermería de Hemodiálisis
- Servicio de Enfermería de Guardia Central
- Servicio de Enfermería de Terapia Intensiva Adultos
- Servicio de Enfermería Internación Adultos
- Servicio de Enfermería Internación Salud Mental
- Servicio de Enfermería de Neonatología
- Servicio de Enfermería de Pediatría
- Servicio de Enfermería Terapia Intensiva Pediátrica
- Servicio de Enfermería de Tocoginecología
- Servicio de Enfermería de Consultorios Externos y Oncología
- Servicio de Enfermería Quirófano
- Supervisión de Enfermería Turno Mañana
- Supervisión de Enfermería Turno Tarde
- Supervisión de Enfermería Turno Vespertino
- Supervisión de Enfermería Turno Noche
- Supervisión de Enfermería Volante



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Dirección Administrativa. Tendrá a su cargo:

Departamento de Recursos Humanos. Tendrá a su cargo:

- División Asistencia
- División Guardias

Departamento Administrativo Contable. Tendrá a su cargo:

- División Contaduría
- División Compras y Contrataciones
- División Tesorería División
- Depósito Central
- División Patrimonio
- División Rendiciones

Departamento Auditoría Médica. Tendrá a su cargo:

- División Convenios
- División Facturación
- División Gestión y Mora

Departamento de Servicios Generales. Tendrá a su cargo:

Servicio Higiene Hospitalaria. Tendrá a su cargo:

- Unidad Higiene Turno Mañana
- Unidad Higiene Turno Tarde
- Servicio de Portería y Cuidadores Hospitalarios
- Servicio de Lavadero
- Unida de Morgue

El Servicio hospitalario donde se abordará el trabajo de investigación es el de Neonatología el cual cuenta con una capacidad instalada de seis unidades de terapia Intensiva Neonatal de las cuales cuatro de ellas cuentan con equipamiento de alta complejidad. También se dispone en el servicio de internación conjunta compartida con el Servicio Gineco-Obstetrica, en el cual se encuentran internados el binomio Madre-Hijo las primeras 48 hs y si no presenta ninguna indicación extra como por ejemplo ictericia, bajo peso o alguna razón social entre otras consideraciones y de no contar con alguna indicación particular, se realiza su egreso hospitalario con las indicaciones de próximos controles de forma ambulatoria.

El personal con el que cuenta el servicio está integrado por siete médicos, agentes de planta permanente, los cuales cuentan con especialidad en neonatología, quienes abordan cobertura de guardias activas de 24 hs como así también la prestación asistencial ambulatoria.

Integran, además al Servicio de Neonatología, profesionales de enfermería, en un aproximado de veinte agentes, de los cuales el 65 % son Licenciadas en Enfermería, distribuidas en 4 turnos de 6 hs, para la cobertura de Terapia Neonatal, Internación conjunta y sala de Partos.

El trabajo de investigación se enmarca en un periodo temporal atípico que corresponde a este fenómeno pandémico COVID-19, el cual provoca pensamientos confusos en los usuarios del sistema de salud, como así también para los propios trabajadores del sistema de salud, por lo cual la investigación será abordada desde una metodología cualitativa, siendo la recolección de datos por encuestas a los usuarios del sistema de salud en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Ushuaia.

4. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur es la más joven de las provincias de la República Argentina.

Este territorio insular ha sido habitado desde hace aproximadamente 10.000 años por varios grupos aborígenes: los selkman (o shelkman) u onas, los yamanas o yaganes, los alacalufes o kaweskar y los haush o manneken, siendo los selkman (o mejor, shelkman) y los manneken, integrantes del complejo tehuelches.

Los primeros europeos en explorar el territorio fueron los marinos de la expedición española comandada por Fernando de Magallanes, 1520.

El 16 de Octubre de 1884 el gobierno dictó la Ley 1532 por la cual el extenso territorio patagónico se dividió en las gobernaciones de Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

A partir de Octubre de 1880 la isla fue escenario de algunos de los hechos más espeluznantes y macabros de la historia Argentina. Millares de indígenas fueron masacrados por bandas de matones a sueldo al servicio de las nacientes estancias de propiedad de inmigrantes ingleses y croatas. Se llegó a pagar hasta cinco libras esterlinas por cada indio muerto, fuera hombre, mujer o niño. Aunque los padres salesianos denunciaron las matanzas y sus reportes llegaron al Congreso Nacional, nada se hizo por detenerlas ni por castigar a los responsables. La limpieza étnica se prolongó hasta bien entrada la década de 1920.

En 1986, el Poder Legislativo aprobó convertir la zona en una nueva provincia, pero la ley 23.775 que la constituía no se promulgó hasta el 26 Abril 1990 que provincializó al entonces Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur y al año siguiente se redactó, en la Ciudad de Ushuaia, la carta magna de la provincia.

Nos encontramos en un carácter insular a unos 3078.6 km de la provincia de Buenos Aires, al encontrarnos en estas latitudes nos representa un alto costo de vida para todo ciudadano y el acceso a los servicios de salud pública no escapa de ellos. Algunas patologías que por la complejidad de su tratamiento se requiere su traslado a centros de mayor complejidad provocando un alto costo adicional a las arcas del estado.

En época de pandemia y con las restricciones de circulación, terrestre y aérea, afectó fuertemente a la Provincia de Tierra del Fuego, no solamente en el abastecimiento de medicamento e insumos hospitalarios sino también en insumos básicos de la canasta familiar como así también el suministro de combustible. Como se puede leer este contexto dejó en evidencia la complejidad que es encontrarnos en estas latitudes y estar lejos de los grandes conglomerados urbanos. Puede observarse que es una de las debilidades encontrarse en estas latitudes para poder mantener los suministros básicos de forma continua y en este contexto pandémico es una amenaza constante.

Toda institución sanitaria ya sea privada o pública, tiene como objetivo primario brindar un servicio de calidad a la comunidad y estar a la altura de los requerimientos de la población.

Durante décadas la sociedad en su conjunto puede observar los saltos cualitativos de las prestaciones sanitarias que presenta el sector privado en algunas áreas más rentables para el Subsistema Privado, en cambio el sector público si bien no generó ese salto cualitativo hasta el momento si tiene en cambio un abordaje más integral de las problemáticas por la responsabilidad del poder ejecutivo para con la sociedad en su conjunto.

Una vez brindados todos estos datos, es que nos surge la inquietud de evaluar en época de pandemia si se pudieron cumplir con los requerimientos sanitarios demandados por la población asistida por el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Ushuaia y conocer el nivel de satisfacción por los servicios recibidos.

Entre los aspectos que deberíamos evaluar se encontraría el interrogante de si como “equipo de salud”, en este contexto mundial, pudimos mantener vigentes y activos los principios más elementales como el respeto, la garantía de acceso al sistema de salud, en definitiva un abordaje integral a las necesidades de los usuarios del sistema de salud en contexto de pandemia.

Es importante considerar la relevancia del concepto “respeto al ciudadano” como así también el abordaje sobre la bioseguridad generada y aplicada al trabajador de salud como a los usuarios del sistema de salud. En este sentido, se brindaron todos los insumos necesarios para la protección del personal de salud en su universo ya sea médico como no médico. Algunos de los insumos brindados eran camisolines, antiparras, barbijos N°95, barbijos quirúrgicos, botas, cofias, material de desinfección alcohol al 70% etc.

Es de esencial, para este periodo temporal en particular, la generación de protocolos para la atención de todos los pacientes que ingresaban al sector de maternidad y cómo actuar ante sospecha o casos positivos confirmados. Todas las capacitaciones se realizaron en reiteradas oportunidades y se ejecutaron pruebas pilotos en la colocación y retiro del material de protección del personal de salud.

A los efectos de dimensionar la prestación de servicios de salud neonatal se indica que la oferta de Servicios de Salud, en lo que a Neonatología respecta en la ciudad de Ushuaia, es brindada por una Clínica Privada “Clínica San Jorge (“la cual solo dispone de internación neonatal de **baja complejidad**) y por el Hospital Regional de Ushuaia.

En la actualidad el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Ushuaia posee la estructura de **mayor complejidad de toda la provincia**.

Asimismo, el Servicio Toco ginecología cuenta con 22 camas y el servicio de Neonatología con 6 unidades de terapia intensiva neonatal.

El servicio, en este caso es la población neonatal, en los últimos 5 años se realizó una fuerte inversión desde el estado para mejorar infraestructura en biotecnologías con el

que contaba, hablese de incubadoras, servo cunas, luminoterapias, respiradores mecánicos, cunas, monitores, balanzas digitales, entre los más relevantes en cuanto a beneficio e inversión.

A lo que refiere a personal, se incorporaron profesionales de enfermería y personal médico calificado, como así también se realizaron las *‘Primeras Jornadas de Neonatología Provinciales’*, en el año 2018.

Toda esta gran inversión se realizó con la finalidad de disminuir el número de evacuaciones fuera del territorio provincial, el cual era de seis (6) evacuaciones en el año 2015 y en el 2019/2020 fue de cero (0) evacuaciones, claramente la intervención de una política sanitaria fue clave para mejorar este indicador y el compromiso de todo un servicio en brindar un servicio con vocación de mejora continua.

En el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Ushuaia en este contexto de pandemia nos tuvimos que adaptar en cuanto acondicionar habitaciones en la maternidad para que la gestante, con Covid 19 +, ingrese a la habitación realice allí mismo todo su trabajo de parto.

Estas medidas se materializaron a partir de la toma de decisiones que implicaron una modificación en los procesos habituales del servicio, la finalidad de los mismos, además de las medidas de bioseguridad como punto de partida principal en el diseño e implementación, fue evitar realizar traslados internos y exponer a otros pacientes no covid 19 +, como así también al capital humano que trabaja en esa área.

Todas las modificaciones a los procesos, que resultaban habituales a una normalidad ya inexistente, se realizaron coordinadamente con carácter interdisciplinario, intervinieron áreas con su personal especializado y operativo de infraestructura hospitalaria, autoridades hospitalarias y los jefes de servicio involucrados; como así también el comité de Covid del propio Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Todas estas modificaciones se realizaron con la plena concepción y consenso bioético de los Servicios de Tocoginecología y Neonatología.

De forma concomitante a la adopción de las nuevas medidas protocolares resultó no sólo ser un desafío por el agravante del carácter pandémico sanitario, sino que en el contexto propio de ser el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Ushuaia el único con alta complejidad en la Provincia de Tierra del Fuego Antártida e islas del Atlántico Sur, en el que se debió dejar de trabajar en un proceso de mejoras continuas, con la finalidad de mantener los niveles de calidad de atención a la población que se le brinda, para dar paso a la necesidad de implementación urgente de protocolos sanitarios frente al COVID19.

Es por eso que para lograr este propósito de abordaje integral resulta pertinente analizar las fortalezas con las que contamos y nuestras debilidades como sistema en este contexto inédito, que afecta en todos los órdenes mundiales.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

5.1. Objetivo General

- Determinar el nivel de satisfacción general de los usuarios del Servicio de Neonatología durante los meses comprendidos de Julio a Septiembre de 2020, en tiempos de Pandemia por Covid 19, en el Hospital Regional Ushuaia y un análisis FODA.

5.2. Objetivos específicos

- Conocer el nivel de satisfacción general de los usuarios del Servicio de Neonatología durante los meses comprendidos de Julio a Septiembre de 2020, en tiempos de pandemia COVID19.
- Realizar un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas del servicio de neonatología en consecuencia de los resultados del nivel de satisfacción de los pacientes en el periodo Julio a Septiembre 2020.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. Situación Problemática de Salud en Ushuaia.

El 11/03/2020 en la provincia de Tierra del Fuego se decretó:

Que mediante la Resolución M.S N° 240/2020 la creación del comité operativo de Emergencia (COE) y el protocolo de actuación para posibles casos de Covid-19.

Que el abordaje de la situación se encuentra en constante modificaciones de acuerdo a nuevas pautas que informa el Ministerio de Salud de la Nación respecto de los países de riesgo, la gente que ingresa al país y modalidades de intervención de los servicios de salud para la morigeración del impacto de la infección por un virus emergente.

Que corresponde extremar las medidas para evitar el posible contagio de una persona infectada no diagnosticada, por lo que se deberá tomar la precaución de no autorizar la concentración masiva de gente.

Que corresponde en consecuencia suspender los eventos públicos e institucionales que se encuentren programados o a programarse por el periodo de 30 días a partir del presente.

Que corresponde invitar a la Municipalidad de la ciudad de Ushuaia, de la Ciudad de Tolhuin y de la ciudad de Río Grande a adherir a la presente medida en coordinación con las medidas preventivas que lleva adelante la Provincia en su función de policía sanitaria.

Que el suscripto se encuentra facultado para dictar el presente acto administrativo en virtud de lo establecido en el artículo 135 de la constitución Provincial. (Decreto PROVINCIAL N° 425/2020).

En la Provincia de Tierra del Fuego el primer caso por SARS-CoV-2 se presentó el día 15/03/20.

Comenzó en la Ciudad de Ushuaia, habiéndose documentado en ese momento antecedentes de viajes al extranjero en las primeras personas afectadas. Luego en forma de conglomerados (por grupos específicos, como la Policía del Servicio Aduanero, personal de Aerolíneas Argentina y LATAM), llegando a los 209 casos entre los meses de marzo a mayo.

Fue entonces declarada la transmisión comunitaria por parte del gobierno nacional, aunque por unos pocos días.

La Ciudad de Río Grande tuvo 10 casos en los primeros días de abril, y a partir de la semana del 12 de julio comenzaron a presentarse nuevos casos, sin control, con una transmisión comunitaria tan importante, que a la fecha continúa manteniendo una proporción de casos positivos por hisopado superior al 50%. La Ciudad de Río Grande lleva 69 fallecidos hasta el 01-10-2020.

A partir del 15/09/20 se presenta una nueva ola o rebrote en la ciudad de Ushuaia, a partir de un caso en un conocido bar de la ciudad y se identifica, tal como venía advirtiéndose, la transmisión del virus desde Río Grande.

En la actualidad los casos totales confirmados en la provincia son 3820. Si se suman los casos con nexo epidemiológico, el número asciende a 4710, estos datos son hasta el 01-10-2020.

Corresponden a la ciudad de Río Grande 3114, con 69 personas fallecidas.

Siendo en la Ciudad de Tolhuin un resultante de Tres (3) casos.

Fueron 690 los casos confirmados en la ciudad de Ushuaia. En los primeros días de junio 2020 se produjo el primer fallecimiento de un pasajero del un vuelo procedente desde Salta el 23/05/2020.

En ese mismo vuelo viajaba un contingente de tripulantes para embarcarse en un



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



pesquero de altamar, dando origen a un brote de 61 personas dentro de la embarcación. No está confirmado aún el origen del brote, aunque existe ese dato registrado.

Se confirmaron 13 casos de residentes en las Islas Malvinas.

En cuanto a los datos de internación, hay 9 pacientes internados en sala general en el Hospital Regional Ushuaia, 2 pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), 2 con Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), estos datos son con fecha 01-10-2020.

Hay 33 pacientes internados en sala general del Hospital Regional Río Grande, 10 en UTI (9 con ARM). En el CEMEP (Centro Privado de Atención) 5 pacientes en UTI (3 con ARM). 2 pacientes alojados en el Centro Municipal de Cuidados para pacientes leves de COVID-19

Cabe destacar que todos los datos proporcionados son con fecha 01-10-2020 recolectados de los partes proporcionados por el ministerio provincial de la provincia en la gaceta diaria.

6.2 Bioética

El debate sobre los principios de la bioética se inicia en el año 1974, cuando el Congreso de los Estados Unidos crea la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, para identificar los principios éticos básicos que deben regir la investigación con seres humanos en la medicina y las ciencias de la conducta. En 1978 los comisionados publican el «Informe Belmont», donde distinguen tres principios éticos básicos, por este orden: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Pero el «Informe Belmont» sólo se refiere a las cuestiones éticas surgidas en el ámbito de la investigación clínica, y más concretamente en la experimentación con seres humanos. Tom L. Beauchamp, miembro de la Comisión Nacional, y James F. Childress, en su famoso libro Principios de ética biomédica—publicado por primera vez en 1979 y revisado en cuatro ocasiones—, reformulan estos principios para ser aplicados a la ética asistencial. Estos autores, al igual que la Comisión Nacional, al ordenar la exposición de los principios, colocan en primer lugar el de autonomía, probablemente por las nefastas consecuencias conocidas por no respetarlo, aunque, a nivel práctico, no establecen ninguna jerarquía entre ellos. Beauchamp y Childress distinguen cuatro principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

A partir de entonces, los autores que han participado en el debate internacional sobre los fundamentos de la bioética no han podido evitar tomar posición frente a los principios de la bioética (Como se cita en Siurana Aparisi, J. C. 2010)

A lo largo de la historia de la medicina, el médico ha desempeñado principalmente tareas de asistencia y consuelo. Entre los siglos XV y XVII se realiza un cambio en la concepción de la medicina que acompaña a la transformación del conocimiento, poner remedio se transforma muy rápidamente en poner un remedio, una medicina. En la actualidad, imbuidos del mismo espíritu, entendemos que apartar todo daño y maleficio significa apartar la enfermedad.

La bioética nos propone acercarnos al médico y hallar conductas éticas en que se manifieste el hombre en su plenitud, íntegro, con capacidad de vivir su historia y proyectarse al porvenir, tal cual lo pedía Potter, su fundador. Esto muchas veces implica curar, reparar, extraer el daño, pero sobre todo obliga al médico a cumplir con su vocación más antigua: cuidar. Pero ¿cómo pensar el cuerpo de otra manera y la enfermedad de otra manera? Proyectar un mundo con el enfermo compartiendo un espacio con él, el cuidado de ese espacio común, de ese proyecto común. Esto es la medida no sólo del ejercicio de la humanidad del médico, sino de su ética. Debemos hablar de una ética del cuidado en medicina. Esto significa básicamente estar atentos a que el paciente es un otro que necesita de nosotros, que acude al médico a pedir ayuda; negársela, omitir acciones, o realizar acciones en beneficio de terceros, sería claramente optar por una conducta no ética, inmoral. Reflexionar frente al enfermo muriente y sobre todo al enfermo sufriente, se convierte en su mayor desafío. Practicar la ética del cuidado no es otra cosa que acompañar al enfermo en el camino hacia el futuro, sea este de vida o de muerte, teniendo presente lo que decía Erik Cassel "El médico pocas veces cura, algunas alivia, pero siempre debe consolar". (Pfeiffer, M. L. Molinari, L. 2013)

6.3. El usuario del sistema de salud

Haciendo una introducción sobre "el usuario del sistema de salud" podemos referenciarlos en Mario Rovere en 1997 donde brindo una charla sobre "Calidad centrada en el ciudadano donde expresa: *"Si no se invierte en recursos humanos no mejora la calidad prestacional. Se pueden agregar elementos en el entorno, más favorables para ambos, para el que presta y para el que recibe el servicio, pero si aquel no modifica su actitud, la calidad no cambia. Puedo tener un lugar arquitectónicamente espectacular, con trabajadores que ladran, y en consecuencia una cosa no compensa a la otra. Es por ello, que la centralidad está en el recurso humano."*

Segundo enorme deslizamiento que recoloca algo que toda la administración clásica había intentado ocultar: que **en las organizaciones trabajan personas**. Aunque decirlo pueda parecer absurdo. El tercer deslizamiento, un poco más complejo que los anteriores se refieren a las características de ciertos servicios, muy específicos, como salud y educación. ¿Qué es lo que pasa en salud y en educación? Posiblemente en educación se va a ver más claro: el que está recibiendo el servicio es el alumno, el proceso de aprendizaje se da en la cabeza del alumno. En sentido estricto no puede darse contra el alumno. Es decir, que el laboratorio del proceso de aprendizaje está dentro del usuario, en la cabeza del usuario, en el cuerpo del usuario.

El tercer gran deslizamiento es que el usuario es **coproductor del servicio**, no es un simple beneficiario. El proceso de recuperación de la salud está protagonizado por el **paciente**. Los que se encuentran lateralizados en ese proceso son los trabajadores de la salud. La práctica está totalmente mediada, por ejemplo, por la información que el mismo paciente provee, por sus deseos, y claramente el paciente proporciona la información que quiere proveer. Podría afirmarse que ser profesionales de la salud es un acto, una actuación. Lo que es más difícil de entender es que los pacientes también actúan; actúan de pacientes porque dicen cosas en un consultorio que no dirían en otros lados. Arman un guión para entrar en un consultorio que está pre organizado sobre la base de lo que uno imagina que quien lo va a atender quiere escuchar. Pero al mismo tiempo, lo que quiere y no quiere escuchar, lo hemos construido nosotros por las experiencias anteriores. O sea que, nosotros les hemos dicho qué es pertinente y qué no lo es de decir en una consulta. Consecuencia: el proceso de producción y la calidad en la atención no pueden ser modificados unilateralmente, deben ser modificados bilateralmente. La calidad, ahora, esta en el contrato implícito que se produce entre el prestador del servicio de salud y el que recibe, pero este a su vez coproduce el servicio. Como se darán cuenta son tres deslizamientos muy intensos porque en este tercero es interesante ver el tema de que la calidad se ha descentrado de la cuestión puramente técnica. Ha quedado

centrada en el otro. Recuerden el título de la exposición de “calidad centrada en el ciudadano”.

Demming lo que diría es: “cuando es posible involucre o pregunte al usuario”. (“cuando es posible”): Albrecht diría: “usted nunca va a descubrir cómo mejorar su servicio sino consulta al usuario”. Pero en el servicio de salud uno diría todavía más: “uno no mejora el servicio si no involucra al usuario, es decir si no estructura un nuevo acuerdo, un nuevo contrato de calidad”. Contrato de calidad que supone entre otras cosas descubrir el problema de la subjetividad. Esto es fundamental porque los trabajadores de salud tienen un problema muy grave para entender la calidad desde esta perspectiva más amplia. Cuando se habla de calidad centrada en el usuario, ¿Qué es lo que se descentra y qué es lo que se centra? Es el problema de la recuperación de algo fundamental: la subjetividad del usuario. La formación de grado y postgrados, han preparado a los profesionales de la salud para objetivizar al usuario, y en realidad se filtra toda la información subjetiva que el usuario podría proveer, considerándola como un “ruido”. Ahora resulta que esa-información que los profesionales de la salud habían aprendido a desechar, es información que hoy es considerada como estratégica para producir salud y para mejorar la calidad del servicio que pretendemos prestar. Esto es tan complejo, que no es casualidad que haya sido en propia defensa, para no inundarse con todo lo que significa la materia prima con la que se trabaja, y que son las angustias, las enfermedades, el dolor.. Pero ese desdoblamiento ha llegado a extremos tan impresionantes, al punto de ser una conspiración contra la calidad de atención. Se ha exagerado a tal punto que hoy llega a decirse que para hacerse cargo de este concepto de calidad más intersubjetivo hay una dificultad que proviene desde el propio modelo de formación profesional.

No vale la pena extenderse más en este aspecto, pero sí señalar que esta situación se revela plenamente cuando un profesional de la salud se enferma. La intensidad con que lo vive, la violencia simbólica, que produce ponerse del otro lado del mostrador, el recibir la atención, el ponerse en el lugar del paciente, es quizás un aprendizaje tan intenso o más que el fenómeno de entrevistar a los pacientes. Es literalmente,

ponerse en el lugar del paciente. Esto genera más violencia simbólica hacia el personal de la salud, porque sabe qué es lo que está pensando la persona que está del otro lado. De tal manera que no es infrecuente que nosotros apelemos en esta noción de calidad, justamente a este cambio posicional, que inmediatamente instala el problema de la subjetividad. Y ahí, uno descubre el problema del temor, de los fantasmas que se movilizan en la atención, de la importancia de lo que el paciente cree que tiene, que a veces tiene más importancia de lo que efectivamente es. En definitiva, según lo que uno tiene o lo que uno cree que tiene, es cómo va a operar en términos de la posibilidad de protagonizar su propia recuperación. Esto instala en los servicios de salud la necesidad de repensar los dispositivos de nuestras propias profesiones, supone desarrollar nuevos dispositivos capaces de permitir el acceso a la subjetividad ya no como ruido sino como información estratégica para mejorar la calidad". (Rovere, M. 1997)

6.4. La Calidad

La calidad es definida por el Diccionario de la Lengua Española como «la propiedad o conjunto de propiedades inherente a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie». Definiciones más próximas al mundo de la gestión consideran la calidad como el «conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas», o también como «el grado en que un producto cumple con las especificaciones técnicas establecidas cuando fue diseñado».

Así pues, hablar de calidad implica el conocimiento de unas necesidades, la presencia de un modelo de referencia con el cual comparar nuestra realidad y conseguir, mediante esta realidad, la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente.

Un elemento más que se debe añadir es que la calidad de un producto o de un servicio no está predeterminada por la fatalidad, sino que puede ser *programada, medida y mejorada*. En consecuencia, la calidad puede ***ser gestionada***.

El planteamiento de la calidad, según las anteriores definiciones, aplicado al terreno industrial es ya clásico, después de haber recibido un gran empuje en el Reino Unido y Estados Unidos

durante la Segunda Guerra Mundial y, posteriormente, con la irrupción de la industria japonesa en los países occidentales.

En el terreno sanitario, el concepto de la calidad de la asistencia sanitaria, tal como lo entendemos en la actualidad, empezó a ser aplicado, hacia los años cincuenta, también en Estados Unidos. La aparición, en 1951, de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals con un primer planteamiento de parámetros «de calidad» que debían cumplir los hospitales para ser acreditados (condición indispensable hacia la década de 1960 para poder establecer contratos con la seguridad social norteamericana) y el histórico artículo de Avedis Donabedian en el que se planteaban los principios de la calidad asistencial según criterios de estructura, proceso y resultados, publicado el año 1966, dan cuenta de la naturaleza de los sistemas de calidad aplicados a la asistencia sanitaria.

Estos sistemas de calidad forman ya parte del panorama del mundo de la gestión sanitaria, con aportaciones normativas de las diversas administraciones públicas frecuentemente basadas en modelos de calidad, tales como ISO 9001:2015, ISO 45001:2018, ISO 27001, ISO 27799; como los nuevos criterios de acreditación aplicados a cada uno de los distintos niveles asistenciales de la misma Joint Commission.

No obstante, el terreno de la salud pública ha permanecido notablemente al margen de este proceso. Quizá sus íntimas ligaduras con la Administración Pública, lo cual implica la ausencia de competencia, o la falta del concepto de calidad en el servicio prestado a clientes / pacientes, a los ciudadanos, ha comportado que los intentos de definir la calidad como un concepto aplicado a la salud pública, en el sentido antes citado, hayan sido escasos. Por otra parte, las definiciones clásicas del concepto «salud pública» son escasamente operativas.

No obstante, la definición enunciada por la NHS Task Force, según la ya clásica definición de Acheson, nos permite una adecuada aproximación práctica: “La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, mejorar, proteger y promocionar la salud y el bienestar mediante los esfuerzos organizados de la sociedad. Estos esfuerzos deben abordar tanto las políticas de salud y las causas últimas de la salud y la enfermedad como la provisión de servicios sanitarios efectivos. La salud pública trabaja con alianzas que cruzan disciplinas, profesiones y organizaciones, y explota esta diversidad mediante la colaboración, para suministrar en todas las áreas con impacto en la salud y el bienestar de las poblaciones, políticas basadas en la evidencia y la investigación».

Otro elemento esencial para el abordaje emprendido consiste en la visión de *las organizaciones de salud pública*, generalmente vinculadas a la Administración, como organizaciones de servicios, entendiendo como servicio las actividades que producen un valor económico sin producir bienes materiales y como una organización de servicios cuya oferta está dominada por intangibles y cuya utilidad radica, principalmente, en la resolución de las necesidades de los clientes o los cambios que se operan en ellos. Como toda organización de servicios, las organizaciones de salud pública presentan una serie de características definitorias: intangibilidad y heterogeneidad de su producción, participación del cliente en su producción y generación contemporánea con su consumo, lo que ha llevado a acuñar el concepto de servucción (servicio-producción). Para que un servicio tenga la calidad adecuada debe satisfacer las necesidades y las expectativas del cliente receptor. mediante un amplio estudio entre empresas de servicios, definieron como atributos característicos de este tipo de organizaciones, valorables por el cliente, la efectividad, la eficiencia, la adecuación, la calidad científico-técnica, la satisfacción, la continuidad, la capacidad de respuesta, la flexibilidad, la aceptabilidad, la equidad, la participación, la ética, la credibilidad, la seguridad y la confianza.

Mediante el análisis factorial, dichos autores pudieron reducir todos los atributos anteriormente mencionados a cinco (5) fundamentales con gran capacidad de influencia en la satisfacción de los clientes: **tangibilidad** de las estructuras de prestación de los servicios, **fiabilidad, respuesta, seguridad y empatía**. En nuestro contexto, las organizaciones de salud pública son organizaciones de servicios públicos, es decir, organizaciones estables que realizan una prestación, bajo un régimen jurídico especial, como respuesta a la presencia de una necesidad pública que se debe satisfacer.

Se define la calidad de la atención médica en términos de resultados, medidos como las mejorías esperadas en el estado de salud que pueden atribuirse a la atención. El examen de la manera en que el uso ilimitado y eficiente de los recursos para la atención influye en la calidad así definida lleva a la definición absolutista de calidad. El análisis de la incidencia de los costes y beneficios individuales y externos de la atención sienta las bases de una distinción entre la definición individualizada de calidad, que depende de preferencias individuales, así como de la solvencia, y la definición social de calidad, que incluye consideraciones relativas a los beneficios externos, los costes sociales completos y las preferencias relativas a la distribución del

bienestar. Se realiza otra distinción entre la eficiencia clínica y la eficiencia productiva. En el presente artículo se examinan en detalle las repercusiones de tres definiciones de calidad (absolutista, individualizada y social) y de los dos tipos de eficiencia (clínica y productiva) en la selección de estrategias óptimas de atención. (Donabedian, 2001)

Al abordar el concepto de calidad, evidentemente sería difícil decir que es un concepto nuevo. Es sabida la preocupación que por el tema de la calidad surgió desde el inicio de las prácticas de salud, pero seguramente la necesidad de conceptuar la calidad adquirió mayor relevancia a medida que entre el prestador del servicio de salud y el beneficiario de dicho servicio empezaron a aparecer intermediaciones. Es decir, cuando el mundo estaba cerrado en la atención de la salud, en el consultorio y en la relación médico-paciente, el tema de la calidad podía operar como implícito. Es a partir de la construcción de mayores intermediaciones – no por casualidad la preocupación por la calidad ya lleva muchas décadas en EEUU- y que en términos generales, tiene que ver con el tema del financiamiento y con la aparición de lo que hoy llamamos técnicamente “terceros pagadores” que se empiezan a preguntar qué es lo que pagan, de qué manera están transfiriendo recursos en un sentido o en otro. Cuando el financiamiento y la prestación se desdoblán, naturalmente aparece una especie de intermediación técnica que es al principio administrativo, pero que a medida que se va tecnificando, se suma a un cuestionamiento de lo que se da.

