



Manual del Personal de Salud de Perfil Administrativo

Junta de escalafonamiento
Ministerios de Salud - Santa Fe.
Decreto 522/13

Introducción	4
CAPITULO I: Perfil del Puesto Administrativo	5
Áreas de trabajo del puesto administrativo	5
Principales funciones y actividades del puesto administrativo:	6
Competencias técnicas, administrativas, de gestión y actitudinales del puesto administrativo:	7
CAPÍTULO II: Sistema de Información en Salud ⁽¹⁾	8
Componentes Sectoriales del Sistema Estadístico Nacional – SEN	9
Sistema Estadístico de Salud – SES:	10
Referencias	12
CAPÍTULO III: Conjunto Mínimo de datos Básicos ⁽²⁾	12
Información estadística de hospitalización:	15
Información Estadística de Movimiento de Pacientes y utilización de camas:	18
Información Estadística de Consultas ambulatorias:	19
Referencias	21
CAPÍTULO IV: Modelo de atención y Gestión en la Provincia de Santa Fe	21
El enfoque de derechos y la Atención Primaria de la Salud como estrategia:	22
Dispositivos propuestos para este modelo de atención	23
Cuidados Progresivos (CP): ⁽⁵⁾	23
Adscripción / Admisión: ⁽⁷⁾	24
Referencia y contra-referencia:	25
Referencias	26
CAPÍTULO V: Información y registro para la toma de decisiones clínicas desde la integralidad. 26	
La historia clínica en hospitales:	27
La historia clínica en los centros de salud:	27
Legajo clínico familiar o historia clínica individual:	27
Familiograma o Genograma:	27
Los datos de la situación socioeconómica:	27
Historias de vida familiar:	28
La agenda de problemas de la familia:	28
La historia clínica individual:	28
Sistema de información de centros de atención primaria SICAP:	29
CAPÍTULO VI: Admisión y documentación. Información asistencial. 30	
Hospitalización:	31
Atención ambulatoria:	32
Urgencias:	34
Derivaciones:	35

<i>Gestión de la documentación clínica:</i>	36
<i>Archivo de Historias Clínicas:</i>	36
<i>Información asistencial:</i>	37
CAPÍTULO VII: Facturación.	38
<i>Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada:</i>	38
<i>Nociones básicas referidas al circuito de Facturación:</i>	40
<i>Programas Nacionales:</i>	40
CAPÍTULO VIII: Área de Personal - Recursos Humanos	41
<i>Ingresos y suplencias de trabajadores de establecimientos sanitarios y asistenciales</i>	: 42
<i>Gestión de licencias anuales ordinarias (L.A.O.):</i>	42
<i>Gestión de reemplazos</i>	43

Introducción

Las poblaciones experimentan transformaciones demográficas, sociales, ambientales y económicas que influyen en su estado de salud, por lo que el comportamiento peculiar del ser humano hace que su vida se desarrolle entre la salud y enfermedad. No es extraño entonces, que las instituciones de salud sean unas de las más solicitadas por las comunidades. Para alcanzar la meta de salud para todos, los sistemas de servicios de salud, combinan a menudo programas y actividades para mejorar sus acciones en términos de equidad, eficiencia y eficacia. En todo este proceso, el profesional de la salud debe contar con “información” precisa y oportuna sobre los diferentes patrones de salud – enfermedad y sus determinantes en cada una de las comunidades. Sin esta información (precisa y oportuna) se tiende a realizar interpretaciones a ciegas y masivas para intentar resolver problemas de salud pública.

Es la figura del administrativo quien cumplimenta dentro del proceso de información, la actualización de diferentes registros a fin de dar respuesta al usuario de los Servicios de Salud frente a la demanda, aportando con esto los datos necesarios para hacer posible la utilización de los servicios y recursos. La información debe dirigirse a la acción y para que pueda ser empleada para la acción debe ser adecuada y sustentada ineludiblemente en su calidad, cantidad y accesibilidad.

Es importante la figura del administrador en todas las áreas donde desarrolle su labor, ya que en algunas de ellas es el primer contacto que tiene el usuario con el Servicio asistencial y ante ello debe poder actuar con conocimientos y atención de calidad para poder dar respuesta con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

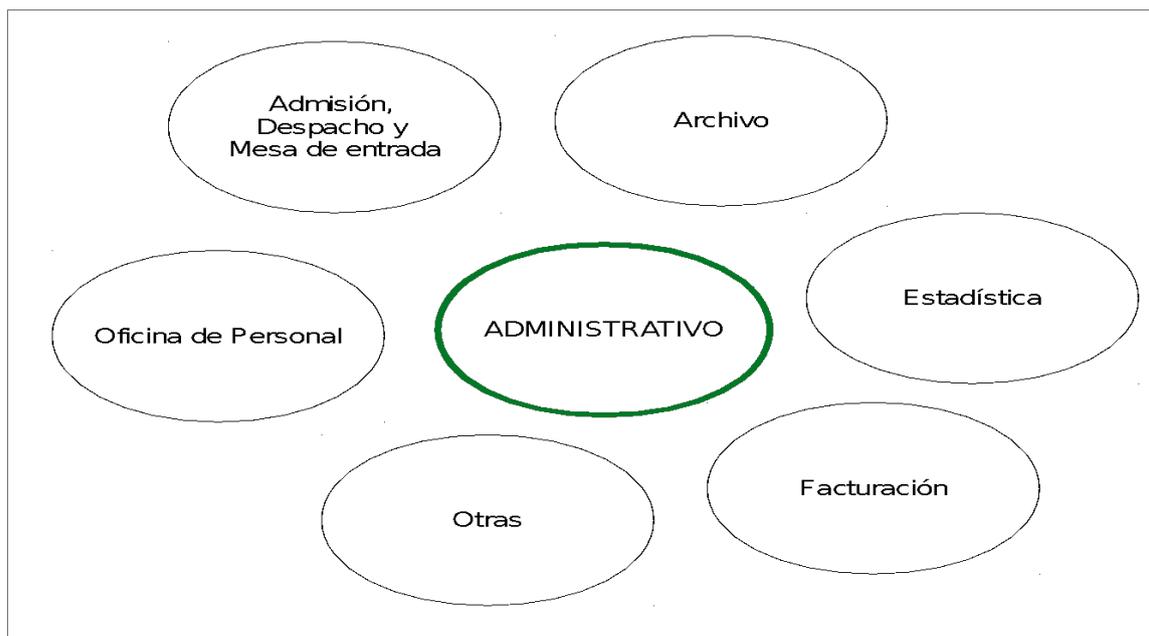
El presente manual está dirigido a los administrativos integrantes del Sistema de Salud de la Provincia de Santa Fe a los fines de ofrecer contenidos generales y mínimos de ciertos procesos administrativos, que servirán de guía para el trabajo cotidiano en los distintos Servicios de los Establecimientos de Salud con y sin internación. Es un manual complementario del manual transversal para trabajadores de la salud y está relacionado con el proceso de trabajo administrativo definido en el perfil.

El administrador deberá a través de su labor contribuir al adecuado funcionamiento del Sistema de Salud Provincial mediante su actuación en los procesos administrativos que se le asignen dentro de un equipo, garantizando el cumplimiento de leyes, normativas internas y protocolos vigentes, el procesamiento y la transmisión de información con resguardo de la confidencialidad de datos y privilegiando los Derechos de los Ciudadanos.

CAPITULO I: Perfil del Puesto Administrativo.

Según la Resolución 1932/2015 para la convocatoria de aspirantes para cubrir suplencias e ingresos en los establecimientos asistenciales que funcionan en el ámbito del Ministerio de Salud, en los términos dispuestos por el Decreto N° 522/13; en la descripción y Perfil del Puesto de trabajo (Anexo III), se detallan algunas áreas de trabajo, principales funciones y actividades y competencias de cada puesto.

Áreas de trabajo del puesto administrativo:



Principales funciones y actividades del puesto administrativo:

Reconocer, interpretar y aplicar el Derecho a la Salud	Garantizar el acceso universal y equitativo al Sistema de Salud	Recepcionar adecuadamente, entregar turnos, recibir consultas, informar o derivar dentro o fuera del efector a los ciudadanos
Archivar, mantener y conservar las historias clínicas	A D M I N I S T R A T I V O	Entrevistar y registrar datos necesarios para la actualización de historias clínicas
Aplicar los circuitos de información vigentes del área de estadística		Realizar los actos administrativos para cumplir las metas y objetivos de las Políticas de Salud
Garantizar información oportuna y de calidad		Acompañar la implementación de nuevos sistemas de informáticos en Salud
Aplicar los sistemas informáticos para la generación de información sanitaria imprescindible y relevante		Asistir y apoyar en la confección de registros según las normas de estadísticas vigentes
Remitir periódicamente información al Nodo y a la Dirección General de Estadística		Asistir en el guardado, análisis de datos, producción de informes y archivo de los registros
Realizar tareas encomendadas por el superior jerárquico para contribuir con la eficiencia del área de trabajo		Organizar y controlar los recursos materiales para asegurar el funcionamiento óptimo de los equipos del área de trabajo
Trabajar en Equipo relacionándose en forma activa		Contribuir y apoyar las actividades de docencia e investigación que se lleva a cabo en la institución

Competencias técnicas, administrativas, de gestión y actitudinales del puesto administrativo:

COMPETENCIAS TÉCNICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN	Atención adecuada a las personas y sus grupos familiares	A D M I N I S T R A T I V O	Trato amable y respetuoso. Comunicación oral y escrita adecuada.	COMPETENCIAS ACTITUDINALES
	Habilidades en la comunicación oral y escrita		Predisposición para el Trabajo en Equipo.	
	Habilidades técnicas en el uso de aplicaciones y herramientas informáticas.		Compromiso y responsabilidad con el trabajo. Conciencia organizacional.	
	Destrezas para la realización y gestión de los procesos administrativos.		Actitud de aprendizaje y capacitación permanente.	
	Planificación y programación del trabajo para un uso adecuado del tiempo.		Autonomía y proactividad.	
	Predisposición y capacidad de trabajo en equipo.		Discreción, y prudencia en el manejo de la información	
	Manejo adecuado y con compromiso de las herramientas de trabajo: teléfono, fax, pc, impresoras, fotocopadoras, etc.		Manejo adecuado de conflictos y de los recursos disponibles.	

CAPÍTULO II: Sistema de Información en Salud ⁽¹⁾

La finalidad principal de un Sistema de Información de Salud (SIS) debe ser reducir al mínimo la incertidumbre para la toma de decisiones y su objetivo final es colaborar con los organismos relacionados con la salud para alcanzar sus metas. En consecuencia, la información producida debe ser relevante en términos de este objetivo. El principal objetivo de este sistema es suministrar oportunamente la información adecuada para el proceso de gestión de los diferentes niveles de organización político – administrativo del sistema de salud. Asimismo podrá responder a otros requerimientos complementarios, tales como la investigación, la docencia y la actualización científica y tecnológica.

Para que un sistema de información pueda proporcionar la información adecuada en cuanto a tipo de datos, grado de desagregación, calidad y oportunidad, para cada una de las fases del proceso de gestión en salud, la relación entre los principales usuarios y los productores de datos debe ser estrecha. Los sistemas de estadísticas de salud cubren sólo una parte de los datos de naturaleza cuantitativa por lo general los referentes a los hechos vitales, a la producción de servicios y a la morbilidad atendida en los servicios de salud oficiales y en los servicios de las Obras Sociales los datos sobre facturación de prestaciones. Los estadísticos forman parte de los Sistemas de Información. Para construir sistemas de información es necesario actualizar los sistemas estadísticos, adecuando su contenido y cobertura temática, incorporando la tecnología apropiada y capacitando los recursos humanos. La información necesaria para el proceso de gestión en salud, es de naturaleza cuantitativa (estadística y no estadística) y de naturaleza cualitativa. Todo ello integra lo que se denomina SIS.

INFORMACIÓN	
ESTADÍSTICA	NO ESTADÍSTICA
Demografía	Legislación
Socio – económica	Políticas- programas – proyectos
Nivel y problema de salud	Organización y funcionamiento del sector
Disponibilidad y utilización de los recursos	Ciencia – tecnología – documentación – bibliografía

Dentro de los componentes más importantes de un SIS y considerando el existente en la Argentina, se encuentran:

- Sistema Estadístico de Salud (SES) integrante del Sistema Estadístico Nacional.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica sobre SIDA.
- El Sistema Estadístico de Salud existente en el país, conocido como Programa Nacional de Estadística de Salud (PNES), es de cobertura territorial nacional y está sustentado en instrumentos legales específicos.

