

O/N. 310
P 15
I

45234

Provincia de Jujuy
Consejo Federal de Inversiones

Dirección Provincial de Personal

Instituto provincial de la administración pública
PROGRAMA HACIA LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA

Plan de Capacitación 2003

SEGUNDO INFORME PARCIAL

DICIEMBRE DE 2003



Ing. Elsa Esther Pereyra
Coordinación Pedagógica

Índice

Introducción	3
Desarrollo de programas	
Gestión Hospitalaria II etapa/ cierre	6
Gestión de la calidad 2º edición	48
Producción de Textos Administrativos/ cierre	53
Anexo Documental	66

Introducción

A partir de las acciones capacitación programadas por el IPAP para el cierre del Plan 2003, la Coordinación pedagógica produce el siguiente informe donde se describe y analiza el último tramo de capacitación del periodo, se exponen sus resultados desde las variables identificadas para la acción de monitoreo y seguimiento, y se proyectan las líneas de acción que conformarán el Plan 2004 de la institución.

Luego de un recorrido que abarcó los últimos tres meses, finalizaron los tres programas de capacitación programados para el tramo de análisis: Las segundas ediciones de los programas de gestión hospitalaria y Gestión de Calidad, y el programa de Redacción Administrativa. Se describen y analizan los distintos dispositivos de evaluación utilizados para el cierre de los respectivos programas y se analizan sus resultados en términos de posibilidades de transferencia a las prácticas laborales de las áreas destinatarias de la capacitación.

En este contexto, la coordinación del IPAP produce los documentos de cierre del periodo que permiten establecer líneas de evaluación que servirán de insumo para proyección de las acciones estratégicas para el periodo 2004.

Se toman como marco de referencia documental los instrumentos cuantitativos y cualitativos de monitoreo, los informes de los equipos capacitadores y el registro de los distintos criterios y dispositivos utilizados para la evaluación.

Ing. Elsa Esther Pereyra
Coordinadora Pedagógica
DPP/ IPAP

Desarrollo de Programas

Durante el periodo, se ejecutaron las dos últimas unidades temáticas correspondientes al programa de desarrollo de habilidades gerenciales dirigido a los jefes de unidad y de servicios de los hospitales "Dr. Horacio Carrillo", de San Salvador de Jujuy, y "Oscar Orías", de Libertador General San Martín. Se trata de los módulos Formulación de Proyectos y Costos y Presupuestos, cuyos resultados se exponen más arriba. Durante la primera semana de diciembre, en dos jornadas consecutivas, se llevaron a cabo las instancias de evaluación individual y grupal, que cerraron el programa y cuyos criterios y productos se exponen también en este capítulo.

Desarrollo de los módulos III y IV

En el dictado de los módulos III y IV, ejecutados en noviembre de 2003 se abordaron los siguientes ejes temáticos:

Módulo III

Desarrollo de Técnicas Gerenciales

Ejes temáticos

1. Manejo de conflictos
2. Negociación
3. Trabajo en equipo
4. Motivación
5. Liderazgo / Poder y autoridad
6. Gestión de personal
7. Gestión del cambio

Módulo IV

Costos y Presupuestación

Ejes temáticos

1. Economía del Hospital: Presupuesto; Costos
2. Tablero de control de gastos
3. Indicadores para el seguimiento de costos en Salud
4. Experiencias en la utilización del tablero
5. Contrato programa

Programa Gestión de Hospitales II Hospital Dr. Héctor Quintana – Hospital Oscar Orias Avance periodo noviembre/ diciembre 2003 Fuente: Registro de monitoreo/ Coordinación IPAP				
<i>Modulo</i>	<i>Sede</i>	<i>Carga Horaria</i>	<i>Ejecución</i>	<i>Total de Asistentes</i>
Equipo Docente				
III. Desarrollo de Técnicas Gerenciales Lic. Norberto Góngora ISALUD	Caja de Abogados Jujuy	12 horas	Noviembre 03	60
IV. Costos y Presupuestación Lic. Arturo Schweiger ISALUD	Caja de Abogados Jujuy	12 horas	Noviembre 03	60

Evaluación Final

Concepto de evaluación

De acuerdo con los criterios establecidos en el diseño curricular preparado por la institución capacitadora, la evaluación es una herramienta al servicio del proyecto pedagógico, un medio sustantivo para ajustar progresivamente la ayuda pedagógica a las características y necesidades de los sujetos de aprendizaje. Siguiendo este concepto, la evaluación pretende determinar si se han cumplido o no, y hasta qué punto, los objetivos que están en la base y el origen de la intervención pedagógica.

Por lo tanto, la finalidad última de la evaluación, no es pronunciarse sobre el grado de éxito o fracaso de los alumnos en la realización de los aprendizajes que estipulan las intenciones educativas, sino más bien pronunciarse sobre el grado de éxito o fracaso del proceso educativo en el cumplimiento de los objetivos que están en su origen.

Dado que el objetivo central del Programa de Capacitación en Gestión de Hospitales está relacionado con el desarrollo de conocimientos y habilidades gerenciales que

mejoren la capacidad de acción de los participantes, los instrumentos propuestos para esta instancia apuntan a la realización de actividades específicas en función de cada área de conocimiento y su integración para la acción concreta.

Evaluación final

Para la evaluación final, se plantean dos instancias, una cuantitativa y otra cualitativa.

La instancia cuantitativa está conformada por un cuestionario de "multiple choice" con preguntas administradas en bloques de a cuatro, para facilitar el "scoring" (análisis estadísticos) en escalas de 4 o más puntos.

Estos exámenes serán diseñados específicamente para demostrar conocimiento. Se usará lo que se denomina formato "A", es decir una pregunta con cuatro o más alternativas de las cuales una sola es la correcta. Estos tests generalmente tienen alta confiabilidad.

Los exámenes serán administrados en ambientes controlados y con duración determinada. Este instrumento será utilizado al finalizar el Programa de Capacitación en Gestión de Hospitales, para evaluar el conocimiento de cada una de las áreas temáticas en término de conocimientos adquiridos y comparado con el proporcionado en la instancia diagnóstica.

Para la instancia cualitativa se utilizarán dos instrumentos de evaluación:

La presentación de un trabajo final integrador

Análisis comparativo

Trabajo Integrador Final. A lo largo del Programa de Capacitación en Gestión de Hospitales, cada alumno deberá seleccionar un problema de su organización, sobre el cual deberá desarrollar un mini proyecto, factible con los recursos que actualmente el Hospital de Niños Dr. Héctor Quintana y el Hospital Oscar Orías poseen, para llevar adelante en su servicio o unidad. Proyecto que claramente tenga en cuenta como objeto, una práctica de gestión renovada y fundamentada en los

aportes teóricos incorporados. El trabajo deberá ser presentado en la instancia de evaluación final.

La evaluación final tiene también previsto realizar un análisis comparativo de los cambios en la interpretación de problemas y la formulación de estrategias, antes y después del Programa de Capacitación en Gestión de Hospitales, por estudiante, a través de la comparación entre el análisis del caso, previo al inicio del programa y post finalización.

De las instancias evaluatorias se obtuvieron los siguientes datos estadísticos.

- 56 (93%) de los asistentes estaban en condiciones de rendir las instancias de evaluación
- 4 (7%) asistentes no alcanzaron el porcentaje requerido para rendir las instancias evaluatorias
- 52 (87%) rindieron la evaluación final individual y grupal
- 4 (7%) de los asistentes que estaban en condiciones de rendir, y no completaron la evaluación individual ni grupal
- 28 (47%) asistentes que corresponden al hospital quintana completaron las 2 instancias evaluatorias
- 20 (33%) asistentes que corresponden al hospital orias completaron las 2 instancias evaluatorias
- 4 (7%) asistentes que cursaron el programa y correspondían a otras instituciones completaron las 2 instancias evaluatorias.
- 4 (7%) asistentes del hospital orias en condiciones de rendir no completaron las instancias evaluatorias

1. Hospital de Niños

Proyecto Contrarreferencia en el Hospital Héctor Quintana

Objetivo General

Mejorar la Atención brindada a la población pediátrica de la Provincia de Jujuy.

Objetivos específicos.

Mejorar los Registros de Egresos Hospitalarios

Implementar un sistema de Contrarreferencia en el Hospital Héctor Quintana

Crear el CMDB

Contribuir a la Medición del Producto Hospitalario

Optimizar la Gestión Clínica

Facilitar información para la Gestión y Planificación

Metas

Que todas las epicriticas estén confeccionadas para que contengan el CMDB, que el diagnóstico sea coherente con el CIE-10 y que en cada sala haya un manual de diagnósticos CIE-10, que estén realizadas en el momento del alta del paciente, que a los 4 meses estén hechas el 60%, a los 8 meses 80% y a los 12 meses el 100%.

Indicadores

Nº epicriticas realizadas al alta / número de altas hospitalarias.

Nº de contrarreferencias / Nº de epicrisis realizadas.

Actividades

Talleres de concientización

Crear el comité de historias clínicas para diseñar la epicrisis con el conjunto mínimo de datos básicos

Confeccionar la nueva epicrítica por triplicado.

La supervisión de los jefes de servicio para que estén confeccionadas en tiempo y forma.

El procesamiento de los datos que emanen de las epicriticas convirtiéndolos en una información útil que sirva para la retroalimentación tanto del emisor como del receptor.

Obtener el compromiso de los diferentes servicios de hacer llegar a la OCD en forma diaria o semanal las epicrisis de su servicio.

OCD implementará la forma de transferir las mismas a los centros de referencia en forma directa vía fax o a través de APS del MBS

RRHH

Coordinación general: el encargado de monitorear que los indicadores se vayan cumpliendo en los diferentes servicios. Insumirá 10 horas médicas semanales, la hora médica cuesta \$5.62

Coordinador por servicio: evaluará el cumplimiento en su lugar de trabajo. Insumirá 5 hs. Semanales. \$ 5.62

Secretaria: encargada de recepcionar las epicríticas y enviarlas al centro de referencia y llevar un registro de lo que se va actuando. Insumirá 30 hs. Semanales.