Ello implica reconocer que una prestación no es lo mismo en cualquier caso, sino que debe contrastarse con un concepto: el de calidad.

Es decir, el problema de qué diferencias hay entre una consulta y otra consulta, entre una atención y otra atención, entre una internación y otra internación, entre una prestación y otra.

Si se compara internacionalmente, en América Latina es muy interesante ver cómo los países en donde la seguridad social ha sido predominantemente identificada como financiadora y no como prestadora son los que han desarrollado mayores esfuerzos en el tema de la calidad y han incluso especializado profesionales de la

salud en el campo de la calidad, como por ejemplo el de la auditoría médica, que es una especialidad que no muchos países de América Latina tienen, pero sobre todo la tienen aquellos países donde la Seguridad Social está sólo identificada como financiadora; de tal manera que se crea una especie de nicho en el mercado laboral que admite la posibilidad de especializar profesionales que ahora ya no prestan atención directa, sino que su tarea principal es controlar lo que hacen otros profesionales, cosa que también tiene que ver con la sobreoferta. Hay algunos países que no podrían darse ese lujo, porque por la situación de cómo están llegando a la cobertura de atención no podrían especializar una parte de sus profesionales en controlar a la otra parte de ellos.

La calidad supone un compromiso, asumido por quienes están trabajando, de trabajar bien. O se instala ahí, o no se instala en ningún otro lado.

Demming señala en un momento dado, que la calidad en última instancia es el “orgullo de los trabajadores, la sensación de estar haciendo las cosas bien”. Aun se prioriza la calidad si debe resentir la productividad, porque el costo de hacerlo mal es muy alto.

Si se traslada esta idea a la salud y se reflexiona cuál sería el costo de operar la pierna equivocada aunque después venga un auditor y lo debite. No es el débito el problema, el problema es que operaron la pierna equivocada. El costo de la no-calidad en salud atraviesa no sólo un problema económico, sino fundamentalmente ético. En consecuencia la lógica de la enfermedad del productivismo en los servicios de salud, nos puede llevar a resentir la calidad aún tanto que después terminamos gastando mucho más en corregir lo que hicimos mal que lo que hubiéramos gastado inicialmente en hacer las cosas bien. En consecuencia, en el problema de la calidad, Demming dice que debe estar en la cultura organizacional o en el modelo de gestión de los servicios, o de lo contrario, no hay donde instalarla, porque la calidad es un esfuerzo, una visión, una meta institucional que circula por ahí o no puede circular por ningún otro lado.

Esta noción desestructura todo lo que se estaba trabajando en el tema de calidad, hasta ese momento donde el énfasis fundamental estaba puesto en la evaluación de calidad como garantía, como resguardo de calidad. (Rovere, M. 1997)

6.5. Satisfacción del Paciente.

La satisfacción del paciente está considerada como un elemento deseable e importante de la actuación médica y, aunque intuitivamente el concepto es entendido por todos, no siempre existe acuerdo ni en lo que significa empíricamente ni en el significado de estas evaluaciones. Inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del médico.

Sin embargo, rápidamente se extendió la idea de que se trataba de un concepto multidimensional, proponiéndose diferentes dimensiones de la satisfacción. Por ejemplo, Hulka citó la competencia profesional del médico, su cualidad personal y los costos e inconvenientes de los cuidados prescritos. Ware prefirió hablar de accesibilidad/conveniencia de los cuidados; disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados; eficacia/resultado de los cuidados; financiación y humanización; prestación de información al paciente; posibilidad de acceso a la información; competencia profesional; y ambiente favorecedor de los cuidados. Por su parte, Wolf consideró tres dimensiones: cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); afectiva (interés y comprensión que demuestra); y comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del médico). Para Feletti, Firman y Sanson-Fisher serían diez (10) las dimensiones: competencia en el dominio físico, competencia en el dominio emocional, competencia en relaciones sociales, médico como modelo, cantidad de tiempo de consulta, continuidad de cuidados percibida, mutuo entendimiento en la relación médico-paciente, percepción del paciente de su individualidad, tipo y calidad de la información, y competencia en el examen físico del paciente.

Estos tres autores llegaron empíricamente a la conclusión de que las dimensiones más importantes son: comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo). (Aranaz, J. Mira, J. 2000)

6.6. Bioseguridad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace un llamamiento a los gobiernos y a los dirigentes del ámbito de la atención de la salud para que aborden las persistentes amenazas a la salud y la seguridad de los trabajadores sanitarios y los pacientes:

«La pandemia de COVID-19 nos ha recordado a todos el papel fundamental que desempeñan los trabajadores de la salud para aliviar el sufrimiento y salvar vidas,» ha dicho el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. «Ningún país, hospital o centro de salud puede mantener a salvo a sus pacientes a menos que preserve la seguridad de sus trabajadores de la salud. La Carta de Seguridad de los Trabajadores de la Salud de la OMS es un paso para velar por que los trabajadores de la salud tengan las condiciones de trabajo seguras, la capacitación, la remuneración y el respeto que merecen.»

La pandemia también ha puesto de relieve hasta qué punto la protección de los trabajadores de la salud es clave para garantizar el funcionamiento del sistema de salud y de la sociedad.

En la Carta, publicada el 17 de septiembre 2020 con motivo del ***Día Mundial de la Seguridad del Paciente***, se hace un llamamiento a los gobiernos y a los responsables

de los servicios de salud a nivel local para que adopten cinco medidas destinadas a proteger mejor a los trabajadores de la salud.

Se trata de medidas para proteger a los trabajadores de la salud de la violencia, mejorar su salud mental, protegerlos de los peligros físicos y biológicos, promover los programas nacionales de seguridad de los trabajadores de la salud, y vincular las políticas de seguridad de los trabajadores de la salud con las políticas de seguridad del paciente existentes. (O.M.S 2020)

6.7. Pandemia. COVID 19

La enfermedad del coronavirus 2019 (CoViD-19: Coronavirus Disease 2019) es causada por el síndrome respiratorio agudo severo provocado por el coronavirus-2 (SARSCoV-2: severeacuterespiratorysyndrome coronavirus 2) y se ha extendido mundialmente como una pandemia.

Se detectó en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan (China), causando una enfermedad respiratoria en humanos que variaba en su severidad desde asintomática o síntomas similares a un simple resfriado, hasta una enfermedad respiratoria grave cuyas secuelas aún están por determinarse e incluso mortal. Siendo reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una pandemia mundial el 11 de marzo de 2020.

Esta enfermedad, generada por un nuevo coronavirus como patógeno humano, presenta debido a su reciente aparición y su masiva propagación una altísima tasa de contagio. Además, al ser un nuevo virus, los humanos no tenemos prácticamente inmunidad, ni tampoco existían datos disponibles sobre la gravedad de la enfermedad, qué porcentaje de la población podría verse afectada y si los factores de riesgo pudieran identificarse en sus formas más severas. (Perrone, R. Bevacqua, J. 2020)

Los virus respiratorios rara vez provocan la transmisión intrauterina de la infección al feto; por lo tanto, se prevé que la transmisión intrauterina de SARS-CoV-2 sea baja.

Dos informes de casos que describen el aislamiento de SARS-CoV-2 del líquido amniótico y el tejido placentario y el aislamiento de SARS-CoV-2 de la nasofaringe de los dos recién nacidos dentro de las 48 hs de vida sugirieron una probable infección congénita. Sin embargo, se desconoce la tasa de infecciones congénitas de los recién nacidos de madres positivas para el SARS-CoV-2.

También se desconoce el riesgo de transmisión perinatal, especialmente durante la lactancia, y el riesgo del neonato de desarrollar COVID-19 durante el período perinatal.

Varias sociedades médicas han proporcionado pautas, pero debido a la escasez de datos clínicos, difieren en las estrategias de manejo recomendadas para las díadas madre-hijo.

Hay poca información disponible acerca del riesgo de transmisión vertical y perinatal de la enfermedad por COVID-19.

Se han documentado opiniones diversas en relación al manejo más adecuado y el riesgo neonatal de desarrollar SARS-CoV-2.

El objetivo de los autores fue postular las mejores indicaciones en relación al control de infecciones en el manejo madre-recién nacido e identificar los factores de riesgo asociados.

Se trata del estudio de cohorte observacional más grande hasta el momento que permitió identificar a todos los recién nacidos entre el 22 de marzo y el 17 de mayo de 2020 en tres Hospitales Presbiterianos en la ciudad de Nueva York.

Las madres podían tener contacto piel con piel y amamantar en la sala de partos, pero tenían que usar una mascarilla quirúrgica cuando estaban cerca de su recién

nacido y realizar una higiene adecuada de las manos antes del contacto, la lactancia y el cuidado de rutina.

A menos que fuera contraindicado por motivos médicos, los recién nacidos se mantuvieron en un aislamiento cerrado en la misma habitación que sus madres.

Los recién nacidos fueron evaluados para SARS-CoV-2 mediante el uso de PCR a través de hisopados nasofaríngeos tomados a las 24hs, 5-7 días y 14 días de vida, y fueron evaluados clínicamente por telemedicina al mes de edad. Todos los lactantes fueron negativos para el COVID-19.

Los datos sugieren que es poco probable que ocurra la transmisión perinatal de COVID-19 si se toman las precauciones de higiene correctas, y permitir que los recién nacidos compartan la habitación con sus madres y la lactancia materna directa son procedimientos seguros cuando se combinan con una educación familiar efectiva sobre estrategias de protección infantil. (Christine M Salvatore, Jin-Young Han, Karen P Acker, Priyanka Tiwari y col. 2020)

6.8. Análisis FODA

- FODA: *Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.*

Son éstos los elementos de análisis, recursos a contar para determinar la viabilidad de logro de objetivos planteados, y por otra parte identificar cuál es el impacto de las debilidades así como de las amenazas y oportunidades que el medio ofrece.

El análisis FODA consiste en abordar sistemáticamente y en forma continua acciones de evaluación para efectos de diagnóstico en las organizaciones del sector productivo (públicas y privadas), basadas en la aplicación de una herramienta objetiva, práctica y viable, conocida como MATRIZ FODA y sus grupos de matrices derivadas, para analizar los factores que tienen mayor preponderancia y proporcionar juicios para la

construcción de un balance estratégico, que representa para la administración de las organizaciones, la posibilidad de participar de forma exitosa en la implantación de estrategias. (Talancón, P. 2007)

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de estudio

El diseño metodológico corresponde a un estudio transversal, observacional y cualitativo. Para la recolección de los datos se utilizó la encuesta diseñada para investigar la calidad en el ámbito de las organizaciones productoras de servicios, la encuesta SERQUAL.

La encuesta indaga la percepción de los usuarios frente al servicio ofrecido mediante una puntuación.

El estudio se centró en el puntaje que los usuarios le atribuyeron a los hechos y sucesos, a sus acciones e interacciones dentro de una realidad social determinada.

Los encuestados, usuarios del sistema de salud de neonatología, puntuaron desde su percepción servicio hospitalario y el nivel de satisfacción obtenido.

Esta versión se ha construido específicamente para ser utilizada como encuesta de post-hospitalización en países de habla española. Además, debería servir como herramienta práctica y útil para proponer medidas de mejora en la calidad asistencial, tanto para el gestor como para los clínicos.

7.1.1. Dimensiones

El modelo SERVQUAL agrupa cinco dimensiones para medir la calidad del servicio:

□ **Elementos tangibles:** Es la apariencia física, instalaciones, como la infraestructura, equipos, materiales, personal.

□ **Fiabilidad:** Se refiere a la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Es decir, que la organización cumpla con lo pautado, en cuanto a entregas, suministro del servicio, solución de problemas y fijación de precios.

□ **Sensibilidad:** Es la disposición para ayudar a los usuarios y para prestarles un servicio rápido y adecuado. Se refiere a la atención y prontitud al tratar las solicitudes, responder preguntas y quejas de los usuarios, y solucionar problemas. Sería, en definitiva, la capacidad de respuesta.

□ **Seguridad:** Es el conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza.

□ **Empatía:** Se refiere al nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes. Se debe transmitir por medio de un servicio personalizado o adaptado al gusto del cliente.

7.1.2. Variables

Las variables que se buscaron conocer son:

□ **De la dimensión de elementos tangibles:**

- 1) Estado físico de instalaciones;
- 2) Limpieza de la instalación;
- 3) Elementos físicos.

□ **De la fiabilidad:**

- 1) Interés demostrado en la resolución de problemas.

□ **De la capacidad de respuesta:**

- 1) Sencillez de los trámites a realizar;

2) Disposición para atender las preguntas;

3) Atención ágil;

4) Disposición de oportunidad a reclamos.

Seguridad:

1) Confianza transmitida por empleados;

2) Efectividad en resolución de problemas;

3) Ubicación apropiada del paciente para reducir riesgos;

4) Conocimiento de empleados;

5) Capacidad de respuesta.

Empatía:

1) Amabilidad en el trato del personal de salud;

2) Amabilidad en el trato del personal administrativo;

3) Atención individualizada al usuario;

4) Claridad brindada al usuario por el médico.

7.1.3. Universo y muestra:

Tenemos que en el periodo 2019 desde Julio a Septiembre hubieron 149 pacientes internados y en el periodo 2020, desde Julio a Septiembre hubieron 121 pacientes internados, la muestra seleccionada del periodo 2020 cumplen con los criterios de inclusión.

Universo: Todos los pacientes internados en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Ushuaia en el periodo Julio-Septiembre 2020, que cumplen con los criterios de inclusión de este trabajo.

Muestra: Se toma una muestra representativa de forma aleatoria la cual sea representativa del total de internados en el periodo señalado. De los 121 internados, se toma una muestra de 46 pacientes a encuestar. El tamaño de la muestra se realizó para un nivel de confianza de 95 % y un margen de error del 5% (ver Anexo II).

Criterio de inclusión: Los pacientes deberían tener una internación clínica y permanencia en la institución por un periodo superior a las 24 hs hasta 48 hs, este periodo debería ser entre julio-Septiembre 2020.

Criterio de exclusión: Los pacientes con internación inferior 24 hs o superior 48hs en el periodo julio-Septiembre 2020.

Momento de aplicación de la encuesta: Se realiza en la primera consulta post-egreso hospitalario.

7.1.4. Fuentes.

Para realizar este trabajo se utilizó el modelo SERVQUAL, el cual permite la recepción de la percepción de los usuarios, en particular del sistema de salud.

El cuestionario está confeccionado con la finalidad de medir cinco dimensiones: {capacidad de respuesta, elementos tangibles, confiabilidad, empatía y seguridad}.

Se utilizó la escala de Likert de 7 puntos, con un rango del 1 al 7 (donde se valora extremadamente insatisfecho el 1 hasta el 7 donde es extremadamente satisfactorio)

7.1.5. Momento de trabajo de campo.

El momento del trabajo de campo en que se realizó la recolección de datos fue en el periodo Julio a Septiembre del 2020.

Se realizó una prueba piloto con la finalidad de comprensión del cuestionario y observar los resultados de la prueba piloto para la cual participaron 10 pacientes, posteriormente se realizaron las encuestas durante los tres meses correlativos al egreso de los pacientes. La encuesta fue realizada por quien suscribe y de forma anónima la cual se explicó al momento de la solicitud de la participación.

7.1.6 Plan de análisis.

Los datos recolectados fueron presentados siguiendo los objetivos específicos desarrollados oportunamente. Se presentaron según las variables estudiadas y los puntos más relevantes de la encuesta.

8. RESULTADOS

A continuación, se detallan los datos recolectados.

Se considera como resultado de satisfacción general al valor de la sumatoria de los parámetros satisfactorios considerados en la encuesta.

8.1. De la dimensión de los elementos tangibles

Tabla 1: Nos brinda el nivel de satisfacción del paciente con respecto al estado físico de la maternidad del hospital.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	PORCENTAJE
Extremadamente insatisfecho	2,2%
Muy insatisfecho	2,2%
Insatisfecho	10,9%
Poco satisfecho	6,5%
Satisfecho	32,6%
Muy satisfecho	23,9%
Extremadamente satisfecho	21,7%

En la tabla N°1 se puede observar que la sumatoria de satisfecho, muy satisfecho y extremadamente satisfecho nos brinda el nivel de satisfacción general de los pacientes con respecto al estado físico de la maternidad es de **78,2 %** de un total de 46 encuestas realizadas.

Tabla 2: Nos brinda el nivel de satisfacción del paciente con respecto al equipamiento médico del hospital.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	PORCENTAJE
Extremadamente insatisfecho	0 %
Muy insatisfecho	4,3%
Insatisfecho	4,3%
Poco satisfecho	15,2%
Satisfecho	26,1%
Muy satisfecho	15,2%
Extremadamente satisfecho	34,8 %

En la tabla N°2 se puede observar que la sumatoria de satisfecho, muy satisfecho y extremadamente satisfecho nos brinda el nivel de satisfacción general de los pacientes con respecto al equipamiento es de **76,1 %** de un total de 46 encuestas realizadas.

Tabla 3: Nos brinda el nivel de satisfacción del paciente con respecto al estado físico de la maternidad del hospital para paciente covid (+).

NIVEL DE SATISFACCIÓN	PORCENTAJE
Extremadamente insatisfecho	8,7 %
Muy insatisfecho	4,3%
Insatisfecho	4,3%

Poco satisfecho	15,2%
Satisfecho	30,4%
Muy satisfecho	19,6%
Extremadamente satisfecho	17,4 %

En la Tabla N°3 se puede observar que la sumatoria de satisfecho, muy satisfecho y extremadamente satisfecho brinda el nivel de satisfacción general de los pacientes con respecto al estado físico de la maternidad para pacientes covid 19 + es de **67,4 %** de un total de 46 encuestas realizadas.

Tabla 4: Nos brinda el nivel de satisfacción del paciente con respecto a todos los elementos tangibles evaluados en la encuesta.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	PORCENTAJE
Extremadamente insatisfecho	2,4%
Muy insatisfecho	4,3%
Insatisfecho	5,2%
Poco satisfecho	8,3%
Satisfecho	21,1%
Muy satisfecho	23,6%
Extremadamente satisfecho	34,7 %

En la Tabla N°4 se puede observar que la sumatoria de satisfecho, muy satisfecho y extremadamente satisfecho nos brinda el nivel de satisfacción general de los pacientes con respecto a todos los elementos tangibles encuestados es de 79,1% de un total de 46 encuestas realizadas.

8.2 Capacidad de respuesta.

Tabla 5: nos brinda la percepción de los usuarios sobre la capacidad de respuestas del personal de salud.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	PORCENTAJE
Extremadamente insatisfecho	0,9%
Muy insatisfecho	0,22%
Insatisfecho	0,65%
Poco satisfecho	1,50%
Satisfecho	4,61%
Muy satisfecho	14,69%
Extremadamente satisfecho	77,40%

En la Tabla N°5 se puede observar que la sumatoria de satisfecho, muy satisfecho y extremadamente satisfecho nos brinda el nivel de satisfacción general de los pacientes con respecto a la capacidad de respuesta del personal de salud es de **96,7%** de un total de 46 encuestas realizadas.

8.3 Evaluación de fiabilidad

Tabla 6 nos brinda la evaluación de fiabilidad

NIVEL DE SATISFACCIÓN	PORCENTAJE
Extremadamente insatisfecho	0,9%
Muy insatisfecho	0,22%
Insatisfecho	0,65%
Poco satisfecho	1,32%
Satisfecho	4,83%
Muy satisfecho	14,67%
Extremadamente satisfecho	77,40%

En la tabla N°6 se puede observar que la sumatoria de satisfecho, muy satisfecho y extremadamente satisfecho nos brinda el nivel de satisfacción general de los pacientes con respecto a la evaluación de fiabilidad es de **96,9%** de un total de 46 encuestas realizadas.

8.4 Evaluación de seguridad

Tabla7. Nos brinda datos de la percepción del usuario sobre la evaluación de seguridad.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	PORCENTAJE
Extremadamente insatisfecho	0%
Muy insatisfecho	0%
Insatisfecho	1,46%
Poco satisfecho	3,98%
Satisfecho	10,5%
Muy satisfecho	23,2%
Extremadamente satisfecho	60,8%

En la Tabla N°7 se puede observar que la sumatoria de satisfecho, muy satisfecho y extremadamente satisfecho nos brinda el nivel de satisfacción general de los pacientes con respecto a la evaluación de seguridad es de **94,5%** de un total de 46 encuestas realizadas.

8.5 Evaluación de empatía

Tabla 8. Nos brinda datos de la percepción del usuario del servicio de neonatología sobre la empatía del personal de salud hacia ellos mismos.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	PORCENTAJE
Extremadamente insatisfecho	0,48 %
Muy insatisfecho	0%
Insatisfecho	0,48%
Poco satisfecho	3,5%
Satisfecho	6,9%
Muy satisfecho	22,7%
Extremadamente satisfecho	65.8 %

En la tabla N°8 se puede observar que la sumatoria de satisfecho, muy satisfecho y extremadamente satisfecho nos brinda el nivel de satisfacción general de los pacientes con respecto a la evaluación de empatía del personal de salud hacia el usuario es de **95,4%** de un total de 46 encuestas realizadas.

9. CONCLUSIONES

En este fenómeno que le toca atravesar a toda la sociedad en su conjunto, la misma realidad diaria ha puesto en evidencia que la infraestructura del sector público, en un todo, hablese de las redes hospitalarias con todo lo que implica ya sea a nivel de hospitales regionales como centros de atención primaria de la salud y finalmente como complementarios al estado, en lo que respecta a su deber ante el derecho constitucional de los ciudadanos de acceso a la salud, el sector privado también presenta carencias, por diferentes motivos ya sean económicos, por la propia decisión de no inversión en aspectos que hasta hoy no habían sido condicionantes para la atención de salud y que tienen que ver con aspectos: edificios, disponibilidad para un consumo estimado de medio a largo plazo de insumos descartables y de desinfección de uso masivo, recursos humanos que no han estado lo suficientemente acordes a la altura de este contexto inédito.

Asimismo, la reacción de todos los actores del sistema de salud fue la de rápidamente generar varios sistemas de gestión en la provincia, en diferentes latitudes.

Rápidamente el servicio de salud público se encontró saturado y con poca capacidad de respuesta ante tal fenómeno, situación de características generalizadas en la mayor parte del planeta, y con mayor repercusión negativa en países de Latinoamérica y en general sub desarrollados.

En el caso de Argentina si bien no es un sistema sanitario robusto como otros países desarrollados, se realizaron las gestiones para que el sistema sanitario no colapsara.

Ubicándonos en la Provincia de Tierra del Fuego y especialmente en el Hospital Regional Ushuaia donde las decisiones de los gestores fue adecuar de la mejor manera, según sus posibilidades, áreas como la guardia general, sector de maternidad para atención de pacientes con diagnostico Covid + como no Covid, la finalidad fue no modificar drásticamente las prestaciones brindadas y resguardar al personal sanitario.

Como se ha desarrollado en este trabajo de investigación, en la ciudad de Ushuaia al encontrarse en latitudes alejadas de los conglomerados urbanos, la inevitable aerodependencia para diversas actividades y de rápida resolución de necesidades, no sólo de traslado de ciudadanos por motivos laborales o recreativos sino también de salud y de aprovisionamiento de insumos médicos, como también en cuanto al abastecimiento de productos en general , los cuales son claves para brindar las atenciones y coberturas de tratamientos de los pacientes en épocas no Covid, las limitaciones y el mayor requerimiento de estos insumos se vieron acrecentados con el agravante de la disminución de la conexión área y terrestre por las restricciones ejecutadas por el estado nacional.

Esta cruda realidad descrita y soportada por los residentes en Tierra del Fuego generaron un mayor esfuerzo por parte del estado provincial, fundamentalmente para el Ministerio de Salud en lo que correspondió a la búsqueda y aplicación de estrategias para proporcionar todo lo necesario a la población en su conjunto como así también la población que requería del sistema sanitario público.

Entre las estrategias sanitarias practicadas por el propio estado provincial nos encontramos con la de lograr mantener **“uno o dos vuelos mensuales”**, prácticamente exclusivos para la provisión de insumos hospitalarios claves para la atención sanitaria procurando evitar el desabastecimiento de los hospitales de la provincia (ya sea farmacológica como no farmacológica).

Se crearon dispositivos para atención de pacientes Covid de forma ambulatorios como ingresados en el hospital.

Adentrándonos en las estrategias hospitalarias se crearon zonas para atención de pacientes con “sospecha de covid” (consultorios dedicados solo para atención de paciente covid, con todas las barreas y cuidados para el personal sanitario).

En el área de internación de adultos se llevaron a cabo trabajos de aislamientos en las habitaciones, mediante puertas y mamparas de PVC con la finalidad de brindar medidas de bioseguridad, también se colocaron cámaras y handies en las

habitaciones con la finalidad de mantener sensibilidad y empatía con el paciente que estaba atravesando la internación por covid.

En el área de maternidad si bien se realizaron esas modificaciones en algunas habitaciones con la finalidad de anticiparnos ante alguna gestante covid+, también se está actualmente facilitando que durante la internación tenga un acompañante familiar que la asista durante el puerperio y con el recién nacido.

Considero que este tipo de estrategias han contribuido en la actualidad con los resultados que han brindado las encuestas, ya que como se observó en lo que refiere a fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía superan los porcentajes del 94%, este porcentaje tiene causa en un gran componente en el aporte humanitario y profesional de todos los trabajadores de la salud, que independientemente de los temores propios, antepuso el bienestar de las embarazadas que ingresaban a la sala de maternidad y han visto nacer a sus hijos.

También se puede registrar que entre las variables tangibles ese porcentaje comienza en un 76% en adelante eso se puede atribuir a la antigüedad del edificio que requiere una remodelación integral o realizar otro nosocomio, situación que fue abordada e iniciada pero no tuvo continuidad desde Diciembre 2019.

También se puede observar que los protocolos realizados en conjunto de los dos servicios claramente han sido un facilitador del cumplimiento tanto por el plantel sanitario como así también de los usuarios del sistema. Todos se adecuaron y fue beneficioso para ambas partes tanto el trabajador como el usuario del sistema, favoreciendo el respeto y empatía hacia el usuario del servicio.

Para el personal sanitario fue clave el suministro de materiales de protección como así las capacitaciones de utilización de los mismos. En cuanto al Estado fue beneficiado en mantener el número de evacuaciones de pacientes neonatales que fue de cero (0) hacia otras provincias; los cuales representan un alto costo económico para el sistema de salud provincial, pero aún así es mayor el costo emocional para la familia al fragmentarse producto de la evacuación.

Realmente se debieron realizar muchos esfuerzos de diferentes áreas para mantener la calidad del servicio aún en pandemia, a sabiendas de las grandes dificultades para lograr evacuaciones aéreas. Es por lo mencionado en los objetivos de este trabajo, y lo desarrollado en su marco teórico que se intenta evaluar, en esta pandemia, el nivel de satisfacción en general de los pacientes que utilizaron el Servicio de Neonatología durante Julio-Septiembre del 2020.

La situación social, sanitaria y económica que pone en mayor evidencia las carencias de todos los sectores, y la exigencia de prestaciones y servicios públicos, inclusive con mayores requerimientos que en tiempos de no pandemia.

En cuanto la sensibilidad social inevitablemente se ve sofocada por el instinto de supervivencia y la delegación de responsabilidad desde la sociedad civil hacia el Estado como sujeto que debe garantizar el bienestar de su población en todo tiempo, lugar y época, más aún en Pandemia Mundial.

Como pudimos verificar en el abordaje para el desarrollo del trabajo, y poder evaluar el nivel de satisfacción del usuario debimos tener presentes conceptos claros que contribuyeran a dicha finalidad, como:

- profundizar sobre el sistema de salud,
- bioética,
- usuario de sistema de salud,
- calidad,
- bioseguridad,
- satisfacción y
- análisis FODA,

Todas estas herramientas conceptuales permitieron plantear consignas claras para ser evaluadas por los pacientes que utilizaron el sistema de salud público de Ushuaia, en particular del Servicio de Neonatología, en el Hospital Regional de Ushuaia.

De todas las variables evaluadas durante la encuesta realizada podemos decir que aún en el contexto pandemia Covid 19 la población que fue asistida, egresó de la institución con un nivel de satisfacción superior al 76%, y en rangos generales en otras variables como seguridad, fiabilidad y empatía con un nivel de satisfacción superior del 94%.

Considero, al realizar el análisis de los datos obtenidos, que dichos resultados no son fortuitos, ni producto de un muestreo no representativo, sino que son el resultado del compromiso del {personal administrativo, maestranza, médicos y no médicos}, ellos son los actores primordiales para lograr niveles de satisfacción por los usuarios del sistema sanitario.

También debemos remarcar que de todo el cuestionario los resultados más bajos se atribuyen a los aspectos tangibles evaluados, lo cual deberá considerarse en el análisis FODA como herramienta de gestión para la toma de decisiones a consecuencia de la definición de políticas públicas por parte de los gobernantes

Quienes de así hacerlo y considerarlo podrían sin duda mejorar esos indicadores como así potenciar aún más en los que correspondan al recurso humano.

En este contexto es primordial la centralidad de la bioseguridad para los agentes sanitarios como así para la población que requiere de algún tipo de asistencia en este momento histórico que está atravesando a todos los continentes y que al parecer faltan páginas por escribir del desenlace que tendrá esta pandemia COVID 19 .

Esta investigación y bajo este contexto, deja en evidencia una herramienta tan importante como el capital humano, comprometido, en constante capacitación, como también su rol en esta eventualidad.

Podemos decir que el acompañamiento universal (es decir, desde maestranza, administrativos, camilleros, enfermeras, médicos) se pudo brindar en niveles aceptables de satisfacción por parte del sistema hacia el usuario. Esto nos brinda una información muy valiosa para disminuir nuestras debilidades y fortalecer nuestras

fortalezas como sistema, es una excelente oportunidad para observar y evaluar todos los resultados obtenidos y generar estrategias correctivas.