La Ley Nº 17622/68 – Decreto Reglamentario Nº 3110/70 constituye el instrumento jurídico para el funcionamiento del Sistema Estadístico Nacional (SEN). Dicha Ley establece que el organismo coordinador del SEN es el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y que son integrantes del SEN todos los organismos oficiales productores de estadísticas.

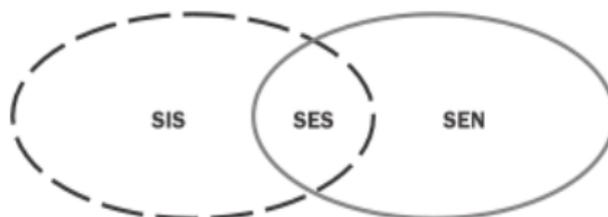
El SEN se estructuró desde el inicio sobre la base de la descentralización. Cada sector (Salud, Educación, Trabajo, etc.) tiene autonomía para la organización de su sistema estadístico, cumpliendo con el compromiso de garantizar, en todo el territorio del país, la aplicación de normas y procedimientos uniformes en las distintas etapas de la producción de información.

Componentes Sectoriales del Sistema Estadístico Nacional – SEN

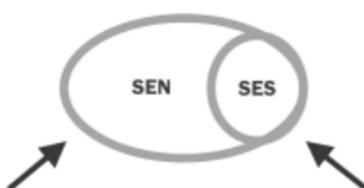


Así nació a fines de la década del `60, el SES conocido como Programa Nacional de Estadística de Salud, como parte del Sistema Estadístico Nacional, coordinado en el nivel nacional por la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

Sistema de Información de Salud (SIS)
 Sistema Estadístico Nacional (SEN)
 Sistema Estadístico de Salud (SES)



Sistema Estadístico Nacional (SEN)
 Sistema Estadístico de Salud (SES)



INDEC:
 Organismo coordinador
 del Sistema Estadístico Nacional
 por Ley N° 17.622/68 D.R. 3110/70

DEIS:
 Organismo Coordinador y
 Nivel Nacional del Sistema
 Estadístico de Salud

Los contenidos temáticos que aborda el SES conocido como PNES se expresan en la producción de estadística sobre hechos vitales, condiciones de vida y problemas de salud de la población y sobre disponibilidad y utilización de los recursos. En la actualidad contribuye a suministrar información para la toma de decisiones relacionadas con la redefinición del rol del sector salud. Para poder proveer información estadística para el proceso de gestión en sus diferentes niveles, este sistema ha definido los siguientes objetivos:

- Producir, difundir y analizar estadísticas relacionadas con condiciones de vida y problemas de salud, suministrando datos sobre hechos vitales (nupcialidad, natalidad y mortalidad), Morbilidad y Rendimiento de Servicios de Salud, y disponibilidad y utilización de los recursos de salud.
- Aplicar en todo el territorio nacional normas y procedimientos uniformes para la captación de la información, la elaboración y el procesamiento de los datos.
- Difundir y publicar la información de uso habitual y especial del sector salud en todos los niveles. Proporcionar la información del sector correspondiente al país, a los organismos internacionales encargados de la difusión de estadísticas internacionales.
- Llevar a cabo programas de capacitación permanente de recursos humanos en todos los niveles, tanto en la etapa de capacitación de la información como del procesamiento.

El PNES abarca diferentes subsistemas: Estadísticas Vitales, Estadística de Servicios de Salud y Estadística de Cobertura, Demanda y Utilización de Servicios y Gasto Directo en Salud. Este sistema está estructurado según componentes: nivel nacional, nivel jurisdiccional y nivel local. Estos niveles están interrelacionados y no suponen una jerarquización administrativa. Se complementan y acuerdan líneas de acción para la obtención de información, consensuadas en reuniones nacionales, y tienen autonomía para la producción y difusión de información de interés para cada nivel. Utiliza diferentes metodologías para la recolección de datos de los distintos subsistemas: registros permanentes, censos o catastro y encuestas a población y a servicios.

Sistema Estadístico de Salud – SES:

CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> - Estadísticas sobre hechos vitales, condiciones de vida y problemas de salud de la población. - Estadísticas sobre disponibilidad y utilización de los recursos.
METODOLOGÍAS	<ul style="list-style-type: none"> - Registros permanentes. - Censos o catastros. - Encuestas: a Población y a Servicios.
COMPONENTES	<ul style="list-style-type: none"> - Subsistemas de Estadísticas Vitales. - Subsistemas de Estadísticas de Servicios de Salud. - Subsistema de Estadísticas de Cobertura, demanda, utilización de servicios y gastos directos en Salud.
ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN Y CALIDAD DE LOS DATOS	<ul style="list-style-type: none"> - Investigaciones especiales. - Capacitación.

La obtención de los datos del Subsistema de Estadísticas Vitales y del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, que se apoyan en la metodología de registros permanentes, supone el cumplimiento de las siguientes etapas:

- A nivel local, en los registros civiles y sus delegaciones se inscriben y se registran los hechos vitales (nacimientos y muertes). En los establecimientos de salud se registran las actividades referidas al funcionamiento de los servicios de salud (motivos de consultas, egresos, etc.). A ellos compete, además, la recolección y la remisión de los datos.
- A nivel jurisdiccional (Provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires) las unidades de Estadísticas Vitales y de Salud realizan la recepción, el control, la codificación, el ingreso y la elaboración de los datos, suministrando anualmente los archivos al nivel nacional.
- El nivel nacional, es el encargado de elaborar las estadísticas sobre las temáticas mencionadas, según un plan de tabulado recomendado por todas las jurisdicciones en reuniones nacionales. Asimismo publica y difunde información de interés nacional e internacional.

El Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, en lo referente a las estadísticas de recursos y caracterización de los servicios de salud, además de utilizar la metodología de registro permanente del Conjunto Mínimo de datos Básicos (CMDDB), se apoya también en la metodología censal para el relevamiento en profundidad de algunas variables del universo de establecimientos públicos, privados y de obras sociales. Esta decisión, emanada de los acuerdos de la XVIII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 4 y 5 de mayo de 2004), no establece una periodicidad definida en el uso de la metodología censal sino de acuerdo a las necesidades de información que surjan de la dinámica sectorial. El Subsistema de Estadísticas de Cobertura, Demanda, Utilización de Servicios y Gasto Directo en Salud se sustenta en la metodología de encuestas a población. Como el Ministerio de Salud de la Nación no dispone de infraestructura propia de recolección de datos por encuestas a población en hogares, el funcionamiento de este subsistema -que implica salidas periódicas a campo-, se hace utilizando la infraestructura disponible en otras instituciones del Estado (INDEC – Sistema Integrado de Encuestas de Hogares – y Universidad Nacional de Buenos Aires). El nivel nacional del PNES, es decir la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, define y normatiza los contenidos de los instrumentos de recolección de datos, la capacitación de encuestadores y realiza la explotación de los datos a partir de la información consistida y volcada en soporte magnético por la institución que realiza el trabajo de campo. Al presente no se ha podido establecer una periodicidad fija en la recolección de los datos ni el alcance de la cobertura geográfica.

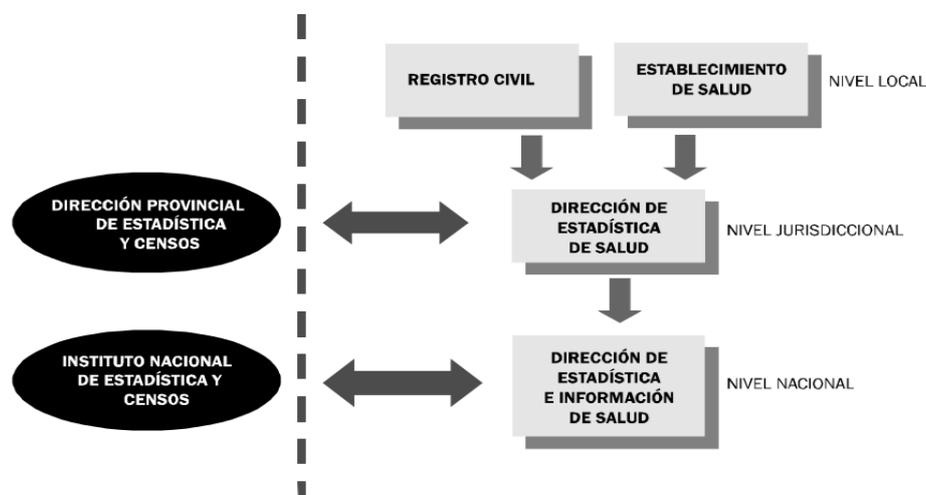
Instituciones responsables del SES (Sistema estadístico de salud):

- En el nivel nacional la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.
- En el nivel jurisdiccional las Direcciones u Oficinas de Estadísticas de Salud de los Ministerios/Secretarías de Salud de las provincias.
- En el nivel local los establecimientos de salud y los registros civiles.

A continuación se agrega un gráfico ilustrativo del sistema.

Sistema Estadístico de Salud -SES- Instituciones Responsables y Participantes:

Sistema Estadístico de Salud -SES- Instituciones Responsables y Participantes



La Dirección de Estadísticas e Información de Salud -DEIS- es el nivel nacional del SES, tiene la coordinación nacional del PNES y es la representante del SEN dentro del Ministerio de Salud de la Nación. Tiene por objetivo intervenir en la implementación y desarrollo de los programas nacionales y locales de estadísticas de salud y difundir el resultado de los mismos, luego del acuerdo entre todas las jurisdicciones (Provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Referencias

- (1) Dirección de Estadística e Información de Salud – Ministerio de Salud de la Nación - Programa Nacional de Estadística de Salud. Sistema de Información de Salud, 2004.

CAPÍTULO III: Conjunto Mínimo de datos Básicos ⁽²⁾

El conjunto mínimo de datos básicos (CMDB) de interés nacional y jurisdiccional del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, aporta definiciones, conceptos y consideraciones sobre el procesamiento estadístico, aprobados en la XVIII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud (mayo de 2004).

Para la elaboración de los contenidos del CMDB se consideraron distintos antecedentes, sugerencias de cambios provenientes de los distintos componentes del Programa Nacional de Estadísticas a lo largo de las décadas y antecedentes internacionales referidos a sistemas estadísticos.

En general nunca se objetó la estructura ni el funcionamiento del PNES, entendiéndose por tal los componentes, las relaciones normatizadas entre los mismos, las funciones y misiones, y el flujo de los datos. Por el contrario, se enfatizó la necesidad de respaldar la estructura y funcionamiento del PNES, de fortalecer las estadísticas de morbilidad, de transformar las estadísticas de prestaciones en estadísticas de pacientes y la complementación de estos registros permanentes con encuestas a población, para la obtención de información sobre condiciones de vida y problemas de acceso a los servicios de salud.

La obtención de los datos de las Estadísticas de Servicios de Salud supone el cumplimiento de las siguientes etapas:

- A nivel local, en los establecimientos de salud se realiza el registro de pacientes y de prestaciones de salud. A ellos compete, además, la recolección y transmisión, con periodicidad definida, de los datos al nivel jurisdiccional.
- A nivel jurisdiccional, las Oficinas Provinciales de Estadísticas de Salud, dependientes de las Secretarías o Ministerios de Salud jurisdiccionales, realizan la recepción, codificación y procesamiento primario de los datos, suministrando, con periodicidad definida, los archivos al nivel nacional.
- A nivel nacional, la Dirección de Estadísticas e Información de Salud es la encargada de elaborar, publicar y difundir las Estadísticas de Servicios de Salud según requerimientos de interés nacional.

Marco Teórico y conceptual del CMDB:

Los sistemas de atención de la salud evolucionan continuamente. Históricamente, el mayor prestador de cuidados de la salud ha sido el hospital, y dentro de él, los servicios de internación. Pero paralelamente a estos servicios fueron surgiendo nuevas modalidades de atención, más relacionadas con la atención ambulatoria que, junto al uso de procedimientos que reducen el período de internación, fueron desplazando el interés hacia esas modalidades.

El Programa Nacional de Estadísticas de Salud -PNES- en su etapa fundacional se planteó como un sistema estadístico que debía responder a las necesidades de información de distintos niveles de organización del sistema de salud. En particular en el Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria, se puso el acento en aquellos datos de nivel local relacionados con la internación, según la concepción de la organización hospitalaria de finales de la década del '60.