Proyecto Control de egresos en el Servicio de Clínica Médica por el médico tratante. Hospital de Niños "Dr. Héctor Quintana"

Problema

- 1) Falta de control por médico tratante en sala. El desconocimiento del problema clínico, que dificulta y retarda la toma de decisiones correctas.
- 2) Por dicho desconocimiento, se debe leer meticulosamente la Historia Clínica, siempre larga y engorrosa para tener idea del estado de situación.
- 3) No se aprovecha la relación médico-paciente ya establecida, que facilita fuertemente la tarea a realizar tanto al profesional actuante como al paciente-usuario.

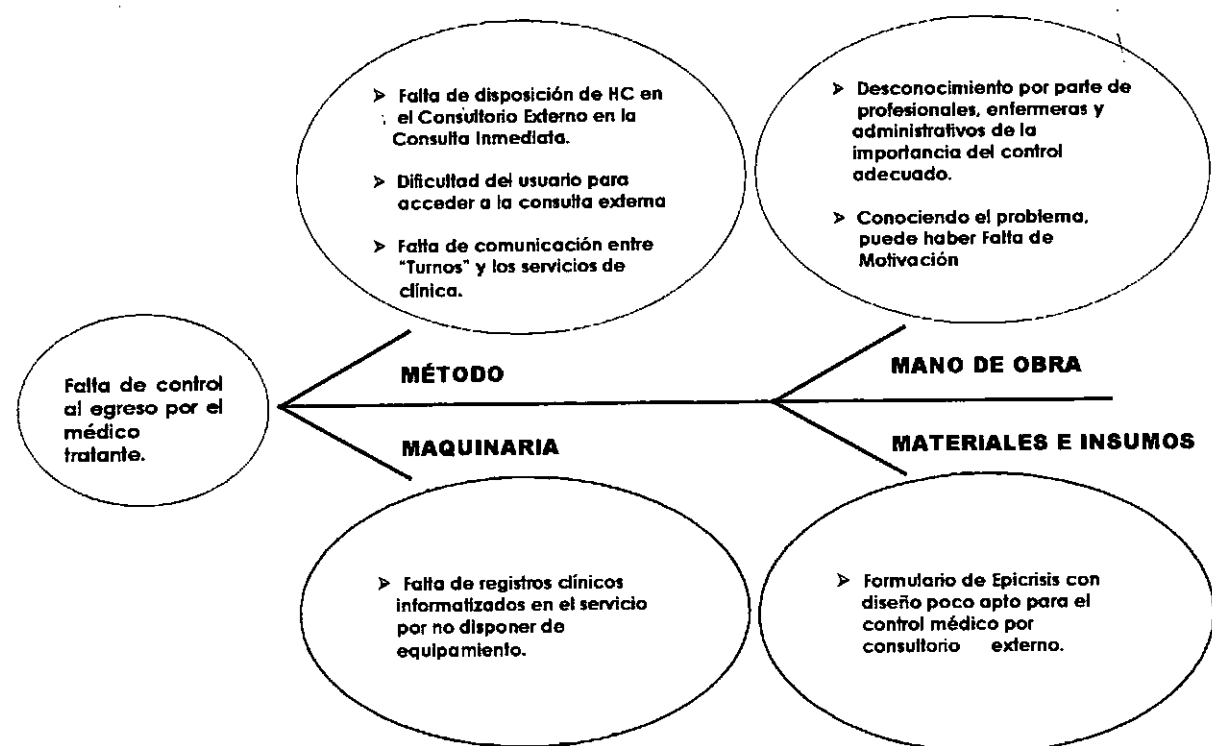
¿Para qué?

Para mejorar la prestación, bajando costos al evitar la repetición de estudios innecesarios, prolongación innecesaria de tratamientos, programar controles en puesto de salud de patologías asociadas, favorecer altas precoces, etc.

¿Cómo?

Rediseñando métodos para facilitar el acceso a los consultorios, y concientizando a todos los involucrados.

Matriz de urgencia-tendencia-impacto



Diagnóstico de situación

Incremento demanda de turnos

Expulsión de Obras Sociales

Empobrecimiento de la población

Incremento demográfico

Costos de transporte elevados

Consultas de Pasillo

Consulta por Guardia

El Clínico atiende pacientes "desconocidos" en consultorio

Formulación del plan

Metas y Objetivos

Objetivo Principal

Mejorar la calidad de la prestación con un adecuado control post- alta inmediato por parte del médico tratante.

Objetivos Secundarios

Mejorar registros (CRI)

Facilitar acceso del paciente a la consulta

Simplificar la tarea del médico en Consultorio Externo

Meta

Conseguir en un plazo de 6 meses controlar al 80% de los niños

FORMULACIÓN DEL PLAN

Cursos de Acción

Fortalezas Disponibilidad de Recursos Humanos Motivación de agentes involucrados (muchos realizando el actual curso de gestión hospitalaria) Mínimo o nulo requerimiento financiero	Debilidades La epricrisis no es confeccionada habitualmente al momento del egreso hospitalaria, hábito que deberá ser modificado. No es buena la comunicación entre el Servicio de Clínica y los Sectores de Estadística y Turnos.
No identificamos Amenaza ni Oportunidades en el entorno	

Actividades

Quiénes las deben hacer: (RRHH y responsables)

Donde se deben hacer:

Cuándo se deben hacer (calendario)

Con qué recursos

Al ingreso del paciente en el servicio

	Actividad	Responsable	Cronograma	Conexión	Descripción
1	Primera Clasificación de	Secretari	Primería hábil posterior ingreso	Guardia Estadística	La Secretaria á a los pacientes Capital. Los á en una planilla, á a la H.CI. un formulario contrarreferencia (CRI) y á datos de ón.
2	Confección de epicrisis, Segunda clasificación, formulario del CRI y turno	Médico tratante	Antes de las 11 hs. del día de alta	Secretaria	El médico tratante confeccionará la epicrisis, por duplicado y entregará una copia a la madre. Determinará si el paciente tiene patología propia de especialidades o no. En el
3	Registro del turno	Secretaria	El día de alta	C.E. y Estadísticas	La Secretaria anotará en la planilla de Consultorio Externo y retendrá

El día anterior

4	Entrega de planillas e Historias Clínicas	Secretaria	El día anterior	Clínica Médica y turnos	La Secretaria entregará a turnos las planilla para completar si correspondiere, y las Historias Clínicas.
---	---	------------	-----------------	-------------------------	---

El día del control

5	Confirmar turno	Paciente	30 minutos antes	Turnos	El paciente confirmará si presencia 30 minutos antes. Si no lo hiciera, se dispondrá de ese turno.
6	Control Clínico	Médico tratante	Durante la consulta	Clínica Médica	El médico evaluará al paciente del modo habitual, completará el formulario CRI y lo depositará en el Servicio.

7	Supervisión diaria	Jefe de Unidad	Diario	Unidad correspondiente Turnos Consultorio Externo	El Jefe de Unidad controlará y supervisará diariamente el cumplimiento de todas las actividades anteriores, y propondrá correcciones si correspondiere.
8	Evaluación información	Jefe de Servicio	Periódicamente (15 a 30 días)	Clínica Médica	El Jefe de Servicio evaluará periódicamente, junto con el equipo de trabajo la información obtenida mediante el CRI.

Proyecto implementación de un Nuevo Modelo de Gestión- Hospital de Día

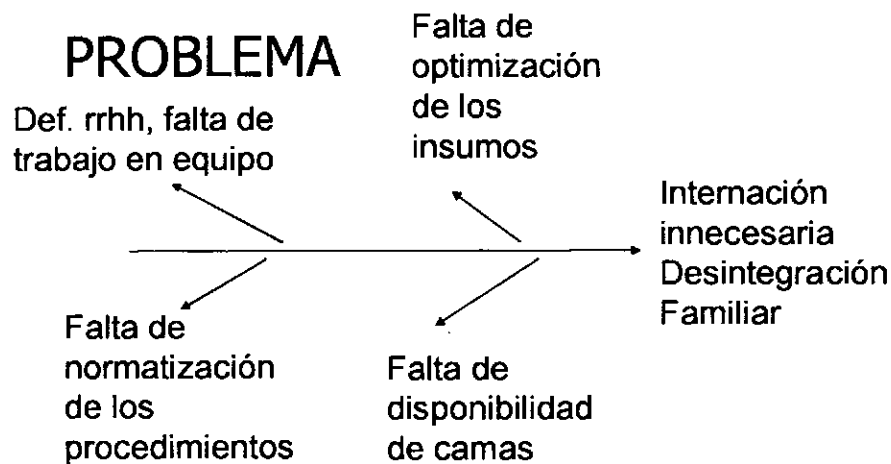
Incorporar en el Hospital Quintana un sector denominado hospital de día.

Población objetivo:

Baja criticidad: bajo riesgo de desestabilización, no requiere cuidados médicos ni de enfermería intensiva

Pacientes con problemas de mayor complejidad: permite concentrar prestaciones de especialidades en menor tiempo y el paciente realiza menos visitas al hospital.

Consultas programadas: Debe recibir pacientes de otras áreas o servicios intra o extrahospitalarios, no debe recibir demanda directa.



Objetivo general

Contribuir a mejorar la calidad de gestión de nuestra población objetivo y a su vez, disminuir el tiempo de hospitalización de los mismos.

Objetivos específicos:

Optimizar los recursos humanos y las unidades de internación.

Disminuir las consultas y periodos de internación innecesarias del paciente.

Metas

Reducir en un periodo de 3 meses las internaciones de pacientes portadores de patología quirúrgica que puede ser resuelta en forma ambulatoria en un 60%.

Utilizar la internación de este nuevo modelo en pacientes complejos en un enfoque multidisciplinario en un 80% en los primeros seis meses.

Situación actual

De un total promedio de 128,7 camas disponibles por día y dentro de las veinte primeras causas de egresos, se encuentran: constipación y fimosis y paraquimosis,

patologías que pueden resolverse en forma ambulatoria evitando la demanda insatisfecha.