Matriz FODA

Fortalezas:

- Capital Humano profesional calificado y comprometido con las mejoras continuas del Servicio de Neonatología.
- Capital Humano no profesional calificado y comprometido con las mejoras continuas del Servicio de Neonatología.
- Protocolos Covid en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Ushuaia
- Mejoras en habitaciones de Maternidad para embarazadas Covid
- Niveles de Satisfacción del usuario superiores 76% de las encuestas realizadas
- Niveles de Satisfacción del usuario en las variables como seguridad, fiabilidad y empatía con un nivel de satisfacción superior del 94%.

Oportunidades:

- Mejorar niveles de capacitaciones al personal de salud;
- Mejorar niveles de comunicación con el usuario del sistema;
- Actualizar protocolos Covid 19 y realizar pruebas pilotos con mayor frecuencia;
- Mejorar cartelera sobre Covid 19 con la finalidad de ser más útil al usuario;
- Mejorar las prestaciones brindadas al usuario (reflejo rojo , pesquisa neonatal, curso de parto, seguimiento de alto riesgo)
- En caso de tener bajas de capital humano por contagios de Covid 19, se debería contemplar activar plan B y convocar al sector privado o a los profesionales jubilados que se encuentren en el territorio provincial.

Debilidades:

- Estructura edilicia deficiente con respecto al número de habitaciones y fachada de la maternidad.
- Deficiencias en el confort de las Instalaciones de habitaciones de maternidad donde permanecen las madres, en aspectos fundamentales como: cama, sillón de acompañante, desayunador entre otros.
- Cartelería sobre Covid 19 en el área de maternidad deficientemente instructiva, se debería colocar cartelería con mayor impacto de interpretación y colocar en lugares más visibles.

Amenazas:

- Probable déficit de disponibilidad de camas en sala de maternidad por niveles altos de casos Covid 19 +;
- Probable falta de insumos farmacológicos y de protección del personal de salud en caso de continuar altos niveles de casos Covid 19 +
- Probable déficit de recurso humano sanitario profesional y no profesional por contagio de Covid 19.
- Agotamiento del recurso humano sanitario por imposibilidad de otorgamiento de periodos de descanso (estival e invernal), alto nivel demandante de cobertura de guardias de forma mantenida sin tener un descanso apropiado como mínimo de 24 hs entre guardia y guardia.

Este trabajo ha sido abordado con la mayor integralidad viable, siendo un área tan sensible como es el nacimiento y sus posterior control en un contexto histórico único en el mundo.

Se puede apreciar que en este sector del hospital se obtuvieron resultados que reflejan el esfuerzo integral por todas las partes involucradas en brindar servicios. Considero que estos resultados nos han dejado enseñanzas, las cuales como gestores deberíamos replicar en otras áreas del hospital y por qué no de todo el sistema sanitario.

Todo este aprendizaje en este momento tan inédito debería ser un disparador para generar nuevas herramientas como una incorporación en la tecno-estructura ministerial de áreas que se aboquen en registros de indicadores de calidad y promover las mejoras continuas en las diferentes áreas, crear un área de auditoría de procesos de calidad que fortalecería el abordaje de las prestaciones brindadas, es decir crear en el organigrama una estructura con herramientas para monitorear y recomendar mejoras en base a los resultados obtenidos en todos los sectores sanitarios, mediante la creación de procesos, conforme las necesidades de cada sector pero con un mismo fin: CALIDAD.

Estas recomendaciones que se sugieren implementar podrían con alta certeza mejorar los resultados obtenidos en esta área específicamente, como así también comenzar con la obtención de datos de toda la tecno-estructura hospitalaria, que una vez procesados/interpretados, lleven a la toma de decisiones desde la Dirección General con la participación de los responsables de cada sector para la mejora continua en la actividad prestacional diaria y la necesaria detección de desvíos de los lineamientos que así ya se hubieran podido plantear e implementar.

Este trabajo de investigación ha dado lugar a que en la actualidad se planteara a la Dirección General del Hospital Regional Ushuaia, la implementación de una encuesta de calidad del servicio de prestación de salud en el Departamento materno Infantil. Esta propuesta ha conllevado actividades administrativas que autorizaran su realización, junto al consenso del capital humano que interviene en todo este sector. (Anexo VI)



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Hoy es una realidad la implementación de esta encuesta, en principio en el Departamento Materno Infantil, teniendo ya los primeros datos y encontrándonos en la labor de mejorar procesos y en contacto con el **área de calidad** que ha sido incluida en la tecnoestructura bajo el ámbito de la Subsecretaría de Informática y Comunicaciones del Ministerio de Salud. En este aspecto se ha avanzado en la confección de un **marco normativo de calidad**, el cual ha sido provisto por el área referenciada y se encuentra adjunto al presente trabajo en el **Anexo VI**.

10. BIBLIOGRAFÍA.

1. Aranz, M. (2000) “La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria” ;114 (Supl 3):26-33.
http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf
2. Aronna, A. Luppi, I. “Evaluación de servicios de salud: aportes preliminares desde una perspectiva epidemiológica” vol. 7 Nº 1 y 2
http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/vol7n1y2_art5.htm:
3. Bersotti C. (2001) Construcción del objeto Capítulo III
<http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introduccion.pdf>
4. Combol, Ana (2013) Bioseguridad
<http://www.higiene.edu.uy/parasito/coursep/bioseg.pdf>
5. Decreto provincial Nº 425 /2020
6. De Souza Minayo, MC. (2004) El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud. Capítulo IV. Lugar Editorial. Buenos Aires.
7. Donabediam, A. (2001) Evaluación de la calidad de la atención medica – Rev 2001 vol 16:S6:S79
8. Dussault, G. (1994) “La gestión de los servicios públicos de salud”
9. Historia. Lugar de publicación: Tierra del fuego gob.
<https://www4.tierradelfuego.gov.ar/historia/>
10. Manual de Bioseguridad (2019)
<https://medicina.udd.cl/ictim/files/2019/09/MANUAL-DE-BIOSEGURIDAD-pdf-web.pdf>
11. Mayan, María (2001) “Una introducción a los métodos cualitativos: Modulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales”
12. Organización mundial de la salud <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
13. Ortiz, Z. Antonietti, L. Capriati, A. (2020) Preocupaciones y demandas frente a

Covid-19, encuestas al personal de salud. Medicina (Buenos Aires) 2020, vol. 80 (supl. III): 16-24 <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/s3/16.pdf>

14. Parte diario epistemológico Covid-19 al 01 de octubre del 2020. Lugar de publicación: Tierra de Fuego gob. <https://www.tierradelfuego.gob.ar/parte-diario-epidemiologico-covid-19-al-01-de-octubre-del-2020/>

15. Perrone, V. Bevacqua, R. (2020) "CoViD-19: perspectivas y vulnerabilidad"

16. Pfeiffer, M. Molinari, L. (2013) "Relación médico paciente: la bioética y el cuidado en medicina". Apuntes de Bioética Rev Am Med Resp 2013; 3: 152-155.

17. Resolución del Ministerio de Salud TDF N° 240/2020

18. Rodriguez, R. (2010) "Metodología de la Investigación científica contenidista"

19. Rovere, Mario "Calidad centrada en el ciudadano"

20. Rovere, Mario (1997) "Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis"

21. Salvatore, C. Jin-Young Han, y. Acker, K. Priyanka Tiwari y col. (2020) "Manejo neonatal durante la pandemia de COVID-19"

22. Selltiz, C. Jahoda, M. Deuts, M. CH S.W.COOK Métodos de investigación en las Relaciones Sociales Octava Edición.

23. SERVQHOS_Un_cuestionario_para_evaluar_la_calidad_p (1)

24. Siurana Aparisi, J. (2021) "Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural.

25. <http://capacitasalud.com/campus/mod/resource/view.php?id=9567>

26. Calidad en salud pública Joan Guix Oliver 2005

ANEXO I

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El cálculo de tamaño de la muestra se realizó previamente a la investigación y permitió determinar el grado de confiabilidad (margen de error) de la misma.

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde,

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

K: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos, un 95,5% de confianza es lo mismo que nos podemos equivocar en un 4,5%.

El valor en esta muestra es igual a 2.

e: es el error muestral deseado, que se entiende como la diferencia de error entre si se realiza encuesta al total de población o solo a la muestra.

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio es desconocido se supone que es igual a 0,5.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica 1-p.

n: es el tamaño de la muestra

ANEXO II

ENCUESTA

ASPECTOS TANGIBLES

(1 nada de acuerdo, 7 muy de acuerdo)

	1	2	3	4	5	6	7
Durante la internación observo equipamiento médico, ¿le pareció moderno?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las instalaciones físicas de la maternidad en un su conjunto, ¿le resultaron visualmente atractiva?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Con respecto a las instalaciones físicas de las habitaciones donde estuvo internada, ¿le resultaron modernas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cuanto a los trabajadores de la salud del sector maternidad, ¿le resulto agradable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que las instalaciones de la maternidad estaban preparadas para pacientes con coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cuanto a los carteles que se encontraban en el pasillo y habitación de la maternidad sobre Coronavirus, ¿le resultaron de utilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cuanto a los elementos en la habitación y baño de sala común en maternidad consideran que se limpiaron adecuadamente limpios? ¿Se sintió segura con respecto al coronavirus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FIABILIDAD

(1 nada de acuerdo, 7 muy de acuerdo)

	1	2	3	4	5	6	7
Cuando el personal Médico de Neonatología se comprometía en realizar algún tipo de asistencia ¿lo realizaban?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando el personal de Enfermería de Neonatología se comprometía en realizar algún tipo de asistencia, ¿lo realizaba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frente alguna inquietud y/o consulta de usted o su acompañante sobre el coronavirus, el personal del servicio de neonatología, ¿mostraba interés en resolverlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El jefe del área mostro interés en resolver inconvenientes en caso de que sugieran?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Considera que la atención de su hijo/a durante la internación fue la apropiada a sus necesidades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante la internación, ¿considera que a usted se la atendió bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Considera que estuvo internada el tipo suficiente para la atención de usted y su hijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante la internación se le explicaron futuros controles para usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al darle el alta médica a su hijo/a, ¿se le explico próximos controles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso de quedar nuevamente embarazada o algún familiar, ¿usted recomendaría el hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SENSIBILIDAD

(1 nada de acuerdo, 7 muy de acuerdo)

	1	2	3	4	5	6	7
Al ingresar el personal de enfermería para atender su hijo, ¿le explicaba que controles le estaban realizando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al ingresar el Médico para atender su hijo, ¿le explicaba el estado de salud de su hijo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cuanto al equipo de Neonatología en su conjunto (médicos y enfermeras), ¿usaba barbijo cuando atendía a su hijo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal de enfermería de neonatología, ¿se tomó el tiempo necesario para atender su hijo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal médico de neonatología, ¿se tomó el tiempo necesario para atender su hijo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cuanto al equipo de Neonatología en su conjunto, ¿considera usted que se presentaba con elementos de protección por el coronavirus y buena predisposición para ayudadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Considera que el equipo de neonatología respondió todas sus inquietudes sobre su salud y la de su hijo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cuanto al equipo de la Maternidad en su conjunto, ¿considera que se presentaban con elementos de protección por el coronavirus y con buena predisposición para ayudadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEGURIDAD

(1 nada de acuerdo, 7 muy de acuerdo)

	1	2	3	4	5	6	7
Cuando el personal de enfermería de Neonatología evacuaba sus dudas, ¿Sintió confianza en ellas y/o en sus indicaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando el personal médico de Neonatología evacuaba sus dudas, ¿Sintió confianza en ellas y/o en sus indicaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usted, ¿se sintió segura con todos los mecanismos utilizados para la prevención de contagio por el coronavirus en el hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Considera que el personal de salud de todo el hospital fue amable durante su internación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Considera que el personal administrativo del hospital fue amable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Considera que durante la pandemia el personal de salud los atendió integralmente bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EMPATIA

(1 nada de acuerdo, 7 muy de acuerdo)



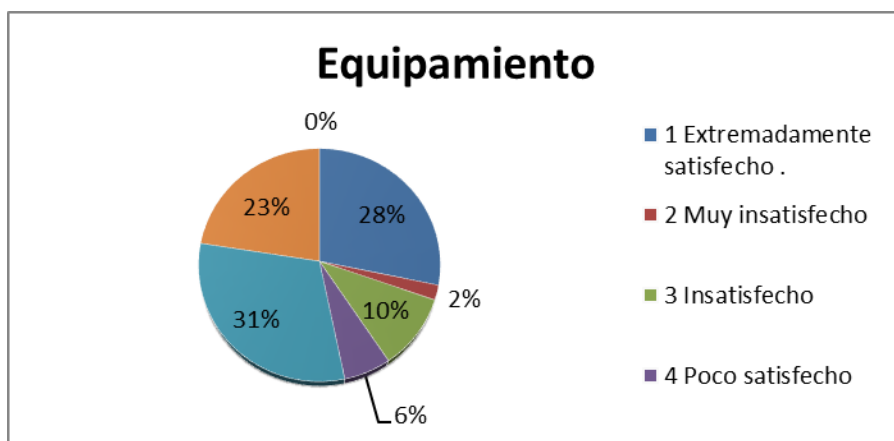
	1	2	3	4	5	6	7
Durante la internación, ¿sintió que se le realizó una atención personalizada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal de enfermería de Neonatología, ¿se dirigía cordialmente a usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal médico de Neonatología, ¿se dirigía cordialmente con usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cuanto a los horarios en los que pasaba el personal de enfermería de Neonatología, ¿considera que eran los adecuados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cuanto horario en los que pasaba el personal médico de Neonatología, ¿considera que eran los adecuados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Considera que el equipo de Neonatología realizó una atención personalizada de su hijo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Considera que el equipo de neonatología ponía interés en evacuar sus dudas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Considera que si usted hubiera tenido Coronavirus al ingreso de la internación el personal de salud los hubiera atendido adecuadamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



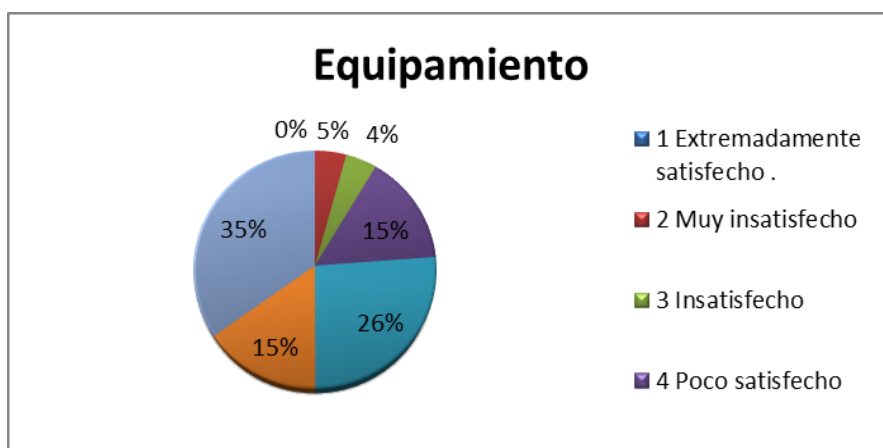
ANEXO III PRESENTACIÓN RESULTADOS DE LA ENCUESTA

En este anexo, mostraremos los resultados de los datos recolectados en la encuesta realizada, las gráficas serán en forma de torta con la finalidad de una mejor interpretación de los datos.

Durante su internación, al observar el equipamiento médico, ¿Le pareció moderno?



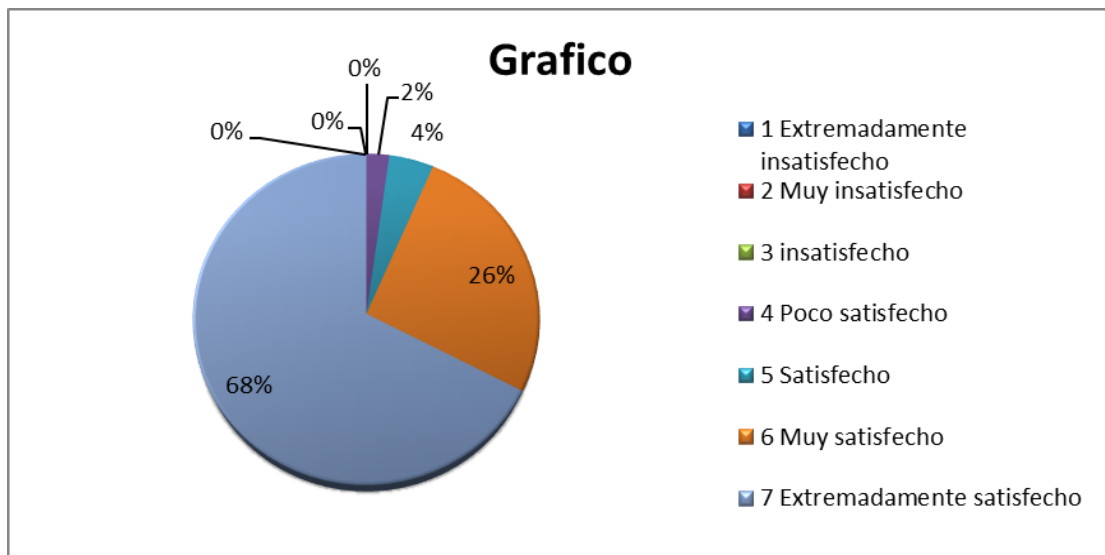
Las instalaciones físicas de la maternidad en un su conjunto, ¿Le resultaron visualmente atractivas?



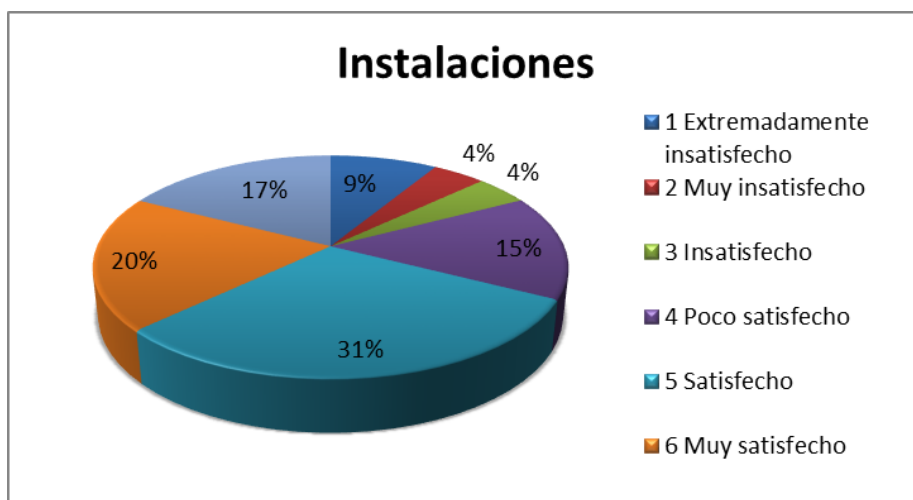
Con respecto a las instalaciones físicas de las HABITACIONES donde estuvo internada,
¿Le resultaron modernas?



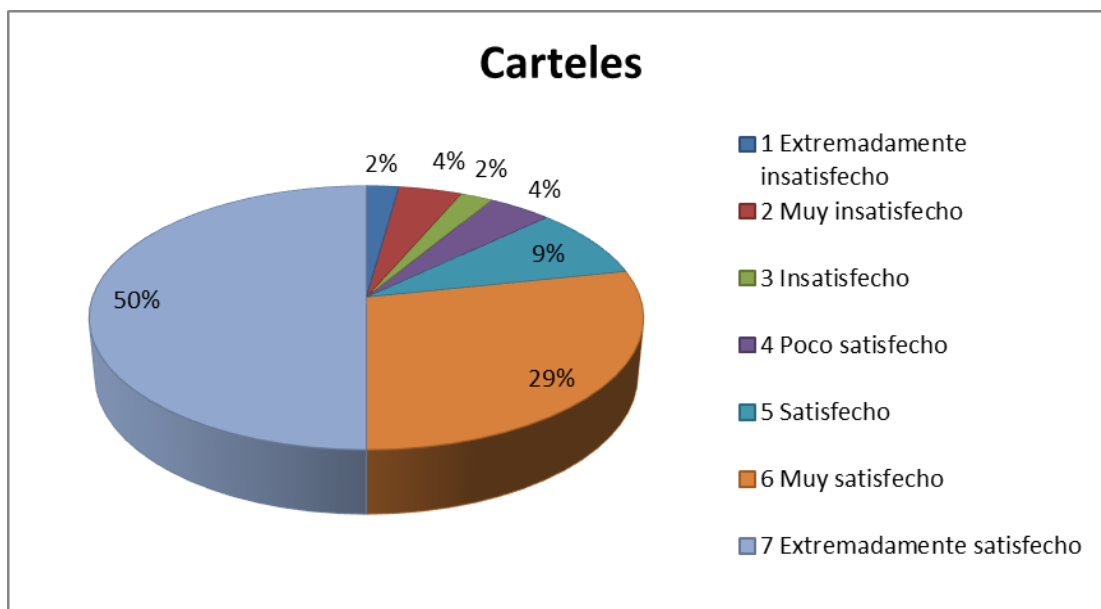
En cuanto a los trabajadores de la salud del sector maternidad, ¿Le resulto agradable?



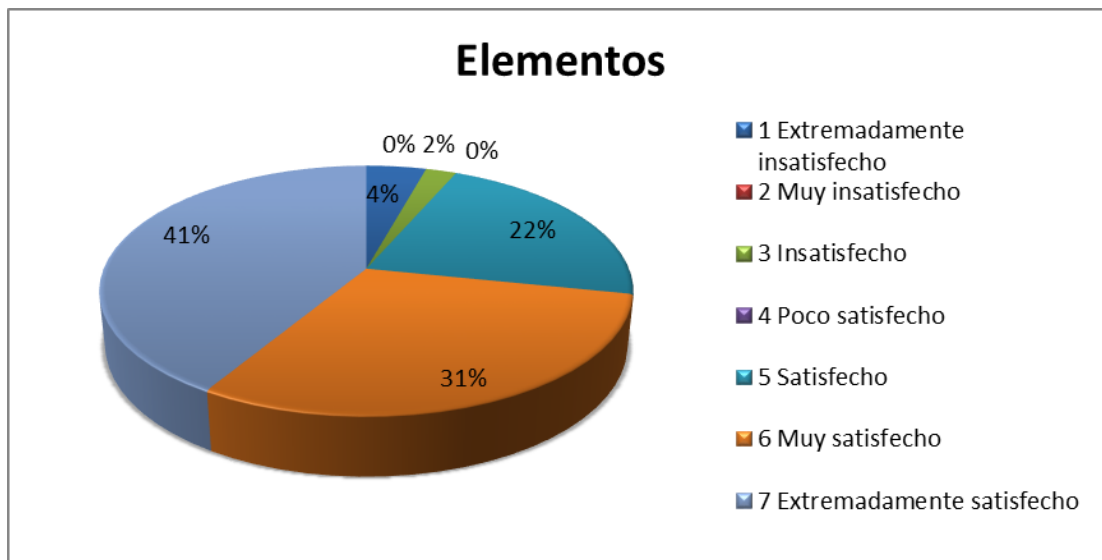
¿Considera que las instalaciones de la maternidad estaban preparadas para pacientes con coronavirus?



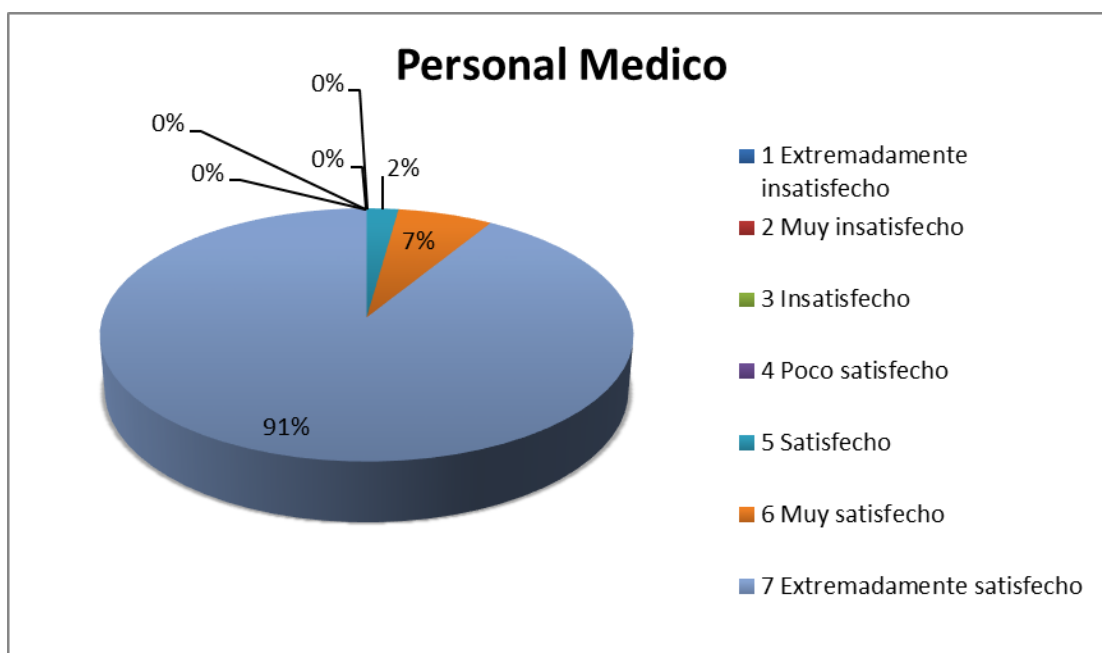
En cuanto a los carteles que se encontraban en los pasillos de uso común y en habitaciones de la maternidad sobre las medidas de prevención por el Coronavirus, ¿Le resultaron de utilidad?



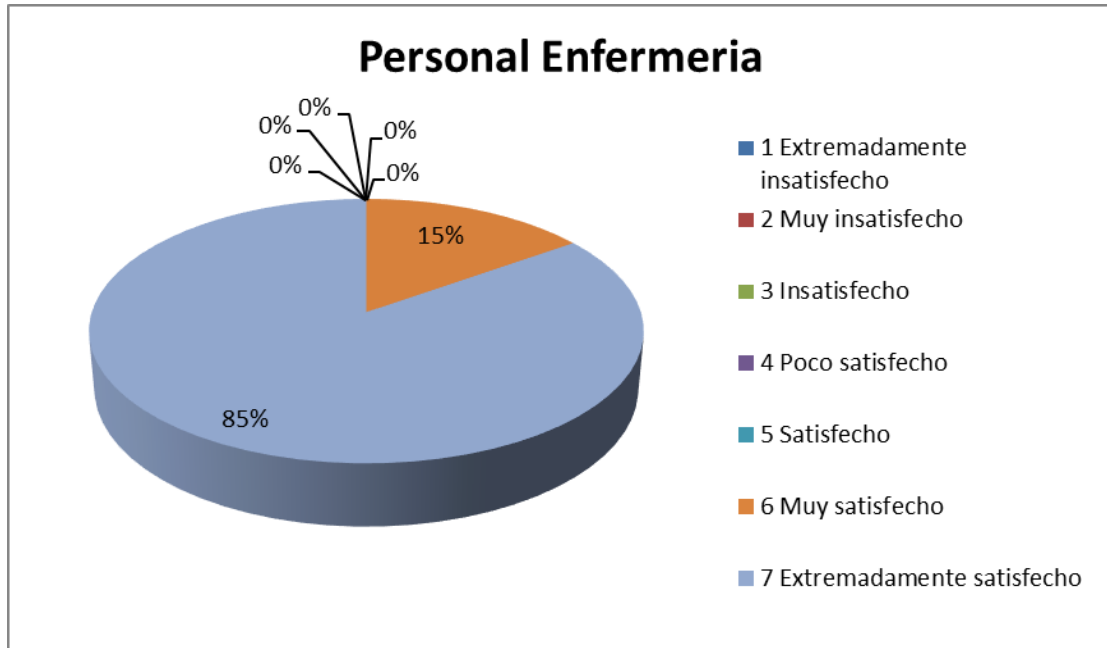
En cuanto a los elementos en la habitación y baño de sala común en maternidad, ¿Considera que se encontraban adecuadamente limpios? ¿Se sintió segura con respecto al Coronavirus?



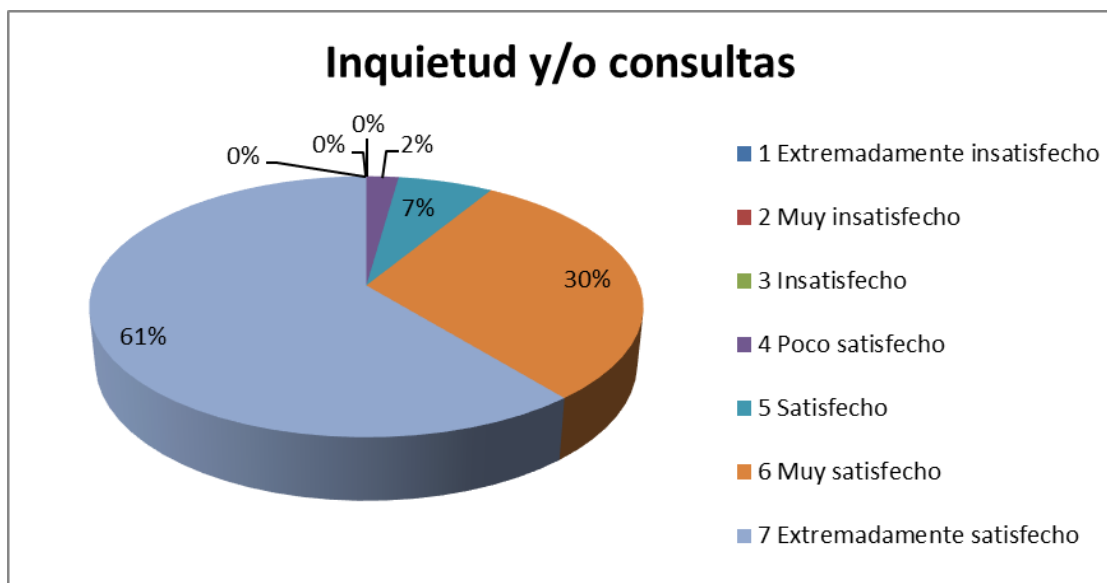
Cuando el Personal Médico de Neonatología se comprometía a realizar algún tipo de asistencia, ¿Lo realizaban?