Sus contenidos prácticamente no fueron modificados a lo largo de más de tres décadas. A partir de los '80, el surgimiento de estas nuevas modalidades de atención – más relacionadas con la atención ambulatoria – junto al uso de procedimientos que reducen el período de internación, incrementaron la necesidad de contar con información estadística sobre esas modalidades.

Es de destacar también la creciente demanda de datos centrada en el individuo, facilitada por la progresiva aplicación de la tecnología informática dentro de los servicios de atención de la salud, que posibilitan transformar las estadísticas de prestaciones en estadísticas de pacientes. También la actualización tecnológica, como actividad permanente, permitió el acortamiento de los plazos para la transmisión de los datos y el desarrollo de procedimientos que identifiquen “alertas” sobre cambios sociales que afectan al sistema de salud.

Es de señalar los procesos que se desenvuelven fuera del SES, pero que lo afectan, en particular la forma en que se desarrollaron la descentralización y la autonomía de la gestión hospitalaria y la cooperación técnica y financiera en algunos establecimientos de salud, que en ocasiones conducen a la fragmentación y pérdida de integridad de la información generada en los mismos.

Existe una necesidad de acuerdos permanentes entre los niveles jurisdiccionales y locales para el mantenimiento estable del flujo de datos estadísticos.

El CMDB es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local, para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo de la atención.

Estrategias adoptadas para el CMDB:

- Plantear la propuesta de cambio en términos de contenidos, criterios y definiciones y no de instrumentos estructurados de recolección de datos.
- Definir en la propuesta un conjunto mínimo de datos básicos (CMDB), válidos para distintas políticas de salud nacionales y jurisdiccionales y modelos diferentes de gestión de servicios de salud.
- Procurar la cobertura total y permanente de los subsistemas en el ámbito oficial, a través de acuerdos también permanentes entre las provincias y los municipios.
- Apoyar la descentralización del procesamiento de datos hasta el nivel local, considerando todas las etapas de la producción y todos los contenidos temáticos, sujeta a las condiciones de cada jurisdicción.
- Acompañar la descentralización del procesamiento de datos con la informatización y la capacitación de los recursos humanos, para mejorar la oportunidad y calidad de los datos y lograr la retroalimentación necesaria que permita identificar errores y realizar los reparos correspondientes.
- Garantizar que los distintos niveles del SES ejerzan la centralización normativa en lo concerniente a metodologías y técnicas estadísticas de los sistemas de información específicos de los programas de atención de la salud, los cuales se desarrollarán al respecto en el marco de la descentralización operativa.
- Propiciar la interrelación a nivel del hospital, de las áreas de facturación, informática y estadísticas de salud. Es necesario que la información estadística de servicios pueda relacionarse con la información producida en otras áreas económico-financieras.
- Promover la capacitación de los recursos humanos del sistema estadístico a cargo del Estado Nacional y los Estados Provinciales, ya que, en el marco del modelo imperante en las últimas décadas, se propició que cada agente se hiciera cargo de su propia capacitación y actualización, lo que constituyen un problema para el recambio generacional de los recursos humanos.
- Propiciar la homogeneidad en todo el país de la definición de diagnóstico principal al egreso.
- Garantizar la cobertura permanente de la codificación de morbilidad con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión -CIE-10- en todos los establecimientos oficiales.

Las estrategias mencionadas implican que en algún momento la propuesta reformulada pueda ser implementada en establecimientos de salud del subsector Privado, como también la necesidad de consensuar con sistemas estadísticos de otros países con los que la Argentina integre espacios geopolíticos.

Estas estrategias se combinaron con las siguientes líneas de acción, acordadas con los usuarios y los integrantes del Grupo de Trabajo de Referencia Nacional:

Normatizar la recolección y procesamiento de la información aprobada de interés nacional y la recomendada de interés jurisdiccional sobre diversas modalidades de atención, para lograr la homogeneidad entre las provincias en la producción estadística.

Desarrollar el diseño de muestras para el procesamiento del diagnóstico o motivo de la consulta médica ambulatoria para conocer el perfil de la morbilidad atendida en hospitales. Esto no supone excluir otras formas de procesamiento.

Complementar la información producida por los registros permanentes con encuestas a población, que permitan conocer la situación de salud, las barreras y las formas de acceso a los servicios, lo cual resulta importante para monitorear el impacto de las acciones de salud.

A continuación se presenta del CMDB lo definido para las Estadísticas de hospitalización (internación) y los definidos para las consultas de atención ambulatoria:

Información estadística de hospitalización:

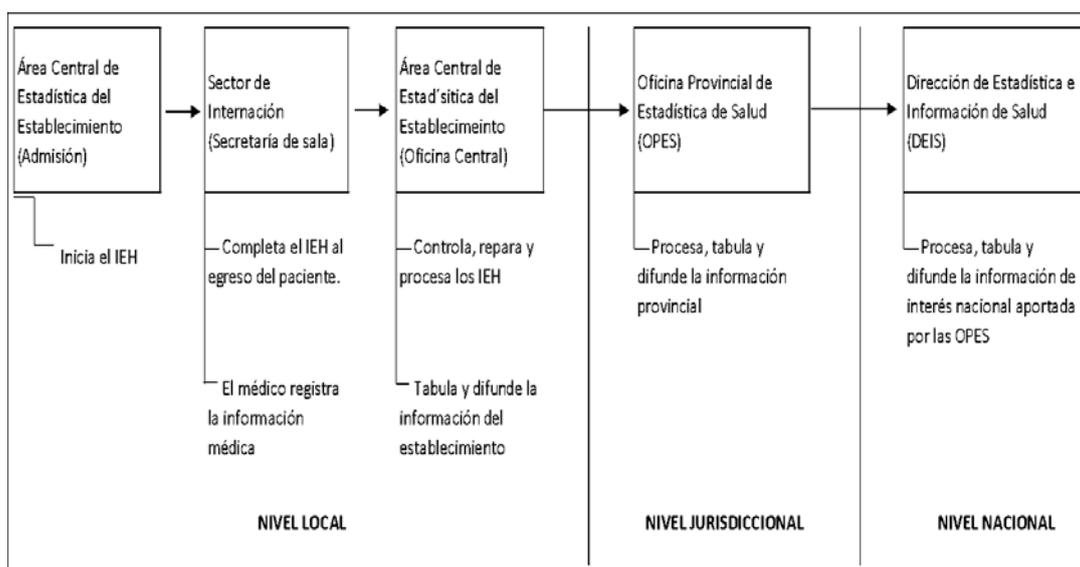
El Informe Estadístico de Hospitalización (IEH) es la fuente más importante de información sobre morbilidad, de gran interés para la programación y evaluación de las acciones de salud y el cumplimiento de las políticas correspondientes, como asimismo para las investigaciones médicas y epidemiológicas. La calidad de esta información está estrechamente relacionada con la de los datos que se captan, especialmente en lo referido al diagnóstico de egreso. Es de destacar que la información registrada en este informe estadístico sobre afecciones del paciente, no reemplaza el registro de todos los diagnósticos en la Historia Clínica.

Para que las estadísticas reflejen lo más fielmente posible el perfil de la morbilidad de internación, corresponde al médico, preferentemente al médico tratante, la responsabilidad de suministrar esta información.

Cuando ocurre el ingreso de un paciente en un establecimiento de salud, el Área de Estadística del mismo inicia el IEH completando los datos generales del paciente. Al egreso, el profesional médico completa el diagnóstico principal al egreso y si correspondiera, otros diagnósticos, procedimientos quirúrgicos y obstétricos, otras circunstancias que prolongan la internación, causa externa de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos, datos del evento obstétrico.

El objetivo del IEH es la captación de datos con fines estadísticos. La Ley 17622/68 y Decreto Reglamentario 3110/70 crea el Sistema Estadístico Nacional e instituye la obligatoriedad del secreto estadístico, por lo tanto, los datos obtenidos en dicho informe sólo pueden utilizarse para fines estadísticos.

Flujograma del informe estadístico de hospitalización:



Se entiende por calidad del IEH que se hayan completado todos los datos que se solicitan en él y que los mismos sean consistentes con las distintas variables informadas.

Desde el punto de vista nacional y provincial del sector salud, la actividad asistencial en instituciones con internación requiere de un conjunto mínimo de datos básicos (CMDB) para todos los pacientes que utilizan una cama en un establecimiento de salud.

Este requerimiento de información estadística de pacientes internados se apoya en tres premisas básicas:

- Ser útil para elaborar estadísticas de morbilidad, de mortalidad y de nacimientos.
- Servir para la administración de servicios de salud (producción de cuidados y administración financiera), la planificación y el control.
- Ser aplicable a todos los pacientes que utilizan una cama en un establecimiento de salud.

El Informe Estadístico de Hospitalización -IEH- es el soporte (en papel o digital) para la captación del CMDB del paciente internado. Tiene por objetivo la recolección de los datos del paciente hospitalizado.

El informe reúne los datos necesarios para obtener la siguiente información:

- Identificar al paciente hospitalizado.
- Conocer la procedencia y ciertas características socioeconómicas del paciente, incluida la cobertura de salud de la población hospitalizada.
- Calcular los días de estadía en el establecimiento para cada período de internación.
- Disponer del perfil de la morbilidad atendida de los pacientes internados en el establecimiento.
- Conocer ciertas características del evento obstétrico, incluidas las del producto de la gestación en los episodios correspondientes a la terminación del embarazo.

Al estar juntos los datos de la madre y del producto de la gestación se pueden llevar un registro completo del evento obstétrico. Por ello, en este documento se incluye una sección destinada al registro de los datos sobre los eventos obstétricos para los episodios de terminación de un embarazo. Los mismos son de primordial importancia para el PNES en función de los requerimientos de información.

Los datos que se recogen en el IEH deben ser coherentes con los del Censo diario de pacientes y con los referidos a la identificación del paciente, a los diagnósticos y a los procedimientos registrados en la Historia Clínica. El hecho que se caracteriza a través de este informe es un episodio de internación de un paciente en un establecimiento de salud. La unidad de análisis es el egreso, entendiéndose éste como: la salida del establecimiento de un paciente internado que puede darse por "alta médica", "traslado a otro establecimiento", "defunción", "retiro voluntario del paciente" o por "otro" tipo de egreso.

El Informe Estadístico de Hospitalización debe aplicarse en los establecimientos con internación. Se inicia cada vez que se interna un paciente en el momento de su admisión y se completa al terminar el período de internación.

Las áreas comprometidas en el registro de los datos son:

- Área de Admisión.
- Área de Internación.
- Área Central de Estadística.

Estas áreas pueden variar según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar numerosos indicadores, entre los cuales se señalan como más importantes:

- Egresos por jurisdicción, departamento y establecimiento.
- Egresos por diagnóstico.
- Egresos por edad y sexo.
- Días de estada por diagnóstico.
- Egresos según cobertura de salud.
- Egresos según residencia habitual del paciente internado.
- Partos según forma de terminación.
- Partos según tipo.
- Peso al nacer.
- Edad gestacional.
- Tasa de pretérmino.
- Frecuencia de neonatos según peso para la edad gestacional.
- Frecuencia de cesáreas.

Se destaca que esta información se refiere a los episodios de internación y no al número de personas enfermas. Con la misma se elaboran estadísticas de pacientes, aunque sin base poblacional, si se incorpora el tipo y el número de documento.

Por otra parte, es de mucha importancia la información estadística sobre los eventos reproductivos (obstétricos) asistidos en los establecimientos de salud, ya que es esencial para la gestión o gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local y para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo en la atención. Responde a las necesidades de información del PNES y particularmente del área materna infantil por medio de un registro completo de los datos de la madre y del producto de la concepción, siendo la unidad de análisis el egreso por un evento obstétrico. Mencionado registro con variables obstétricas, debe hacerse en forma conjunta con el IEH. Esto implica una mejora para la utilización de la información sin el incremento de datos a recolectar. La internación durante el embarazo es la única medida disponible para conocer la morbilidad relacionada con el embarazo y permite mostrar variaciones regionales tanto en la frecuencia como en la duración de la internación, brindando información para el cuidado obstétrico.

Los sistemas de información orientados al paciente consideran cada caso como la unidad central de observación y referencia. La propuesta aprobada proporciona información sobre producción, utilización, diagnóstico y datos epidemiológicos de gran importancia para quienes prestan atención directa. Asimismo, también para quienes interesa la información para evaluar un proceso causal (por ejemplo, examinar el efecto de los cuidados de la salud o de un factor de riesgo o protector sobre la ocurrencia de daños).