Dentro de las internaciones evitables, tenemos por ejemplo: fimosis: durante el período: Enero-agosto del 2003, se internaron 85 casos de fimosis con una media de internación de 1.5, lo que lleva a un total de 128 días/cama. La situación es mas grave aún, ya que el 80% tuvo resolución quirúrgica, por lo que 27 días cama fueron utilizados innecesariamente.

debilidades	fortalezas	amenazas	oportunidades
Falta de organización entre los diferentes servicios. Falta de normatización en los procedimientos Mala distribución de la carga horaria Escaso trabajo en equipo	RRHH de diferentes especialidades Constar con estructura necesaria	Falta de credibilidad de Desprestigio	Satisfacción de la comunidad Confianza de los mismos hacia el hospital Contar con oficina a distancia para resolver situaciones en la red pública.

Actividades

Informar al equipo de salud acerca de los beneficios del modelo, comprometer a todos los integrantes del nosocomio: Laboratorio, Radiología, Especialidades, Farmacia.

Designar responsables dentro del equipo quirúrgico y del sector clínico

El Departamento de Enfermería deberá proveer los recursos humanos de enfermería.

Elaboración de normas y procedimientos referentes a la internación de estos pacientes a cargo de los responsables- quirúrgicos, clínicos y de enfermería.

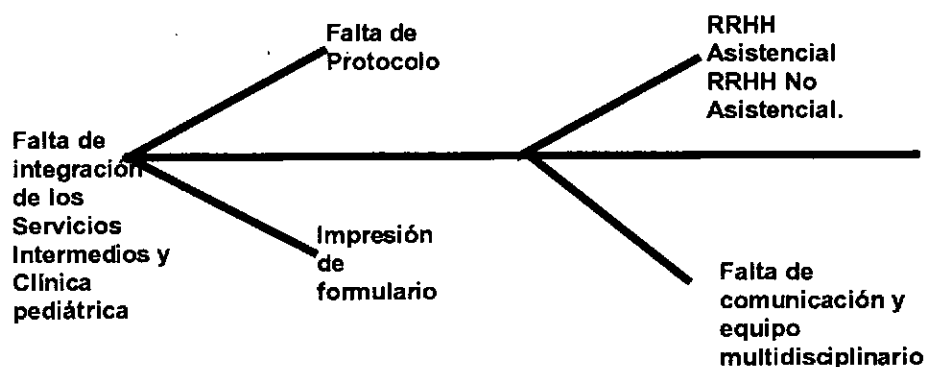
Difusión de las normas dentro del hospital

Organizar dentro de un sector del hospital un lugar que permita atender a los niños con patología quirúrgica ambulatoria y a aquellos que deben completar sus estudios y/o tratamientos.

Informar a la comunidad sobre la implementación del nuevo modelo.

Proyecto Protocolo para Servicios Intermedios en la Epicrisis

Descripción



Problema.

Falta de Comunicación entre los Servicios Intermedios y Clínica pediátrica, lo que provoca una desarticulación en la atención de los pacientes internados

Causas del Problema

Falta de conciencia del trabajo en equipo.

Poco compromiso del personal en la actitud de cambio.

Inexistencia de un registro único.

Desconocimiento del funcionamiento de los Servicios Intermedios por parte del Sector de admisión de pacientes y falta de comunicación.

Insuficiencia en RRHH administrativo y profesional

Objetivo general.

Lograr el enfoque integral, mejorando la comunicación entre los Servicios Intermedios y Clínica Médica a través de un Protocolo anexo a la Epicrisis interna única.

Objetivo Específicos.

Promover el trabajo en equipo estimulando al personal para tal fin.

Capacitar al Personal Asistencial y No Asistencial

Concientizar a Nivel Ejecutivo de las necesidades de RRHH a nivel Administrativo y Profesional

Confeccionar un Protocolo de los Servicios Intermedios para anexarlo a la Epicrisis.

Fortalecer el uso adecuado de los recursos logrando eficiencia y mejorando los resultados.

Análisis de Situación

Debilidades	Fortalezas
La Epicrisis interna no cuenta con un anexo donde se haga referencia de la atención y seguimiento de los pacientes derivados a los Servicios Intermedios,	Predisposición de los profesionales para el cambio de actitud.
Incumplimiento en la confección de las Epicrisis.	Interés demostrado para la capacitación permanente lo que redundaría a los beneficios de los pacientes.
Falta de conciencia de los Jefes de Servicio y Unidad en la supervisión de la confección en tiempo y forma de las mismas.	

Plan de Actividades

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	META	TIEMPO	INDICADORES
Capacitación al Personal Asist. Metod. : talleres, exposic.	Jefe de Unidad o Servicio, capacit. en Gestión de Hospitales.	50%	6 meses	Porcentaje en el uso del Protocolo
Capacitación al Personal no Asist. Metod. : talleres, exposic.	Jefe de Unidad o Servicio, capacit. en Gestión de Hospitales.	50%	6 meses	Porcentaje en el uso del Protocolo
Reunión informativa multidisciplinaria y participativa al Personal involucrado.	Gerente Ejecutivo	60%	7 meses	Porcentaje en el uso del Protocolo
Evaluación. Metas	Ger. Ejec. y Jefes de U. y/o Serv.	100%	12 meses	Porcentaje en el uso del Protocolo

Factores críticos de éxito

Apoyo de los Niveles Ejecutivos, jefes de Servicios y Unidad Asistenciales y No Asistenciales.

Capacitación del RRHH Asistencial y No Asistencial ya existente y con experiencia, involucrados con los objetivos propuestos.

No se requiere de financiamiento externo

Recursos Humanos

Al inicio

El mismo personal que cuentan los Servicios Asistenciales y No Asistenciales.

El Nivel ejecutivo debe tener en cuenta la incorporación de Recurso Humano en un futuro .

Recursos Económicos

El Presupuesto Hospitalario para los sueldos de RRHH.

Presupuesto para impresión del protocolo correspondiente

Proyecto sobre el manejo del asma en el deporte en el niño y el adolescente

Descripción

Se busca mejorar los dispositivos de prevención de una patología prevalente y progresiva y disminuir la demanda de consultas e internaciones que aumentan en forma progresiva.

Como primera medida se capacitará el recurso humano participante, profesionales de la salud, luego a partir del año 2004, se comenzara a implementar y actualizar mediante talleres de trabajo a docentes de educación física, padres y familiares, profesores de clubes deportivos y profesores de competencias deportivas de alto rendimiento, en el manejo de pacientes con asma.

La viabilidad de este proyecto requiere el mantenimiento permanente del equipo de salud, en la actividad informativa, capacitar y evaluar la actividad de los docentes

durante todo el ciclo lectivo en colegios. Fuera del ciclo lectivo, se continuará la actividad en los deportes de verano.

Se dispone de una planta física intrahospitalaria deficiente en infraestructura, se buscará el equipamiento y la medicación necesaria para emprender este proyecto.

El proceso de implementación será evaluado continuamente mediante el impacto de los cambios sobre la organización y sus actividades, que además nos servirá como método y guía de aprendizaje y corrección de errores para la retroalimentación positiva del mismo.

Problema

En los últimos 20 años, es que la unidad de Tisioneumonología, cumplía solo actividades profesionales dentro del ámbito del hospital sin evaluar los tratamientos y recomendaciones que se indicaban a los pacientes en su ámbito extrahospitalario, ni se controlaba sus actividades físicas. Existe un gran nivel de ineficiencia en ofrecer servicios de prevención.

El presente proyecto se elaboró con el objetivo de mejorar la calidad de atención de la Unidad de Tisioneumonología reorganizando, donde se perciben problemas como:

Demanda excesivas de consultas diarias, con asma bronquial, que saturan la funcionalidad del servicio.

Aumento en forma exponencial de las internaciones de pacientes con crisis de asma bronquial grave.

Aumento de pacientes con mal asmático que necesitaron atención en Terapia Intensiva, algunos necesitando respiración Mecánica Asistida.

Falta de capacitación del personal en la prevención del asma en pacientes ambulatorios.

El asma como enfermedad prevalente y progresiva en lactantes, niños, adolescentes y adultos, por desconocimiento de los objetivos a cumplir en el tratamiento de dicha enfermedad que afecta la calidad de vida, restringiendo la actitud física, aumentando

el numero de consultas e internaciones causando mayores costos en salud y ocasionando una de los principales motivos de morbimortalidad.

Objetivos específicos

Mejorar la coordinación entre el Dpto. de Salud, instituciones relacionadas con salud, otros sectores y organizaciones sociales, para desarrollar acciones orientadas a difundir el concepto y medidas de prevención en el niño asmático.

Realizar diagnostico acerca del conocimiento de la población sobre el Asma.

Difundir masivamente contenidos conceptuales y medidas concretas de promoción y prevención.

Redefinir el tratamiento del asma en la Educación física.

Actualizar a docentes de Educación física en el manejo de pacientes.

Información a padres y familiares en el manejo del niño con asma.

Informar a docentes primarios, secundarios y terciarios como detectar pacientes con asma en el colegio.

Informar y capacitar a profesores de clubes de alta competencia deportiva.

Enseñar a elevar la autoestima del niño con Asma.

Saber interpretar los certificados médicos, para que cumplan los requisitos necesarios para hacer deporte en el paciente asmático.

Mejorar el medio ambiente y condiciones favorables, para hacer deporte en pacientes con asma.

Metas

Lograr que el 50% de los pacientes cambien el hábito de vida.

Lograr que el 85% de los pacientes se sientan satisfechos.

Lograr que el 100% de los pacientes adquieran un estado de vida saludable.

En qué forma:

Buscando el deporte en que el niño asmático pueda realizar, natación, ciclismo, fútbol, etc.