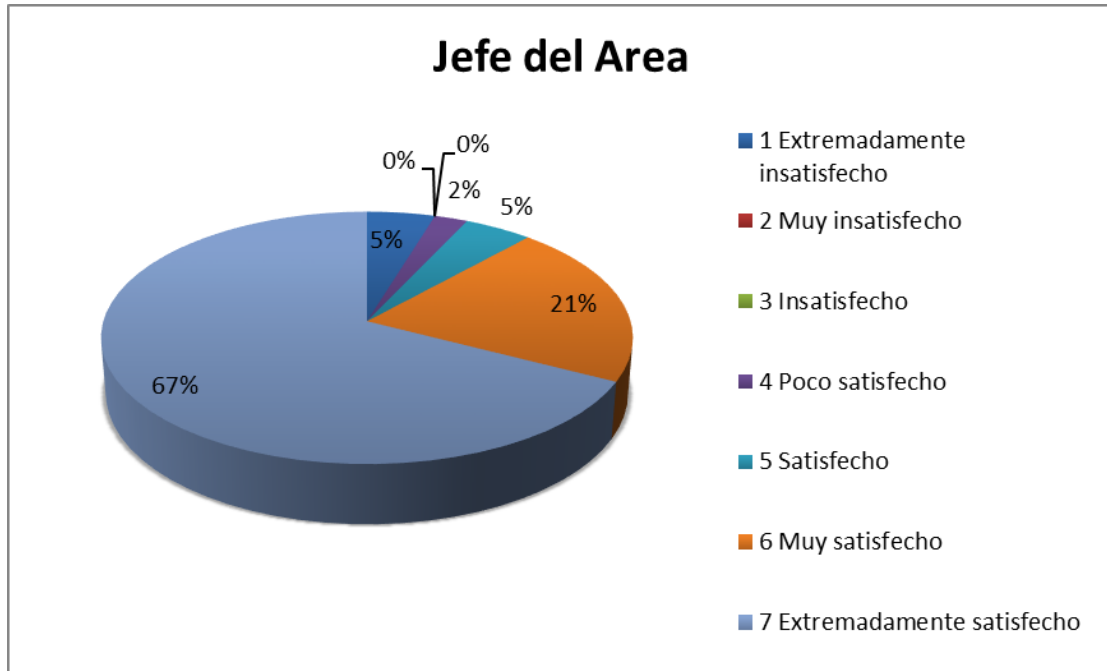
Cuando el Personal de Enfermería de Neonatología se comprometía a realizar algún tipo de asistencia, ¿Lo realizaban?



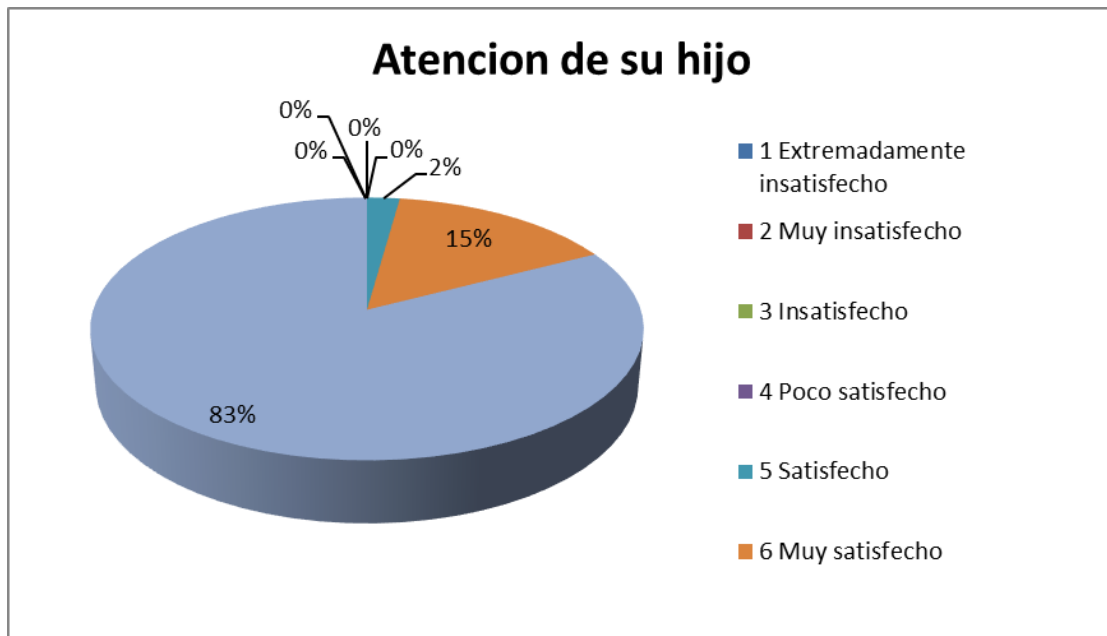
Frente alguna inquietud y/o consulta de usted o su acompañante sobre el coronavirus, el personal del servicio de neonatología, ¿Mostraba interés en resolverlo?



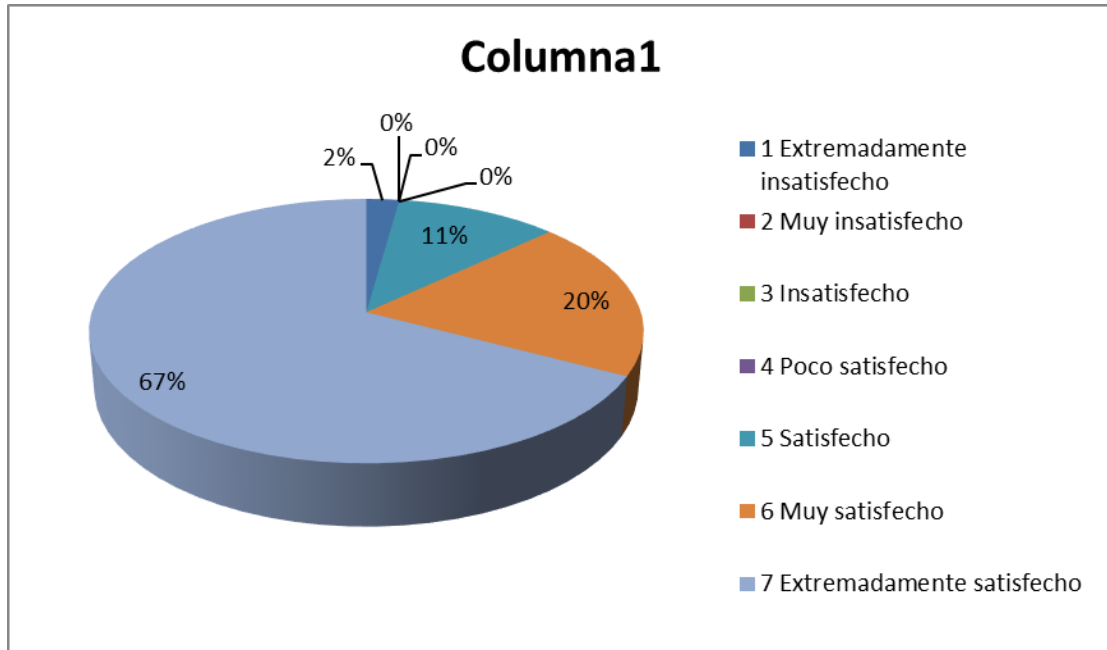
¿El jefe del área mostró interés en resolver inconvenientes en caso de que surgieran?



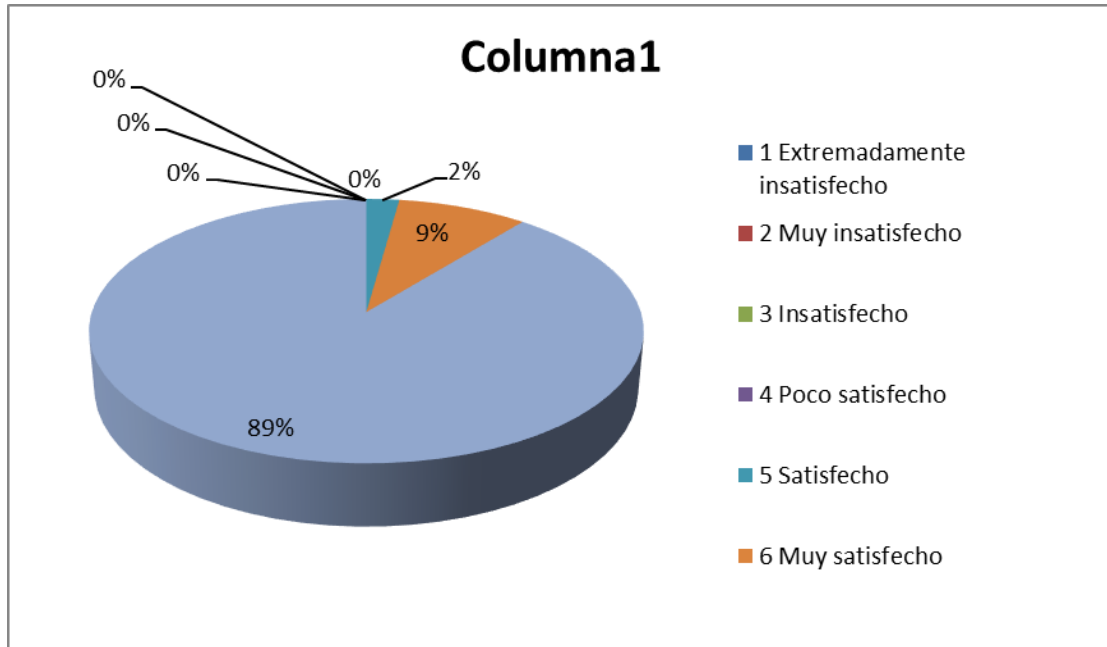
¿Considera que la atención de su hijo/a durante la internación fue la apropiada a sus necesidades?



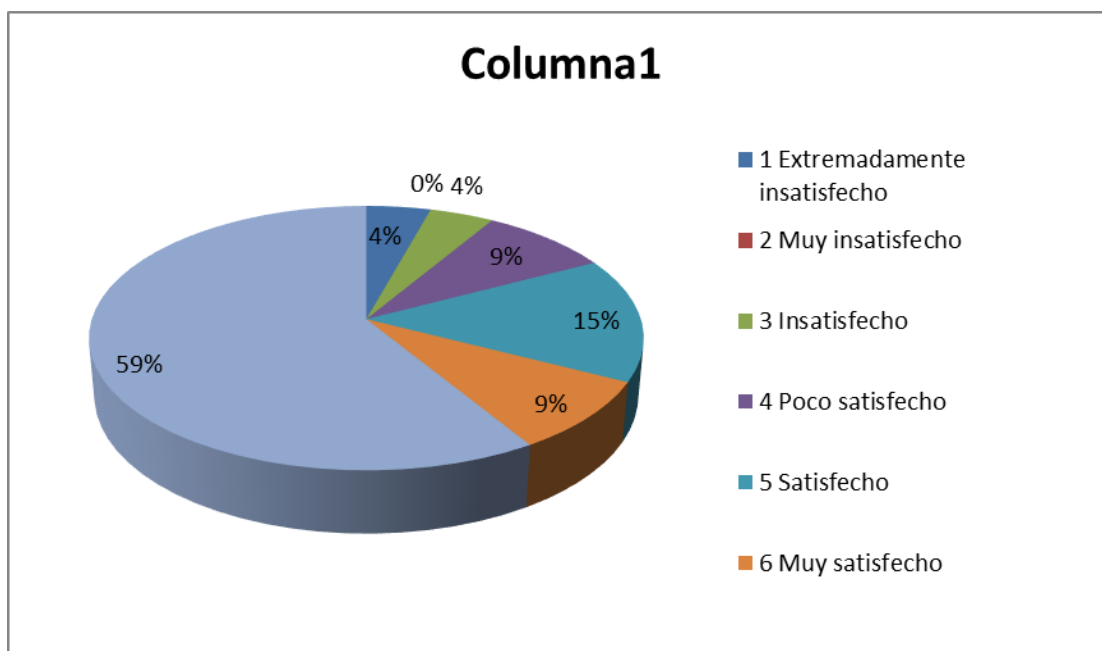
Durante la internación, ¿Considera que a usted se la atendió bien?



¿Considera que estuvo internada el tiempo suficiente para la atención de usted y su hijo?



Al darle el alta médica a usted, ¿Se le explicó los próximos controles?



ANEXO IV ANTECEDENTES DOCUMENTALES NORMATIVOS



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"Governador Ernesto M. Campos"

"2020 – Año del General Manuel Belgrano"

CIRCULAR N.º 18 /2020

PRODUCIDO POR:
DIRECCIÓN GENERAL – H.R.U.

PARA INFORMACIÓN DE:
JEFES DE DEPARTAMENTOS

Se informa a todo el personal que dada la reducción de cantidad de camas disponibles en el Servicio de Internación de Adultos por la designación de camas específicas para la atención de pacientes COVID-19; se define que en caso de necesidad de internar pacientes adultos **NO COVID-19**, se dispondrá de las camas ubicadas en **habitación 8 de Sala de Internación de Maternidad** y **Habitación 4 de Sala de Internación de Pediatría**.

La internación y evolución del paciente será responsabilidad del servicio internante.

La distribución de pacientes según disponibilidad de camas será realizada en conjunto por Secretaria de Sala y Supervisión de Enfermería.

A los jefes de Departamento a efectos de tomar conocimiento e informar a los servicios a su cargo.

H.R.U.


USHUAIA, 29 MAYO 2020

Dr. Carlos J. GUGLIELMI
Director General
Hospital Regional Ushuaia

"Las Islas Malvinas, Georgia y Sándwich del Sur, son y serán Argentinas"



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



**PROTOCOLO ATENCION RN SANO Y RN COVID -19 + DEL SERVICIO
DE NEONATOLOGIA HOSPITAL REGIONAL USHUAIA**

VERSION 01

Generado por el Servicio de Neonatología HRU
Dra Urenda , Dra Yossen y Dr Moreyra

Revisado por comité operativo de Emergencia COVID-19

Indice de contenidos

Medidas de atención Recién Nacido Sano en Neonatología HRU -----

Medidas de atención Recién Nacido por Guardia Neonatología HRU -----

Medidas de Equipo de protección personal (EPP) en sala de Recepción -----

Medidas de acción en UCIN con pacientes COVID-19 + -----

Accionar en UCIN con casos COVID-19 + -----

"La vida, Medicina, Emergencia y Resiliencia del Plan, y del Poder Comunitario son y serán Siempre"

1- Medidas de atención Recién Nacido Sano en Neonatología HRU

- Se realizara llamado telefónico al familiar del RN ,con la finalidad de realizar Pre-TRIAGE (Se consultara sobre estado del RN y descartar sintomatología COVID 19 del acompañante del RN , solo puede acompañar al menor un adulto)
- Protección del Médico en la consulta (Barbijo quirúrgico , Gafas o Macara facial y cofia opcional)
- Se recomienda realizar primer control neonatal en la 1er semana de vida (4 a los 7 días de vida).
- Se recomienda realizar segundo control neonatal en los 15 y 20 días de vida (Según lo examinado y observado en su 1er control)
- El control del mes de vida se llamara y se consultara el estado del RN, sueño seguro, OEA, Lactancia y preocupaciones del agente y el familiar.

2-Medidas de atención Recién Nacido por Guardia Neonatología HRU

- Protección del Médico en la consulta (Barbijo quirúrgico , Gafas o Macara facial, Camisolín, Guantes no estériles y cofia opcional)

3-Medidas de Equipo de protección personal (EPP) en sala de Recepción

Medico

Tarea	Barbijo	Camisola	Guantes	Gafas	Mascara Facial	Cofia	Delantal PVC	Botas
Parto sin Covid-19	Quirúrgico	Si	Si	Si	No	Si	No	Si
Parto con Covid-19 Confirmado	N95* Con mascarera facial o barbijo quirúrgico encima	Si	Doble par	Si	Si	Si	Si	Si

Atención del neonato de madre confirmada de COVID-19

- Baño/limpieza precoz del neonato.
- Monitoreo respiratorio estricto del neonato.
- Se internarán por separado madre y recién nacido.
- Se indicará aislamiento respiratorio y de contacto de la madre, hasta que la misma presente 2 PCR negativas, separadas por 24 horas.

Lactancia Se sugiere continuar con lactancia materna.

Se sugiere no amamantar en forma directa, sino extracción de leche materna y que la misma sea administrada por otra persona.

Extracción de leche materna: se debe proveer bomba de extracción de leche con estricta adherencia a las normas de esterilización. La bomba no podrá ser compartida con otra paciente y la extracción se realizará en la habitación donde se realiza el aislamiento. No hay evidencia a la fecha de presencia del virus SARS-CoV-2 en leche materna.



+ Medidas de acción en UCIN con pacientes COVID-19 +

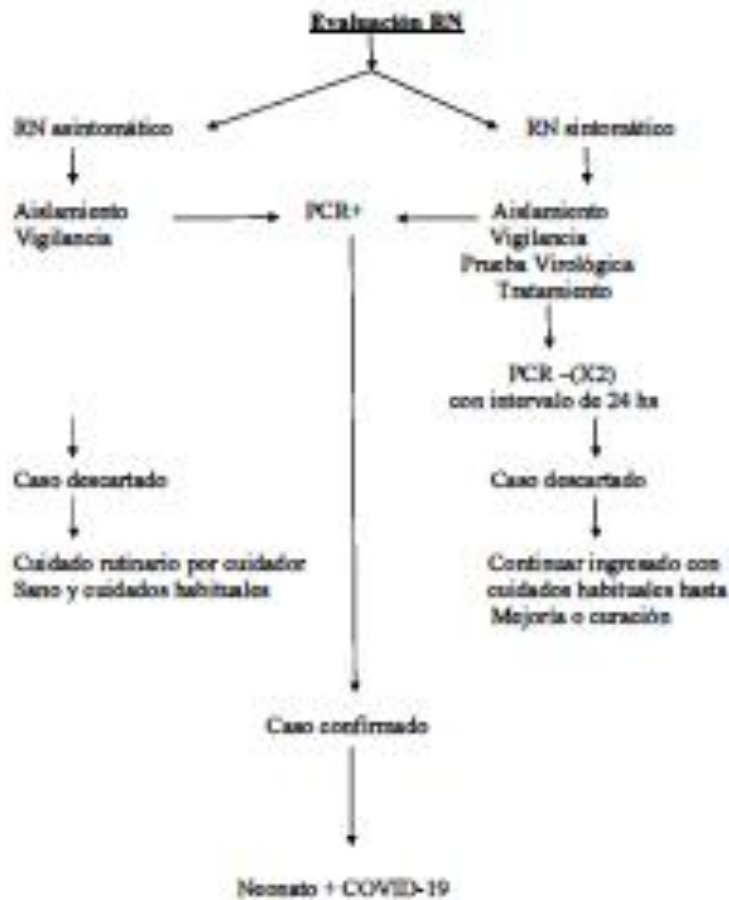
EPP en UCIN paciente COVID

MEDICO

Tarea	Barbijo	Camisolín	Guantes	Gafas	Mascara Facial	Cofia	Delantal PVC	Bota
Examen físico, Intubación, vía central, traqueostomía, aspiración de secreciones, toma muestra (ej. hisopado naso/orofaríngeo)	N95* Con mascarara facial o barbijo quirúrgico encima	Si	Doble par	Si	Si	Si	Si	Si



Ruizón nacido de madre COVID-19 +



La vida humana empieza cuando se genera la vida humana y termina cuando se muere.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Bibliografía

- Ministerio de Salud de la Nación (19-3-2020). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/medicaciones>
- FIGOIF Coronavirus-COVID 19 Fundación Internacional de Medicina Materno Fetal
- Coronavirus (COVID 19) Infection in Pregnancy
- Information for healthcare professionals. Version 1: Published Monday 9 March, 2020. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
- Perfil clínico-epidemiológico de gestantes con infección por COVID-19 Brasil 3 de marzo 2020
- Protocolo COVID-19 Servicio de Infectología HRU y Comité Operativo de Emergencia 2020.

"La vida humana empieza cuando se forma el embrión y termina cuando muere"

DECRETO N° 425

11-03-20

VISTO la Resolución M.S. N° 240/2020; y

CONSIDERANDO:

Que mediante la Resolución del visto se aprobó la creación del Comité Operativo de Emergencia (COE) y el protocolo de actuación para posibles casos de Covid-19.

Que el abordaje de la situación se encuentra en constante modificación de acuerdo a nuevas pautas que informa el Ministerio de Salud de la Nación respecto de los países de riesgo, la gente que ingresa al país y modalidades de intervención de los servicios de salud para la morigeración del impacto de la infección por un virus emergente.

Que corresponde extremar las medidas para evitar el posible contagio de una persona infectada no diagnosticada, por lo que se deberá tomar la precaución de no autorizar la concentración masiva de gente.

Que corresponde en consecuencia suspender los eventos públicos e institucionales que se encuentren programados o a programarse por el periodo de 30 días a partir del presente.

Que corresponde invitar a la Municipalidad de la ciudad de Ushuaia, de la ciudad de Tolhuin y de la ciudad de Río Grande a adherir a la presente medida en coordinación con las medidas preventivas que lleva adelante la Provincia en su función de policía sanitaria.

Que el suscripto se encuentra facultado para dictar el presente acto administrativo en virtud de lo establecido en el artículo 135 de la Constitución Provincial.

Por ello:

**EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,
ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR**

D E C R E T A :

ARTÍCULO 1°.- Suspender los eventos públicos e institucionales de la Provincia de Tierra del Fuego, por el término de 30 días, facultándose al Comité Operativo de Emergencia creado mediante Resolución M.S. N° 240/20, a prorrogar la presente medida por el término que considere conveniente.

ARTÍCULO 2°.- Invitar a la Municipalidad de la ciudad de Ushuaia, de la ciudad de Tolhuin y de la ciudad de Río Grande a adherir a la suspensión dispuesta en el presente en coordinación con las medidas de prevención dispuestas por el Gobierno Provincial.

ARTÍCULO 3°.- Comunicar, dar al Boletín Oficial de la Provincia y archivar.

MELELLA
Judith J. R. DI GIGLIO

DECRETO N° 465 13-03-2020

VISTO el Decreto NU N° 2020-260-APN-PTE, la Ley Provincial N° 1303; y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 260/2020 se amplió la Emergencia en materia Sanitaria en virtud de la Pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud en relación al COVID-19, por el plazo de UN (1) año.

Que el abordaje de la situación se encuentra en constante modificación de acuerdo a nuevas pautas que informa el Ministerio de Salud de la Nación.

Que la Emergencia Sanitaria se encuentra declara por Ley Provincial N° 1303 en todo el Territorio de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, la cual se vio agravada por la pandemia mencionada.

Que corresponde adoptar medidas acordes a las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación para extremar las medidas de prevención ante la posibilidad de propagación del virus COVID-19.

Que el suscripto se encuentra facultado para dictar el presente acto administrativo en virtud de lo establecido en el artículo 135 de la Constitución Provincial.

Por ello:

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR
DECRETA:

ARTÍCULO 1°.- Adherir a la Declaración de Emergencia dispuesta mediante Decreto NU N° 2020-260-APN-PTE y Declarar la Emergencia en materia Sanitaria en todo el Territorio de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur a partir de la firma del presente

y por el plazo de UN (1) año en virtud de la Pandemia declarada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) en relación con el COVID-19, el que podrá ser prorrogado en caso de persistir la situación epidemiológica y de acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación en la materia como asimismo del Comité Operativo de Emergencia creado por Resolución M.S. N° 420/20.

ARTÍCULO 2°.- Facultar al Ministerio de Salud Provincial, como autoridad de aplicación en el marco de la emergencia declarada, a disponer las medidas que se requieran respecto de la situación epidemiológica, a fin de mitigar el impacto sanitario, por sí o por medio del Comité Operativo de la Emergencia.

ARTÍCULO 3°.- Autorizar a contratar en el marco de la emergencia, a ex funcionarios o personal jubilado o retirado, exceptuándolos temporariamente del régimen de incompatibilidades vigentes para la administración pública provincial.

ARTÍCULO 4°.- Autorizar la contratación y el ejercicio de profesionales y técnicos de salud titulados en el extranjero, cuyo título no esté revalidado o habilitado en la República Argentina, siempre que el objeto de la contratación guarde estricta relación con medidas que deban aportarse

en el marco de la emergencia dispuesta, siendo competente para dicha evaluación el Ministerio de Salud de la Provincia.

ARTÍCULO 5°.- Autorizar a las aéreas administrativas a realizar

las contrataciones que se requieran en el marco de la emergencia declarada mediante el mecanismo de compra directa con control posterior.

ARTÍCULO 6°.- Suspender por el termino de treinta (30) días el desembarco de pasajeros en cuya embarcación naveguen pasajeros provenientes de países de riesgo declarados por el Ministerio de Salud de la Nación, a excepción de los pasajeros de aquellas embarcaciones que hubiesen permanecido embarcados por un plazo mayor a 14 días.

ARTÍCULO 7°.- Suspender por el termino de treinta (30) días el ingreso de turistas por vía terrestre mediante el Paso Fronterizo Austral cuando provengan de países de riesgo declarados por el Ministerio de Salud, considerando el paso por Chile como en tránsito, a excepción de aquellos que reingresen al país provenientes desde el Territorio Nacional y hayan permanecido en forma previa por un plazo mayor a 14 días.

ARTÍCULO 8°.- Facultar al Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología a establecer las condiciones en que se desarrollará la escolaridad respecto de los establecimientos públicos y privados de todos los niveles durante la emergencia, de conformidad con las recomendaciones de la autoridad sanitaria, y en coordinación con las autoridades competentes de las distintas jurisdicciones.

ARTÍCULO 9°.- Facultar al Ministerio de Desarrollo Humano a establecer las condiciones y protocolos para que la ayuda social prestada a través de comedores, residencias u otros dispositivos, se brinde de conformidad con las recomendaciones de la autoridad sanitaria.

ARTÍCULO 10.- Facultar al Instituto Fueguino de Turismo a establecer los protocolos para implementar medidas preventivas para mitigar la propagación del COVID-19, respecto de los y las turistas provenientes de zonas afectadas. También podrán disponer que las empresas comercializadoras de servicios y productos turísticos difundan la información oficial que se indique para la prevención de la enfermedad.

ARTÍCULO 11.- Facultar al Ministerio de Salud a adoptar cualquier otra medida que resulte necesaria a fin de mitigar los efectos de la pandemia declarada por la OMS.

ARTÍCULO 12.- El Ministro de Finanzas Públicas Provincial realizará la reasignación de partidas presupuestarias correspondientes para la implementación del presente acto.

ARTÍCULO 13.- Comunicar a quien corresponda, dar al Boletín Oficial de la Provincia y archivar.

MELELLA
Judit J.R. DI GIGGLO



"2024 - Año de la Ciencia" "Misión Argentina"

Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Córdoba
 Dirección General de Salud
 Dirección de Asesoría Técnica
 SISTEMA NACIONAL DE SALUD
 Córdoba, 20 de Mayo de 2020

CIRCULAR N° 07.0020

PROHIBIDO POR
 DIRECCIÓN GENERAL - D.G.S.

PARA INFORMACIÓN DE
 EFES DE DEPARTAMENTOS

POR LA PRESENTE SE INFORMA QUE EN EL MARCO DE EMERGENCIA INTERNACIONAL RELACIONADA A LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS "COVID-19", SE INFORMA QUE SE ENCONTRABA FUENTE ÚNICA EN NUESTROS MEDIOS LA CUAL SE CREA QUE SE DE OPERATIVO DE EMERGENCIAS, COMO RESPONSABLE DE PLANIFICACIÓN, DEFENSA, COORDINACIÓN, ESPECIAL MEDICINA Y SE APRUEBO PROTOCOLO DE PROVINCIA, PARA EL MANEJO DE COVID-19 EN ARREGLO A QUE FORMA ADECUADA POR EL COMITÉ DE LAS RECOMENDACIONES INTERNACIONALES POR EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN SUPERAR LAS RECOMENDACIONES, DETALLADO A CONTINUACIÓN:

Medidas generales de prevención para el personal de salud	Pág. 2
Definición de una sospeita, probable y confirmado	Pág. 3
Cadena de comando	Pág. 4
Mapa de caso sospeitoso	Pág. 5
Mapa de caso confirmado	Pág. 7
Forma I - Mapa de personal infectado	Pág. 8
Forma II - Mapa de personas con estado de sospeita	Pág. 9
Forma III - Seguimiento de contactos y por sala	Pág. 10
Forma III - Medidas de higiene y desinfectado	Pág. 11
Forma V - Fichas de investigación para caso sospeitoso por COVID-19	Pág. 12
Forma VI - Fichas de estado de paciente	Pág. 13
Forma VII - Control de caso sospeitoso	Pág. 14
Forma VIII - Control de caso confirmado de paciente	Pág. 15
Forma IX - Guía operativa para la respuesta de unidades a nivel del "EF"	Pág. 16

"2024 - Año de la Ciencia" "Misión Argentina"



UNR - Universidad Nacional de Rosario

Universidad Nacional de Rosario, ubicada
en la ciudad de Rosario, provincia de
Santa Fe, Argentina.
Instituto Tecnológico de Rosario
Calle 14 de Mayo 1700

Asunto: Expediente de admisión Fig 17

LA MISMA PODRÁ SER SOLICITADA AL CORREO DE DESPACHO EN FORMATO
ELECTRÓNICO desde la página web de la institución.

El presente es un documento de carácter informativo y no constituye un contrato.



ROSARIO, 11 MAR 2011



"Escuela Superior de Ingeniería y Tecnología de Rosario - Universidad Nacional de Rosario"



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
Gobernador Ernesto M. Campos

"2020 - Año del General Manuel Belgrano"

CIRCULAR N° 08 /2020

PRODUCIDO POR:
DIRECCIÓN GENERAL - H.R.U.

PARA INFORMACIÓN DE:
JEFES DE DEPARTAMENTOS

POR LA PRESENTE SE INFORMA QUE EN EL MARCO DE EMERGENCIA INTERNACIONAL RELACIONADA A LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS "COVID -19", SE REMITE ADJUNTO COPIA DE DISP. HRU N.º 134/2020, MEDIANTE LA CUAL SE CREO EL "COMITÉ DE EMERGENCIA CORONAVIRUS COVID-19, H.R.U.", QUIENES LLEVARAN ADELANTE LAS ACCIONES O MEDIDAS DENTRO DEL HOSPITAL REGIONAL USHUAIA.

ASÍ MISMO SE "COMUNICADO N.º 02/2020, COMITÉ DE EMERGENCIAS CORONAVIRUS COVID-19 H.R.U.", PRODUCIDO POR EL COMITÉ EN REFERENCIA DE LA PROVISIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO .

LA MISMA PODRÁ SER SOLICITADA AL CORREO DE DESPACHO EN FORMATO ELECTRÓNICO: despacho-hru@tierradelfuego.gov.ar.

A los jefes de Departamento a efectos de tomar conocimiento e informar a los agentes a su cargo.

H.R.U.



USHUAIA, 1^º MAR 2020



"Las Islas Malvinas, Georgia del Sur y Antártida Argentina son y serán Argentinas"

Ushuaia, 01 de julio de 2020



COMUNICADO N° 17 COE HRU

Se informan las siguientes novedades:

CRITERIOS DE ALTA COVID 19 PERSONAL DE SALUD HRU

- Al menos 10 días desde el inicio de los síntomas Y
- Al menos 72 hs de la desaparición de los síntomas Y
- Al menos 1 rPCR negativa.

De resultar +, repetir a los 7 días y continuar aislamiento.

El personal de salud que comparte tareas entre APS Y guardias HRU, debe acoplarse a las recomendaciones de esta institución.

CAPACITACIONES

Las capacitaciones destinadas al personal de salud que se reincorpore se deben coordinar con la Enfermera en Control de Infecciones, Lic. Mariánela Alegre.

Las mismas se llevarán a cabo en forma fija los días martes de 12 a 14 hs, previamente acordadas con dicha agente.

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

Se recomienda a los profesionales de la salud, que en el contexto epidemiología actual, sigue vigente la realización del triaje telefónico previa a la atención de consultorio externo.

Continuar con el distanciamiento social, no compartir mesa, no generar amontonamiento de personas en espacios pequeños.

Se recuerda continuar con el lavado de manos según técnicas OMS, para los 5 momentos de la atención.

Que toda atención médica, de enfermería, kinesiología, etc, debe realizarse SIEMPRE con barbijo quirúrgico y protección ocular.

Desinfección de superficies luego de la atención de pacientes.

Odontología todo lo anterior MAS camisolín de contacto (nivel I).

SUPERVISIONES

Se comunica a todos los servicios, que de ahora en adelante se llevarán a cabo supervisiones por parte del Comité de Emergencia COVID 19 en todos los servicios, sin previo aviso, para revisar equipos de protección personal, modalidad de colocación y retiro si corresponde, evacuar dudas y capacitaciones in situ.

Sin otro particular, saludamos a todos.

COMITE EMERGENCIA COVID 19 HIRU

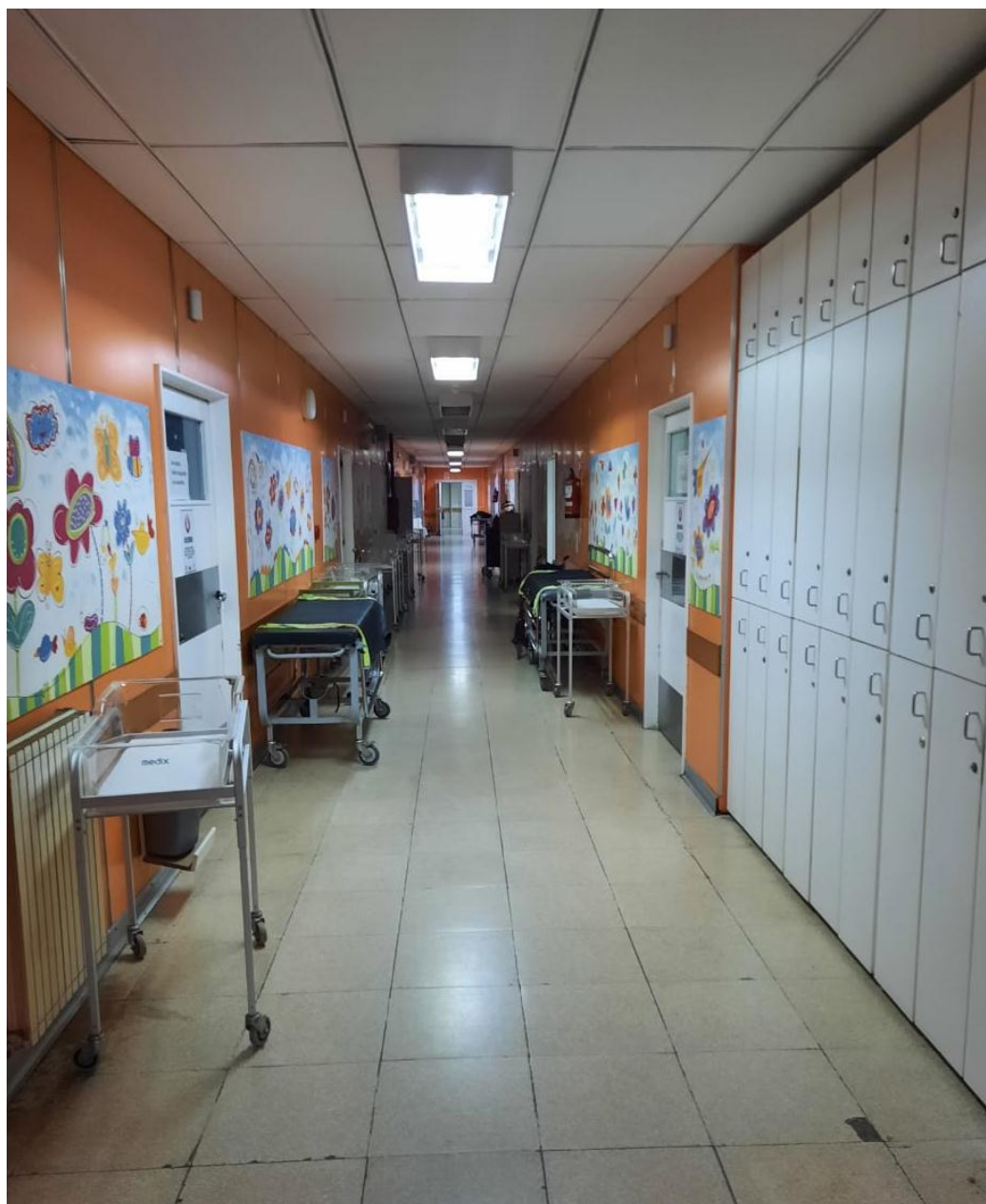
ANEXO V FOTOGALERÍA



Rampa de acceso a Maternidad (hacia la derecha) e Ingreso Principal.



Esq. Maipú y 12 de Octubre, internación maternidad y obra de ampliación inconclusa.



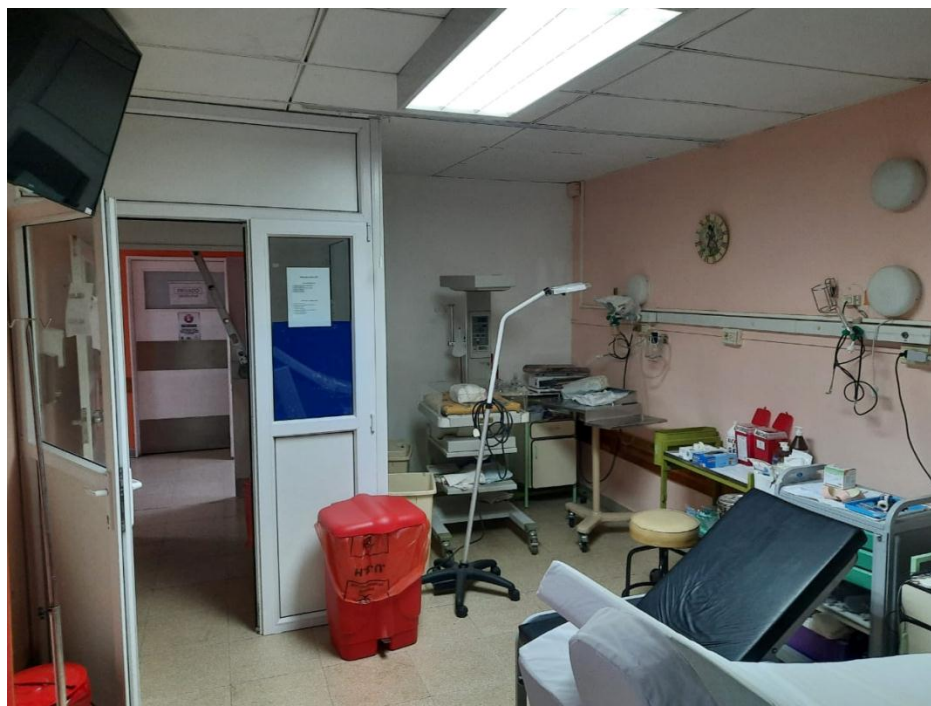
Pasillo Internación Maternidad HRU



Entrada habitación Covid de Maternidad



Recepción Hospital H.R.U



Habitación Covid de maternidad internamente



Habitación NO Covid de Maternidad



Terapia Neonatal Hospital H.R.U



Terapia Neonatal Hospital H.R.U



Nacimiento del 03.06.2020



Unidad Covid en Terapia Neonatal



Personal de salud en pandemia



Personal con Equipo de protección.



Terapia Neonatal H.R.U



Sala de partos no Covid



Sala de partos no Covid.



Sala de partos no Covid



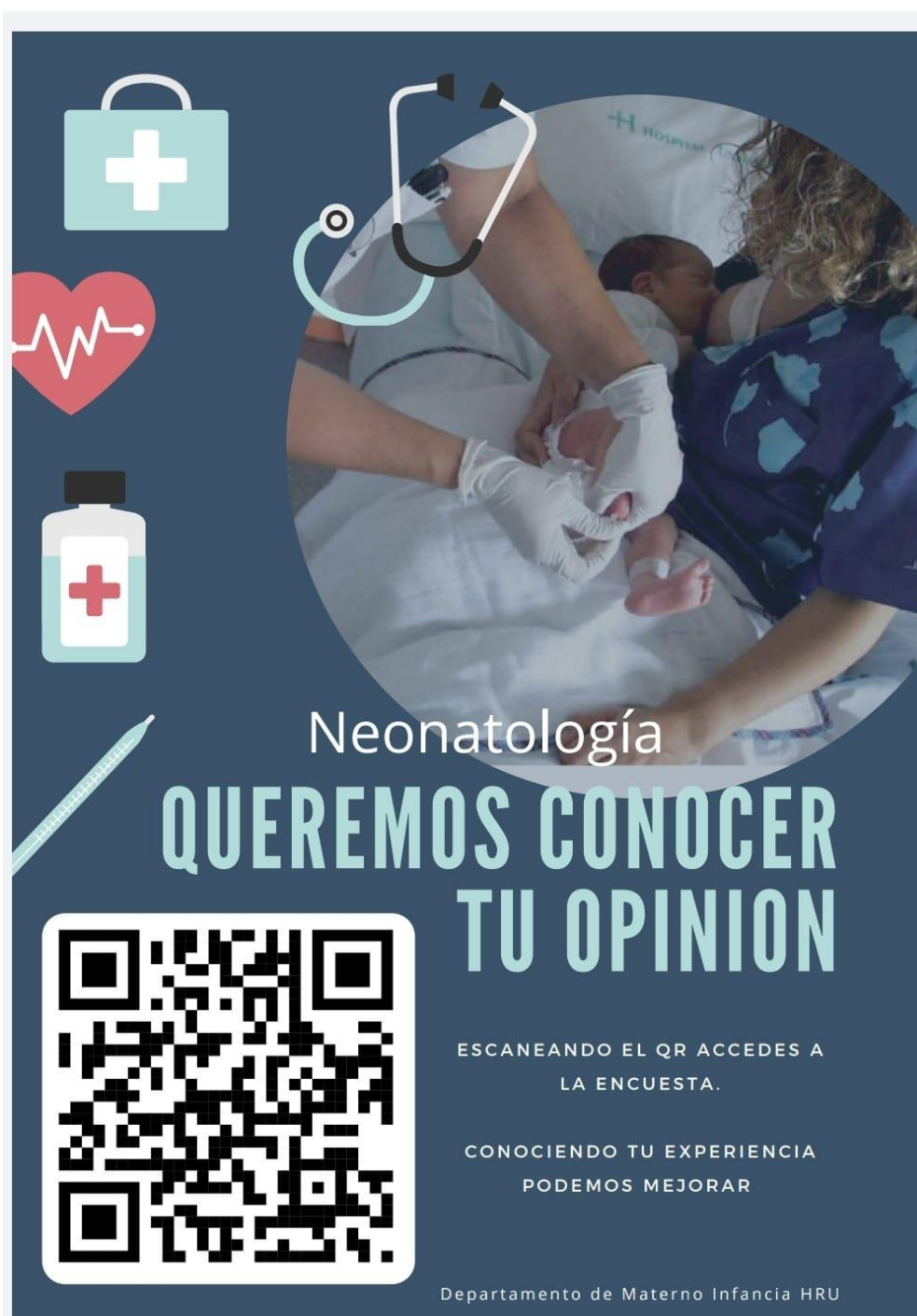
Sala de recepción en quirófano



Personal de salud Servicio de Neonatología HRU en pandemia

ANEXO VI

ENCUESTA DE CALIDAD EN EL DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL



Neonatología
**QUEREMOS CONOCER
TU OPINION**

ESCANEANDO EL QR ACCEDES A
LA ENCUESTA.

CONOCIENDO TU EXPERIENCIA
PODEMOS MEJORAR

Departamento de Materno Infancia HRU

The poster features a central circular image of a newborn baby being held by a healthcare professional. To the left of the circle are four icons: a teal first aid kit, a red heart with a white ECG line, a white medicine bottle with a red cross, and a teal syringe. A large QR code is positioned in the bottom left corner. The background is a dark blue gradient.

ENCUESTA IMPLEMENTADA A PARTIR DE ABRIL 2022

ANEXO VII DEPARTAMENTO DE CALIDAD



*Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur*
República Argentina
2021 - AÑO DEL TRIGÉSIMO ANIVERSARIO DE LA CONSTITUCIÓN PROVINCIAL

MINISTERIO DE SALUD

NRO
MS-E-74527-2021

AÑO
2021

FECHA 15/11/2021

INICIADOR

DEPARTAMENTO DE CALIDAD ZN
JORGE OLIVERIO HERNANDEZ CARCAMO

EXTRACTO

Tema: Nota
Detalle: Norma Técnica Gestión por Procesos



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



TEMARIO

1. MARCO LEGAL
2. OBJETIVOS
3. ALCANCE
4. DISPOSICIONES GENERALES
 - 4.1 Contexto organizacional y definiciones Operativas
 - 4.2. Liderazgo
 - 4.3. Planificación
 - 4.3.1. Concepto de Planificación
 - 4.3.2. Planificación para alcanzar objetivos de calidad
 - 4.3.3. Planificación de los cambios
 - 4.4 Apoyo
 - 4.4.1. Personal
 - 4.4.2. Infraestructura
 - 4.4.3. Ambiente adecuado para las operaciones de procesos
 - 4.4.4. Recursos de seguimiento y medición
 - 4.4.5. Conocimiento de la organización
 - 4.4.6. Competencia
 - 4.4.7. Toma de Conciencia
 - 4.4.8. Comunicación
 - 4.4.9. Información Documentada
 - 4.5. Operación
 - 4.5.1. Planificación y control operacional
 - 4.5.2. Requisitos de los productos y servicios de salud pública. Comunicación
 - 4.5.3. Revisión
 - 4.5.4. Cambios

4.5.5. Diseño y Desarrollo

4.5.6. Control de procesos, productos y servicios suministrados externamente

4.5.7. Información para proveedores externos

4.5.8. Producción y provisión del servicio/bien.

4.5.9. Actividades posteriores a la entrega

4.5.10. Control de los cambios

4.5.11. Liberación de Servicios

4.5.12. Control de las salidas no conformes

4.5.13. Evaluación del desempeño

4.5.14. Mejora

4.6. De los Procesos

4.6.1. Tipos de Procesos

4.6.2. Niveles de los procesos

4.6.3. Importancia de los procesos en la gestión administrativa del Ministerio de Salud

5. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

5.1 Acciones preliminares para la implementación de la Gestión por Procesos

5.2 Conformación de Equipos de Mejora de Procesos por cada Proceso del nivel 0

5.3 La formalización de los "Equipos de Mejora de Procesos"

5.4 De la difusión, sensibilización y custodia

5.5 Marco metodológico

6. RESPONSABILIDADES

7. DISPOSICIONES FINALES

8. ANEXOS

1. MARCO LEGAL

1.1 Ley Nº 22140, Régimen Jurídico Básico de la Función Pública

1.2 Ley Nº 24.127, Ley que declara de interés nacional el mejoramiento de la calidad en los procesos de producción de bienes y servicios e instituye el Premio Nacional a la Calidad en el sector privado y en la administración pública.

1.3 Decreto 434/2016, Plan de Modernización del Estado

1.4 Decreto 1424/97, establece la aplicación obligatoria del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica

1.5 Decreto PEN Nº178/2017, ratifica la vigencia del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica

1.6. IRAM _ISO 9000:2001. Primera Edición: 2001-05-30. Sistemas de Gestión de Calidad- Fundamentos y Vocabulario.

1.7. IRAM _ ISO 9001:2015. Quinta Edición: 2015-09-15. Sistemas de Gestión de Calidad.

1.8. IRAM _ISO 9004:2018. Tercera Edición 2018-12-26. Gestión de la Calidad. Calidad de una organización.

1.9. IRAM _ISO 19011:2018. Tercera Edición.2018-12-26. Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión.

2.OBJETIVOS

Establecer los lineamientos y disposiciones técnicas que estandaricen criterios para la implementación progresiva de un Sistema de Gestión de Calidad mediante la gestión por procesos en las dependencias administrativas, asistenciales y hospitales regionales, en adelante “organizaciones”, entendiéndose por tal a las mencionadas con carácter de

prestadoras del sistema salud pública del Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego.

La gestión por procesos, concepto comprendido en el Sistema de Gestión de Calidad, tendrá por finalidad alcanzar los objetivos de la organización, brindar servicios de salud pública en territorio de la Provincia de Tierra del Fuego de manera eficaz y eficiente mediante la planificación, organización, liderazgo y control (ISO 9001:2015)

3.ALCANCE

La presente Norma Técnica se constituye como Marco Técnico de aplicación obligatoria para todas las organizaciones definidas en el apartado 1.

En concordancia a lo establecido por IRAM_ISO_9000:2001, en su apartado 1, será OBJETO Y CAMPO de aplicación en las organizaciones definidas en 1.OBJETIVO:

- 3.1. Las organizaciones de salud públicas definidas en 1.OBJETIVO, con el fin de alcanzar las ventajas del sistema de gestión de calidad;
- 3.2. Generación de confianza hacia los proveedores en cuanto a que los requisitos de sus productos sean satisfechos;
- 3.3. En beneficio de los propios usuarios del sistema de salud pública,
- 3.4. Para todos aquellos que auditen o evalúen el sistema de gestión de calidad y así determinar su conformidad con los requisitos de las normas ISO_9001:2015;
- 3.5. Para quienes asesoran o dan formación sobre el sistema de gestión de la calidad;
- 3.6. Para quienes desarrollan normas relacionadas al sistema de gestión de calidad y concretamente gestión por procesos.

4 DISPOSICIONES GENERALES

4.1 Contexto organizacional y definiciones operativas.

Actividad.- Conjunto articulado de tareas permanentes, continuas, interrelacionadas y secuenciales que utilizan los insumos necesarios (recursos humanos, tecnológicos y financieros) para la generación de un resultado.

Alta Dirección.- Es una persona o un grupo de personas que dirige y controla una organización en el nivel más alto. Es la máxima responsable de generar y conducir el cambio en la cultura de la organización. Asimismo, la Alta Dirección tiene el poder de delegar autoridad al Representante de la Alta Dirección y proveer recursos en la organización para demostrar su compromiso.

Cadena de Valor.- Secuencia de actividades necesarias que identifica y establece la generación de valor a través de los procesos y que contribuyen directamente a satisfacer las necesidades y requerimientos del usuario y cumplir con los objetivos estratégicos institucionales y sectoriales.

Control de Documentos.- Es un requisito que establece las bases para elaborar, mantener y actualizar el soporte documental. Es utilizado en los sistemas de gestión de la calidad.

Eficacia.- Consecución de los objetivos y metas orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario, y finalmente, del ciudadano. Grado en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Eficiencia.- Optimización de los resultados alcanzados por la administración pública con relación a los recursos disponibles e invertidos en su consecución. La mejor relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

Gestión por Procesos.- Forma de planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de trabajo de manera transversal y secuencial a las diferentes unidades de organización, para contribuir con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios o clientes, así como con el logro de los objetivos institucionales. En este marco, los procesos se gestionan como un sistema definido por la red de procesos, sus productos y sus interacciones, creando así un mejor entendimiento de los que aportan valor a la entidad.

Gestión por Resultados.- Es una orientación de la administración pública, que propone que todos los recursos y esfuerzos del Estado estén dirigidos al logro de resultados, para el bien de la población.

Indicador.- Dato o conjunto de datos que ayudan a medir y valorar objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad.

Insumo.- Elemento de entrada (necesidades y expectativas de los usuarios), los cuales ingresan a un proceso para ser transformados en productos o servicios; los insumos pueden ser internos o externos.

Proceso.- Es un conjunto de actividades secuenciales que interactúan entre sí, que añaden valor, con un punto de inicio o entrada y un punto de término o salida claramente definidos y que generan productos (bienes o servicios) para satisfacer las necesidades y expectativas de un usuario o cliente.

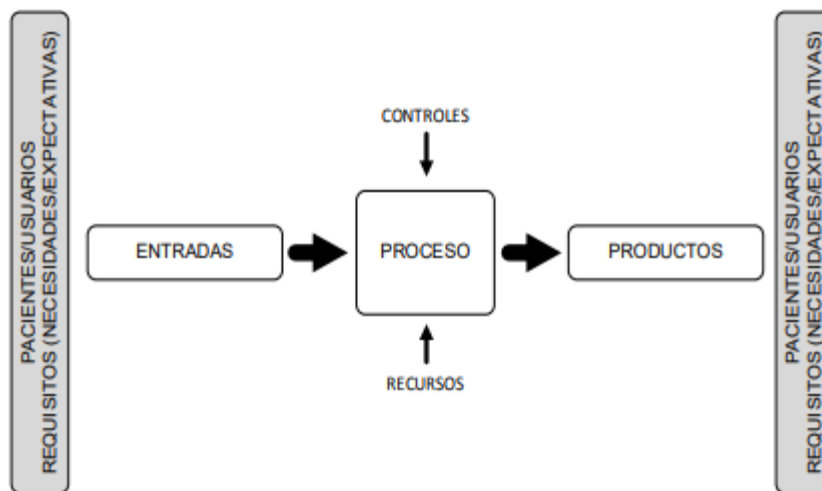


Gráfico N° 1: Proceso

Procedimiento.- Es la descripción documentada de las actividades que conforman un proceso, tomando en cuenta los elementos que lo componen y su secuencialidad.

Producto.- Con respecto a una cadena de valor en la producción de un bien o servicio, el producto es el conjunto articulado (entregable) de salida de un proceso, que puede convertirse en insumo para otro, o finalmente, en el entregable que una organización le provee a otra intermediaria; el producto tiene el objeto de generar un cambio en otro proceso. La población que recibe la provisión del producto final es la población beneficiaria.

Proveedor.- Ciudadanos, instituciones, entidades, órganos, unidades orgánicas, con necesidades que proporcionan entradas al proceso. Pueden ser proveedores externos o proveedores internos (otro proceso).

Persona que recibe el Producto.- Término genérico para describir al receptor final del producto pudiendo ser una persona, un grupo de personas, una organización, otro proceso, entre otros, y pudiendo recibir de manera general la denominación de usuarios, beneficiarios, pacientes, clientes u otros.

Recursos.- Elementos necesarios para la operación de los procesos.

- Recursos humanos: Agentes que ejecutan los procesos, caracterizados por un perfil técnico.
- Instalaciones: Infraestructura física donde se ejecutan los procesos, que por defecto debería de incluir los servicios básicos para dicho fin (electricidad, servicios de agua, servicios de telefonía e internet, entre otros). Ejemplo: oficinas administrativas, centros de atención de personas, etc.
- Sistemas informáticos: sistema de soporte integrado que permite a usuarios individuales obtener, compartir y gestionar información mediante una combinación específica de software y hardware y de esta manera dar soporte a los procesos.
- Equipos: equipamiento utilizado en la ejecución del proceso, por ejemplo: computadoras personales, notebooks, impresoras, escáner, entre otros.

Servidor Público.- Todas las personas activamente involucradas en cumplir el trabajo de la entidad en la función pública, incluyendo los trabajadores (permanentes, a tiempo parcial, temporales, personal contratado supervisado por la entidad). El personal incluye a los líderes de equipos, jefe de sectores, directores, etc.

Usuario.- Es aquel que recibe o utiliza un producto o servicio generado por un proceso. Puede ser un órgano, unidad orgánica, ciudadano, entidad pública, servidor público, proceso, etc. Tiene capacidad para juzgar la calidad del producto cuando le es entregado. También es conocido como el receptor del producto.

Valor Público. - Remite al valor creado por el Estado a través de servicios, leyes, resoluciones y otras acciones. Se crea valor sobre todo a través de transacciones individuales con los ciudadanos, garantizando sus derechos, satisfaciendo sus demandas y, prestándoles servicios de calidad. El valor se genera en la medida que un público reconozca el bien o el servicio

como respuesta a una necesidad o preferencia, y aprecie la calidad del bien o servicio como respuesta adecuada a la misma.

4.2. Liderazgo

La Alta Dirección, representada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego A.e.I.A.S es la máxima autoridad administrativa. La alta dirección podrá, con el fin de asignar específicamente su función en vínculo directo con el área de Calidad, delegar su autoridad y funciones respecto al Sistema de Gestión de Calidad.

La Alta Dirección es la responsable de la definición de los objetivos del Sistema de Gestión de Calidad y de proveer los recursos necesarios para su implementación por procesos en las organizaciones definidas en los apartados 1 y 2.

El sector designado en sus misiones y funciones a la Implementación, Auditoría y Mejora Continua del Sistema de Gestión de Calidad, tendrá a cargo de la conducción e implementación de la gestión por procesos en el Ministerio de Salud, y realiza la sensibilización y capacitación a las unidades organizacionales de las entidades del sector.

En definitiva, la Alta Dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad, tal como lo establece **la ISO_9001:2015** en sus apartados:

5.1. Ejercicio del Liderazgo en la Organización, en el caso que compete enfocado al usuario del sistema de salud pública en la Provincia de Tierra del Fuego A.e.I.A.S., asegurándose que la política y los objetivos de calidad sean compatibles con el contexto de los Servicios de Salud Pública en la provincia y la dirección estratégica de la organización, brindando los recursos necesarios, promoviendo la mejora, apoyando al personal dedicado a esta actividad;

5.2. Establecimiento de una política de calidad para el sistema de Salud Pública; promoviendo el uso y enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos

5.3. Determinación de roles, responsabilidades y autoridades vinculadas al Sistema de Gestión de Calidad.

4.3. Planificación.

4.3.1. Concepto. El Sistema de Gestión de Calidad sólo puede abordarse desde las organizaciones mediante su planificación, conforme las cuestiones establecidas en los apartados 4.1 y 4.2 de la ISO_9001:2015, con la determinación de riesgos y oportunidades con el fin de garantizar el éxito de los resultados previstos como objetivos del apartado 1 de la presente norma técnica.

Asimismo la planificación debe ser considerada una etapa fundamental para detectar y reducir los efectos no deseados en pos de avanzar hacia la mejora continua.

Las acciones / decisiones adoptadas para abordar riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y servicios que brinda el sistema de salud público provincial.

4.3.2. Planificación para alcanzar los objetivos de calidad planteados en 1. Lo establece la ISO_9001:2015 en su apartado 6.2.2., indicando que la organización debe determinar:

4.3.2.1. Qué se va a hacer;

4.3.2.2. Qué recursos se necesitan;

4.3.2.3. Quién/es serán responsables;

4.3.2.4. Fecha estimada de finalización;

4.3.2.5. Modo en que se evaluarán los resultados.

4.3.3. Planificación de los cambios.

Ante la permanente revisión e incluso en la propia puesta en marcha de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y la determinación de la gestión de procesos, la organización puede y debe detectar la necesidad de aplicar cambios, los cuales deberán ser planificados (ISO_9001:2015, 4.4).

4.4. Apoyo.

La Alta Dirección expondrá el apoyo, a la implementación y logro de los objetivos del Sistema de Gestión de Calidad por Gestión de Procesos, mediante recursos como: (Apartado 7.1.5., ISO_9001:2015)

4.4.1. Personas, las necesarias para lograr con éxito la implementación y funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad;

4.4.2. Infraestructura;

4.4.3. Ambiente adecuado para las operaciones de procesos, el cual puede resultar de la combinación de factores físicos y humanos (sociales y psicológicos).

4.4.4. Recursos de seguimiento y medición; (7.1.5.1. y 7.1.5.2, ISO_9001:2015)

4.4.5. Conocimiento de la organización.

4.4.6. Competencia: vinculadas a la educación, formación o experiencia apropiadas de las personas intervinientes, como así también la organización podrá tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas;

4.4.7. Toma de conciencia: por quienes llevan a cabo el trabajo bajo el control de la organización, sobre la política de calidad, sus objetivos, contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad como así también las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de calidad.

4.4.8. Comunicación. La organización debe determinar: qué se comunica, cuándo, a quién, cómo y quién.

4.4.9. Información documentada:

4.4.9.1. La que es requerida por IRAM_ISO_9001:2015 y aquella que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

4.4.9.2. Creación y actualización de la información documentada.

4.4.9.3. Control de la información documentada requerida por el Sistema de Gestión de Calidad. (IRAM_ISO_9001:2015, 7.5.3)

4.5. Operación

4.5.1. Planificación y control operacional.

La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios de salud pública e implementar acciones correctivas para mitigar cualquier efecto adverso. En caso de llevar a cabo la contratación externa para la implementación de la gestión de procesos, deberá garantizar su control.

4.5.2. Requisitos de los productos y servicios de salud pública. Comunicación.

Será definida por la Alta dirección en concordancia con las necesidades de la población que demanda servicios de salud pública como así también a los proveedores del sistema y al

personal de salud y de la normativa que en particular establezca aspectos a ser considerados para el sistema de salud pública, no sólo en lo referente a sus necesidades manifiestas de atención sanitaria sino también en las quejas y sugerencias que los mismos pueden aportar referido a cualquier aspecto vinculada a la prestación de salud pública.