Los administradores de salud pueden utilizar esta información para realizar análisis de pequeñas áreas combinando datos socio demográficos con información sobre la salud de los ciudadanos en general, la salud materno - infantil, así como información sobre los recursos para el cuidado de la salud.

El procesamiento de los datos contenidos en el IEH se realiza parcial o totalmente en el establecimiento cuando el sistema estadístico jurisdiccional funciona de manera descentralizada. En las jurisdicciones con procesamiento centralizado, el establecimiento los remite mensualmente a la Dirección u Oficina Provincial de Estadísticas de Salud.

La Provincia de Santa Fe cuenta, en la mayoría de los Establecimientos con internación, con sistemas informáticos que facilitan el procesamiento del IEH de forma descentralizada, enviando el archivo compilado a la Dirección de Estadística para la integración de la información a la base total de egresos hospitalarios de toda la Provincia. Aquellos que no cuentan con el soporte informático envían a la Dirección General de Estadística los IEH para que sean ingresados a la base de la Provincia de los egresos hospitalarios.

Información Estadística de Movimiento de Pacientes y utilización de camas:

La conducción técnico-administrativa de un establecimiento de salud con internación requiere disponer de un conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB) sobre utilización de camas, que posibilita un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

El censo diario de pacientes hospitalizados capta los datos necesarios para cada unidad operativa. Su objetivo es obtener información diaria, acerca de las camas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes ocurrido en el área de internación. Es la fuente de datos para el Informe Estadístico de Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas -IEMP y UC- el cual puede estar en distinto soporte (papel o digital).

El censo diario de pacientes hospitalizados permite reunir, entre otros, los siguientes datos:

- Número de camas disponibles y de pacientes-día.
- Ingresos y egresos.

El hecho que se mide es la ocupación de las camas y el movimiento de los pacientes en un día censal. La unidad de análisis es la cama disponible, entendiéndose por tal: aquella realmente instalada en el establecimiento, en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que esté o no ocupada.

Las áreas comprometidas en el registro de los datos son:

- Secretarías de Sala.
- Área de Enfermería.
- Área Central de Estadística.

Estos datos deben recogerse diariamente en los establecimientos con internación. Este instrumento de recolección de datos brinda información de interés local, jurisdiccional y nacional. Para obtener los datos necesarios a efectos de realizar el censo diario de cada sector de internación y tener la plena certeza de su exactitud, es imprescindible que la persona encargada de realizarlo los obtenga personalmente mediante el recorrido del sector de internación, cama por cama, todos los días y lo controle con las historias clínicas de los pacientes internados.

Deben registrarse todos los ingresos, egresos (alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario, otro) y pases ocurridos en el sector de internación que se está censando, pero sólo cuando se han concretado. Es decir, el ingreso se contará desde el momento en que el paciente ocupe la cama y el egreso desde que la desocupe.

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la informática a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección diaria. El soporte no es determinante. Lo fundamental es que la recolección se realice diariamente "in situ" comprobando la real utilización de las camas.

Información Estadística de Consultas ambulatorias:

La conducción técnico-administrativa de un establecimiento de salud con atención ambulatoria requiere conocer un conjunto mínimo de datos básicos (CMDB) para todos los pacientes que utilizan dicha modalidad.

El Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias -IECMA- es el soporte (en papel o digital) para la captación del CMDB de los pacientes que utilizan la consulta médica ambulatoria. Tiene por objetivo registrar algunas características de los consultantes y el diagnóstico o motivo de consulta médica ambulatoria.

El informe reúne los datos necesarios para obtener la siguiente información:

- Volumen total de las consultas médicas ambulatorias por edad y sexo.
- Cobertura de salud de los pacientes ambulatorios.
- Morbilidad ambulatoria por edad, sexo y residencia.
- Consultas médicas ambulatorias por unidad operativa.

La recolección de datos en el IECMA exige coherencia con los referidos a identificación y diagnóstico o motivo de consulta del paciente en la Historia clínica. El hecho que se mide es la atención médica del paciente ambulatorio.

La unidad de análisis es la consulta médica ambulatoria, entendiéndose ésta como: la atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio en un consultorio externo o en una unidad de emergencia para paciente externo. Incluye las atenciones a consultantes sanos.

Si varios médicos examinan en un mismo momento a un paciente, éste recibe una sola consulta. El IECMA implica el registro individual de cada consulta.

Las áreas comprometidas y el personal involucrado en el registro de los datos son:

- Secretarías de Consultorio Externo.
- Médico interviniente.
- Área Central de Estadística.

Estas áreas y el personal pueden variar según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar numerosos indicadores, entre los cuales se señalan:

- Total de consultas médicas ambulatorias.
- Consultas médicas ambulatorias por residencia del paciente (departamento, jurisdicción).
- Consultas médicas ambulatorias por edad y sexo.
- Consultas médicas ambulatorias por diagnóstico o motivo de consulta.
- Consultas médicas ambulatorias por unidad operativa.
- Consultas médicas ambulatorias por cobertura de salud de los pacientes.

La importancia de la atención ambulatoria por el desarrollo científico y tecnológico aplicado a la medicina, trajo aparejado un incremento de la consulta, jerarquizándose ésta como modalidad de atención entre las otras modalidades. Resulta imprescindible, por lo tanto, no sólo conocer la cantidad de consultas médicas ambulatorias sino caracterizarlas a través de otras variables.

Todas las jurisdicciones consideran posible el procesamiento del diagnóstico o motivo de consulta por muestreo, para lo cual el nivel nacional del PNES facilita alternativas metodológicas basadas en el diseño de muestras de representatividad, fundamentalmente, jurisdiccional y local. Esta metodología es importante para conocer los principales problemas de salud de la población atendida ambulatoriamente.

Los cambios en las modalidades de gestión hospitalaria y el ingreso de la informática a los servicios de salud pueden variar los soportes para la recolección diaria. El soporte no es determinante. Lo fundamental es que la recolección se realice en el consultorio. Los establecimientos que no tengan informatizado el procesamiento de estos datos, utilizarán el IECMA en soporte papel. Estos datos son de registro diario e individual y consolidación diaria y mensual para uso del establecimiento y de la Dirección u Oficina Provincial de Estadísticas de Salud.

La Provincia de Santa Fe cuenta con una Planilla de Atención Médica Ambulatoria donde además de datos básicos del paciente se registra el motivo o diagnóstico de la consulta, obteniendo de esta manera información muy útil para conocer los problemas de salud de la población desde el nivel ambulatorio. Mencionadas Planillas se ingresan a un Sistema informático llamado Sistema de Información para Centros de Atención Primaria (SICAP), el cual se encuentra instalado en determinados establecimientos sin internación facilitando el proceso de la recolección de los datos de forma descentralizada, los cuales son enviados a la Dirección de Estadística para la integración de la información a la base total de consultas de toda la Provincia. Aquellos Establecimientos que no cuentan con el soporte informático envían a la Dirección General de Estadística las Planillas en soporte papel para que sean ingresadas las consultas a la base total de la Provincia.

Referencias

- (2) Dirección de Estadística e Información de Salud – Ministerio de Salud de la Nación – Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Conjunto Mínimo de datos básicos (CMDB) aprobados de interés nacional – recomendados de interés jurisdiccional, 2004.

CAPÍTULO IV: Modelo de atención y Gestión en la Provincia de Santa Fe

Desde las políticas sanitarias de la provincia de Santa Fe se trabaja por una red provincial, en la que la oferta de salud para todos los santafesinos se acerque más a aquellos que más la necesitan, avanzando en la construcción consensuada de un sistema de salud para todos y todas los habitantes de nuestro territorio.

Para eso es necesario que los administrativos que ingresen a trabajar en nuestro sistema sanitario, comprendan que la salud es un bien social y un derecho humano esencial y que por lo tanto es un deber del estado garantizarlo. Desde ésta concepción, el ámbito asistencial se amplía a partir de este nuevo modelo, que incluye la formación de equipos básicos, cuya función primordial es trabajar en salud, más allá del puesto o nivel de la organización en que se encuentre inserto: centros de salud, el barrio, la sala del hospital, la comunidad, etc.

El trabajo en salud se planifica y direcciona desde el territorio. Lo más importante sucederá en la escena misma en la que transcurre la vida cotidiana de la población. Allí es donde los trabajadores de la salud incluyendo los administrativos integran sus tareas a las necesidades sentidas por la población que utilizan dicho servicio.

Con este modelo de atención esperamos brindar un cuidado que priorice la singularidad de las personas y su familia, de manera tal de ayudar a potenciar el papel terapéutico del vínculo, facilitar el proceso de seguimiento por parte del equipo y el compromiso ético de todos los trabajadores de salud por los resultados.

El enfoque de derechos y la Atención Primaria de la Salud como estrategia:

La Atención Primaria de la Salud (APS) es una estrategia que implica un cambio organizacional en los modos de brindar y generar salud pública y colectiva. La atención primaria atraviesa todo el sistema de salud, y es organizadora del sistema de atención.

La estrategia de atención primaria de la salud implica colocar a la población en el centro de la escena y alrededor de ella la red de servicios. Para articular por un lado el enfoque de derechos con la atención en salud, es necesario abordar tres niveles de análisis:

1) Nivel macro-social: establece las reglas que inciden en el cumplimiento del derecho a la salud. Tales decisiones se refieren a los derechos al acceso, a la cobertura, al financiamiento.

2) Nivel intermedio: es la implementación de mecanismos operativos para garantizar la participación social, la comunicación e información a la población, la intersectorialidad, entre otros.

3) Nivel micro: es el nivel micro político, donde interacciona el equipo de salud y la población con sus problemáticas. Constituye un importante campo de intervención a los fines de transformar la concepción tradicional con la cual se prestan los servicios de salud, es decir transformar a los usuarios de servicios de salud en sujetos de derecho.

Por todo lo dicho entendemos entonces que la democracia real y participativa es siempre una construcción social por y a través de la cual los ciudadanos tenemos el derecho de decidir con autonomía no solo en el instante de votar, sino en cada situación que haga a nuestro derecho a una vida digna.

Es parte del trabajo diario con la salud de la población crear las condiciones tanto para que todos puedan decidir acerca de su salud con autonomía, como para que no existan las barreras de acceso a la misma.

El sentido de la integralidad puede pensarse desde dos perspectivas:

a. La integralidad de la gestión de la salud, que rompe con la fragmentación y segmentación de la atención entre los diferentes niveles.

b. La integralidad de la atención y el cuidado, la misma se centra en las personas y no en la enfermedad, lo cual lleva a realizar el trabajo de modo interdisciplinario.

Desde esta perspectiva, la integralidad implica una "crítica al reduccionismo, una crítica a la objetivación de los sujetos y tal vez una afirmación de la apertura para el diálogo" ⁽³⁾. Por lo tanto la integralidad así como la interdisciplinariedad rompen con la práctica tradicional de la atención en salud.

El alcance de este compromiso engloba procesos de trabajo y acciones complejas, responsables, articuladas, de carácter interdisciplinario.

Dispositivos propuestos para este modelo de atención

Niveles de Atención ⁽⁴⁾:

Los niveles de atención en salud se refieren a una organización escalonada de los recursos y de los servicios de atención, necesarios para dar respuestas sanitarias eficaces y eficientes.

Los niveles de atención van a estar determinados por las características de los problemas de salud a resolver y los recursos necesarios para hacer frente a los mismos.

Primer nivel de atención: son espacios que se ocupan prioritariamente de acciones de educación y promoción de la salud, prevención de las enfermedades, atención de los problemas de salud más frecuente. El centro de salud es un efector del 1er Nivel de atención.

Segundo nivel de atención: Está conformado por hospitales generales, centros de diagnóstico y tratamiento u otros efectores que realizan atención ambulatoria, internación, cirugías, métodos complementarios de diagnóstico de mediana complejidad ó tratamientos. Reciben pacientes que son derivados del 1er nivel de atención.

Tercer nivel de atención: hospitales o centros especializados en donde se tratan problemas de salud que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento más complejas.

Cuentan con servicios de áreas críticas como: cuidados intensivos de adultos o pediátricos, neonatología, unidad coronaria, maternidad, etc.