Buscar el fármaco adecuado y el tiempo necesario que le permita hacer el ejercicio libre de crisis asmática

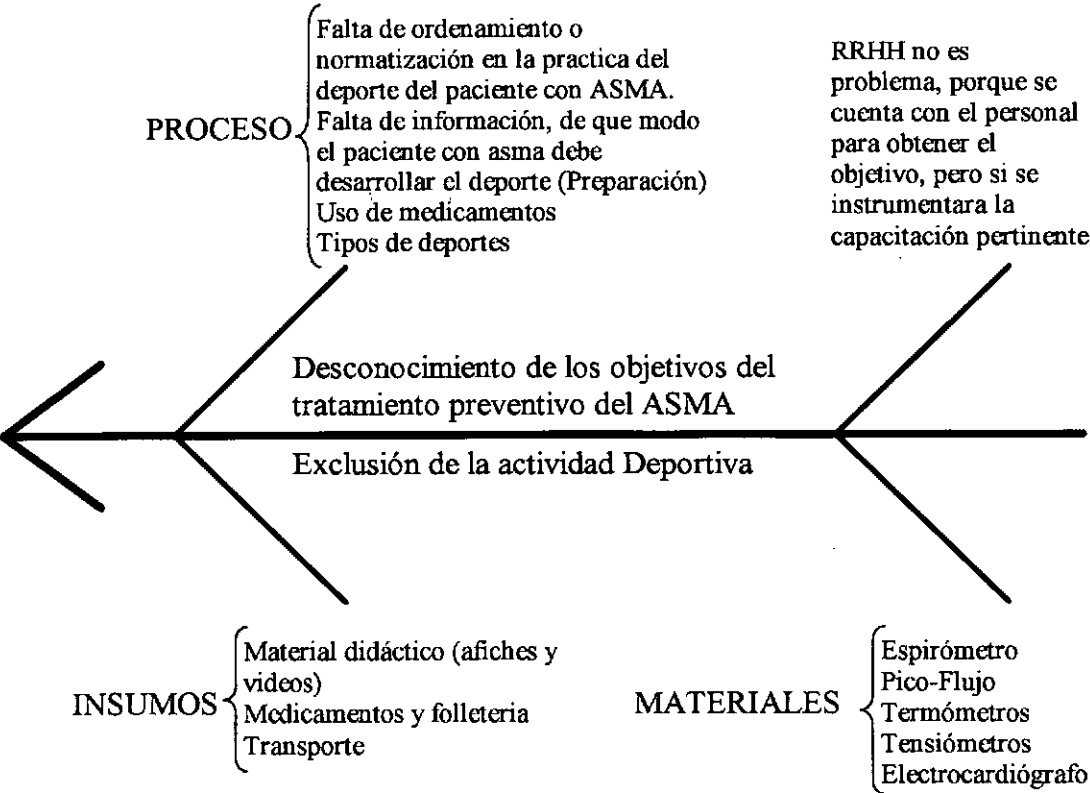
Controlar certificados médicos de actividad física

Controlar certificados médicos de actitud física

Que no invaliden al niño con asma a realizar ejercicio físico (Normalmente a pedido de los padres)

Certificación de actitud física, bien confeccionada para que el paciente no sufra una crisis asmática severa inducida por el ejercicio físico

Saber y enseñar a usar el medicamento al inicio del acto deportivo, y el niño no sentirse excluido



Plan de actividades

Actividades	Recursos	Responsables	Metas	Plazos	Evaluación
Marzo del 2004 Taller de trabajo y evaluación en el manejo del tratamiento del Asma en el Deporte con Profesores	<ul style="list-style-type: none">• Materiales de trabajo para reuniones informativas• Local a designar	<ul style="list-style-type: none">• Equipo multidisciplinario• Primera reunión	Reducir en un 30% los efectos colaterales de los tratamientos incorrectos	6 meses	Disminución de las consultas hospitalarias

de Educación física					
Charlas informáticas y talleres con padres y familiares creando padres monitores	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de encuestas Encuestadores Equipos para el procesamiento de datos 	<ul style="list-style-type: none"> Equipo multidisciplinario 	Reducir en un 40% los efectos colaterales de los tratamientos incorrectos	12 meses	Por encuestas
Talleres con Docentes Primarios, Secundarios y Terciarios	<ul style="list-style-type: none"> Videos informativos 	<ul style="list-style-type: none"> Equipo multidisciplinario 	Reducir en un 20% los efectos colaterales de los tratamientos incorrectos	9 meses	Encuestas en Colegios
Talleres de autoestima	<ul style="list-style-type: none"> Material didáctico 	<ul style="list-style-type: none"> Equipo multidisciplinario Psicólogo y Psicopedagogo 	Reducir en un 20% los efectos colaterales de los tratamientos incorrectos	24 meses	Evaluación Profesional en forma individual
Programas de Radiodifusión y TV	<ul style="list-style-type: none"> Espacios Radiales y TV contratados Equipos para la programación de los espacios 	<ul style="list-style-type: none"> Equipo multidisciplinario 		24 meses	Respuesta de la población

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Act.	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
1												
2												
3												
4												
5												

Análisis de alternativas

Variable	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
RRHH involucrados	Reorganizar y capacitar al RRHH	Reorganizar RRHH	Continuar igual
Porcentaje de solución del problema	90% a 100%	50%	10%
Sustentabilidad a largo plazo	Alta	Mediana	Poca

Factores críticos de éxito

Apoyo de los Directivos

El proyecto incluye el RRHH existentes

Disposición de los RRHH a la capacitación

La satisfacción de los clientes por encuesta directa

Planta física existente

Satisfacción de los Profesionales del equipo multidisciplinario por las encuestas directas

Sistema informático existente

Recursos humanos

Equipo multidisciplinario

Recursos económico financieros

En cuanto a los recursos humanos no hay erogación alguna porque es un equipo multidisciplinario.

Se dispone de planta física, equipamiento y tecnología necesaria deficientes que se intenta corregir.

El flujo de fondos es premisa fundamental para prever una cantidad de supuestos sobre el comportamiento de variables controlables y no controlables.

Responsables del proyecto

Jefe de Unidad del Servicio de Tisioneumonología y médicos adscriptos al Servicio.

Proyecto Diseño de una nueva hoja de interconsulta para las Especialidades

Descripción

La demanda de interconsulta (I.C.) surge tanto a partir de los propios pacientes hospitalarios internados como de aquellos provenientes de consultorio externo, de los puestos de salud con atención periférica y de otros hospitales provinciales con atención pediátrica, generando así la externación de 6.000 egresos por año y 120.000 consultas anuales externas y de guardia.

Objetivos

Mejorar la calidad de la interconsulta,

Lograr acciones coherentes y ordenadas entre consultor y especialista y,

Mejorar los diagnósticos de egresos por patologías.

Estrategia

Generar acciones de motivación del recurso humano capacitándolo para un trabajo en equipo multidisciplinario.

Acciones Programadas

Consolidar el trabajo en equipo buscando la "identificación" de roles dentro del mismo e "incentivar" la comunicación entre clínica pediátrica y sus referentes en las especialidades (normas de consenso para los criterios de derivación).

Si las alternativas se cumplen no solo mejorará la calidad de las I.C., sino que, colateralmente, los tratamientos serán más adecuados y oportunos, disminuirán los tiempos de internación y se contribuirá al nivel de los registros hospitalarios permitiendo finalmente un correcto diagnóstico al alta del paciente.

Se plantea como objetivo principal un proyecto retrospectivo valorando cualidad y cantidad de interconsultas por especialidad durante un período de seis meses a partir de un diagnóstico de situación que pretende generar un cambio en la misma. Se considera un factor crítico la falta de hábito al trabajo en equipo y la falta de motivaciones personales y a nivel ejecutivo.

Dadas las características del problema es necesario implementar un sistema de registro que permita visualizar cual es la "demanda real" y la "demanda insatisfecha".

El proyecto, en su primera etapa, involucra la participación de los especialistas del nosocomio y, con el consenso de los mismos, se intentará abordar un estudio retrospectivo que prevé la revisión del contenido, características, etc. de las hojas de interconsultas en un número suficiente de Historias Clínicas para que la muestra sea estadísticamente significativa.

Cumplida la revisión se procesarán los datos con el objetivo de obtener un diagnóstico de situación del problema que se pretende modificar.

Se espera obtener los siguientes resultados:

Trabajos como equipo multidisciplinarios, facilitando la comunicación entre el profesional que genera la I.C. y el receptor de la misma. Con ello se conseguiría agilizar estudios, mejoras en el diagnóstico y tratamientos, situaciones claves para beneficiar al niño con una intervención mínima y al Hospital con disminución de sus insumos.

Integrar estos datos al servicio de estadística hospitalaria, contribuyendo a mejorar los diagnósticos al alta del paciente.

Problema

La comunicación inadecuada en tiempo y forma entre clínicos y especialista, demoraría el diagnóstico y prolongaría los días de internación del paciente.

Causas

Falta de hábitos de trabajo multidisciplinario

Se desconoce registro de I.C. por especialidades

No esta claramente pautado quién acerca la inter consulta (¿enfermera?, ¿secretaria?) y quién la devuelve y quién la retira.

Diferencia entre I.C. de urgencia (o inmediata) y la mediata. Organizar en estas últimos horarios y medios o normas (tel., personal, etc.) para la comunicación entre el que consulta y el referido interconsultado.

Recursos humanos insuficientes en algunas especialidades para atender demanda (pacientes de toda la provincia)

Falta de un registro de la patología que atienden las diferentes especialidades

Falta de registros a nivel central (estadística) del diagnóstico por especialidad

Falta de una norma que indique criterios de derivación del paciente para cada una de las especialidades

Falta de incentivos para realizar trabajos de investigación que apunten al diagnóstico de situación hospitalaria

Ausencia de difusión al medio de modificaciones referente a educación y prevención en las diferentes patologías o especialidades

Objetivo general

Mejorar los resultados de la I.C. a través de equipos de trabajo comprometidos con actitudes interdisciplinarias, motivados por la capacitación y difusión al medio.