4.5.3. Revisión de los requisitos de prestación de servicios de salud pública;

4.5.4. Cambios en los requisitos de prestación de servicios de salud pública; debe quedar documentado e informado apropiadamente,

4.5.5. Diseño y desarrollo de nuevos requisitos y/o productos/prestaciones de servicios de salud pública; todo nuevo diseño y desarrollo deberá quedar debidamente documentado hasta llegar al producto final con el VB de la máxima autoridad competente no solo del sector de Calidad sino del área de salud pública involucrada.

4.5.6. Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente. Cuando un servicio de salud pública sea brindado por un proveedor externo, esta situación igualmente queda comprendida en el ámbito de control del Sistema de Gestión de Calidad de la organización. Para ello el personal dedicado al área de gestión de calidad deberá contar con los controles definidos a aplicar y la determinación de las “salidas” resultantes. En el ámbito de la salud pública esta situación podrá formalizarse en las contrataciones profesionales, adquisición de insumos médicos, prestación de servicios no médicos que son requeridos por las organizaciones y que indirectamente hacen a la prestación de salud pública objeto de mejora, eficacia y eficiencia de este Sistema de Gestión de Calidad en Salud pública.

4.5.7. Información para proveedores externos. El área de Calidad, por los medios y formas que disponga, pondrá a disposición de los proveedores externos del sistema de salud pública provincial la información sobre requisitos de los productos y formalidades de cumplimiento, en virtud de ello podrá realizarse un “seguimiento y control del desempeño” de los proveedores, permitiendo así su evaluación objetiva y calificación para futuras contrataciones.

4.5.8. Producción y provisión del servicio/bien. Esta deberá realizarse bajo condiciones de control definidas por el área de calidad y el sector de la organización competente directamente vinculado a la provisión del servicio/bien. Debe estar debidamente identificado la provisión del bien/servicio producido, en caso de corresponder su trazabilidad y preservación, según corresponda. En cuanto a la preservación será de aplicación la normativa emitida por Contaduría General de la Provincia sobre la carga en el registro patrimonial del estado provincial y las buenas prácticas de conservación y mantenimiento en la que se

deberá dar intervención oportuna desde el sector de salud responsable del bien al área de mantenimiento/infraestructura en salud pública que corresponda. Esta última intervención deberá quedar documentada y dar intervención a tecnologías médicas cuando corresponda y/o al servicio de informática, según sea el equipamiento y/o infraestructura involucrada.

4.5.9. Actividades posteriores a la entrega. Recepcionado el bien /servicio como así también brindado el servicio de salud pública, es necesario la retroalimentación con quien resulta ser destinatario final.

4.5.10. Control de los cambios para garantizar la conformidad. Debe quedar DOCUMENTADO.

4.5.11. Liberación de Servicios. Finalizada la prestación de salud o el proceso de producción de un bien/servicio vinculado a la salud pública, el mismo debe quedar documentado. En el caso de concluir con la prestación de salud pública a quien la solicitare, la misma DEBE quedar DOCUMENTADA en su HISTORIA CLINICA.

4.5.12. Control de las salidas no conformes. Recibido el bien/servicio o bien generado un proceso NO Conforme, resulta necesario aplicar procedimientos de control y evitarlos para cuando resulten estas NO CONFORMIDADES no intencionadas. La NO CONFORMIDAD debe quedar DOCUMENTADA, y la misma debe contener mínimamente: descripción de la situación de NC, acciones correctivas llevadas a cabo durante el proceso y las propuestas a posteriori para evitar su recurrencia, las concesiones permitidas consideradas aceptables y la identificación precisa de la autoridad que autoriza la acción correctiva como así también la concesión.

4.5.13. Evaluación del desempeño. Comprende el seguimiento, medición, y análisis. Para ello resulta condición si nen quanon la constitución y práctica constante de una **Auditoria interna del Sistema de Gestión de Calidad** y en virtud de los resultados su elevación a la Alta Dirección para su revisión.

4.5.14. Mejora. La finalidad del Sistema de Gestión de Calidad es en definitiva la “mejora Continua” para alcanzarla es necesario abordar las No Conformidades y la implementación de sus acciones correctivas. Esta instancia surge a consecuencia de todo el ciclo descrito en los apartados anteriores, generándose una retroalimentación en información y experiencias que serán las que permitan definir las acciones correctivas y evitar las situaciones de no conformidad no deseadas.

Dentro del contexto del enfoque basado en procesos es aplicable a cada uno de los procesos que desarrolla una organización el “ciclo de mejora continua” (PHVA o PDCA), el cual es un

ciclo que está en pleno movimiento y ligado a la planificación, implementación, control y mejora continua, tanto para los productos / servicios como para los procesos del sistema de gestión de la calidad.

4.6 De los procesos.

4.6.1 Tipos de procesos

- **Procesos Estratégicos:** Son los que definen las políticas, el planeamiento institucional, las estrategias, los objetivos y metas de la entidad, que aseguran la provisión de los recursos necesarios para su cumplimiento y que incluyen procesos destinados al seguimiento, evaluación y mejora de la entidad.
- **Procesos Misionales:** Son los que se encargan de elaborar los productos (bienes y servicios) previstos por la entidad, por lo que tienen una relación directa con las personas que lo reciben.
- **Procesos de Soporte:** Son los que proporcionan los recursos para elaborar los productos previstos por la entidad.

4.6.2 Niveles de los Procesos

Dependiendo de la complejidad y de la cantidad de procesos de la entidad, será necesario considerar su desagregación en procesos de niveles inferiores. Los procesos son desagregados en la medida que genere un producto específico que requiera ser identificado en la caracterización del proceso. La desagregación de los procesos se inicia en el "nivel 0" y continúa su desagregación en nivel "1", nivel "2", nivel "3" hasta el nivel "n", en la medida que su complejidad lo requiera.

4.6.3 Importancia de los Procesos en la gestión administrativa del Ministerio de Salud

Los procesos se usan como insumos para el desarrollo de otros sistemas, tales como el Sistema de Gestión de Recursos Humanos, de Presupuesto, de Planeamiento Estratégico, de Control Interno y de Modernización; asimismo, de sistemas de gestión orientados a estándares internacionales, y documentos de gestión tales como Manual de Procesos y Procedimientos, Manual de Operaciones, Reglamento de Organización y Funciones - ROF, en el nivel que corresponda.

4.6.4. La gestión por procesos en el marco del Plan de Modernización del Estado

4.6.4. a. El Plan de Modernización del Estado menciona como una de sus principales acciones la *institucionalización de la evaluación de la gestión por resultados*, a través del uso de recursos tecnológicos, la planificación estratégica y concertada, la rendición pública y periódica de cuentas y la transparencia.

4.6.4. b. En ese marco, y para efectos de la presente Norma Técnica, la gestión por procesos se considera como un componente de la gestión pública orientada a resultados que contribuye con la *identificación de los procesos de las organizaciones, contenidos en las cadenas de valor*, que aseguran que los bienes y servicios públicos bajo su responsabilidad generen productos de cara a los ciudadanos, dados los recursos disponibles.

Por lo tanto, la gestión por procesos debe ser entendida como una herramienta orientada a identificar y suministrar información para el análisis de una entidad con un enfoque en sus procesos, con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos, en el marco de los objetivos institucionales, lo que requiere del compromiso de la Alta Dirección y del involucramiento de las unidades de organizativas que participan en los procesos.

4.6.5. Calidad de los bienes y servicios en el marco del Plan de Modernización del Estado.

La Política Nacional de Modernización del Estado reconoce que los ciudadanos demandan un Estado moderno, al servicio de las personas; lo cual implica una transformación de sus enfoques y prácticas de gestión para brindar bienes y/o servicios de calidad.

La calidad está determinada por la capacidad de satisfacer las necesidades y/o expectativas de quienes reciben el bien y/o servicio ofrecido.

En ese sentido, la Norma Técnica establece los puntos de referencia para que el Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego A.e.I.A.S adopte acciones que permitan mejorar la provisión de bienes y servicios que satisfagan las necesidades y expectativas de las personas.



Gráfico N° 2. Importancia de los Procesos en la Gestión Administrativa del Ministerio de Salud

5. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

5.1 Acciones preliminares para la implementación de la Gestión por Procesos

Antes de iniciar la implementación de la gestión por procesos se debe tener presente algunas consideraciones preliminares para asegurar el éxito:

- Contar con el compromiso de la Alta Dirección mostrando su apoyo en la implementación de la gestión por procesos.
- Conformar Equipos de Mejora de Procesos por cada proceso a los cuales se les brinda capacitación en gestión por procesos.
- Sensibilizar a todo el personal para lograr su participación activa mediante la comprensión de la metodología y su importancia, así como de la difusión de los avances de la implementación.

5.2 Conformación de Equipos de Mejora de Procesos por cada Proceso del nivel 0.

En coordinación con las organizaciones, el Departamento de Calidad implementará el Protocolo de Equipos de Mejora de Procesos (Anexo 01), para cada organización que deba mejorar sus procesos: capacitando, formando y designando un equipo responsable encargado de aplicar las disposiciones contenidas en la presente Norma Técnica. Dicho equipo se conformará de los siguientes integrantes:

- **Líder del Proceso:** Participa junto con el Departamento de Calidad en la conformación del equipo de trabajo. Es quien tiene la responsabilidad y autoridad para asegurar la disponibilidad de recursos, diseñar, implementar, controlar y mejorar los procesos a su cargo, con el propósito de asegurar que se cumpla su resultado previsto. Además tiene el rol de revisar y remitir al Departamento de Calidad la documentación generada en materia de procesos, para gestionar su aprobación.
- **Representante del Líder del Proceso:** representa al Líder del Proceso en su ausencia. Es el agente encargado de la consolidación de las sugerencias y observaciones de los participantes del equipo. Asimismo, participa en la elaboración y presentación al líder del proceso de la documentación producida para su revisión.
- **Participantes:** Agentes con conocimientos técnicos de los procesos en los que se desempeña. Proporcionan información relevante de los procesos. Son los encargados de elaborar fichas técnicas de procesos, flujogramas, fichas de indicadores de desempeño de procesos, procedimientos, etc.
- **Facilitador metodológico:** Es un integrante del Departamento de Calidad, con conocimientos técnicos en gestión por procesos y sistemas de gestión de calidad, que brinda asesoramiento y capacitación a los integrantes de los equipos de mejora. Asimismo, revisa la documentación producida sobre los aspectos técnicos contenidos en la presente Norma Técnica.

5.3 La formalización de los "Equipos de Mejora de Procesos", se realiza con la suscripción de un Acta de Constitución del Equipo de Mejora para la Implementación de la Gestión por Procesos de acuerdo al (Anexo 01), en la cual se deja constancia de los roles de cada uno de sus integrantes.

5.4. De la difusión, sensibilización y custodia.

5.4.1. El área de Calidad, en coordinación con las organizaciones de salud pública de la provincia, implementa acciones de difusión y sensibilización sobre la implementación de la gestión por procesos.

5.4.2. El área de Calidad proporciona a las organizaciones que correspondan, la asistencia técnica y/o brinda los talleres necesarios para la identificación, formulación, implementación, seguimiento y evaluación de la documentación relacionada con los procesos. Asimismo, remite a los Líderes de los Procesos los documentos aprobados en materia de gestión por procesos y capacita en la implementación de estos a los agentes involucrados en el proceso o que por sus funciones guarde relación con el mismo.

5.4.3. El área de Calidad, en coordinación con las organizaciones correspondientes, es el encargado de gestionar la difusión de la implementación de la gestión por procesos a través de correo electrónico, videoconferencias, circularización de documentación o el medio que se acuerde oportunamente.

5.4.4. La documentación aprobada en materia de gestión por procesos es archivada y custodiada por el área de Calidad en los servidores de salud pública o bien como sea definido por el área de Sistemas e Informática del Ministerio de Salud.

5.5 Marco metodológico

5.5.1 La implementación de la gestión por procesos es progresiva y parte de la necesidad de incorporar en el funcionamiento de las organizaciones la información que resulta del análisis realizado con un enfoque de procesos, de acuerdo al desarrollo de la presente Norma Técnica.

5.5.2 La gestión por procesos contiene las siguientes fases:

- 1) Determinación de procesos
- 2) Seguimiento, medición y análisis de procesos
- 3) Mejora de procesos

En el siguiente gráfico se muestran las fases de la gestión por procesos:



Gráfico 3. Fases de la gestión por procesos

5.5.3 De la aplicación de las fases para la implementación de la gestión por procesos.

Se obtiene información para la formulación e implementación de otros documentos de gestión institucional como, por ejemplo, la planificación institucional, la formulación presupuestal, la organización institucional, la mejora de la calidad de la prestación de los bienes y servicios, la simplificación administrativa, la gestión de riesgos, el control interno, entre otras. En los Anexos se incluye una lista (no taxativa ni limitada) de los documentos y herramientas para la gestión institucional que, de manera expresa o no, se respaldan en la "gestión por procesos" para su formulación e implementación.

5.5.4 De la Fase 1: DETERMINACIÓN DE PROCESOS Implica la identificación de los procesos institucionales y la caracterización de los elementos que lo conforman. Los pasos para esta fase son:

Paso 1: Identificación de Productos y Clientes

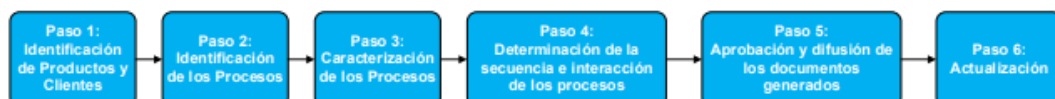
Paso 2: Identificación de los Procesos

Paso 3: Caracterización de los Procesos

Paso 4: Determinación de la secuencia e interacción de los procesos

Paso 5: Aprobación y difusión de los documentos generados

Paso 6: Actualización



a. **PASO 1: Identificación de Productos y Clientes.**

Comienza con **la identificación de los productos** (bienes y/o servicios) que son lo que producen las organizaciones del Ministerio de Salud en el marco de sus competencias, así como de sus clientes que los recibirán.

Para dicha identificación, se toman en cuenta los requisitos legales y reglamentarios aplicables como: las normas de creación, leyes de organización y funciones, leyes orgánicas, normas específicas de asignación de competencias, políticas y planes (nacionales, sectoriales, estratégicos, operativos), reglamentos de organización, circulares, manuales operativos, etc. que establecen las competencias y funciones.

La información recopilada, se sistematiza a través del Listado de Partes Interesadas (Anexo N° 5)

b. **PASO 2: Identificación de los Procesos.**

Consiste en **la identificación de los procesos misionales** que son necesarios para elaborar o brindar los productos previamente identificados. Con la información de los procesos misionales, se realiza **la identificación de los procesos estratégicos y de soporte**, tomando en consideración las interacciones necesarias para el funcionamiento sistemático de las organizaciones del Ministerio de Salud. Los procesos identificados deben ser agrupados partiendo de lo más general (Proceso Nivel "0") hasta lo más específico (Procesos Nivel 1,2, 3, ... , "n").

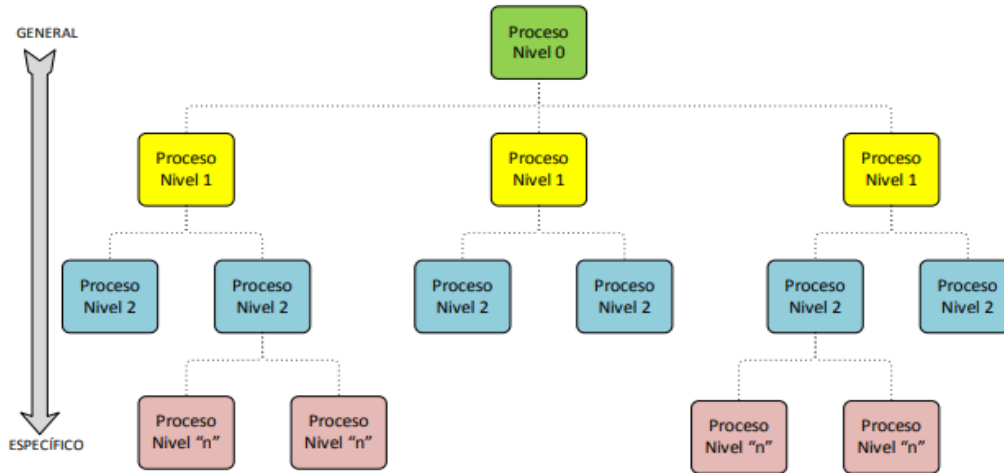


Gráfico N° 4: Niveles de los Procesos

Gráfico N° 4: Niveles de los Procesos

Para la desagregación de los procesos se tendrá en cuenta las siguientes definiciones:

Nivel de Proceso	Descripción
Proceso Nivel 0	<p>Procesos globales de la organización que tienen como salida un bien/servicio concreto generado por la totalidad de la organización y que será entregado a las personas/usuarios finales.</p> <p>Se debe tomar en cuenta el marco normativo más general aplicable (competencias, Directrices rectoras, objetivos estratégicos, políticas, etc.) y estructurarlo bajo las definiciones de la gestión por procesos.</p>
Proceso Nivel 1	<p>Procesos concretos que forman parte de un proceso global y en conjunto agregan valor a los clientes y servicios finales que la entidad ofrece.</p> <p>Constituyen el primer nivel de desagregación de los "procesos nivel 0".</p> <p>Para su identificación tener en cuenta las funciones específicas de los órganos y/o unidades orgánicas que constituyen la organización.</p>
Proceso Nivel 2	<p>Es el resultado de la desagregación de los procesos nivel 1 y, a la vez, son más específicos que estos últimos.</p> <p>Constituyen el segundo nivel de desagregación de los "procesos nivel 0".</p>

	Para su identificación tener en cuenta las funciones específicas de los órganos y/o unidades orgánicas que constituyen la organización.
Proceso Nivel "n"	Son los procesos del último nivel de desagregación de los procesos de nivel "0", que generan una mayor especificidad de estos, y que en conjunto agregan valor a los servicios finales que la entidad ofrece.

Los procesos identificados son registrados en el "Inventario de Procesos", elaborado de acuerdo al Anexo N° 03.

c. **PASO 3: Caracterización de los Procesos.**

Este paso consiste en la identificación de los elementos que forman parte y que delimitan el proceso para lo cual se utilizarán las siguientes herramientas:

c1. De la Ficha de Proceso y Procedimiento.

Es una herramienta que describe el nombre del proceso, el responsable, objetivo, indicadores, Flujograma, requisitos, alcance, proveedor, insumos, actividades o procesos internos, productos, usuarios, así como los recursos críticos que intervienen en el proceso, la cual se realiza para cada proceso, de acuerdo al Anexo N° 06.

c2. Del indicador de desempeño.

El indicador es un dato o conjunto de datos que ayudan a medir y evaluar objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad, para conocer su rendimiento. El desempeño es el grado de rendimiento de la aplicación o desarrollo del proceso, que nos lleva a conocer el impacto que genera en la persona usuaria de los productos realizados durante el proceso. El indicador de desempeño es una medida cuantitativa o cualitativa observable, que permite describir características, comportamientos o fenómenos, a través de su comparación con periodos anteriores o con metas o compromisos. Cuando los resultados de los indicadores no son los óptimos, obliga a la aplicación de la mejora continua del proceso para mejorar los productos que resultan del proceso.

Conceptualmente, se considera que los indicadores tienen cuatro dimensiones de desempeño: eficacia, eficiencia, calidad y economía aplicables a los productos/servicios. *Los de calidad* se pueden considerar como de: conformidad, tiempo y satisfacción.

Los indicadores *de desempeño* de los procesos se seleccionan tomando en cuenta lo siguiente:

- Verificar la satisfacción de las personas que reciben los productos/servicios del Ministerio de Salud

- Verificar el cumplimiento de los plazos de entrega de los productos.
- Corroborar la cobertura de la entrega de los productos.
- Establecer la tasa de las no conformidades de los productos/servicios.
- Cuantificar los reclamos.
- Cuantificar la productividad de los agentes.
- Medir los costos del proceso.
- Establecer el desempeño de los procesos de soporte.

Asimismo, los órganos deben definir e implementar las herramientas de recolección y procesamiento de datos que permitan facilitar el seguimiento y medición de procesos, entre ellas: hojas de cálculo, reportes, aplicativos, etc. Es necesario aclarar que, si bien existen modelos de formatos de Ficha de Indicadores de Desempeño, este se suele integrar a la ficha técnica de proceso y procedimiento, por cuestiones de practicidad.

d. **PASO 4: Determinación de la secuencia e interacción de los procesos**

Considerando los productos del proceso, el cliente/usuario quien recibe los productos y los elementos de entrada, se debe determinar la secuencia e interacción de todos los procesos. Para desarrollar este paso se utilizan diagramas de bloques a fin de obtener la representación gráfica de la secuencia e interacción de todos los procesos de la entidad. A esta representación gráfica se le denomina Mapa de Procesos.

d1. Del Mapa de Procesos

Es un *documento técnico* que representa gráficamente el agrupamiento de los procesos de la entidad (estratégicos, misionales y de apoyo), que permite tener una visión general y sistemática del funcionamiento, secuencia e interacción de los procesos a cargo del Ministerio de Salud, sin mediar o condicionar por ello su estructura orgánica. Para la formulación del Mapa de Procesos se toma como insumo el Listado de Partes Interesadas. La elaboración del Mapa de Procesos (Anexo N° 4) del Ministerio de Salud/Hospitales/Centros Asistenciales está a cargo del Departamento Calidad del Ministerio de Salud.

d2. Del Manual de Procesos y Procedimientos

El procedimiento es la descripción documentada de cómo deben ejecutarse las actividades que conforman un proceso, teniendo en cuenta los elementos que lo componen y su secuencialidad.

La elaboración de los procedimientos es como se deben documentar los procesos de las organizaciones de salud pública, y se realiza a través de la Ficha Técnica de Proceso y Procedimiento (Anexo 07) y/o del Diagrama de Flujo del Procedimiento (Anexo 06).

Los procedimientos deben estar enmarcados dentro de un proceso ya identificado.

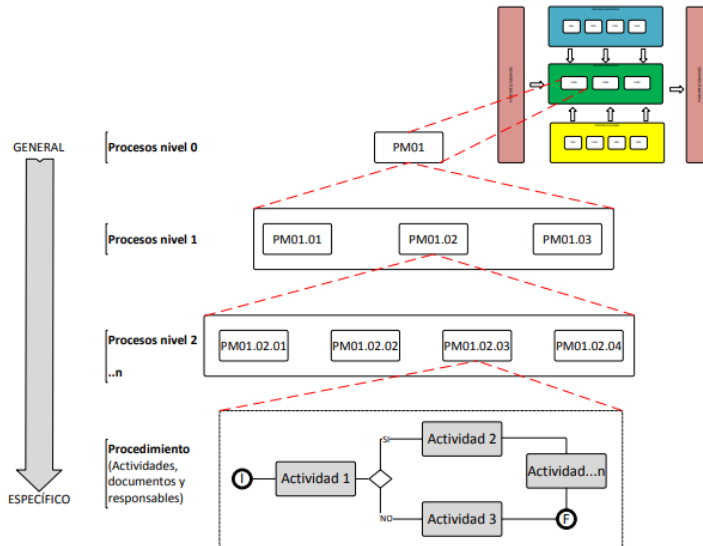
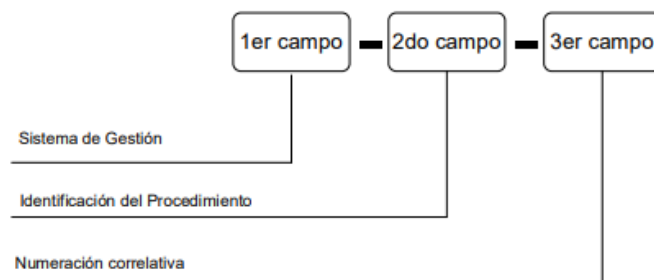


Gráfico N° 5: Despliegue de procesos

d3. De la identificación y codificación

Toda la documentación debe estar identificada con un nombre que describa de forma inequívoca la actividad para la que es utilizada y una codificación, además de la fecha en la que fue emitida. Esta codificación tiene por finalidad que sea fácilmente localizable e identificada y correlacionada con su contenido. La codificación, que es asignada por el área de Calidad y acompaña la identificación el documento, considera las siguientes estructuras:

Estructura N°1:



Ejemplos:

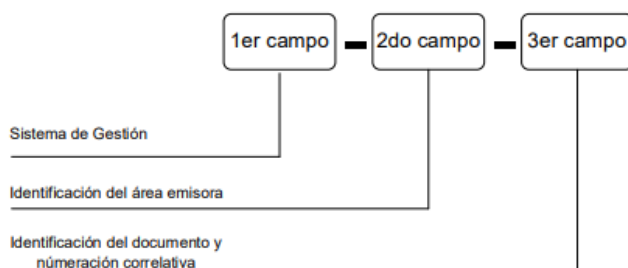
Política de Calidad: SGC-PC-01

Manual de Calidad: SGC-MC-01 I

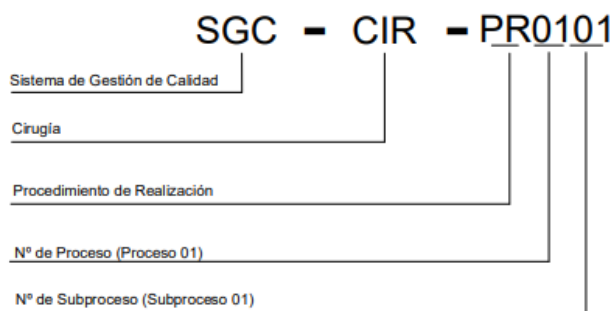
Información Documentada: SGC-PM-01

Planificación y Control Operacional: SGC-PM-02

Estructura N°2:



Ejemplo:

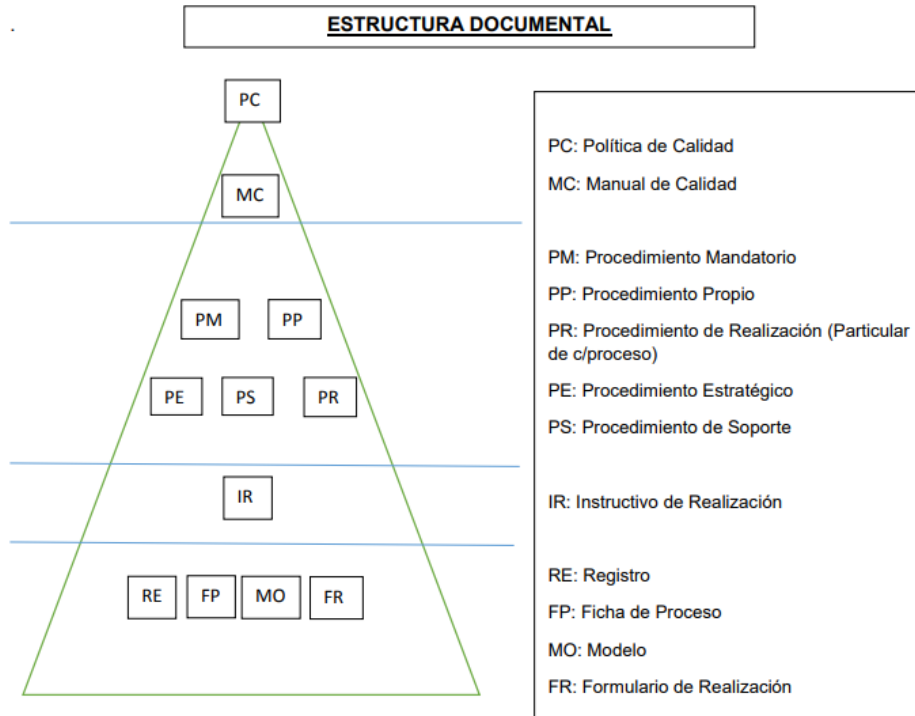


La identificación de los procesos y subprocesos se realiza mediante la utilización de **cuatro dígitos**, los cuales los dos primeros son elegidos en función del proceso en el cual se está trabajando y los siguientes dos dígitos corresponden al subproceso específico.

e. **PASO 5: Aprobación y difusión de los documentos generados e1.**

De la aprobación de las Fichas Técnicas de Procesos de los distintos niveles y los Diagramas de Procesos.

Es elaborado por el área de Calidad. Después de su elaboración, debe ser revisado por los Líderes de los procesos y remitidos para su consideración por la Alta Dirección, conforme lo establecido en el Apartado 4.2. Liderazgo. Estos documentos una vez aprobados mediante acto administrativo o como sea indicado por la propia Alta Dirección, adquieren el carácter de obligatorio cumplimiento para todas las organizaciones de salud pública en cuanto resulten de aplicación conforme las necesidades relevadas, los riesgos advertidos en cada una y los procesos de mejora continua que esta Norma Técnica establece.



Cada Ficha Técnica de Proceso y Procedimiento se aprueba de manera independiente, pero debe contar con los tres visados líneas arriba señalados.

A continuación, el área de Calidad elabora el Informe Técnico y el proyecto de Resolución, y lo envía mediante sistema GEN a autoridad delegada en función de alta dirección para su validación y aprobación. Luego de su aprobación conforme la Ley de procedimiento Administrativo, ya sea mediante resolución o acto administrativo equivalente, según lo disponga la Alta Dirección, la Ficha Técnica de Proceso y Procedimiento debe ser enviada al área de Calidad para su comunicación, distribución e implementación.

e2. De la aprobación del Mapa de Procesos.

Es elaborado por el área de Calidad con la información de las Fichas Técnicas de Procesos y las Fichas de Indicadores de cada uno de los procesos identificados de los órganos de la Administración del Ministerio de Salud.

Después de su elaboración, debe ser revisado por los Líderes de los procesos y aprobado por la Alta Dirección conforme 4.2 y e. A continuación, el área de Calidad elabora el Informe Técnico y el proyecto de Resolución o acto administrativo según sea indicado por conforme e.1 siempre en resguardo de la validez de las actuaciones y en pos de su cumplimiento por las organizaciones, dejando registro administrativo en el sistema GEN.

El Mapa de Procesos aprobado debe ser enviado al **área** de Calidad para el control de documentos.

La estructura del Mapa de Procesos contiene la siguiente información:

- Carátula
- Alcance
- Introducción
- Objetivo
- Contenido
- Mapa de Procesos Nivel "0" (opcional)
- Fichas de Procesos Nivel "0" (opcional)

e3. De la aprobación del Diagrama de Flujo

Es una herramienta que describe paso a paso las actividades.