Las personas con sus problemáticas consultan al 1er nivel de atención y luego son derivadas a los distintos niveles con referencia y contrareferencia. Si bien históricamente los niveles de atención permitieron organizar la demanda y las respuestas sanitarias, han traído una serie de dificultades tales como: la fragmentación del cuidado, los malos resultados de tratamiento preferentemente de las enfermedades crónicas debido a la falta de comunicación y coordinación entre los niveles.

Una nueva lógica organizacional se impone para superar estas dificultades y avanzar en la construcción de nuevos y superadores modelos de atención como los cuidados progresivos.

Cuidados Progresivos (CP): ⁽⁵⁾

La Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) en el año 1973 define cuidados progresivos como: "... la concepción mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios y otros afines según las necesidades de atención del paciente, en tal forma que el enfermo recibe los servicios según el grado en que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio y área física más apropiado a su estado clínico".

Este modelo trata de dejar de lado la clásica división de los servicios por especialidad o en el peor de los casos por órganos o sistemas (gastroenterología, neurología, patología cervical, etc.). Se da lugar a una lógica centrada en las personas, a una nueva forma organizacional de tipo horizontal y participativa (que rompe con el verticalismo) con equipos que trabajen con interdisciplinariedad (enfermero- trabajador social- psicólogo-médico).

Se busca lograr una optimización de los recursos a favor de la salud de los ciudadanos: las camas son del hospital y no de los servicios y la tecnología más especializada está donde el paciente la requiere.

Considerando lo precedente y en consonancia con pautas de categorización nacional e internacional ⁽⁶⁾ se definieron las siguientes categorías de niveles de cuidados: Cuidados mínimos, cuidados intermedios y cuidados críticos o intensivos.

El planteo de cuidados progresivos garantiza la integralidad, al conformar equipos de trabajo integrados por un médico generalista o clínico y un enfermero a cargo de un número estimado de pacientes.

La función de este equipo será:

- Coordinar todo el proceso de atención mientras dure la internación. También se encargará de la referencia del paciente a sectores o áreas donde el paciente lo necesite.
- Identificar el tipo de apoyo que cada caso necesita; convocar a los otros trabajadores que se considere necesario (especialidades de la salud en particular), conducir la elaboración del proyecto terapéutico para que sea integral y acompañar longitudinalmente su cumplimiento.

Los dispositivos en una organización por cuidados progresivos (dispositivo de admisión/adscripción, equipos de referencia, coordinación de líneas de cuidado) constituyen los instrumentos que nos permitirán garantizar la integralidad del proceso de atención. Es decir, que se refiere a la progresión del cuidado en todos los niveles de atención de la red de servicios de salud.

En la lógica propuesta el modelo de atención se basa en la selección de las características de los diagnósticos y tratamientos o, del lugar del abordaje o internación según la complejidad del cuidado que requiere el paciente en un momento determinado del proceso salud-enfermedad-atención.

Se entiende que esta nueva modalidad de atención a las personas en internación con un equipo de referencia garantizaría también el vínculo con los familiares, con la comunidad y con los equipos de referencia del primer nivel. En función de lo expresado la internación tenderá a reducirse progresivamente a expensas de dispositivos de atención domiciliaria o de internación abreviadas y todos los trabajadores de la salud que forman el equipo de salud (médicos, enfermeros, administrativos, etc.) deben contribuir para que este proceso se lleve a cabo en la mayoría de los Establecimientos oficiales.

Adscripción / Admisión: ⁽⁷⁾

Se propone la conformación, en cada uno de los centros, de un sistema de admisión y adscripción de pacientes a los equipos responsables. Es una modalidad que busca la construcción de un "contrato" entre el estado y los ciudadanos donde se asume la responsabilidad por el cuidado de la salud, y se actúa como representante del paciente en la red de servicios.

Cada persona del barrio tiene su equipo de referencia, constituido por un médico y un enfermero. Ese equipo profesional, es su referente y cada equipo tiene un número de personas a cargo que son de su responsabilidad, debe velar por situaciones como la interrupción de tratamientos, búsqueda de pacientes ante la falta de concurrencia de los mismos al efector, visitas domiciliarias ante la presencia de discapacidad u otro impedimento que dificulte a las personas la llegada al centro de salud.

La adscripción implica efectivizar interconsultas, referencias y contra-referencias. Cuando hay necesidad de consultas en otros establecimientos de la red sean éstos hospitales o centros de diagnóstico o tratamiento, el trámite lo realiza el mismo equipo del centro de salud.

Los equipos de referencia se integran al equipo de salud propiamente dicho por lo que deben participar de las reuniones de equipo, actividades comunitarias y asistenciales. Dentro de las actividades comunitarias o extramuro realizarán actividades de educación y promoción de la salud.

Si bien los trabajadores gozan de autonomía para la administración del tiempo que ofrece su carga horaria, las actividades de los centros de salud no deberán reducirse a la asistencia y seguimiento de su grupo de adscriptos por el/los equipos básicos sino incluirse en el marco de otro tipo de actividades diseñadas por el equipo de salud completo que apunten a ampliar la clínica y a abordar determinados problemas de salud en el nivel poblacional.

Estos equipos básicos o de referencia contarán con apoyo matricial de especialistas cuando las problemáticas asistenciales así lo requieran (endocrinólogos, neumonólogos, diabetólogos, etc.). Los trabajadores de salud mental, dada su especificidad tendrán que acompañar y proveer conocimiento y experiencia para el abordaje de ciertos problemas complejos donde las dimensiones social y subjetiva son las más significativas. Por ejemplo: salud mental, adicciones, rehabilitación, violencia, acompañamiento para enfermedades crónicas irreversibles o situaciones de catástrofe, etc. Estos dispositivos, flexibles y móviles constituidos a partir de personas con alta especialización y dotados con recursos de uso excepcional deberán estar disponibles ante la demanda de los equipos de referencia en función de las necesidades del paciente y la comunidad.

El dispositivo de admisión del centro de salud debe ser único y es responsabilidad del administrativo y también de los profesionales de enfermería. Deberá estar en funcionamiento todo el tiempo que el centro de salud permanezca abierto, lo que llevaría a eliminar progresivamente los tradicionalmente denominados "turnos del día" y las colas de espera. Lo que de ninguna manera descarta la previsión de tiempo destinado a la asistencia para las consultas no programadas y atención de las "urgencias".

De esa manera, en un plazo no muy largo las consultas programadas serían ofrecidas sólo para adscriptos a solicitud del equipo básico o del usuario. En caso de consulta no programadas o "de urgencia", el profesional a cargo valorará y tomará la decisión de derivar a otro profesional dentro del servicio o solicitar apoyo a otro nivel de la red (incluyendo otros puntos de la red de salud). El administrativo debe acompañar en el proceso de derivación dentro del establecimiento o fuera a fin de que los datos queden registrados correctamente para el seguimiento del paciente.

Referencia y contra-referencia:

Hace alusión a la comunicación que debe mantenerse entre los equipos de salud cuando derivan a la persona con una necesidad en salud de un nivel de atención a otro y se corresponde con un registro o planilla que se le da al paciente para circular por la red.

El equipo al que está adscripto en el primer nivel acompañará el proceso de atención a lo largo de todos los niveles de atención (desde el centro de salud a los efectores de mayor complejidad) y demandará la información necesaria con el fin no fragmentar el cuidado. Para que la planilla de derivación no se transforme en un puro formalismo, se considera importante no dejar de utilizar otros medios, (tecnologías blandas) como por ejemplo comunicación telefónica, internet, ó el contacto con familiares.

El administrativo debe colaborar en el proceso de referencia y contra – referencia a fin de que toda la información necesaria quede registrada, colaborando de esta manera con los equipos de salud.

Referencias

- (3) Santos Koerich y ot. La emergencia de la integralidad e interdisciplinaridad en el sistema de cuidado en salud. Disponible:<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75291>
- (4) Dirección de Proyectos. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. Apuntes para la discusión sobre las reformulaciones en la Carrera de Enfermería del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Mimeo,2008
- (5) Documento Interno. Ministerio de Salud Provincia de Santa Fe. Material mimeo. 2010
- (6) Ministerio de Salud y Acción Social de República Argentina. RM 282/94 Criterios de categorización Establecimientos con Internación: I Bajo Riesgo, II Mediano Riesgo y III Alto Riesgo corresponde Clasificación Internacional NIVEL I NIVEL II NIVEL III.
- (7) UNR-FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES Cátedra: Tecnología de la Administración Pública. "El sistema de admisión de los Centros de Salud de la Municipalidad de Rosario" año 2014. Disponible: <https://tecnoadministracionpub.files.wordpress.com/2013/08/2014-centros-de-salud-hito-1.pdf>

CAPÍTULO V: Información y registro para la toma de decisiones clínicas desde la integralidad.

Los trabajadores de salud producen datos. Los datos son utilizados por el Ministerio de Salud para generar información e indicadores de la situación sanitaria de la población. La información permite al trabajador dar cuenta del cumplimiento de sus tareas y posibilita la reflexión y el análisis de sus propias prácticas. Además de ser un medio de comunicación con sus pares y el equipo de salud, es una herramienta de resguardo legal, que permite realizar análisis frente a cuestiones de índole legal que pueden llegar a producirse, (por ejemplo errores en la administración de fármacos). Un buen registro es esclarecedor de lo que sucedió.

El equipo de salud debe registrar las prácticas que realiza, tales como medicación, higiene, controles, curaciones, inmunizaciones, etc. También debe tomar nota de la evolución, de las novedades, de las interurrencias, de la situación de los pacientes en los documentos pertinentes (historia clínica, hoja de enfermería, report) para poder decidir con el equipo, el proyecto terapéutico de cuidados y las estrategias destinadas a resolver la problemática personal y/o familiar.

La historia clínica en hospitales:

La historia clínica es un documento legal, resume toda la información de la persona necesaria para su proceso de atención-cuidado; a saber: datos filiatorios, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, examen físico, impresión diagnóstica, métodos de estudio, plan terapéutico y tratamientos, etc.

La historia clínica es un documento construido por todos los integrantes del equipo de salud y una rica fuente de datos. El titular de la historia clínica es el paciente. Se mantendrá una única historia clínica, única por cada paciente que se atienda en la institución hospitalaria, independientemente de la especialidad o de que la intervención sea ambulatoria o de internación.

La historia clínica en los centros de salud:

En los centros de salud se trabajará con el legajo familiar y la historia clínica individual. Ambos son los documentos en los cuales se inicia y registra la atención integral del paciente, siendo obligatoria su utilización para toda atención que se brinde al paciente en un centro de salud.

Legajo clínico familiar o historia clínica individual:

Cada familia poseerá un legajo clínico familiar (LCF), el cual será identificado con un número correlativo. A su vez, cada individuo poseerá una historia clínica individual (HCI), también identificada con un número correlativo.

El trabajo desde la estrategia de atención primaria probablemente carezca de sentido sin una recreación de la práctica clínica que la equipe de conceptos e instrumentos que le permitan ser efectiva en los distintos contextos en que los problemas de salud toman el nombre y apellido de personas y escapan a las clasificaciones nosológicas. De poco vale ajustar la práctica a formularios, normas y protocolos y hacer todo lo que hay que hacer si la gente se enferma y se muere de igual manera que si no hubiese intervención. Por eso se construyeron formatos de historias clínicas superadoras que incorporan el abordaje integral de los problemas (antecedentes sociales, salud bucal, enfoque por problemas, etc.)

Familiograma o Genograma:

Es la representación gráfica de los datos de la familia a través de símbolos. Permite el análisis de la dinámica familiar funcional. Es una historia clínica que permite el abordaje basado en problemas. Implica 3 pasos:

1. Trazado de la estructura familiar.
2. Registro de información de la familia.
3. Señalamiento de las relaciones familiares.

Los datos de la situación socioeconómica:

Se consignarán en un cuadro a doble entrada para poder seguir su evolución en el tiempo. El nivel de detalle y los ítems por considerar serán sometidos a la discreción de los terapeutas.

Muchos de ellos, serán obtenidos por observación. Esta planilla debería servir de guía para comprender las condiciones objetivas de existencia de las familias con las que trabajamos a fin de contextualizar nuestras intervenciones. Es importante considerar que ésta es la única justificación ética para registrar estos datos de las personas. Puede entonces omitirse o agregarse la información que se considere necesario ocultar o mostrar.

Historias de vida familiar:

Incluye los recursos, vínculos, relaciones. Es un espacio abierto cuyo sentido tiene que ver con la información cualitativa que permita la contextualización a la que nos referimos. El modo de obtener esta información está vinculado a la metodología de las ciencias sociales, y consiste básicamente en entrevistas en profundidad.