Objetivos específicos

Generar actitudes que tiendan a lograr un trabajo en equipo entre las distintas disciplinas

Iniciar un estudio retrospectivo en base a la revisión de Hojas de las I.C. en las historias clínicas hospitalarias

Capacitar a los integrantes del equipo en la metodología de tal investigación

Diagnóstico de situación del problema

Sistema de intercomunicación y registro entre especialidad y el servicio de informática de estadística hospitalaria

Modificación de hoja de las I.C. hospitalaria

Normatizar los criterios de derivación a cada una de las especialidades

Registro sobre prevalencia de patologías en cada una de las especialidades

Al hacer un análisis de la situación actual de la misma se detallan las debilidades observadas:

Espacios insuficientes en algunas oportunidades para detallar por escrito los antecedentes del paciente

Datos insuficientes y/o falta de claridad en los criterios de derivación

No se especifica la mediatez de la misma

La hoja de la I.C. no tienen continuidad, ya que se ingresa una nueva hoja con cada internación del paciente

La recepción de la I.C. no la hace el profesional sino una secretaria o enfermera no capacitada para analizar si son adecuados los criterios de las derivaciones y la mediatez de la misma

Falta de normatización por las especialidades donde figuren cuales son los criterios de derivación que deben reunir las patologías mas comúnmente consultadas en cada una de las especialidades

En algunas especialidades la I.C. para los pacientes "no" internados es solicitada por los padres (a veces los niños) en mesa de entrada donde un personal administrativo es el que ordena el turno de atención al niño sin conocimiento alguno de la problemática del paciente y la urgencia de la misma con lo cual difieren el turno a fechas alejadas colocando al paciente en situación de riesgo

De acuerdo a lo expuesto se pueden observar debilidades, fortaleza y amenazas con la situación actual del manejo de la interconsulta:

Debilidades Desorden en el trámite de la I.C. que perjudica la respuesta en tiempo y forma	Fortalezas La insatisfacción profesional observada por el desorden en la I.C. genera predisposición al trabajo multidisciplinario y en equipo
Amenazas La actitud de cambio, es un proceso lento y en general "personal"	

La meta es alcanzable, en forma inmediata con el consenso de los recursos humanos disponibles y mediata, con la incorporación de profesionales y/o administrativos capacitados en aquellas especialidades que así lo justifiquen.

Plan de actividades

Primera etapa

Reunión entre los representantes de las especialidades y personal de estadística.

Presentación del proyecto "Modificación hoja de la I.C. hospitalaria" y presentación de la grilla respectiva

Consenso con el proyecto

Designación de un coordinador del equipo (profesional especialista, personal estadística)

Diseño de la actividad (revisión de datos, procesamiento de datos, evaluación de los datos, resultados)

Segunda etapa

Elaborar la grilla para el análisis de las hojas de I.C. (duración aproximada: 1ra. semana)

Organizar entre los integrantes grupos para revisión de historias clínicas (duración aproximada: 2da. semana)

Revisión de historias clínicas. Número estimado: 600 (10% de los egresos anuales) (duración aproximada: 3 meses)

Procesamiento de los datos

Evaluación de los resultados

Conclusiones (el tiempo de duración aproximado de los puntos d, e y f será de 2 meses)

El coordinador del equipo será el responsable de la supervisión y el asesoramiento continuo de sus integrantes y verificará el cumplimiento de los tiempos estipulados para cada etapa.

Responsable	Meta	Lugar	Cronograma	Costos
Médico Coordinador	Consenso del equipo con el objetivo	Hospital de ni- ños "Dr. Héc-tor Quintana"	3 hs. semanales	Material de li- brería y gastos de impresión

Análisis de las alternativas

Variables	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
Recursos humanos involucrados	Reorganizar y capacitar los recursos humanos	Reorganizar los recursos humanos	Continuar con los mismos recursos humanos
Porcentaje de solución del problema	100%	70%	10%
Sustentabilidad en el largo plazo	Alta	Mediana	Ninguno
Sustentabilidad en el corto plazo	Disminución de costos por reordenamiento de los recursos	Disminución de un 50% de costos	Iguales o mayores costos
Impacto	100%	70%	Ninguno

Factores críticos de éxito

Disposición de los recursos humanos al cambio y al trabajo multidisciplinario

Satisfacción de los clientes internos

Acortamiento de los días de internación

Mejora del servicio de estadística y diagnóstico al alta según patología

Recursos humanos

Personal administrativo capacitado para verificar si las hojas de I.C. contienen los "criterios de derivación", enviarlos al consultor solicitado y controlar su devolución al lugar que lo solicito

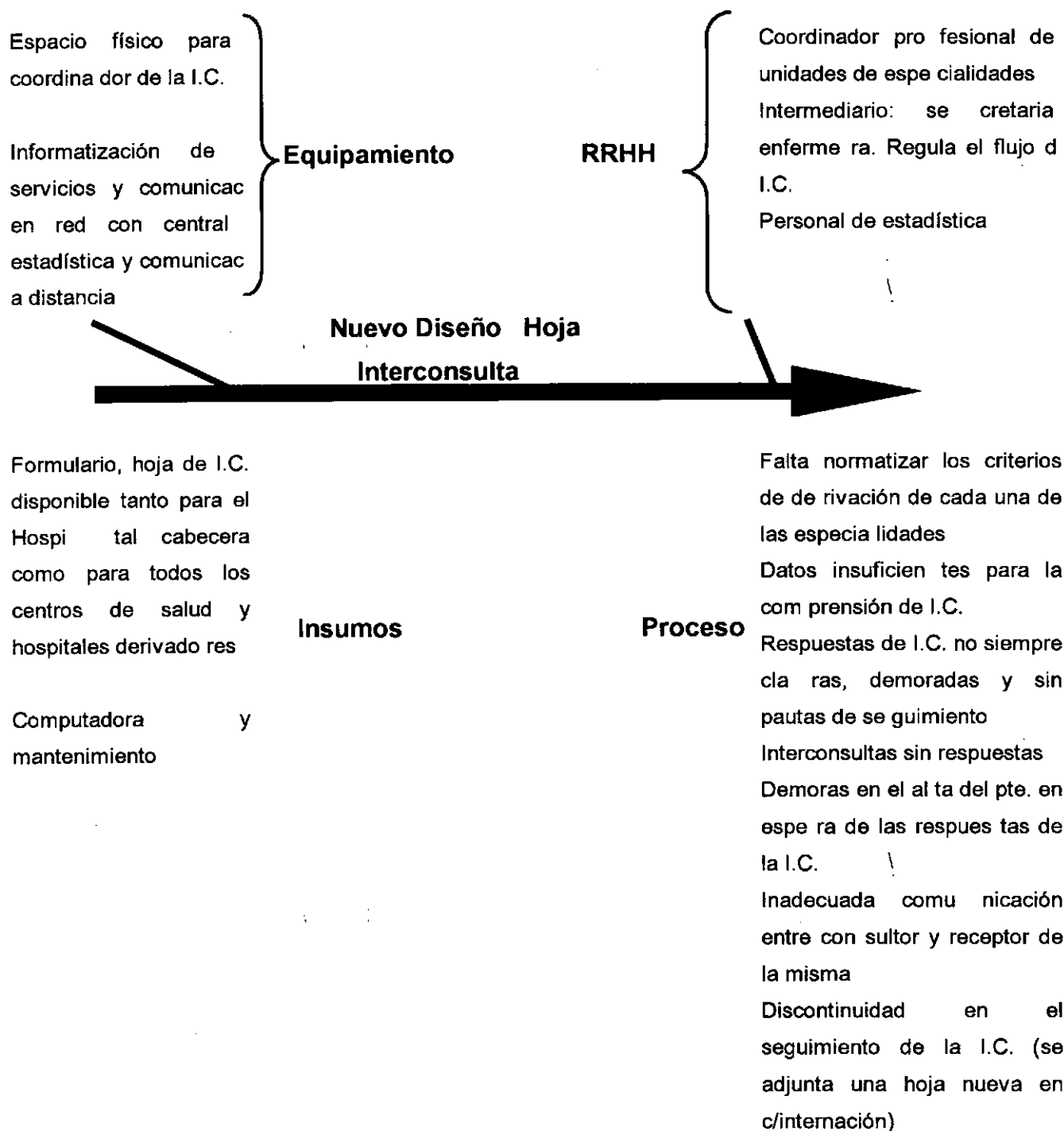
Personal con experiencia en Informática y registros

Profesional médico que coordina y supervisa el flujo de la I.C.

Recurso económico y financiero

Presupuesto para sueldo del personal administrativo

Sistema de informática y mantenimiento



Proyecto En busca de una facturación eficaz

Descripción

El Sector Facturación del Hospital de Niños funciona desde hace aproximadamente 14 años, cuando a los hospitales se los inscribe como de gestión descentralizada. Este sector no tuvo nunca un espacio físico propio, ya que siempre se encontró anexo a otras unidades. Cuenta con un jefe de sector, tres administrativos de planta

permanente, un personal del plan social Jefas y Jefes de Hogar y un médico auditor, lo que resulta insuficiente para poder resolver los problemas diarios y este personal a pesar de haber realizado algunos cursos de capacitación, no lograron nunca alcanzar la eficiencia necesaria para realizar esta tarea.

La tecnología de apoyo es insuficiente, no poseen padrones de afiliados actualizados, nomencladores de las obras sociales ni de facturación por módulos.

Los Servicios de apoyo para la gestión facturación, como los de internación y estadística son indiferentes y contribuyen a la ineficacia del Sector.

Durante el año pasado en un intento de mejorar los servicios, se contrató un experto en facturación por un lapso de 6 (seis) meses, cuya oficialización del contrato se gestiono reiteradamente ante las autoridades ministeriales sin resultado. Durante su permanencia la facturación de la Institución aumentó considerablemente.

El proyecto, teniendo en cuenta estos antecedentes, se propone:

Redistribución del Recurso Humano.

Contratación de Un Capacitador idóneo

Capacitación al Personal Afectado.

Normalización de los procesos de facturación.

Obtención de la Tecnología necesaria.

Motivación simbólica al personal que se destaque.

Este proyecto se llevará a cabo con la gente afectada al sector de facturación con el involucramiento de los Jefes de Servicios de Internación, Personal de Estadísticas, siendo responsable directo el Subdirector Administrativo Contable, de quien dependerá el control y la evaluación periódica, a su vez supervisado por el Consejo Asesor Administrativo y la Dirección del Hospital.

Objetivo General

Contar con un sistema de facturación efectivo y eficiente para generar recursos genuinos que puedan contribuir a la eficacia y eficiencia Hospitalaria

Objetivos Específicos

Normatizar Procesos administrativos y de Control.