Es elaborada por el Equipo de Mejora de Procesos (luego de su formación) y remitida al área de Calidad, para su análisis en los aspectos técnicos señalados en la presente Norma Técnica.

e4. De la aprobación del Manual de Procesos y Procedimientos

El Manual de Procesos y Procedimientos es elaborado por el Líder de Proceso.

Luego, es aprobado previa opinión técnica favorable del Departamento Calidad, conforme procedimiento indicado en e2.

La estructura del Manual de Procesos y Procedimientos contiene la siguiente información como mínimo:

- Carátula
- * Alcance
- * Introducción
- * Base legal
- Objetivo
- Contenido
- Diagrama de Proceso
- Ficha Técnica de Proceso nivel 1 al nivel n
- Ficha de Indicadores de Desempeño
- Fichas Técnicas de Procedimientos
- Anexos
- * Siglas y definiciones

Considerando que cada proceso de nivel 0 debe contar con su respectivo Manual de Procesos y Procedimientos, su aprobación puede ser de manera progresiva y actualizada en cada versión con el acto administrativo resolutorio correspondiente.

El área de Calidad, es responsable de controlar y custodiar las versiones vigentes de todas las fichas técnicas de procesos y procedimientos, mapa de procesos y manuales de procesos y procedimientos que les hayan sido remitidos.

Documento	Responsable de Elaboración	Revisión	Aprobación
MAPA DE PROCESOS	CALIDAD	LIDER DE PROCESO	ALTA DIRECCION
MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	LIDER DE PROCESO CALIDAD	LIDER DE PROCESO CALIDAD	ALTA DIRECCION
FICHA TECNICA DE PROCESO Y PROCEDIMIENTO	LIDER PROCESO CALIDAD	LIDER DE PROCESO CALIDAD	ALTA DIRECCION
DIAGRAMA DE FLUJO	LIDER DE PROCESO CALIDAD	LIDER DE PROCESO CALIDAD	CALIDAD

e5. De la Difusión de los Documentos

Los documentos aprobados, deben ser difundidos a través de los canales establecidos por la Dirección de Informática y/o el organismo que desempeñe la función de difusión de información, y dentro del marco normativo vigente.

e6. De la Implementación de los Documentos

El Líder del Proceso o Responsable de área de Calidad informará, a los integrantes del proceso, la implementación de los documentos descriptos, de ser el caso mediante los integrantes del Equipo de Mejora de Procesos realizará la capacitación para el desarrollo del mismo.

f. **PASO 6:** Actualización

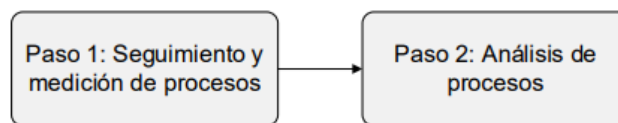
El Líder del Proceso debe revisar periódicamente las Fichas Técnicas de Procesos y las Fichas Técnicas de Procedimientos con la finalidad de identificar la necesidad de actualización de las mismas, y coordinar con el Área de Calidad para su actualización.

Las fichas de los procesos y procedimientos actualizados son válidas con la aprobación de la Alta Dirección según 4.2. Asimismo, la inclusión de estas fichas en el Manual de Procesos y Procedimientos será actualizado periódicamente por el Área de Calidad.

5.5.5 De la Fase 2: SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS

Consiste en el seguimiento, medición y análisis de los procesos, para la verificación del nivel de desempeño de los procesos organizacionales, identificando oportunidades de mejora, específicamente de aquellos que pueden ser considerados como procesos priorizados.

Los pasos para esta fase son:



PASO 1: Seguimiento y medición de procesos

En este paso, se debe realizar el seguimiento a todos los procesos de acuerdo a los indicadores que se han establecido, lo cual permitirá identificar aquellos procesos cuyo desempeño se encuentra fuera de los límites de control establecidos.

Para cada proceso se debe definir al responsable de su seguimiento y medición. La persona designada será un integrante del Equipo de Mejora de Procesos para la gestión por procesos excluyéndose al Líder del Proceso.

a.1 Identificar procesos priorizados

Estos procesos pueden en algunos casos consumir la mayor parte de los recursos (tiempo, recursos humanos, presupuestos).

Para la identificación de los procesos priorizados, el equipo de trabajo, debe determinar el impacto del proceso, de tal manera que al revisar los procesos se deben tomar en cuenta lo siguientes criterios:

- Impacto en el Usuario/Paciente del bien/servicio,
- Vinculación a las políticas priorizadas del Sector y del Ministerio de Salud
- Ejecución presupuestal del proceso vinculado a las acciones estratégicas,
- Impacto del proceso en los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud
- Proceso clave que impacta en la gestión de la entidad
- Nivel de compromiso de la Alta Dirección
- Impacto en el resto de procesos de la cadena de valor.
- Riesgos.

a.2 Seguimiento de procesos priorizados

El responsable de la medición del indicador de desempeño del proceso recaba los resultados y lo reporta al Líder de Proceso, quien a su vez lo reporta al Área de Calidad. Este último realiza como mínimo una auditoría a un proceso priorizado, una vez al año o bien al advertir inconsistencias y/o No Conformidades.

a. PASO 2: Análisis de los procesos.

Consiste en la comparación de los resultados obtenidos del seguimiento y medición de los procesos priorizados, con las metas definidas para cada indicador, a fin de establecer en forma cuantitativa, el desempeño de los procesos e identificar tendencias a futuro.

Luego, registrar y cuantificar los datos de los indicadores seleccionados. Es preciso usar datos que reflejen la situación actual y sean objetivos. Se deben tener suficientes indicadores y mediciones para poder evaluar la situación actual antes de gestionar cambios.

Este análisis debe realizarse en forma planificada y periódica, en función a la complejidad de cada proceso priorizado, de tal forma que en un plazo prudencial se pueda realizar el análisis de todos los procesos priorizados, que permitan proponer los cambios. Se debe evaluar también, los progresos de la entidad, el logro de sus objetivos y en función a dicho avance tomar las decisiones adecuadas para buscar un impacto relevante en el funcionamiento de la institución.

Del análisis de los resultados se identifican las brechas de cumplimiento de las metas de las que se desprenden los potenciales problemas a resolver en los procesos.

5.5.6 De la Fase 3: MEJORA DE PROCESOS (PDCA)

Se refiere a la aplicación de técnicas y uso de herramientas como el Ciclo PDCA para lograr la optimización del desempeño de los procesos, en el marco de las prioridades de la Institución.

Los pasos a desarrollarse en esta fase son:

- Paso 1: Seleccionar y definir el problema
- Paso 2: Análisis del problema
- Paso 3: Selección de mejora
- Paso 4: Implementación de mejora
- Paso 5: Control de las mejoras

PASO 1: Seleccionar y definir el problema.

Este paso implica la identificación y selección de aquellos problemas, cuya solución tenga impacto en los siguientes aspectos de la gestión de la entidad:

- El logro de los objetivos estratégicos institucionales.
- La satisfacción de los usuarios externos o internos.
- La productividad de los Agentes.
- La eficacia del uso de los recursos.
- La transparencia de los procesos.
- La forma de organizarse.
- La tecnificación de los procesos.
- El clima laboral.
- Los flujos de trabajo de los sistemas administrativos.

La identificación y selección del problema debe ser validado por el Líder de los Procesos involucrados. Para facilitar la identificación y selección del problema se pueden utilizar las siguientes herramientas técnicas: Entrevistas, encuestas, Diagrama de Pareto, quejas y reclamos, etc. b.

PASO 2: Análisis del problema

Se debe cuantificar el problema identificado, y según ello analizar e identificar la causa de su origen (causa- raíz), determinando así las evidencias de correspondencia entre causa y efecto. Entre las herramientas para el análisis de la causa- raíz están: Gráficos de Control, Diagrama de Pareto, los 5 por qué, Diagrama Causa-Efecto, Histogramas, Análisis de Procesos, etc. c.

PASO 3: Selección de Mejora

Consiste en la selección de la solución que sea factible de implementar y que se considere efectiva para la eliminación o minimización del problema.

La implementación de la mejora, debe considerar los siguientes criterios para su factibilidad:

- Apoyo de la Alta Dirección.
- Impacto en la causa-raíz identificada.
- Disponibilidad de recursos (tiempo, personas, etc.).
- Costo vs beneficio, según corresponda.
- Tiempo que tomará su desarrollo La mejora y su plan de implementación debe ser validada por el Líder del Proceso.

El Líder del Proceso debe estar involucrado en la implementación y seguimiento de la mejora.

b. PASO 4: Implementación de Mejoras

Consiste en la implementación y el seguimiento de las mejoras para dar solución a los problemas de los procesos priorizados.

Para realizar el seguimiento y verificación de los avances en la aplicación de las mejoras identificadas, asignadas a los involucrados en la mejora, se debe elaborar un Plan de Trabajo que facilite dicho seguimiento.

Luego de la implementación de las mejoras de los problemas en los procesos identificados, estas se incorporan en la gestión de la organización, mediante la aplicación de las acciones siguientes:

- Actualización de la planificación organizacional y equipos de trabajo.
- Actualización de bienes y servicios.
- Reasignación de recursos.
- Actualizando instrumentos de gestión.
- Elaborando o actualizando documentación de los procesos.
- Capacitando a los involucrados en el proceso mejorado.

c. PASO 5: Control de las mejoras implementadas

Periódicamente, se debe evaluar que las mejoras implementadas sigan desarrollándose según lo esperado, y de corresponder, realizar los ajustes necesarios. Toda la información de los

pasos explicados anteriormente se trabaja en la herramienta “Ciclo PDCA”, como forma objetiva de mejora de procesos.

5.6 DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS DIFERENTES INSTANCIAS

5.6.1. De la Alta Dirección de la Administración del Ministerio de Salud

- a. El Ministerio de Salud, como máxima autoridad administrativa, delega autoridad al Representante de la Alta Dirección, para conducir e impulsar la implementación de la Gestión por Procesos en el sector Salud, en el marco del Plan de Modernización del Estado y el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
- b. Asimismo, promueve la actualización de los Mapas de Procesos con el asesoramiento del **área de** Calidad y la participación de los funcionarios que designe para dicho fin.
- c. La Alta Dirección debe destinar recursos e implementar mecanismos de control, evaluación y seguimiento que favorezcan permanentemente la mejora continua de los procesos.

5.6.2. Del Área de Calidad

- a. Participa activamente en la identificación, diseño y mejora de los procesos conforme lo dispuesto en la presente Norma Técnica.
- b. Brinda asesoría técnica y desarrollar acciones de capacitación a las unidades de organización, organismos públicos dependientes del Ministerio de Salud sobre la metodología de la gestión por procesos.
- c. Emite opinión técnica de los proyectos de documentos de gestión por procesos, que hayan sido formulados por las unidades organizacionales en materia de su competencia.
- d. Mantiene el registro de los documentos de la gestión por procesos emitidos, actualizados o en proceso de elaboración, con la finalidad de asegurar su identificación y control.
- e. Realiza las coordinaciones necesarias para la publicación de sus trabajos, de la información generada de la gestión por procesos (como Mapa de Procesos, Fichas Técnicas de Procesos y del Manual de Procesos y Procedimientos).
- f. Realiza el seguimiento, así como verificar el cumplimiento de los procesos implementados, mejorados y aprobados.

g. Asegura que los formatos contenidos en la presente Norma Técnica e instrucciones precisas de llenado, estarán disponibles en versión electrónica en el portal de internet institucional.

6. AUDITORIA

6.1. Directrices de una Auditoria de Sistemas de Gestión

Es de aplicación a todas las organizaciones que requieren planificar y realizar auditorías internas o externas de sistemas de gestión, para su eficacia resulta esencial brindar la atención necesaria a la competencia específica de la tarea de auditoria.

6.2. Tipos de Auditoria. IRAM_ISO_9000:2015,3.13.

6.2.1. Auditoria combinada: se lleva a cabo a un único auditado en dos o más sistemas de gestión;

6.2.2. Auditoría conjunta: llevada a cabo a un único auditado por dos o más organizaciones auditoras (ISO_9000:2015,3.13.4, modificada)

6.2.3. Programa de Auditoría: acuerdos para un conjunto de una o más auditorías planificadas para un período de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito efectivo. (ISO_9000:2015,3.13.4, modificada)

6.3. Alcance de la Auditoria.

Debe indicar específicamente ubicaciones físicas y virtuales, las funciones, las unidades de la organización, las actividades y procesos, así como el periodo de tiempo cubierto.

En lo que respecta a la ubicación virtual corresponde a un lugar donde la organización desempeña trabajo o presta servicio usando un entorno en línea que permite a las personas ejecutar procesos con independencia de su ubicación física.

6.4. Criterios de Auditoria.

Se utilizan como referencia frente a la cual se compara la evidencia objetiva. Si los criterios de auditoría son requisitos legales (incluyendo los reglamentarios), las palabras cumplimiento o “no cumplimiento “ se utilizan en los hallazgos de auditoría.

6.5. Evidencias de Auditoría.

6.5.1. Evidencia objetiva. Son los datos que respaldan la existencia o veracidad de algo, puede obtenerse por medio de la observación, medición, ensayo o por otros medios.

Cuando responde a los fines de auditoría se componen de registros, declaraciones de hechos u otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y verificables.

6.5.2. Hallazgos de Auditoría. Son los resultados de la evaluación de la evidencia recopilada frente a los criterios de auditoría.

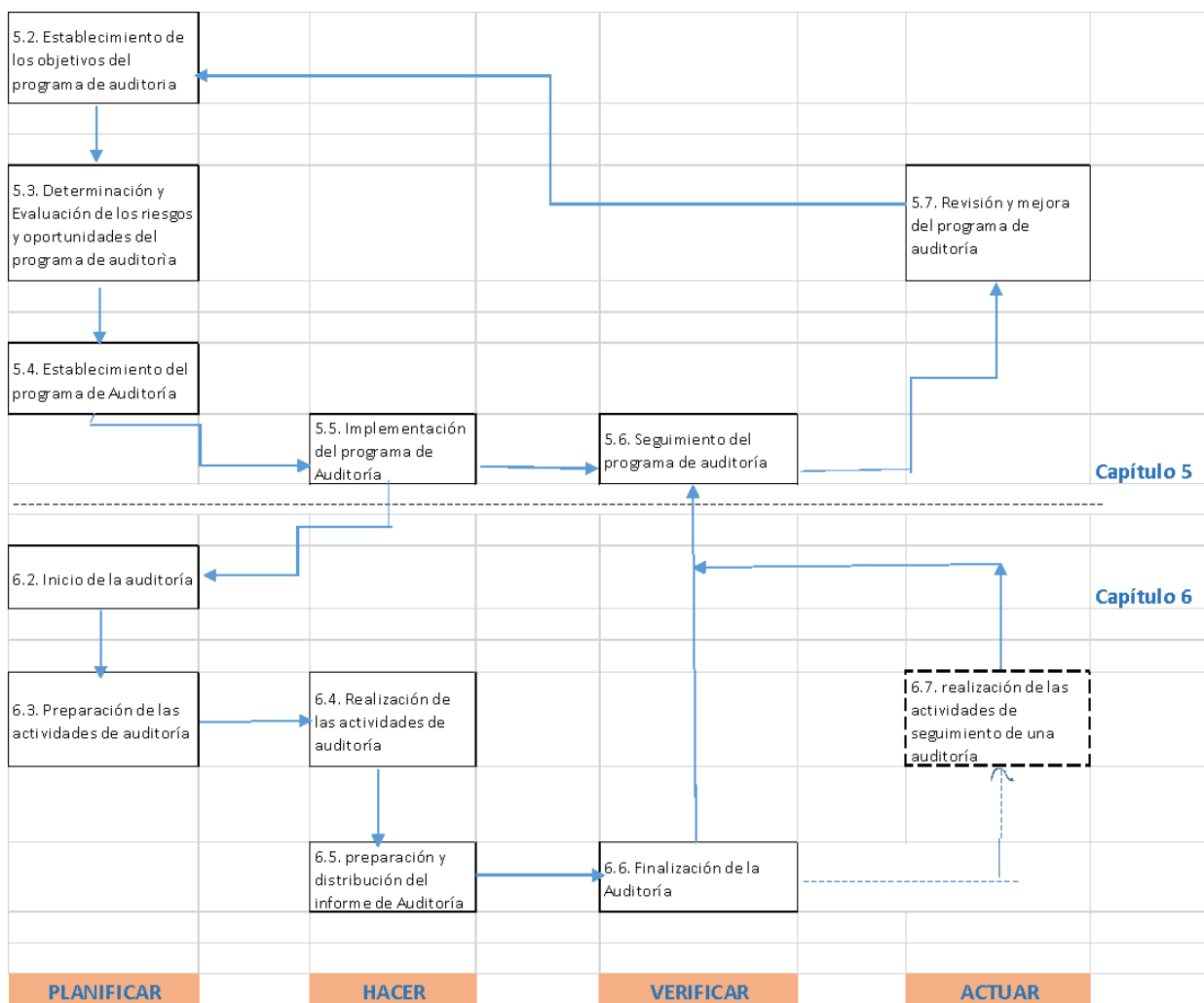
6.5.3.. Conclusiones de Auditoría. Tras considerar los objetivos de auditoría y todos los hallazgos de auditoría.

6.6. Principios de Auditoría.

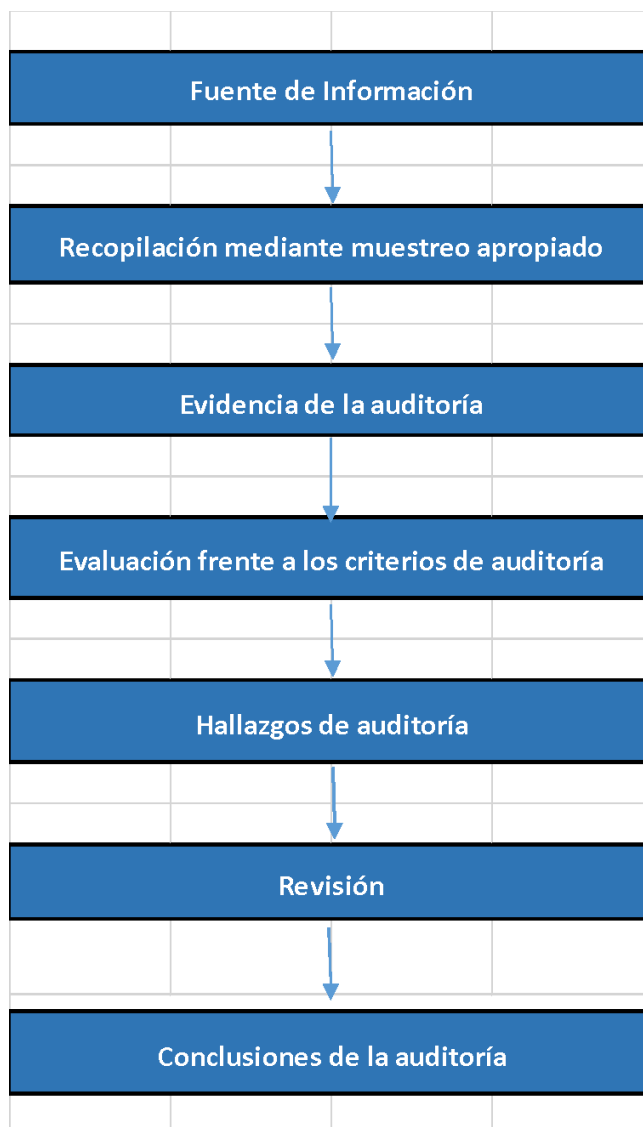
6.6.1. Integridad. Es el fundamento de la profesionalidad de quienes llevan la tarea de auditoría, de forma ética, con honestidad y responsabilidad. Las actividades solo sin competentes pueden llevarlas a cabo, su comportamiento debe ser imparcial, permanecer ecuanimes y sin sesgo en sus acciones.

Tienen obligación de informar con veracidad y exactitud, objetividad, oportunidad, claridad y de forma completa.

Diagrama de Flujo para la Gestión de un Programa de Auditoría



Visión General de un Proceso típico de recopilación y verificación de la información



Métodos de Auditoría

Grado de Interacción entre el auditado y el auditor	Ubicación del auditor	
	in situ	A distancia
Interacción Humana	Realizar entrevistas	A través de medios de comunicación interactivos:
	Completar Lista de Verificación	* Realizar entrevistas
	Completar cuestionarios con la participación del auditado	* observar el trabajo realizado con un guía a distancia
	Revisar los documentos con la participación del auditado	* completar listas de verificación y cuestionarios
	Muestrear	* revisar los documentos con la participación del auditado
Sin Interacción Humana	Revisar los documentos (registros, análisis de datos, etc)	Revisar los documentos (registros, análisis de datos, etc)
	Observar el trabajo desempeñado	Observar el trabajo desempeñado a través de medios de vigilancia, considerando los requisitos sociales y legales
	Realizar visitas al sitio	Analizar los datos
	Completar listas de verificación	
	Muestrar (por ej productos/servicios)	

Las actividades de auditoría in situ se realizan en las instalaciones del auditado.

Las actividades de auditoría a distancia se realizan en cualquier otro lugar distinto de las instalaciones del auditado, sin tener en cuenta la distancia.

Las actividades de auditoría interactivas implican la interacción entre el personal del auditado y el equipo auditor.

Las actividades de auditoría no interactivas no implican la interacción humana con las personas que representan al auditado, pero implican la interacción con los equipos, las instalaciones y la documentación.

7. RESPONSABILIDADES

7.1. El Ministerio de Salud, es responsable de la difusión de la presente Norma Técnica. Asimismo, a través del área de Calidad, es responsable de brindar asistencia técnica para su implementación, y supervisar su cumplimiento.

7.2. Los responsables de las organizaciones definidas en el Alcance de esta norma técnica, son responsables de difundir la presente Norma Técnica en su sector, así como de implementarla y supervisar su cumplimiento.

7.3. Los Directores Generales de las organizaciones son responsables de la implementación de la presente Norma Técnica en lo que les corresponda.

8. DISPOSICIONES FINALES

8.1. Los documentos técnicos de gestión definidos en el presente documento, que se encuentren en proceso de elaboración se deben adecuar a las disposiciones de la presente Norma Técnica.

8.2. Los aspectos no contemplados en la presente Norma Técnica, serán ~~eximidos~~ abordados por el Departamento Calidad.

9. GLOSARIO

Tabla de contenidos

Definiciones.....	3
¿Qué es un proceso?.....	3
¿Qué es la gestión por procesos?.....	3
¿Qué son los equipos de mejora?.....	4
Protocolo de funcionamiento.....	5
Proyectos de trabajo.....	5
Creación del equipo.....	6
Preparación.....	7
Reunión inicial.....	8
Líder de proceso.....	8
Documentación de las reuniones.....	8
Sistema de información y comunicación.....	9
Repositorio de documentación del equipo.....	9
Publicación de información.....	10

DEFINICIONES

¿Qué es un proceso? IRAM_ISO_9000:2001

Es toda actividad, conjunto de actividades que utiliza recursos para transformar elementos de entrada en resultados.

Para que las organizaciones operen de manera eficaz tienen que identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados y que interactúan.

El resultado de un proceso a menudo constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

La propuesta de esta Norma Técnica es el “enfoque basado en procesos”, consistente en la identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en las organizaciones de salud pública.

¿Qué es la gestión por procesos?

Tradicionalmente las organizaciones se estructuran en base a Direcciones, Departamentos, Divisiones, servicios, unidades.

En sus actividades cotidianas las agentes de salud interactúan con trabajadores de otras áreas, en función de los procesos de trabajo que realizan.

Todas las áreas o servicios de las organizaciones de salud pública deben tener la misma meta común: brindar un servicio de salud pública a sus pacientes, de forma eficaz y eficiente, directa e indirectamente, conforme los parámetros de calidad definidos en los procedimientos surgidos de los procesos.

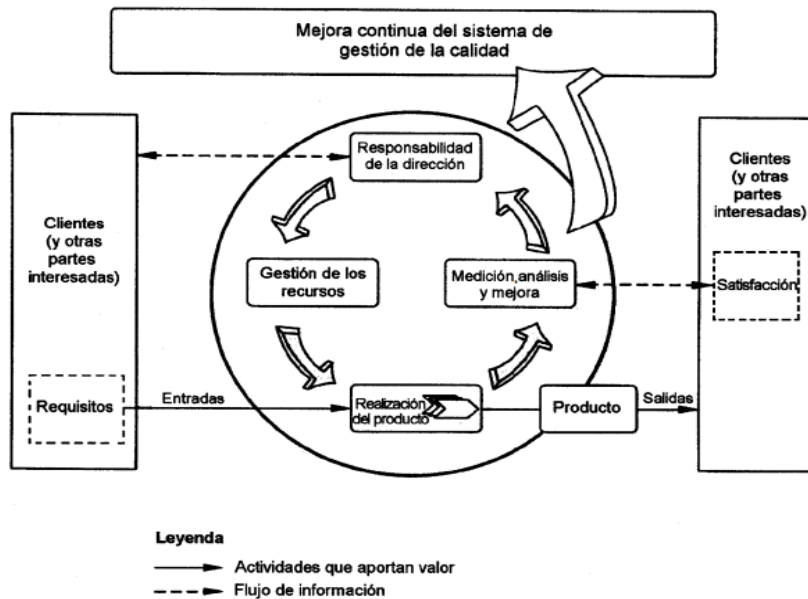
Por lo tanto, las organizaciones deben ser gestionadas en forma coordinada para producir un determinado resultado. Esto es, cada unidad de trabajo de las organizaciones debe ver al otro como proveedor y cliente, más que como un conjunto de personas que realizan actividades independientes.

Por ello, es necesario que la organización enfoque sus estructuras organizativas y sus sistemas de información a los procesos, identificando que detrás de cada proceso existe un cliente interno o externo, y que dicho proceso forma parte de otro proceso más amplio dirigido a la satisfacción de las necesidades de los clientes externos (pacientes, proveedores, prestadores,... etc.).

Mediante la presente Norma Técnica se busca propender a la gestión del sistema de salud pública con enfoque hacia la gestión de las organización de salud pública basada en procesos. Para ellos es necesario integrar este enfoque en la cultura de todos los trabajadores para que su conducta se oriente también a los procesos.

La Figura 1 ilustra el sistema de gestión de la calidad basado en procesos descrito en la familia de normas IRAM-ISO 9000. Esta ilustración muestra que las partes interesadas juegan un papel significativo para proporcionar elementos de entrada a la organización. El se-

guimiento de la satisfacción de las partes interesadas requiere la evaluación de la información relativa a su percepción de hasta qué punto se han cumplido sus necesidades y expectativas. El modelo mostrado en la Figura 1 no muestra los procesos a un nivel detallado.



Para que pueda establecerse una gestión basada en procesos dentro de una organización es necesario en primer lugar identificar los procesos existentes para luego establecer equipos de trabajo que definan y gestionen dichos procesos.

Definir un proceso implica la identificación de:

- producto, objetivo o resultado;
- líder del proceso;
- diagrama de flujo del proceso;
- tareas y responsables;
- cliente o destinatario del proceso;
- entradas y salidas;
- indicadores clave de medición del desempeño.

Gestionar un proceso se refiere al seguimiento de los indicadores definidos y la mejora permanente de los mismos. ¿Qué son los equipos de mejora? Los “equipos de mejora” son un conjunto multidisciplinario de personas que, trabajando con independencia de la relación funcional o jerárquica que los vincula, se dedican a dar tratamiento a determinados problemas y/o a mejorar los procesos de trabajo en forma continua, dentro del ámbito de competencia definido para cada uno.

Su característica principal es que el abordaje de la temática se hace desde la visión de procesos. Se basan además en los siguientes principios:

- **Trabajo en equipo.** Un equipo de trabajo es un conjunto de personas con habilidades complementarias que están comprometidos con un propósito común, utilizan parámetros de desempeño y métodos estructurados y son mutuamente responsables de su realización.

- **Participación.** Este enfoque busca el tratamiento de problemas y la mejora de procesos por parte de los mismos trabajadores que realizan las tareas en los procesos involucrados.

La estructura jerárquica de la organización no tiene incidencia en la forma en que se toman las decisiones dentro del equipo.

- **Metodología.** Los equipos de mejora enmarcan su trabajo bajo una metodología definida, tanto para la definición de los procesos sobre los que intervienen, como para la modalidad de trabajo de los equipos.

En consecuencia, el equipo de mejora requiere el trabajo activo de los trabajadores que intervienen en el proceso.

El equipo de mejora será un multidisciplinario y estable conformado por:

- **un representante de cada uno de los sectores** que intervienen en el proceso, que serán responsables del seguimiento de la calidad del mismo;

- **un líder de proceso, designado entre uno de los anteriores**, que actuará como referente del proceso, tanto internamente como ante terceros;

- **un referente metodológico que acompañará el trabajo del equipo** brindando apoyo metodológico y de coordinación.

- y las nuevas figuras que se vayan sumando, representativas y referentes, por conocimiento, experiencia y aptitud, que resulten de la evolución y desarrollo de la actividad de salud pública a consideración de la Alta Dirección.

Protocolo de funcionamiento

Proyectos de trabajo

Una vez conformado el equipo, en general, su primera actividad será definir al proceso de trabajo en el que intervienen.

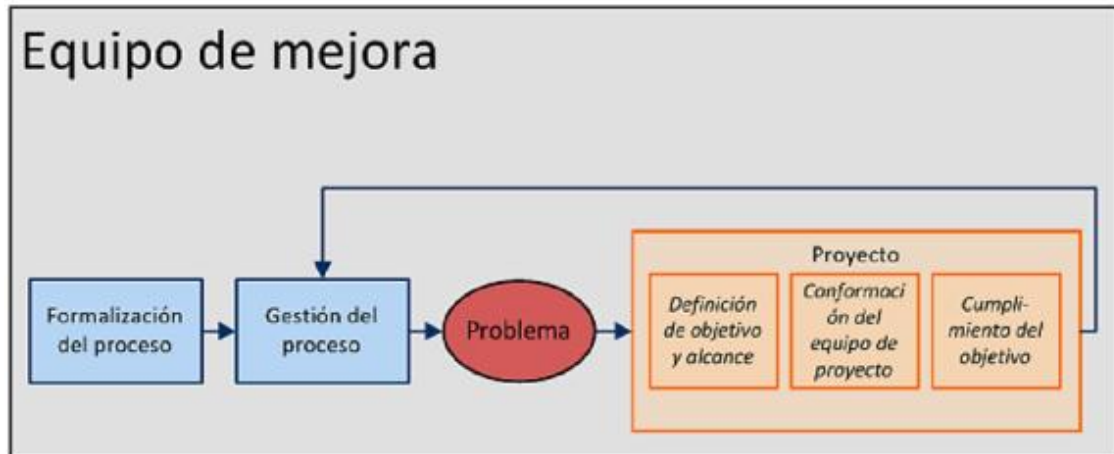
De esta definición surgirán indicadores de calidad, que serán objeto de medición y seguimiento por parte del equipo de mejora, para poder desarrollar el proceso de mejora.