La agenda de problemas de la familia:

Tiene como objetivo realizar una síntesis que identifique las situaciones que quiere, el equipo de salud o la familia, transformar y cuyo nivel de expresión es precisamente el del grupo familiar en su conjunto.

La percepción del problema puede ser del equipo, de la familia o de alguno de sus miembros o de ambos, al mismo tiempo o en diferentes instancias. Un problema percibido por el equipo y no por la familia (o viceversa) requiere de intervenciones destinadas a una mayor comprensión acerca de la situación.

Las intervenciones en relación con esos problemas se enlistan en forma resumida, de modo que esta hoja permitirá una rápida reconstrucción de la problemática familiar y del abordaje que el equipo de salud está haciendo en relación a ella. Una ampliación de este resumen o el registro detallado de las intervenciones y evolución de las situaciones puede profundizarse en las hojas de evolución de los problemas y seguimiento de las intervenciones.

La historia clínica individual:

La historia clínica individual es un documento que recoge toda la información del individuo. Es obligatorio, cronológico, foliado y completo, donde consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud. Registra todas las partes ya detalladas en la historia clínica de internación, más esquemas de vacunas, informe odontológico, agenda de problemas, etc.

La misma permanece en guarda y custodia en el efector de salud por lo que se prohíbe terminantemente el retiro de la misma de la institución. Se establece además que a su simple requerimiento debe suministrarse copia de la misma al paciente, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. En caso de requerirse fotocopia de la historia clínica o intervención judicial, la misma NO incluirá la copia del legajo familiar.

La historia clínica individual corresponde a cada integrante de la familia y le acompañará durante toda su historia de contactos con el servicio de salud, de modo que está diseñada a fin de poder actualizar los diferentes aspectos que evolucionan en el tiempo y deja atrás la noción de historia pediátrica/historia de adultos. Se trata de una historia clínica única que en el caso de abrirse durante la niñez agregará datos específicos (los contenidos en el anexo para niños y niñas). Del mismo modo la situación de embarazo obligará a agregar la hoja de control perinatal, que conserva las características del formato habitual.

A los ítems habitualmente considerados en cualquier historia, se agregan algunos que consideramos necesarios para “ampliar” la clínica y que tienden a reconstruir la vida cotidiana y los modos de andar la vida en términos de alimentación, sueño, consumo de sustancias, actividad física, etc. Nada más desacertado que construir la historia en un interrogatorio sancionador. Se trata de comprender el modo de vida de las personas para poder ayudarles a ganar grados de libertad en sus opciones que indefectiblemente les serán propias.

El esquema de vacunación se considerará en cualquier etapa del ciclo vital. Se consignarán además otras vacunas que se estimen necesarias según el caso.

La indicación de medicamentos se consignará en un cuadro a doble entrada para poder realizar su evolución y seguimiento a través del tiempo.

El informe odontológico refiere al examen minucioso de la salud bucal. La inclusión del mismo de forma sistemática en la historia clínica individual se corresponde con el abordaje integral de la salud de la persona, en donde la salud bucal es un aspecto que no puede aparecer desarticulado ni aislado. En el registro de las prácticas dentales se consignará la prestación o práctica que realiza en cada una de las piezas dentarias.

Los exámenes complementarios se registran en un cuadro de doble entrada que permitirá rápidamente realizar un seguimiento y análisis de los exámenes solicitados.

La agenda de problemas va sintetizando las situaciones que en conjunto se definen como necesarias de ser transformadas. A medida que esas transformaciones se producen, se va anotando en la última columna la fecha de resolución. Los espacios en blanco en esta columna nos guiarán rápidamente a los problemas que aún no han sido resueltos.

La hoja de evolución sirve para consignar toda la información que se estime necesaria, en orden cronológico, puede incluir el detalle en extenso de cada consulta, cada visita domiciliaria, etc. Se recomienda referirla a los problemas y las intervenciones para asegurar la coherencia de procesos continuos, sin perder los detalles que contribuyan a explicar mejor los problemas y estrategias de resolución. Recordar además explicitar las estrategias terapéuticas que se acuerden a mediano y largo plazo, las cuales pueden incluir actividades que desarrollen otros integrantes del equipo de salud, en forma matricial. Para cada una de las intervenciones que se registren es indispensable consignar la fecha en que se realiza y colocar la firma y aclaración del personal interviniente.

El archivo de los legajos deberá hacerse respetando el orden correlativo de los legajos clínicos familiares. Es decir que la localización de los LEGAJOS se realizará a partir del número de LCF. Mientras que en la planilla de atención de consultorio externo el número de historia clínica a consignar es el número del legajo familiar.

Sistema de información de centros de atención primaria SICAP:

El Sistema de Información de Centros de Atención Primaria (SICAP), es un sistema informático que se encuentra disponible en todos los efectores de 1er nivel de atención del sistema de salud provincial. Consta de varios subsistemas tales como: atención médica, vacunatorio y SUMAR.

Entre sus beneficios podemos enumerar los siguientes:

- Permitir el acceso rápido a los datos e información completa de los usuarios del sistema sanitario.
- Contribuir al relevamiento de los problemas y diagnósticos más frecuentes en la población que consulta a los centros de salud, permitiendo el análisis epidemiológico de los problemas comunitarios.
- Mejorar y agilizar el trabajo administrativo y del equipo de salud.
- Seguir el proceso de atención y cuidado de las personas independientemente del lugar donde consulte y la práctica realizada.
- Agilizar y mejorar el reporte epidemiológico de las enfermedades de denuncia obligatoria.
- Generar consolidados y reportes tales como: consultas mensuales por efector y por profesional, cantidad mensual de controles de embarazo, número de usuarios desnutridos.
- Contribuir al registro provincial nominalizado de la población vacunada, que permite la construcción de indicadores como cobertura y otros.
- Dar cuenta del trabajo realizado mediante la obtención de registro de las tareas realizadas por los profesionales de la salud de cada equipo.

Con respecto al tema de inmunizaciones el SICAP permite la generación de un registro único de vacunación en la provincia, con la nominalización de las vacunas para cada individuo (nombre y apellido, DNI, tipo de Vacuna colocada, efector donde se inmunizó), lo que habilita la construcción del historial de vacunas.

CAPÍTULO VI: Admisión y documentación. Información asistencial.

La tarea de Admisión y documentación clínica, integra los contactos y movimientos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención ambulatoria. Sus funciones se orientan hacia la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia al paciente, con una función moduladora y facilitadora de las tareas asistenciales de los servicios.

En cada una de las áreas básicas de atención (hospitalización, urgencias y atención ambulatoria), desarrolla funciones y tareas dirigidas a:

- La gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de los pacientes, con el fin de facilitar y garantizar una accesibilidad sencilla y ágil sobre criterios de equidad y eficacia.
- La organización y evaluación del proceso asistencial (coordinación de tareas y actividades provenientes de las diversas unidades del hospital y de otros niveles asistenciales), con el fin de mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente y favorecer una utilización adecuada y eficiente de los recursos.
- La obtención de datos que permitan disponer al hospital de información sobre la demanda existente y la actividad asistencial realizada.

Para lo que es necesario:

- Disponer de una normativa interna, difundida y conocida por todos los profesionales implicados, que regule los plazos y procedimientos para la comunicación de vacaciones, guardias, asistencia a reuniones científicas o a actividades docentes, con el objeto de minimizar el impacto de desprogramaciones o cancelaciones de las agendas.
- Elaborar el manual de procedimiento interno del Servicio de Admisión y Documentación Clínica para el área de atención ambulatoria que incluya la descripción de las tareas específicas a realizar para hacer efectivos los procedimientos de actuación definidos en la normativa de gestión de pacientes.



Hospitalización:

En el área de hospitalización, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica regula los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, así como la actividad de las unidades asistenciales, adecuándola a la demanda existente, a los objetivos y perfil asistencial del centro.

Objetivos:

- Lograr una adecuada programación y priorización de la asistencia, de acuerdo a los criterios establecidos por el hospital.
- Favorecer la ubicación de los pacientes hospitalizados en las unidades más adecuadas a su situación clínica, garantizando una distribución razonable de la utilización del recurso cama y un reparto equilibrado de cargas asistenciales entre servicios y unidades de enfermería.
- Evitar estancias innecesarias por cuestiones organizativas, proporcionando el soporte operativo preciso a los servicios asistenciales y coordinando las acciones provenientes de las diversas unidades del hospital.
- Participar activamente junto con los servicios clínicos en la protocolización y evaluación del funcionamiento asistencial del área de hospitalización.
- Favorecer el correcto registro de los datos necesarios para la gestión operativa del área de hospitalización, así como la obtención de los indicadores de funcionamiento y producción definidos para el área.

Funciones:

- Solicitud y programación de ingresos.
- Establece los mecanismos necesarios para conocer en tiempo real la demanda de ingresos y los datos administrativos y de interés clínico que permitan la correcta clasificación de la solicitud.
- Gestiona los ingresos de los pacientes en función de criterios y prioridades establecidas por el centro, así como de los diferentes protocolos de utilización asistencial definidos para cada servicio.
- Establece la oferta adecuada de camas, de acuerdo a la demanda asistencial prevista y a la ya comprometida (presión de urgencias, de consultas externas y programación de pacientes en lista de espera).

Registro del episodio de hospitalización:

- Actualizar los datos variables del fichero de pacientes.
- Registrar el episodio de hospitalización, asignando un número de episodio secuencial, único y constante.
- Elabora la documentación administrativa precisa para el ingreso del paciente.
- Capturar y registrar los datos del alta del paciente con el fin de cerrar el episodio asistencial.

Coordinación organizativa del proceso asistencial:

- Proporciona el soporte operativo preciso a las unidades asistenciales, coordinando las acciones con otras áreas del hospital (gestión de interconsultas, programación de pruebas en servicios centrales, reserva de quirófano programado, etc.).
- Coordina y evalúa los aspectos organizativos de las guías y protocolos existentes para la atención médica de determinados grupos de pacientes.

- Identifica y prioriza problemas en relación con la coordinación organizativa de los procesos asistenciales en el área de hospitalización, impulsando estrategias de mejora en cooperación con los servicios implicados en el proceso.

- Informa a los pacientes y familiares sobre el funcionamiento de los servicios, constituyéndose, con carácter general, en referencia de estos para cualquier aspecto administrativo relacionado con su proceso asistencial.

Requisitos:

Para atender los objetivos y funciones descritas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere:

- Disponer de registros permanentemente actualizados para la gestión de pacientes en el área de hospitalización.

- Disponer de una normativa institucional de gestión de pacientes en el área de hospitalización, conocida por todo el personal implicado, que incluya criterios organizativos y de priorización de la asistencia, así como procedimientos de actuación en relación con:

1. Solicitud de ingreso: programado / urgente / desde consultas externas.

2. Solicitud de traslado intrahospitalario: servicio / unidad de enfermería / cama.

3. Solicitud de aislamiento de un paciente ingresado.

4. Comunicación de alta de hospitalización

Para cada uno de los procedimientos de actuación se especificará, al menos, personal autorizado para la solicitud, personal responsable de su ejecución, soporte documental y datos mínimos de registro y circuito de comunicación con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

Los procedimientos internos del Servicio de Admisión y Documentación Clínica para el área de hospitalización deben incluir la descripción de las tareas específicas a realizar para hacer efectivos los procedimientos de actuación en la gestión de pacientes.

La información específica para la gestión del área de hospitalización, debe permitir conocer y verificar, como mínimo:

- Situación de las camas de hospitalización por unidades y servicio clínico asignado (censo de camas):

- Pacientes ingresados en el área de hospitalización (censo de pacientes).

- Registro de los movimientos de pacientes (ingresos, altas y traslados)

- Registro de la actividad programada (ingresos y altas previstos)

Atención ambulatoria:

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica regula y programa el acceso a la atención sanitaria ambulatoria en el hospital y centros de atención primaria dependientes de él. Incluye la gestión de pacientes en consultas externas, hospital de día y los procedimientos diagnóstico-terapéuticos que requieran programación previa.

Objetivos:

- Garantizar el correcto cumplimiento de las normas para el registro centralizado de los pacientes, gestión de la consulta y captura de la actividad ambulatoria.

- Coordinar y homogeneizar el acceso y circulación asistencial del paciente ambulatorio, manteniendo en todo momento la unidad de contacto con el paciente.