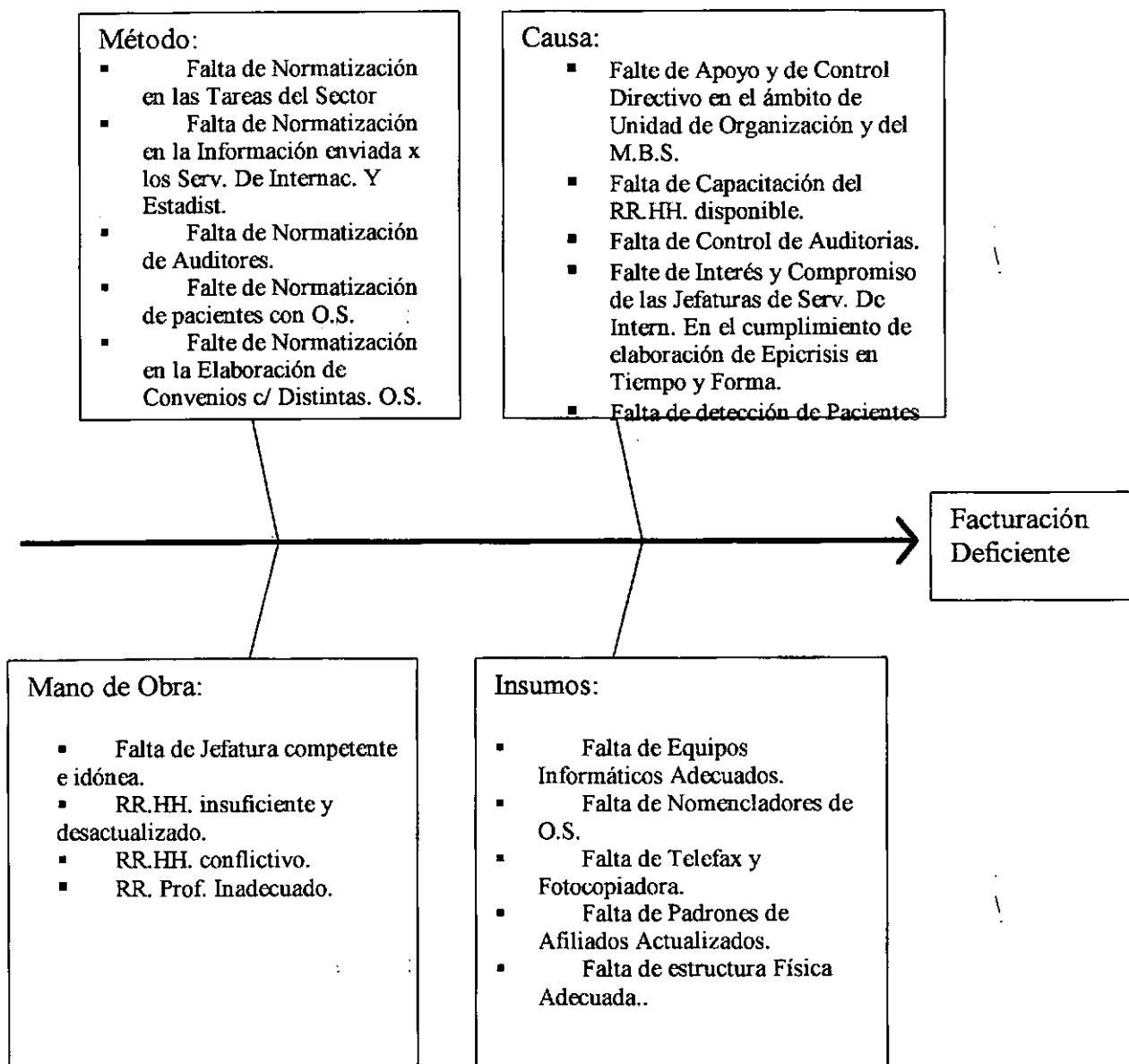
Capacitar al personal del Sector.

Sistematizar los Controles.

Concienciar a los actores de las Normativas externas e internas.

Evolución periódica del Sector.

Matriz en espina de pescado para Análisis de Situación.



Análisis de la Alternativa

Valores a Considerar	Alternativa I	Alternativa II	Alternativa III
RR.HH. Involucrado	Redistribución del RR.HH. disponible Capacitación Normatización Determinación de Procesos	Redistribución del RR.HH. disponible Capacitación Normatización Determinación de Procesos	Predistribución del RR.HH. disponible Capacitación Normatización Determinación de Procesos
Porcentaje de Solución del Problema	60 %	50%	-
Sustantibilidad a largo Plazo	Alta	Mediana	Baja
Costo	Aumento del Presupuesto de Gestión Descentralizada	Aumento del Presupuesto de Gestión Descentralizada	Aumento del Presupuesto de Gestión Descentralizada
Impacto	Cobranzas Efectuadas: 17 meses cobrado \$ 89.094,00 (sin Capacitador) 6 meses cobrado \$ 80.342,00 (con Capacitador). Impacto Elevado y Destacado.	Impacto Moderado con un rendimiento superior al Estado anterior.	Impacto Moderado con un rendimiento superior al Estado anterior.

Factores Críticos de Éxito

Cambiar el RR.HH. existente, Redistribución por un grupo idóneo, dispuesto al cambio y a la Capacitación.

Aportar la Tecnología necesaria para la realización de la Tarea.

Apoyo y Compromiso de los Jefes de Servicio y su Personal en el manejo y envío de la documentación en tiempo y forma.

incorporar un capacitador que sea un facturador reconocido e idóneo para capacitar al personal involucrado.

Recursos Humanos

Facturación es un Sector en la Institución que depende del Sub Director Administrativo.

Este Sector debe transformarse en una División, con 2 Sectores: Facturación y Cobranzas y otro de Admisión e Internación. Deberá contar con 4 (cuatro) auxiliares Administrativos y Un Auditor Medico.

Todo este personal no implica gasto del Presupuesto ya que se reordenara esta División con Personal de la Organización.

Un Capacitador en Facturación del que se solicitara una Contratación de Servicios por el Terminio de 1 (un) año a través del M.B.S., gestionado por intermedio de la Dirección de Recursos y Docencia.

Inversiones

Al inicio el Sector Facturación será el mismo que Ocupa Actualmente. En el Futuro se Reubicara en el Nuevo Hospital con las Adecuaciones necesarias.

Se solicitara equipos de Informática Según necesidades: 4 Computadoras (1 como Servidor de Red., 1 para Admisión de Usuarios, 1 Para Internación y la Última con Línea de Internet con Banda Ancha para Comunicación con Distintas Organizaciones Gubernamentales de la Provincia y Nación, como así con Obras Sociales a Nivel Nacional.

Una Fotocopiadora.

Un Telefax.

La compra se solicitara al inicio por la venta de Bonos de Contribución y se solicitara afectar Fondos como Chalican, FOPROSA u otros que permitan adquirir bienes de capital.

El Costo en la adquisición de estos bienes ascenderá aproximadamente a \$ 13.000,00.

Dirección

Responsables del Proyecto

El Sr. Director de la Unidad de Organización y el Sub Director Administrativo.

Ejecución

Personal Afectado a la División Facturación, Servicio de Estadísticas y Jefes de Internación de Pacientes.

Control

Director, Sub Director de la Unidad de Organización y Consejo Asesor

Resumen Hospital Oscar Orías

Proyecto Implementación de Epicrisis

Descripción

Hospital público-zonal-general de agudos-autogestión-gran vinculación con APS.

Atención: integral-integrada-programada-espontánea.

Modelo: atención por servicios en especialidades básicas y subespecialidades.

Meta: eficiencia-eficacia-calidad.

Es nodo en la Red de Atención de Salud de la Prov. de Jujuy

Justificación

Al alta paciente se va sin documentación.

No hay contrarreferencia entre 1º y 2º nivel.

No hay contrarreferencia con hosp. derivadores.

No se codifican diagnósticos. y procedimientos en forma pertinente.

Se adecua la hoja de epicrisis existente.

Talleres con médicos y personal de Estadística.

Responsable: Director y Jefes de Servicio.

Evaluación: mensual por Comité de Epicrisis.

Objetivo general

Contribuir a la mejora de la calidad de atención a los pacientes, optimizando la utilización de los recursos mediante la realización de epicrisis al alta de los pacientes.

Objetivos específicos

Diagramar una hoja de epicrisis tomando la ya existente y agregando datos de MBDS.

Motivar a los médicos para el correcto llenado de la hoja de epicrisis

Metas

Lograr el 80% de epicrisis completa a los 3 meses y el 100% a los 6 meses

Análisis de situación y diagnóstico estratégico

Definición de los problemas

No se pueden codificar diagnósticos (DRG).

Fallas en la comunicación entre 1º y 2º nivel y con los hospitales derivadores.

Falta de comunicación escrita al paciente.

Causas

Falta motivación en los recursos humanos.

No hay herramienta útil y completa para realizar epicrisis.

Matriz FODA

FORTALEZAS	Medico de cabecera. Interés del serv. de estadísticas. Pronto pago de obras sociales. Herramienta legal para los médicos.
DEBILIDADES	Resistencia de los médicos.
OPORTUNIDADES	Interés de CAPS y hosp. de referencia. Hoja de espicrisis en la prov. de Jujuy
AMENAZAS	Interés de los pacientes. Falta de provisión de hojas. Perdidas por pacientes y/o familiares.

Actividades

Taller para diagramar hoja de epicrisis con jefes de servicio.

Reunión con servicio médico y estadística para analizar hoja de epicrisis.

Nueva reunión con jefes. Creación Comité de Epicrisis.

Solicitud al Director de 10.000 hojas de epicrisis.

Verificación del correcto llenado de hojas mensualmente.

Cronograma

Taller con jefes de servicio	1 al 5-03-04
Reunión en cada servicio	8 al 19-03-04
Formación C. de Epicrisis	22 al 26-03-04
Pedido provisión de hojas	29-03-04
Comienzo proyecto	03-05-04
Primera Evaluación	03-06-04

Recursos humanos

Jefes de servicio asistenciales médicos finales.

Jefes de estadística.

Profesionales médicos de los Serv. asistenciales.

Facilitadores (autores del proyecto).

Recursos e inversiones

10.000 hojas de epicrisis por año.

Dirección

Comité de epicrisis: Jefe estadística-Representante de los jefes de servicio asist. finales- Uno de los autores del proyecto.

Director del Hospital

Ventajas que ofrece el proyecto

Objetivos concretos.

Relativamente fácil ejecución.

Corto plazo.

RR HH existentes.

Bajo costo.

Cumple con Misión del Hospital.