En este seguimiento seguramente surgirán o se detectarán situaciones problemáticas y/o No Conformidades, y para darle tratamiento a los mismos, el trabajo se organizará en una secuencia de proyectos.

Cada proyecto tendrá como objetivo la resolución de una determinada problemática, un objetivo específico a lograr, y finalizará con la consecución del mismo.

Y para poder desarrollar el proyecto se conformará un equipo de proyecto. Este equipo estará compuesto por los integrantes estables del equipo de mejora, más otros participantes o trabajadores (si es necesario) convocados específicamente para el desarrollo del presente proyecto, en función de las temáticas específicas del mismo.

Una vez logrado el resultado esperado del proyecto el equipo se disuelve, siendo responsabilidad de los miembros estables del equipo de mejora **continua** monitorear la mejora del proceso.



Creación del equipo

Los equipos de mejora surgen a partir de la manifestación de una necesidad/situación problemática por parte de cualquier trabajador de las organizaciones de salud pública. Esto incluye a cualquier área que quiera trabajar sobre algún aspecto de su competencia o a las propias direcciones organizacionales, que –en el marco del modelo de gestión por procesos– pretenda mejorar un proceso de trabajo determinado.

Los equipos podrán ser de dos tipos: de problemas o de procesos. Aun en primer caso, donde su propósito es dar tratamiento a una situación determinada, la misma debe enmarcarse en algún proceso, y esta definición debe ser parte del planteo de la necesidad. Las propuestas de formación de equipos de mejora se presentarán a la Alta Dirección (s/ apartado 4.2), que evaluarán y decidirá sobre la constitución del mismo.

Preparación

Una vez definida la creación del equipo, el **Área de** Gestión de Calidad realizará una serie de tareas preparatorias, a saber:

- *Equipo de trabajo.* En función del tema sobre el que verse el equipo de mejoras, se definirán las áreas o servicios del hospital que deberán integrar el equipo a través de un representante.
- *Acta de constitución del equipo.* Se trata de un documento que contiene una serie de definiciones sobre el equipo. En esta etapa las definiciones son preliminares, y versarán al menos sobre los siguientes puntos: o Necesidad. Motivo que fundamenta la creación del equipo.

-*Problema o proceso al que se le quiere dar tratamiento.* o Tipo de equipo. Se contemplan dos tipos: equipos que tratan sobre la mejora de un proceso o sobre el tratamiento de un problema determinado.

- *Objeto de estudio.* Se trata del proceso o problema al que se le quiere dar tratamiento. Debe incluirse una definición y alcance, delimitando la solución e identificando qué necesidades serán resueltas y cuáles no. o Integrantes estables del equipo. Surgen de la definición en el punto anterior. No se identifica a la persona sino al rol que ocupa dentro de la organización.

- *Repositorio de documentación.* Se gestionará la creación del sitio compartido para el guardado y resguardo de la documentación. –

- *Convocatoria.* La Dirección General hará la convocatoria a la primera reunión de equipo.

- *Acta de constitución del proyecto.* En caso de estar definido en esta instancia el primer proyecto sobre el que se trabajará, también se desarrollará el “Acta de constitución del proyecto”, con definiciones preliminares sobre:

o Propósito u Objetivos

o resultados esperados del proyecto.

o Descripción de la solución o Equipo de trabajo o Cronograma

Reunión inicial

La primera reunión del equipo será moderada por la **Alta Dirección** y se tratarán los siguientes aspectos:

- Metodología de trabajo. La Dirección General presentará la metodología de trabajo.

- Acta de constitución del equipo. La Dirección General presentará al equipo las definiciones preliminares realizadas en la etapa anterior. Se revisarán en conjunto para llegar a un acuerdo que posteriormente será documentado y publicado como primer versión del documento.

- Definición del referente del equipo. Se acordará cuál de los integrantes será el referente del equipo. - Planificación de las reuniones. Se definirá la periodicidad, horario y lugar de las reuniones.

Líder de proceso

El líder de proceso tendrá las responsabilidades de:

- Representar al equipo tanto externa como internamente. - Realizar el seguimiento, junto con el Depto. Gestión de Calidad, de los objetivos del equipo.
- Moderar las reuniones para el cumplimiento del orden del día.
- Definir, al inicio de cada reunión, el responsable de la documentación de la misma.
- Convocar a las reuniones y definir el orden del día de las mismas.

Documentación de las reuniones

Al comienzo de cada reunión, se designará al responsable de la documentación de la reunión, que generalmente lo realiza personal del Área de Gestión de Calidad, lo que implica:

- Redactar la minuta
- Enviarla a los integrantes del equipo en formato Word
- Corregirla según los comentarios del equipo
- Convertir la versión definitiva en formato PDF
- Subirla al sitio compartido

Sistema de información y comunicación

Repositorio de documentación del equipo.

Cada equipo contará con un sitio compartido, que tiene como objetivo el guardado y resguardo de la documentación.

Se almacenará toda la documentación relacionada con el equipo y tendrán acceso el **Área de Gestión de Calidad**, la **Alta Dirección** y todos los integrantes del equipo.

Este espacio estará estructurado de la siguiente manera:

- Documentos de guía. Documentación sobre el funcionamiento de los equipos de mejora en general, y del equipo en particular. En general esta documentación es elaborada por el ~~Depto.~~

Área de Gestión de Calidad. Incluirá el presente documento, el acta de constitución del equipo, la presentación de la primera reunión, el listado de integrantes del equipo y las plantillas necesarias para la documentación que genere el equipo.

- Documentos de referencia. Documentación que se toma de base para el cumplimiento de los objetivos de cada equipo. Según el equipo, puede existir documentación de referencia o no. Son archivos de todos los trabajos previos, en las distintas organizaciones del sistema de salud pública, que sirven para el trabajo del equipo pero que no son creados por el mismo. Estos archivos deben mantenerse en su formato original en esta carpeta, y si se realizan modificaciones sobre el mismo, la versión modificada por el equipo debe guardarse en la sección de “documentos de trabajo”.

- Documentos de trabajo. Todos los documentos que sean generados por el equipo en el cumplimiento de sus objetivos. Incluye modelos de procesos, notas, listados, etc. También documentos de capacitación a los equipos. - Minutas. Actas de las reuniones del equipo de trabajo, según el siguiente formato:

- Tipo: PDF
- Nombre: `aaaammdd_Minuta_Equipo` (por ejemplo `20191120_Minuta_Instrumental médico.pdf`)

Publicación de información

En la intranet del Ministerio de Salud de Tierra del Fuego A e I.A.S, para que tengan acceso todos los trabajadores de la organización, se publicará información sobre los equipos de mejora. Se incluye el presente documento como información general y para cada equipo, las minutas de reuniones y documentación sobre la actividad realizada por los equipos de trabajo.

10. ANEXOS



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Los que serán utilizados según y conforme la conveniencia valorada por el Líder del equipo auditor al momento de la planificación.

Anexo 01: Acta de Constitución del Equipo de mejora de Procesos

Anexo 02: Cuestionario Modelo de Auditoría del Sistema de Gestión de Calidad

Anexo 03: Protocolo Equipo de Mejora de Procesos

Anexo 04: Inventario de Procesos

Anexo 05: Mapa de Procesos

Anexo 06: Listado de Partes Interesadas

Anexo 07: Modelo de Diagrama de Flujo del Procedimiento

Anexo 08: Ficha Técnica de Proceso y Procedimiento

Anexo 09: Acciones correctivas

Anexo 10: Diagrama SIPOC

Anexo 11: Formulario Oportunidades de Mejora

Anexo 12: Formulario Acciones Correctivas y No Conformidades

ANEXO 01

Acta de Constitución del Equipo de mejora de Procesos

Acta de Constitución del Equipo de Mejora de Procesos para la Implementación de la Gestión por Procesos (Nombre del Proceso)

En las instalaciones de (Nombre de la institución), siendo las (hh:mm) horas del (dd) de (mm) de (aaaa); se reunió el Equipo del Proceso (Nombre y código del proceso) con motivo de asignar los siguientes roles:

1. El/la (Cargo) (Nombres y Apellidos), (legajo) del (sector) designado como Líder del o los Procesos de (Nombre y código del proceso) se le asigna los siguientes roles en adición a sus funciones:

- Participar junto al Departamento Calidad en la conformación del Equipo de Mejora de Procesos para la implementación de la gestión por procesos.
- Facilitar o asegurar la disponibilidad de los recursos para la implementación de los procesos a su cargo.
- Revisar y elevar a su máxima autoridad administrativa de la institución la documentación que se genera y requiera su aprobación.
- Promover la mejora continua de sus procesos.

2. El/la (Cargo) (Nombres y Apellidos), (legajo) del (sector) designado como Representante del Líder del o los Procesos de (Nombre y código del proceso) se le asigna los siguientes roles en adición a sus funciones:

- Representar al Líder del Proceso en su ausencia.
- Consolidar las sugerencias y observaciones de los integrantes del equipo.
- Participar en la elaboración y presentar la documentación producida al Líder de Proceso para su revisión.
- Realizar el seguimiento de los acuerdos de las reuniones de trabajo.

3. El/la (Cargo) (Nombres y Apellidos), (legajo) del (sector) designado como Facilitador Metodológico del Proceso de (Nombre y código del proceso) se le asigna los siguientes roles en adición a sus funciones:

- Orientar y brindar asistencia técnica al equipo en la aplicación de la gestión por procesos.
 - Revisar y dar conformidad sobre los aspectos técnicos realizados por el equipo de trabajo.
 - Resolver los casos de controversia que se puedan generar en el marco de lo establecido.
4. El/la (Cargo) (Nombres y Apellidos), (legajo) del (sector) designado como Participante del Proceso de (Nombre y código del proceso) se le asigna los siguientes roles en adición a sus funciones:
- Participar en las fases de identificación de procesos y procedimientos, y proporcionar información relevante para facilitar la aplicación de la gestión por procesos.
 - Elaborar la documentación (mapas, fichas técnicas, fichas de indicador de desempeño, diagramas de procesos, entre otros) que les sean solicitados. Firman en señal de conformidad a las (hh:mm) horas del (dd) de (mm) de (aaaa)

.....
(Firma y Aclaración)
Líder del Proceso

.....
(Firma y Aclaración)
Representante del Líder del Proceso

.....
(Firma y Aclaración)
Facilitador metodológico

.....
(Firma y Aclaración)
Participante del proceso

Anexo 02

Cuestionario Modelo de Auditoría de Sistemas de Gestión de Calidad

Cuestionamiento	Indicar la cláusula aplicable C/NC
1. ¿Es requerido que la organización recabe información de las tendencias de la satisfacción de otras partes interesadas (además de la de los usuarios del sistema de salud pública)? Su respuesta:	-----
2. ¿Qué debe hacer la organización frente a los defectos de los productos recibidos/adquiridos y servicios de salud brindados? Su respuesta:	-----
3. ¿Cuáles son las etapas del diseño que deben ser controladas? Su respuesta:	-----
4. ¿Qué sucede si una organización decide “tercerizar” alguno de sus procesos? Su respuesta:	-----
5. Cuando la organización no mantiene relaciones con determinadas partes interesadas: a) ¿puede determinar que esas partes interesadas no son pertinentes al sistema de gestión de la calidad? b) ¿puede declarar entonces que no es aplicable el requisito de realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes? Su respuesta:	-----
6. ¿Cuál es el propósito del análisis de datos? Su respuesta:	-----
7. ¿Es requerido que la organización tenga conocimiento de los requisitos legales y reglamentarios que se aplican a sus productos? Su respuesta:	-----

<p>8. ¿Es necesario que la política de la calidad incluya el compromiso de cumplir con los requisitos?</p> <p>Su respuesta:</p>	<p>-----</p>
<p>9. ¿La organización debe mejorar los productos y servicios?</p> <p>Su respuesta:</p>	<p>-----</p>
<p>10. ¿La norma incluye algún requisito sobre realizar auditorías a los proveedores cuando los productos y servicios son proporcionados directamente a los clientes por proveedores externos?</p> <p>Su respuesta:</p>	<p>-----</p>
<p>11. ¿Es necesario que los objetivos de la calidad sean establecidos en todos los niveles de la organización?</p> <p>Su respuesta:</p>	<p>-----</p>
<p>12. Por el carácter confidencial de los conocimientos adquiridos por la organización, la Dirección ha decidido no mantenerlos como información documentada.</p> <p>Esta decisión, ¿incumple algún requisito de la Norma?</p> <p>Su respuesta:</p>	<p>-----</p>
<p>13. La organización debe planificar y llevar a cabo la producción o la prestación del servicio bajo condiciones controladas, ¿Qué incluye “condiciones controladas”?</p> <p>Su respuesta:</p>	<p>-----</p>
<p>14. ¿Cuál es el propósito de la Revisión por la Alta Dirección?</p> <p>Su respuesta:</p>	<p>-----</p>
<p>15. ¿Qué entiende por:</p> <p>a) “el entorno adecuado para la operación de los procesos”?</p> <p>b) “la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos”?</p> <p>c) “el ambiente necesario para la operación de sus procesos”?</p> <p>Su respuesta:</p>	<p>-----</p>
<p>16. ¿Qué acciones deben ser tomadas en el caso de detectarse que un dispositivo de medición o seguimiento se considere no apto para su propósito previsto?</p> <p>Su respuesta:</p>	<p>-----</p>
<p>17. ¿Existe en la norma algún requisito respecto a la motivación del personal?</p> <p>Su respuesta:</p>	<p>-----</p>

<p>18. Cuando una unidad de negocios dependiente de un grupo corporativo multinacional decide implementar un SGC para un alcance limitado sólo al proceso de “producción”, ¿Es posible justificar que no se requiere determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, dado que estas cuestiones vienen definidas por el grupo? Su respuesta:</p>	<p>-----</p>
<p>19. Para el caso de un comercio minorista, único en su rubro en una pequeña población del interior, ¿Es posible justificar que no aplica la determinación de los riesgos por su condición de único comercio del rubro en el pueblo? Su respuesta:</p>	<p>-----</p>
<p>20. ¿Es necesario que se conserve información documentada de la conformidad con los criterios de aceptación? Su respuesta:</p>	<p>-----</p>

Fecha de realización:

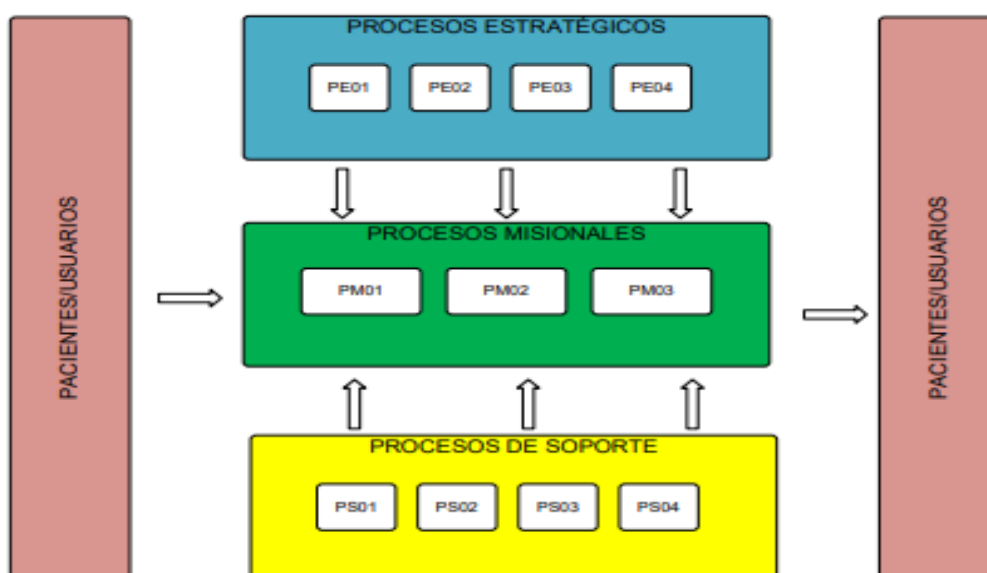
Organización auditada:

Firma Responsable Equipo Auditor

Anexo 04 – Mapa de Procesos.

Anexo 04

Mapa de Procesos



Anexo 05- Listado de Partes Interesadas.


**Anexo 05:
Listado de Partes Interesadas**

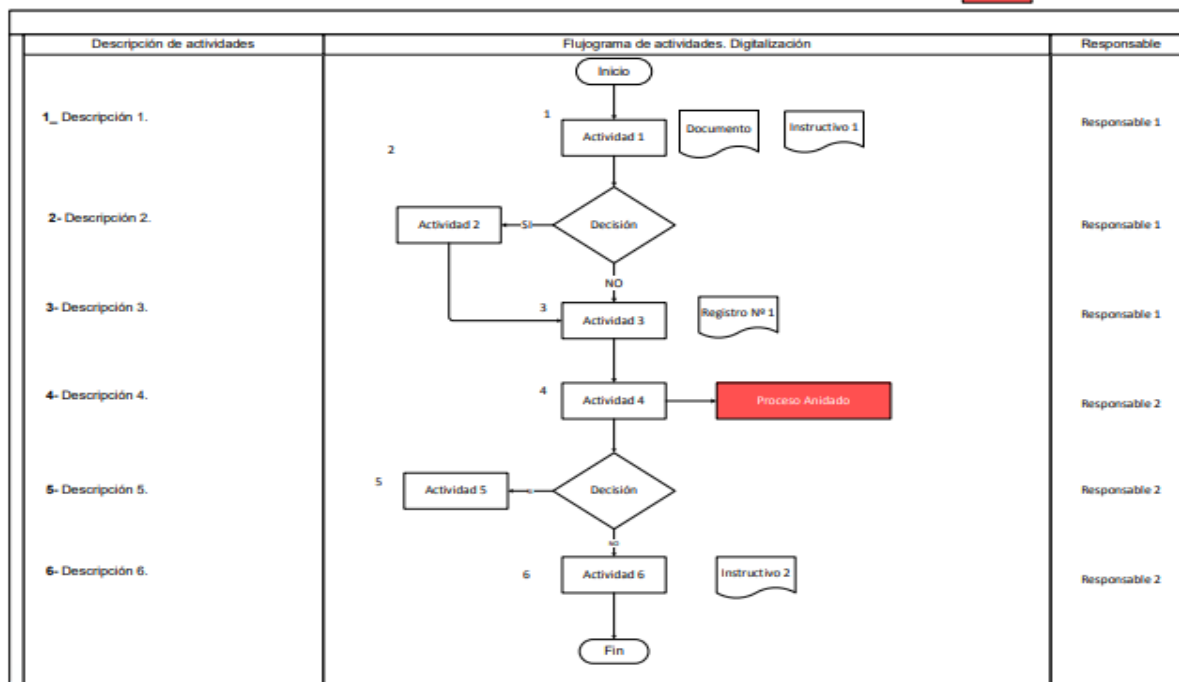
N°	PARTES INTERESADAS	Impacto	Influencia	Impacto x Influencia	NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	PLANIFICACIÓN EN EL SGC	RESPONSABLE
1							
2							
3							
5							
6							
7							

Anexo 06 – Modelo de Diagrama de Flujo

Anexo 06

Modelo de Diagrama de Flujo

 Procedimiento anidado





UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud





UNR



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud



Anexo 07 – Ficha Técnica de Procesos y

Ficha Técnica de Proceso y Procedimiento

Elaborado por:	
Revisado por:	
Aprobado por:	

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

AREA (A LA CUAL PERTENECE EL PROCESO):

OBJETIVO:

Enunciado conciso de lo que se quiere lograr con el procedimiento

Por ejemplo: establecer la metodología para...

ALCANCE DE LA TAREAS A REALIZAR:

Área o campo de aplicación del procedimiento; es decir, a quiénes afecta o qué límites o influencia tiene.

Desde.....Hasta.....

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES:

Explicar el procedimiento / Describir paso a paso lo que se debe realizar y quién es el responsable de cada tarea y acción. Si lo prefiere reemplace la descripción de las actividades en este apartado por el diagrama de flujo del último apartado.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL (SI CORRESPONDE) (¿En dónde controlamos o verificamos algo?)	REGISTRO (SI CORRESPONDE) (Papel, informático, libro etc.)

RESPONSABLES

Escribir quiénes son los responsables de cada acción a realizarse (cargo / función)

PUNTOS DE CONTROL

Son los puntos, operaciones o etapas que requieren un control eficaz para asegurar que la actividad se realice dentro de los márgenes de lo planificado

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

DOCUMENTOS que se requieren al utilizar el procedimiento, para tener un mejor entendimiento o completar su ejecución y REGISTROS que sirven de evidencia de que el procedimiento está siendo aplicado.

DOCUMENTOS

CODIFICACIÓN DEL DOCUMENTO (la asigna el Área de CALIDAD)	NOMBRE DEL DOCUMENTO	FECHA	REVISION

REGISTROS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	LOCALIZACIÓN (adonde se encuentra, ej: DISCO COMPARTIDO XX)	PROTECCIÓN (Quien tiene acceso: ej.: Privado / Público, Área, etc.)	TIEMPO DE RETENCIÓN (tiempo de vigencia)	DISPOSICIÓN FINAL (ej borrado, backup, destrucción)

DOCUMENTOS EXTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ORIGEN	ALMACENAMIENTO

DIAGRAMA DE FLUJO

Se elabora con base en la descripción del procedimiento. Es la secuencia gráfica de la información, los puntos de control y los documentos que se utilizan a lo largo del procedimiento (opcional)

Método de seguimiento y medición

Definición de Objetivos e Indicadores

Objetivo	
Definición de los indicadores	
Planificación de la tarea	
Fecha de inicio y término estimado para el alcance del Objetivo	

Objetivo de la calidad	Criterio	Indicador	Estándar	Método de seguimiento y medición

Requisito de calidad:

--	--	--	--	--

Control de la documentación

Revisión N°:	Fecha	Control de los cambios de revisión	Responsable
		Documento original	Responsable del GC

Referencias de archivo

Autor:	
Nombre del archivo	
Localización	



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Anexo 08 – ACCIONES CORRECTIVAS

OBJETIVO

Establecer el procedimiento para el análisis de las causas que generan No Conformidades o no conformidades potenciales y para la implementación de las acciones correctivas o preventivas necesarias para eliminarlas.

ALCANCE

Los criterios establecidos en este procedimiento son de aplicación a todas las acciones correctivas y preventivas que se generen en el marco del sistema de gestión de la calidad.

DEFINICIONES Y ABREVIATURA

No conformidad: Incumplimiento de uno o varios requisitos.

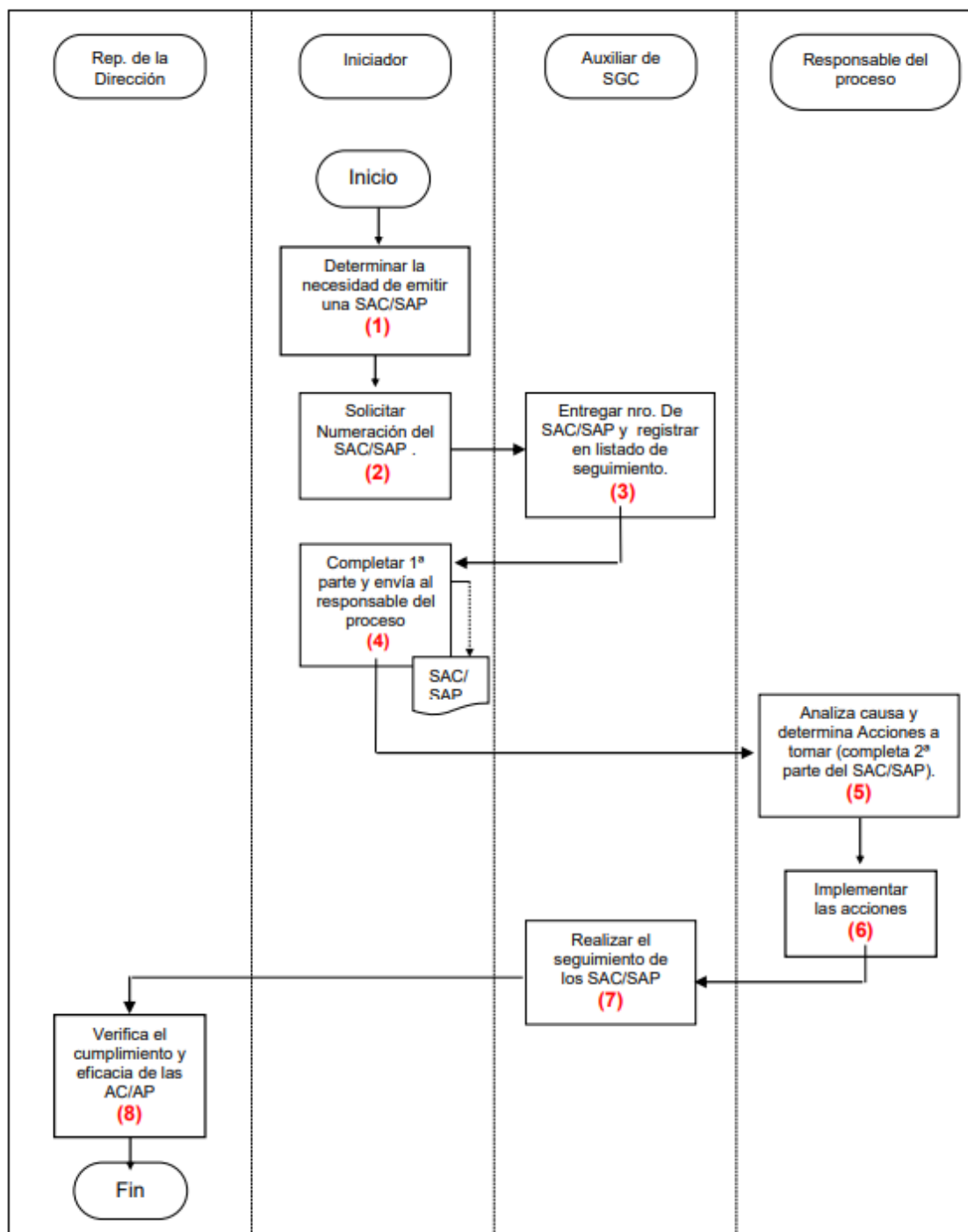
Corrección: Es una acción tomada para corregir una **NC**

Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad existente importante.

Acción preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad menor.

SAC: Pedido de acción correctiva

SAP: Pedido de acción preventiva



	REVISO	APROBO
NOMBRE		
FIRMA		
FECHA		



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Acción Correctiva – Preventiva

1 - Descripción de la NC:		
2 - Corrección		
3 - Acción correctiva/preventiva:		
3 - Verificación del cumplimiento:		
Responsable	Firma:	Fecha: __/__/__

	REVISO	APROBO
NOMBRE		
FIRMA		
FECHA		

Anexo 9 – Diagrama SIPOC

Anexo 08: Diagrama SIPOC

Datos del proceso				
Nombre del Área:		Alcance:		
Nombre del proceso:		Responsables:		
Objetivo:		Requisitos legales y reglamentarios:		

PROVEEDOR (Supplier)	ENTRADA (Input)	PROCESO (Process)	SALIDA (Output)	USUARIO (Customer)
QUIENES	QUE INGRESA	COMO SE HACE	QUE SALE	PARA QUIENES
Proveedor/es Quienes son / Descripción: Cuáles son nuestros requerimientos respecto al producto o servicio: Cómo se evalúa su desempeño:	Fuentes de entradas Procesos precedentes: Insumos/información: Equipos/Infraestructura: RRHH (empleados): Personas:	Documentos utilizados: <u>Datos de indicadores</u> Objetivo: Nombre del indicador: Fuente: Fórmula: Gestión del riesgo:	Receptores salidas Procesos posteriores: Salidas: Productos: Servicios: Información/registros: Servicio/Producto no conforme:	Usuario/s Quienes son / Descripción: Cómo se evalúa su satisfacción :

Anexo 10 – Formulario Oportunidades de Mejora

Anexo 09:
Formulario Oportunidades de Mejora

PROCESO	FECHA DE DETECCIÓN:...../...../201....	N° FOM:
ORIGEN		
EMISOR (¿Quién detecta la OM?):		RECEPTOR (¿Quién la recibe?):
DESCRIPCIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA:		
BENEFICIOS PARA LA ORGANIZACIÓN/PROCESOS:		
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A TOMAR:		
REQUIERE CONFORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO PARA SU APLICACIÓN?(contestar si o no, justificar):		
Grupo de Análisis (si aplica):		
Plazo para la implementación:		Fecha de implementación real:
Fecha de Verificación:		

Anexo 11 – Acciones Correctivas y No Conformidades

Anexo 10:

Formulario Acciones Correctivas y No Conformidades

FUENTE		PROCESO		N° FUA:
AUDITORIA INTERNA:	AI	FECHA DE DETECCION: :...../...../201...		
AUDITORIA EXTERNA:	AE			
RECLAMO DE CLIENTE	RC	TIPO DE ACCION A TOMAR		FECHA DE CREACION:
TIPO DE DESVIO:				
NO CONFORMIDAD	NC	ACCION CORRECTIVA	AC	Pág.: ...de... (incluye anexos)
OBSERVACION	OBS	ACCION PREVENTIVA	AP	
OPORTUNIDAD DE MEJORA	OM	ACCION INMEDIATA	AI	
ORIGEN (Descripcion):				
EMISOR FUENTE:		RECEPTOR (LUGAR):		
DESCRIPCIÓN DEL DESVIO:				
ANÁLISIS DE LA CAUSA RAÍZ (¿POR QUÉ):				
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A TOMAR (acción correctiva/preventiva/ como se va a aplicar?):				
REQUIERE CONFORMACION DE GRUPO DE TRABAJO PARA SU RESOLUCION?(contestar si o no, justificar):				
Grupo de Análisis (si aplica):				
Plazo para la implementación:		Fecha de implementación real:		
Fecha de Verificación:				
Medida tomada para la efectividad:				

De haber una No Conformidad DEBE indicarse a que precepto de la ISO 9001 ò 14011/14018 ò la que correspondiere se está incumpliendo.