- Optimizar los tiempos de actividad en consultas externas, hospital de día, etc., ordenando su funcionamiento y apoyando la estabilidad de la actividad ambulatoria programada.

- Obtener los datos para la elaboración de información sobre la demanda existente, gestión de las agendas y actividad asistencial desarrollada necesaria para la planificación, gestión y toma de decisiones.

- Implicarse activamente junto con los servicios asistenciales en la definición e implantación de un modelo de atención ambulatoria global e integrado para los pacientes del área sanitaria, guiado por criterios de eficiencia y complementariedad de todos los recursos disponibles en el área.

Funciones:

Programación y gestión de agendas:

- Proporciona el soporte operativo preciso a la dirección del hospital y servicios asistenciales para la planificación de la oferta de atención ambulatoria, facilitando información sobre la evolución de la demanda prevista, la demanda real y la producción esperable en función de la actividad realizada y el rendimiento de las agendas.

- Diseña la estructura de la agenda estableciendo fechas, horarios de la agenda, médicos, tipo de prestación, etc.

- Mantiene actualizada de forma constante la estructura de las agendas, siendo responsable operativo de la reestructuración del calendario y de los horarios, modificación de prestaciones, etc.

- Mantiene actualizados en tiempo real los datos de las solicitudes de atención ambulatoria registradas en las agendas. Con carácter general, efectúa las modificaciones relativas a cambios de fecha (reprogramaciones) y anulaciones de consultas, originadas por la propia institución, profesionales o solicitadas por el paciente.

Registro de la actividad:

Captura y registra la información procedente de cada unidad asistencial sobre la actividad efectivamente realizada y el destino de los pacientes atendidos. Para ello:

- Validar las prestaciones programadas efectivamente realizadas.

- Consignar las prestaciones programadas no realizadas.

- Capturar las prestaciones realizadas sin cita previa.

Coordinación organizativa del proceso asistencial:

- Desarrolla y mejora los procedimientos de citación entre niveles asistenciales del área y otros centros de referencia.

- Informa a los pacientes y familiares sobre el funcionamiento de los servicios, trámites y circuitos de acceso constituyéndose, con carácter general, en referencia de los pacientes para cualquier aspecto administrativo relacionado con la atención ambulatoria.

- Proporciona el soporte operativo preciso a las unidades asistenciales, coordinando las acciones con otras áreas del hospital.

- Identifica y prioriza los problemas en relación con la accesibilidad de los pacientes a la atención ambulatoria, impulsando estrategias de mejora en cooperación con los servicios implicados en el proceso.

Requisitos:

Para atender los objetivos y funciones establecidas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere:

- Disponer para el mantenimiento y actualización de la estructura de las agendas definidas en la Planilla de atención ambulatoria y registro de consultas en la agenda según la estructura y calendario de actividad de los servicios.
- Disponer de un sistema (soporte papel o informático) de citación y registro de prestaciones, que permita la creación y modificación de agendas.
- Disponer de una normativa institucional para el acceso a la atención ambulatoria en el hospital y centros de atención primaria, conocida por todo el personal del área que contemple, para cada tipo de prestación:
 - Datos mínimos, administrativos y clínicos, de carácter obligatorio para la solicitud y tramitación de una consulta.
 - Disponer de una planificación estable de la actividad ambulatoria del centro que permita la gestión operativa de las agendas a fin de garantizar, de esta manera, la asignación de una consulta a todos los pacientes en el momento que se produce la solicitud.

Urgencias:

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica da apoyo organizativo a la demanda de atención en la unidad de urgencias del hospital, proporcionando el soporte organizativo e informativo preciso para garantizar una adecuada asistencia de los pacientes.

Objetivos:

- Conocer en todo momento, en tiempo real, los pacientes que se encuentran en el área de atención de urgencias.
- Asegurar el adecuado seguimiento de la ubicación de los pacientes en el área de urgencias y del mantenimiento actualizado de la información de situación que le suministre el personal sanitario del área.
- Evitar esperas innecesarias por cuestiones organizativas, coordinando las acciones provenientes de las distintas unidades del hospital.
- Favorecer el correcto registro de los datos necesarios para la gestión operativa de la atención en urgencias, así como la obtención de los indicadores de funcionamiento y producción definidos para el área.

Funciones:

Registro del episodio de urgencias.

- Registra los datos de identificación del paciente, actualizando los datos variables del fichero de pacientes. Esta tarea se llevará a cabo, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, previamente a la asistencia, mediante entrevista personal y soporte documental acreditativo.
- Identifica cada asistencia a través de un número de episodio secuencial, único y constante.
- Registra los datos de entrada básicos que identifican el episodio de urgencias.
- Elabora la documentación administrativa precisa para el ingreso del paciente.
- Elabora y emite los documentos que se generan en relación con la asistencia en el área de urgencias.
- Captura y registra los datos del alta del paciente con el fin de cerrar el episodio asistencial.

Coordinación organizativa del proceso asistencial:

- Establece los procedimientos de verificación necesarios para garantizar la actualización permanente de la situación de los pacientes y conocer en tiempo real las altas en el área de urgencias.
- Proporciona el soporte operativo preciso a los servicios que actúan en el área de urgencias para la elaboración de la documentación clínica y la gestión de procedimientos diagnósticos.
- Tramita la solicitud de la historia clínica, cuando sea requerida para la atención del paciente.
- Identifica y prioriza problemas en relación con la gestión de los procesos en el área de urgencias, impulsando estrategias de mejora en cooperación con los servicios implicados.
- Actúa, con carácter general, como punto de referencia de pacientes y familiares para aquellos aspectos administrativos relacionados con su proceso asistencial en el área de urgencias.

Requisitos:

Para atender los objetivos y funciones establecidas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere:

- Disponer de registros permanentemente actualizados para la gestión de pacientes en el área de urgencias.
- Disponer de una normativa institucional de gestión de pacientes en el área de urgencias, conocida por todo el personal implicado, que incluya criterios organizativos y de priorización de la asistencia.
- Diseñar el sistema de información específico para la gestión del área de urgencias, que permita conocer y verificar, como mínimo, el censo y los movimientos de los pacientes en el área y elaborar la documentación clínico-administrativa necesaria para la atención.

Derivaciones:

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica coordina las solicitudes de asistencia urgente y programada entre centros y valora la adecuación de las mismas a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento, facilitando el soporte organizativo e informativo necesario que permita mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente.

Objetivos:

- Garantizar el correcto cumplimiento de las normas y criterios de derivación de pacientes al propio centro o a centros de referencia y concertados establecidos por el hospital.
- Establecer un flujo de comunicación ágil y permanente con los centros que facilite la tarea asistencial, administrativa y de información que la actividad precisa.
- Favorecer el correcto registro de los datos necesarios para la gestión de las derivaciones, así como la obtención de los indicadores de funcionamiento y producción.

Funciones:

- Recepciona y registra las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o desde este a otros centros.
- Gestiona las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o a otros centros en función de criterios y prioridades establecidas por el hospital.

- Establece los cauces de comunicación y coordinación con otros centros y niveles asistenciales para la gestión de aquellos casos que precisen una asistencia urgente en otro centro o una continuidad en su atención.
- Tramita las solicitudes de asistencia, así como la documentación clínica necesaria, garantizando la confidencialidad de la misma.
- Programa la asistencia, confirma y difunde la fecha y procedimiento de la asistencia prestada.
- Mantiene en todo momento la unidad de contacto con el paciente.

Requisitos:

Para atender los objetivos y funciones establecidas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere:

- Disponer de registros permanentemente actualizados de:
 - Servicios y de prestaciones del centro.
 - Centros y de prestaciones para las que el centro es referencia.
 - Centros sanitarios de referencia y prestaciones de los mismos
- Normas internas de derivación y de aceptación de propuestas de derivación. Para cada uno de los procedimientos de actuación se especificará, al menos, personal autorizado para la solicitud, personal responsable de su ejecución, soporte documental y datos mínimos de registro y circuito de comunicación con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
- Disponer de un sistema de información para la gestión de las solicitudes de asistencia entre centros, registrando los datos mínimos de la derivación.

Gestión de la documentación clínica:

La responsabilidad del Servicio de Admisión y Documentación Clínica en el área de documentación clínica es gestionar toda la información clínica generada por un paciente, independientemente del centro sanitario en el que sea atendido.

Desde esta perspectiva, las tareas fundamentales se dirigen a organizar toda la documentación en una historia clínica única del paciente, custodiar, conservar y administrar la documentación que va generándose a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales y, a través de procesos de análisis documental, recuperar selectivamente y difundir la información clínica demandada por los distintos usuarios.

Funciones

- Identificación de la historia clínica.
- Diseño y mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica.
- Control de calidad de la historia clínica.
- Garantizar la accesibilidad de la historia.

Archivo de Historias Clínicas:

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica, a través del Archivo de Historias Clínicas, es responsable de la conservación y custodia de las historias clínicas que se elaboran en el hospital.

Autoriza y ejecuta los movimientos y préstamos de la documentación clínica y mantiene actualizada su localización, asegurando la disponibilidad y velando por su confidencialidad.

Funciones:

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica determina y propone a la dirección del hospital los sistemas organizativos y elementos materiales de apoyo preciso para el funcionamiento del Archivo de Historias Clínicas.

En este sentido, proyecta las necesidades de espacio físico, distribuye el espacio disponible y propone el sistema más adecuado de almacenamiento de la documentación clínica, en función de aspectos tales como el volumen de historias clínicas existente, el índice de crecimiento previsible en un plazo de tiempo o el propio funcionamiento interno del Archivo.

- Custodia de las historias clínicas
- Préstamo y recepción de las historias clínicas
- Seguimiento de la documentación prestada
- Mantenimiento y tratamiento de la documentación clínica
- Evaluación de la actividad y control de calidad del Archivo de Historias Clínicas

Información asistencial:

El área de información asistencial tiene como finalidad cubrir los requerimientos de información de todos los usuarios autorizados por el centro, de la forma más precisa, sistematizada y objetiva posible.

El almacenamiento de los datos en diferentes módulos y subsistemas y su posterior integración configuran el sistema de información asistencial del hospital.

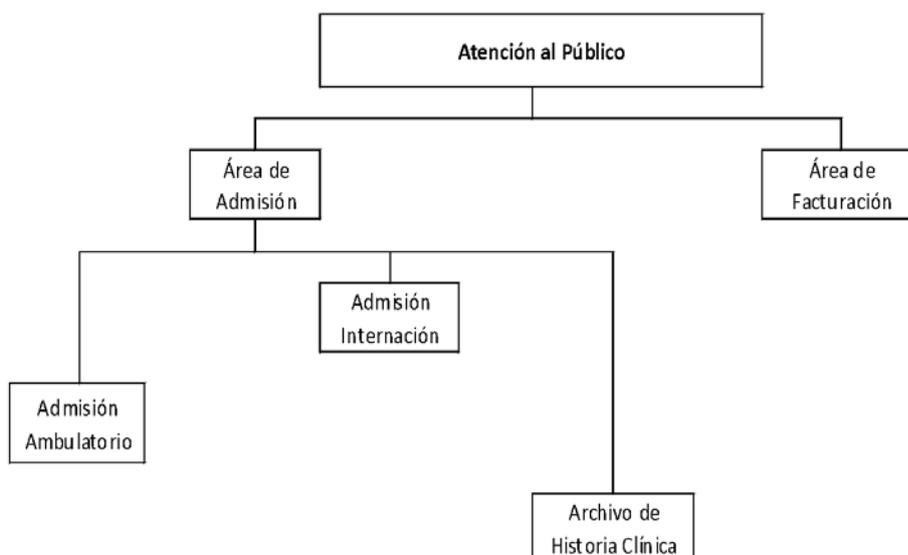
El área facilitará información sobre la situación de la producción asistencial y de cuantos elementos influyen en ella, como apoyo en la toma de decisiones. La información generada se constituye en referencia oficial y válida para el hospital, tanto en lo que respecta a su utilización interna como a su difusión hacia el exterior.

Funciones:

- Desarrollo del sistema de información asistencial
- Análisis de la información
- Elaboración sistemática de información
- Elaboración de información a demanda
- Control de calidad de la información

CAPÍTULO VII: Facturación.

El personal de admisión es el primero en tener contacto con el paciente y los familiares y por lo tanto es el primero que se involucra en diversas problemáticas que se agrega a las necesidades de la enfermedad y el contexto familiar, social y económico que envuelve a aquel.



Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada:

Por Decreto 0939/00 del Poder Ejecutivo Nacional se creó el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (RNHPGD) que reemplaza al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (Art. 3). Las distintas jurisdicciones (nacional, provincial, y/o municipal) podrán inscribir en dicho Registro todos los hospitales públicos de su dependencia que cumplan con la presente normativa. Asimismo podrán hacerlo por sí, las instituciones descentralizadas que cuenten con personería jurídica (Art. 4).

La determinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.S.) de fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones de las Obras Sociales para con los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) a través del sistema débito automático remite a dificultades que han tenido los hospitales para cobrar (y facturar) por los servicios que brindan. Por medio de este sistema, la AFIP descuenta directamente de la recaudación de la Obra Social el importe correspondiente por los pagos de las prestaciones realizadas a sus beneficiarios.

Todo indica que el hospital debería facturar y cobrar por las prestaciones que realiza. Para ello es imprescindible que el personal del hospital acceda a los datos del beneficiario y éste de a conocer si tiene o no cobertura.

El sistema de autogestión habilitó a los hospitales a facturar a las obras sociales a través de un nomenclador. El beneficio más claro de la descentralización fue justamente la posibilidad que comenzaron a tener los hospitales adheridos a este sistema para facturar y cobrar por sus servicios, dado que se abrió un registro de Hospital Público de Autogestión (HPA) donde se les da prioridad para cobrar las prestaciones realizadas a la seguridad social. Incluso de que surja la modalidad del cobro por débito automático y dadas las dificultades, existía ya en muchas provincias alguna normativa habilitante para el recupero de fondos.

Es de tener en cuenta, que el hospital ha visto incrementada enormemente su demanda, en gran parte a raíz de la gran franja poblacional que quedó sin ningún tipo de cobertura en la seguridad social.

Por otro lado, las obras sociales, han utilizado frecuentemente los hospitales para descargar los gastos más elevados en salud, como sucede con los pacientes crónicos.

Luego, los accidentados y las urgencias son una gran puerta de entrada al hospital, generando un costo que debería ser siempre reconocido por la obra social de la persona, abonando la factura correspondiente.

Ahora bien, separemos el tema de la facturación, del cobro efectivo por las prestaciones realizadas, ya que a veces facturar no es garantía de cobro. Pero si no existe un adecuado sistema de facturación seguramente no se va a cobrar. Ahí es donde deberíamos tomar conciencia de lo importante que es medir en salud. Es el punto de partida llegado el momento de desarrollar políticas sanitarias y mejorar la distribución de recursos, además de ayudar a mejorar la calidad de las prestaciones.

La situación es diferente entre los Establecimientos con internación, ya que algunos hospitales ni siquiera desarrollaron un "sistema de facturación" porque no reciben casi pacientes con cobertura.

Algunos déficits en los procedimientos de facturación pueden darse porque los procedimientos para la facturación no están normatizados, no se cumple correctamente con el trámite de admisión, no se facturan correctamente estudios complejos, no se registran correctamente todos los datos de los pacientes atendidos, existen dificultades en las áreas para la detección de pacientes con cobertura médica, el sistema informático no permitía consultar el padrón de la Obra Social, etc.

Es de gran importancia la tarea de "admisión" donde se les exige a los pacientes documentación personal, y en ese momento se determina si tiene aportes, y como consecuencia cobertura social. Para todo este procedimiento fue necesario incorporar bases de datos con los padrones de las principales obras sociales.

Los empleados deben tomar conciencia de que las mejoras en la facturación los beneficia a ellos, ya que mejora su salario por lo recaudado a través del Hospital. A su vez es muy importante que los ciudadanos, asuman y declaren que tienen obra social, colaborando así para mejorar su propia atención.

Como resultado de estos cambios, en algunos hospitales, la facturación aumentó notablemente, ya que se tomó conciencia cuanto perdía el sistema de salud pública por poseer un deficiente sistema de facturación.

Por lo antes mencionado, se comprende que no es un tema menor la facturación, ya que se trata del método para recaudar los fondos que ayudarán a sobrellevar los costos de funcionamiento, la adquisición de insumos hospitalarios y medicamentos para brindar asistencia a los sectores más desprotegidos de la sociedad.

El Hospital siempre debe estar abierto a toda la población y para ello es necesario reconocer la necesidad de tener y mantener un acceso equitativo, comprometiéndose con la comunidad que utiliza los servicios, en las actividades cotidianas de profesionales y personal de salud en un hospital público. Ante esta situación se garantiza la equidad en el acceso a la salud con la autogestión.

Nociones básicas referidas al circuito de Facturación:

Lo que se le debe pedir al paciente cuando viene a atenderse:

- Documento de identidad.
- Recibo de sueldo.
- Carnet de la Obra Social.
- Verificar en el Padrón de afiliados.

El personal de Admisión deberá con lo solicitado al paciente:

- Constatar que tiene Obra Social.
- Completar el Anexo II para facturar a la Obra Social.
- Guardar las fotocopias de la documentación en el Hospital.

Iniciar el proceso de facturación:

- Selección y recopilación de los anexos II según Obra Social.
- Discriminación de prácticas ambulatorias, alta complejidad e internación.
 - Chequeo minucioso del Anexo II, comparar que esté completo en todos sus ítems y la corrección de los datos.
 - En el caso de alta complejidad, internación, etc., adjuntar al Anexo II, las notificaciones y los comprobantes.
 - Realizar el listado detallando el paciente, la prestación y el monto total por anexo II y sumarlos obteniendo el total a facturar a la Obra Social.
 - Confección de la factura según los requisitos establecidos en la normativa.

Armado y presentación de la facturación a la Obra Social según los requisitos de la normativa. Si la Obra Social lo solicita adjuntar epicrisis, historia clínica o la documentación respaldatoria.

“Es muy importante especificar el motivo de consulta o Diagnóstico de internación, ya que sino no se podrá facturar”.

Programas Nacionales:

El personal administrativo cumple también funciones de competencia para todos los Programas Nacionales.

Diferentes Programas contemplan un esquema de gestión y financiamiento por resultados entre la Nación y las Provincias, y entre las Provinciales y la red de establecimientos públicos de salud. A través de Seguros Provinciales de Salud (SPS) las mismas, utilizan los recursos recibidos para direccionar prioridades mediante el financiamiento de servicios de salud en establecimientos públicos.

Los equipos de salud tienen la autonomía de decidir el destino de los recursos generados por la facturación de los servicios efectivamente brindados a la población con cobertura de los Programas.

Algunos de los Programas Nacionales vigentes son los siguientes:

- Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables.
- Programa Médicos Comunitarios.

- Enfermedades pocos frecuentes y Anomalías congénitas.
- Programa Nacional de Control de Tabaco.
- Programa Nacional de detección y control de Enfermedades Celíacas.
- Programa Organización Comunitaria en Salud.
- Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino.
- Programa Nacional de Chagas.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra.
- Programa Nacional de Control de Enfermedades Zoonóticas.
- Medicamentos.
- Programa para el desarrollo del Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEAPS)
 - SUMAR.
 - Programa Nacional de Sanidad Escolar.
 - Programa Nacional Cuidarse en Salud.
 - Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA) República Argentina.
 - Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública.
 - Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC).
 - Programa Nacional de Equidad Sanitaria territorial.
 - Programa de Promoción Comunitaria en Salud.
 - Programa de Salud para los Pueblos Indígenas.
 - Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
 - Programa Federal incluir Salud.

CAPÍTULO VIII: Área de Personal - Recursos Humanos

La Unidad de Personal forma parte de la estructura orgánica del Hospital y está encargada de llevar los registros del personal que desempeña labores en el Establecimiento.

En general la misión de las Áreas de Personal, es el reclutamiento, selección, desarrollo y bienestar del personal del Establecimiento, para lograr los fines de la Institución, cumpliendo con las normas legales que rigen la Administración Pública.

Además debe promover un clima laboral que facilite una verdadera integración entre todos los agentes del Establecimiento, a fin de optimizar efectivamente el Recurso Humano, en las distintas áreas Médico, Profesional, Técnico, Administrativo y Auxiliar del Hospital o Centro de Salud, orientando su accionar a una constante mejora en la calidad de los servicios que presta al usuario interno y externo.

Por otro lado el Área de Personal debe servir de referencia para la red asistencial, caracterizado por su innovación, ética, eficacia, eficiencia, honestidad, experticia profesional, compromiso y completa satisfacción de sus usuarios.

Entra las tareas a desarrollar por el Área de personal se detallan las siguientes:

- Planificar, organizar, programar y dirigir actividades de la Unidad de Personal.
- Asesorar a quien solicite de la Institución en asuntos relacionados al Sistema de Personal.
- Ejecutar las normas y procedimientos administrativos de su competencia, vigilando su correcta aplicación.

- Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de las actividades de las Áreas de la Unidad de Personal: Remuneraciones y Presupuesto, Control de Asistencia, Selección, Registro, Escalafón y Legajo, Bienestar de Personal, Capacitación, Pensiones y Otros Beneficios y Relaciones Laborales.
- Gestionar y programar el pago de las remuneraciones, pensiones y bonificaciones del Personal nombrado, contratado y cesante del Establecimiento de Salud.
- Proponer la actualización e innovación de las normas de administración y desarrollo de personal.
- Plantear a la Dirección General los desplazamientos del personal entre unidades orgánicas y/o puestos de trabajo.
- Implementar oportunamente el Cuadro para Asignación de Personal, para desarrollar los procesos y sistemas organizacionales.
- Sistematizar y mantener actualizado el registro de la información de los recursos humanos del Establecimiento de Salud para la toma de decisiones y la planificación del desarrollo de los recursos humanos.
- Desarrollar la cultura organizacional y asistir técnicamente para lograr el compromiso del personal con la visión y misión institucional.
- Programar y monitorear la programación de las actividades asistenciales, mediante la aplicación de un aplicativo informático.
- Cumplir y hacer cumplir las normas, reglamentos, procedimientos y disposiciones vigentes.
- Velar por el cumplimiento del Código de Ética de la Función Pública, a todo el personal de la Unidad a su cargo.

Ingresos y suplencias de trabajadores de establecimientos sanitarios y asistenciales:

Como un paso más en la construcción de una gestión de recursos humanos transparente, objetiva y basada en la idoneidad, el Gobierno de la Provincia de Santa Fe ha establecido dos nuevos regímenes de suplencias e ingreso para el personal de los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social.

Los nuevos sistemas, aprobados a través del Decreto 522/2013, se orientan a regular la cobertura de ausencias e ingresos de enfermeros, mucamos, administrativos y asistentes sociales entre otros cargos en hospitales, SAMCOS, centros de salud y otros establecimientos asistenciales.

Entre algunas de las principales características de los regímenes se destaca la definición de las condiciones generales, causales y plazos de las suplencias, y las condiciones a reunir por los aspirantes.

Además, se establece el procedimiento para realizar convocatorias públicas a suplencias e ingresos, de acuerdo a las necesidades y posibilidades operativas de cada jurisdicción, incluyendo las instancias de difusión, inscripción, entre otras.

Gestión de licencias anuales ordinarias (L.A.O.):

Por lo mencionado anteriormente, el Ministerio de Salud está llevando adelante un proceso de simplificación y mejora de sus procedimientos administrativos, entre ellos la gestión de Licencias Anuales Ordinarias (art. 40 Decreto 1919/89). En el marco de estas acciones es necesario recordar algunas pautas para la conformación de los trámites y acordar modalidades que tenderán a ordenar las licencias y los reemplazos que correspondan, y reducir los tiempos de pago a todo el personal reemplazante por L.A.O.

A continuación, se describen las pautas a tener en cuenta para informar el Cronograma Mensual de Licencia Anual Ordinaria que se debe realizar a partir de la comunicación del presente instructivo.

[http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/208190/\(subtema\)/201536](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/208190/(subtema)/201536)

Gestión de reemplazos

Por otro parte, el Ministerio de Salud dentro del proceso de simplificación y mejora de sus procedimientos administrativos, se establece la gestión de reemplazos. En el marco de estas acciones es necesario recordar algunas pautas para la conformación de los trámites y acordar modalidades que tenderán a reducir los tiempos de designación y pago a todo el personal reemplazante de nuestros efectores.

A continuación, se encuentran el instructivo y los formularios necesarios para la Gestión de Reemplazos.

[http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/206111/\(subtema\)/201536](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/206111/(subtema)/201536)

NOTA: La bibliografía de cada contenido se encuentra a pie de página como referencia o resaltada como página web.