Proyecto Profesionalización del auxiliar de enfermería a cargo de la institución

Descripción

El plan de profesionalización es un proceso de formación que integra a los trabajadores de la salud, en éste caso Auxiliares de Enfermería, para la progresiva construcción del conocimiento profesional y la Adquisición de las competencias necesarias para el desarrollo de los servicios de enfermería.

En nuestra Institución se esta desarrollando el Plan de Profesionalización desde 1996 a cargo de la Escuela de Enfermería Guillermo C. Paterson. Durante el periodo de implementación del Plan (8 años) la incorporación del Auxiliar de Enfermería al mismo fue escasa. Las causas que determinan ésta situación son las siguientes:

Económica. El costo del Plan debe ser asumido por el alumno.

Demográfico. Para el cursado de las materias teóricas deben trasladarse a San Salvador de Jujuy distante a 110 Km. que implican 4 Hs. de viaje diario más el costo que genera el boleto de transporte.

Desarraigo. La mayoría de los agentes son jefas/es de hogar que tienen carga familiar.

Con el objeto de revertir ésta situación se propone desarrollar el Plan de estudios en nuestra Institución con la utilización de los Recursos Humanos existentes, tanto profesionales médicos de las distintas especialidades como personal de Enfermería capacitado. La titulación del egresado estará a cargo de la Escuela de Enfermería Guillermo C. Paterson.

Objetivo general

Crear las condiciones adecuadas para el desarrollo del Plan de Profesionalización dentro de la Institución.

Objetivos específicos

Realizar la presentación del proyecto a la Escuela de Enfermería Guillermo C. Paterson

Asignar docentes para las clases teóricas

Afectar a un monitor docente para la supervisión de las prácticas.

Capacitar a los docentes y monitores.

Solicitar la disponibilidad del salón ateneo para el desarrollo de las clases teóricas.

Realizar charlas informativas al personal de conducción de los diferentes Servicios.

Realizar charlas informativas al personal poniendo énfasis en los beneficios personales y económicos que brindaría la Profesionalización.

Análisis de situación y diagnóstico estratégico. Análisis FODA

Fortalezas Personal capacitado para el desarrollo del Plan. La complejidad del Hospital permite la capacitación en las distintas especialidades básicas. Lo /as Enfermeras se sienten comprometidas en la capacitación. Genera satisfacción personal , grupal e Institucional Mayor ingreso económico.	Debilidades Alto porcentaje de Auxiliares de Enfermería. Edad promedio del personal auxiliar mas de 40 años y en algunos casos apunto de jubilarse. Poca accesibilidad al Plan de profesionalización ya existente
Oportunidades Reconocimiento social de la enfermería como profesión. Mayor satisfacción del paciente al brindar calidad de atención en enfermería	Amenazas No lograr la aprobación del Director para llevar a cabo el proyecto. No lograr un acuerdo con la Escuela de Enfermería Guillermo C. Paterson.

Factores críticos de éxito

Recurso Humano

El compromiso de los docentes profesionales médicos en la capacitación de los alumnos incorporados al Plan.

El apoyo del personal de conducción de Enfermería de los diferentes servicios en donde se desarrollaran las prácticas participando en la capacitación del alumno trabajador.

La adecuación de los horarios del estudiante trabajador de acuerdo a la planificación de las actividades, según la materia, sin que perjudique la planificación mensual del servicio.

La aprobación por parte de la Escuela de Enfermería a la propuesta planteada.

El apoyo permanente del Sr. Director de la Institución.

Cronograma de actividades

ACCIONES	RESPONSABLE	META
Reunión informativa y presentación del proyecto	Jefa de Dpto de Enfermería y supervisoras. Dir. Del Hospital. Representante de la Esc. De Enfermería	Se desarrollará en el salón ateneo a partir de Hs. 09 a 11
Designar docentes Médicos profesionales de las distintas especialidades	A cargo del comité de docencia y Dpto de Enfermería	Se designará 4 médicos de planta y 4 médicos residentes generalistas.
Designar personal de Enfermería como docente de servicio	Jfa. Dpto de Enfermería	4 enfermeras docentes de servicio
Capacitación para el personal docente profesional Médico sobre el contenido de la curricula de la carrera.	Docentes de la Escuela de Enfermería	Lograr que durante 2 semanas de jornada simple se capaciten.
Capacitación para el personal docente de servicio (Enfermería)	Docentes de la Escuela de Enfermería	Lograr que durante 2 semanas de jornada simple se capaciten.
Designar espacio físico para las clases teóricas	Dpto. de Enfermería	

Proyecto

Objetivo general

Implementar un sistema de información que permita, desde la captura de datos hasta la generación de indicadores en cada uno de sus niveles de acción, posibilitar el gerenciamiento de Institución

Objetivos específicos

Proveer de equipos informáticos a los centros de responsabilidades del H.O.O. que carecen de ellos

Lograr que el personal de los diferentes centros de responsabilidad del H.O.O. informaticen los datos generados localmente

Establecer una red de información en forma coordinada para la generación de indicadores

Facilitar la gestión de los diferentes centros de resultados mediante la retroalimentación de la información

Estrategias generales del proyecto

Conformar un circuito de información

Registrar datos de referencias y contrareferencias

Elaborar indicadores y resúmenes de información

Responder a la demanda de información

Análisis de las alternativas

Fortalezas	Debilidades
Necesidad sentida por parte del personal a realizar sus tareas en forma fácil, ágil y ordenada.	Falta de software apropiado para las actividades del sistema de salud
Predisposición del personal para capacitarse en forma permanente.	Falta de capacitación del personal en informática
Contar con equipamiento computacional en la mayoría de los centros de responsabilidad.	Resistencia del personal al cambio.
	Aprovisionamiento irregular de insumos

Oportunidades Capacitación gratuita en informática por parte de la Fundación Ledesma para el personal de las distintas Instituciones. Implementación de nuevas políticas del MBS tendientes a lograr la descentralización y la concreción de sistemas locales de salud	Amenazas Sustracción de los equipos computacionales por falta de seguridad de los CAPS y algunas áreas del Hospital
---	---

Cronograma de actividades

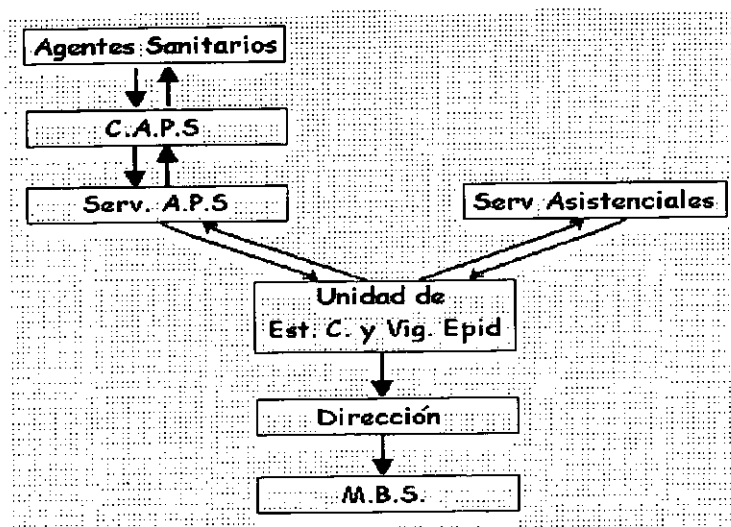
Centros de result.	Actividades	Responsable	Tiempo	Etapas
En los CAPS	Captura de datos: terreno, consultorio	Agent. Sanitar. Personal adm.	Trimest y Diaria	Primer Semes Tre
	Monitoreo	Superv. Int. Superv. Med	Diaria	
En los Serv. Asistenciales	Capt. De datos: Intern, C.E., gdia., serv. Interm.	Secret. Salas, pers. Estad., pers. Enferm., Pers. Admin.	Diario	Segundo Semestre
Unidad Estad. Censo y vig. Epid.	Recepc. Inform. De datos. Indic. Análisis. Refer. A la direc. Y MBS Contraref. Local	Personal administrat. Capacitado Jefe de la Unidad	Diario Semanal y mensual	

Factores críticos de éxito

Lograr que los niveles operativos y línea media tomen decisiones en respuesta a sus indicadores.

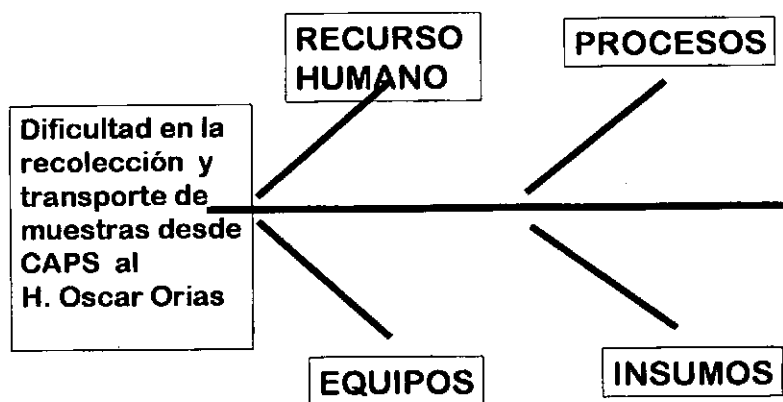
Mejorar la calidad de vida de la población del área.

FLUJOGRAMA DE LA INFORMACION



Proyecto Optimización en la recolección y envío de muestras para análisis clínicos desde los CAPS al Laboratorio Central

Explicitación del problema



Recurso humano

Falta de capacitación y concientización del personal encargado de la toma de muestras.

Carencia de personal asignado al traslado de las muestras.

Carencia de personal administrativo.

Procesos

Retardo en el envío de las muestras desde los CAPS al Laboratorio.

Errores de procedimientos en las tomas.

Errores de registros de datos del enfermo.

Arribo de las muestras en horarios diferentes.

Equipos

Falta de medio de movilidad equipado para el traslado de las muestras.

Carencia de Baños termostatizados en los CAPS.

Insumos

Falta de material para extracciones de muestras (algodón, agujas, frascos c/anticoag.)

Objetivo estratégico

Optimizar la recolección y envío de las muestras para análisis clínicos, desde los Centros de Atención Primaria (CAPS) al Laboratorio Central del HOO. Con el propósito de asegurar calidad y celeridad en los resultados, como también conservar la dinámica de funcionamiento del Servicio.

Objetivos específicos

Recursos Humanos

Equipos

Resultados

Insumos

Procesos

Recurso humano

Capacitación y concientización del personal encargado de recepción y recolección de muestras en los CAPS.

Designar un personal específico para el traslado de las muestras.

Designar un personal administrativo en el laboratorio.

Equipos

Provisión de equipos de baños Termostarizados a los CAPS.

Provisión de un medio de transporte adecuado para el envío de las muestras desde los CAPS al Laboratorio.

Insumos

Provisión en cada CAPS de elementos necesarios para extracción de muestras (agujas, jeringas, algodón, alcohol etc.)

Procesos

Optimizar la toma de muestras

Agilizar y asegurar el correcto envío de las mismas desde los CAPS al Laboratorio

Resultados

Evitar alteraciones o distorsiones de resultados en las muestras

Sistematizar los procesos funcionales del Laboratorio y así reducir costos en el recurso humano y material.

Matriz FODA

Fortalezas Único laboratorio de mayor complejidad en la región Hospital estatal	Debilidades Insuficiente personal calificado para toma de muestra en los CAPS. Carencia de transporte adecuado de las muestras. Retardo del ingreso de las muestras. Alteración en los resultados. Discontinuidad en la provisión de insumos.
Oportunidades Apoyo de programas nacionales y provinciales de APS. Apoyo del Municipio. Mediación de ONG	Amenazas Aumento de la incidencia de patologías (TBC, HIV) Incremento en la demanda de análisis. Leyes que limitan el ingreso de personal idóneo. Políticas sanitarias incongruentes.

Programa de capacitación el personal de los CAPS

Objetivo general

Capacitar y concientizar al personal de los CAPS, en la recepción y recolección de los análisis.

Objetivos específicos

Dar información clara y precisa a los pacientes.

Brindar un buen trato al paciente.

Realizar una correcta toma de muestras.

Identificar correctamente las muestras.

Confeccionar correctamente la planilla.

Asegurar el adecuado envío al Laboratorio.

Destinatarios

Personal encargado de la recepción y recolección de muestras en los 7 CAPS.

Contenidos

Indicaciones a los pacientes para la toma de muestras.

Datos necesarios de los pacientes incluidos en los pedidos de análisis.

Técnicas de recolección de muestras de Sangre, Orina. Materia fecal, esputo

Actividades

Clases teóricas

Demostración práctica

Talleres

Cronograma

Tiempo de ejecución: 2 meses

Frecuencia: 2 días por semana, 2 horas

Evaluación: escrita y práctica.

Recursos e inversiones

Provisión de un medio de movilidad para el traslado de las muestras, pudiendo tratarse de una ambulancia, ciclomotor, remis, etc.

Avance

El programa concluyó su segunda edición, terminó su etapa de evaluación individual y grupal y delineó líneas concretas para la transferencia de los conocimientos adquiridos por parte de los profesionales capacitados. Estas líneas iniciales de proyecto se inscribirán como ejes estratégicos de los procesos de articulación de la capacitación en las prácticas de los hospitales destinatarios y serán monitoreados y evaluados a partir de dispositivos de la gestión de proyectos en salud.

Gestión de la Calidad 2º edición

La segunda edición del Programa "Gestión De Calidad En Los Servicios Públicos" forma parte de una demanda expresada durante el desarrollo de la primera edición, donde se presentaba un gran número de agentes de la administración pública provincial que deseaban incorporarse al mismo. Casi sobre el cierre de los cursos 3 y 4 se iniciaron las inscripciones para el segundo tramo del programa. A través de un sistema que ofrecía facilidades a los interesados, la inscripción final triplicó la convocatoria inicial, iniciándose el primer curso con una matrícula de 680 alumnos.

Manteniéndose la estructura curricular de la primera edición (ver informe septiembre-octubre), en el presente tramo se ejecutó el primer curso del programa según el siguiente cronograma:

Programa Gestión de la Calidad en los Servicios Públicos			
Denominación del Curso	División interna	Duración	Modalidad
Gestión de la Calidad en el Sector Público	4 módulos temáticos	Cuatro Semanas 1 Semana por Módulo	A Distancia y Semipresencial
Tutores			
Ing. Elsa Esther Pereyra C.P.N Miguel Fanucchi		Ing. Martín Carranza Prof. Hugo Jiménez Vargas	

El sistema tutorial dispuso para esta segunda edición de cuatro docentes/ profesionales para atender las consultas sobre el Curso I por distintos medios de acceso como correo electrónico, correo postal, vía telefónica y personalmente.

La modalidad de cursado/ dictado contempló encuentros presenciales en cuatro sedes: San Salvador de Jujuy, San Pedro de Jujuy, Humahuaca y Perico.

La frecuencia de atención de las consultas se ha definido por densidad territorial de inscriptos. Así es como en la Capital –sede del IPAP- se dispusieron de seis horarios de consulta por semana, de ellos cinco en las primeras horas de la tarde y uno por la mañana. En localidades del interior de la provincia se realizaron tres consultas presenciales, en Humahuaca, San Pedro y Ciudad. Perico.

La evaluación del primer curso tiene las siguientes instancias:

- 1- Autoevaluación de cada uno de los módulos: se Adjunta al material bibliográfico un cuestionario guía para ser completado opcionalmente; el mismo contribuye a que cada participante realice un monitoreo sobre su proceso de aprendizaje. Remitir al tutor la Autoevaluación para una corrección otorga una nota conceptual que será considerada en el momento de la aprobación del curso.
- 2- Evaluación Final: Al concluir las cuatro semanas del primer Curso, se realiza una evaluación final obligatoria para todos los participantes, siendo requisito previo para continuar con el desarrollo del Programa. Esta evaluación es presencial y consiste en un cuestionario basado en contenidos específicos de los cuatro módulos cursados previamente. Esta evaluación tiene una instancia de recuperación única destinada a aquellos que no aprueben el primer examen y los participantes que por razones de salud o laboral no pudiesen concurrir a la primer fecha de evaluación. Además, al finalizar el Curso I, se suma la posibilidad, a los interesados, de rendir en sus lugares de residencia, por distantes de la sede del IPAP.

Para el Segundo y Tercer Curso:

La evaluación es conceptual y queda sujeta a la modalidad que fijen los profesionales capacitadores que tienen a su cargo el dictado. Desde el IPAP será excluyente la asistencia al segundo y tercer curso, para dar por aprobado los mismos.

Acreditación del Programa

El Programa de Gestión de la Calidad en los Servicios Públicos, al concluir todas sus instancias de cursado y aprobación, otorga un certificado del Instituto Provincial de la Administración Pública dependiente de la Dirección Provincial de Personal y el Gobierno de la Provincia de Jujuy.

Este certificado da cuenta de la capacitación recibida y los conocimientos adquiridos durante el desarrollo del programa. Las certificaciones del IPAP no se acreditan como horas cátedra de validez en Junta de Clasificación Docente.

A continuación se desarrollan el análisis descriptivo y las conclusiones en base a los registros cualitativos y cuantitativos recogidos por cada Docente/ Tutor del curso I durante las seis semanas que van desde octubre a diciembre del 2003, según el grupo de atendido y finalmente una síntesis sobre el programa desde la percepción de los docentes y de los alumnos

Tutoría para los inscriptos de los Hospitales "Plinio Zabala" y "Nuestra Sra. Del Carmen"

Estos nosocomios están ubicados a 30 km de la Capital de Jujuy, y representan aproximadamente el 20% (135/ 680) de los inscriptos, quienes trabajan y viven en esa zona. Las tutorías presenciales fueron cinco, de dos horas de duración por vez, en el mismo n° de semanas, en la sede del Hospital "Plinio Zabala" de cdad. Perico; también se dispuso un horario por las mañanas en el aula del IPAP, pero este fue aprovechado por gente de otras localidades como Fraile Pintado (a 100 km) y de un hospital cercano ("Pablo Soria").

La primera instancia presencial contó con el 90% de los inscriptos, de los cuales sólo el 10% aproximadamente tenía en sus manos el material de lectura de los módulos. También mostraron desconcierto por el régimen de cursado. Evidentemente algunos

integrantes de la repartición se interesaron en el tema y convocaron a otros para presentar los formularios de inscripción. También fue evidente que la responsabilidad de buscar el material en la casilla electrónica era de una o dos personas, en quienes recayó la responsabilidad de la lectura y difusión de la información y contenidos. Este hecho se refleja cuantitativamente en el número de participantes (32% de los inscriptos) después del primer encuentro. La producción escrita fue el modo preferido ya que sólo un inscripto hizo consultas y envió sus autoevaluaciones por e- mail. La participación de 45 personas se dio a través de encuentros presenciales y de la presentación de los trabajos de autoevaluación para ser revisados por el docente, variando la proporción según el lugar de encuentro – mayor en el Hosp. “Plinio Zabala”- y con una tendencia a disminuir con el correr de las semanas. Un aspecto a tener en cuenta es que hubo una mayor proporción de aprobados (90%) y constancia (si se tiene en cuenta la proporción de inscriptos/ as, 79%) por parte de las mujeres Finalmente, aprobaron las Evaluaciones el Curso I un total de 30 que representan un 67% de los participantes a dos o más de los encuentros presenciales y/ o que elaboraron autoevaluaciones y un 22% del total de inscriptos asignados al tutor. Cabe aclarar que casi el 70% de los aprobados tienen una formación terciaria o universitaria o está constantemente haciendo cursos.

Del Proceso Enseñanza – Aprendizaje

Aspectos/ factores que lo favorecieron:

- ✓ El antecedente de haber incursionado en la Gestión de Calidad hasta hace 4 años, con dirección del hospital y una intención inicial de la actual conducción de retomarla
- ✓ Experiencias positivas con la implementación de la Gestión de Calidad
- ✓ Predisposición de algunos/ as líderes de sector para tomar capacitación
- ✓ Disponibilidad semanal de un espacio físico dentro del hospital para ser usado en las instancias presenciales de la tutoría.
- ✓ Predisposición y voluntad de la mayoría de los participantes para la aplicación de los conceptos teóricos

Aspectos/ factores que lo obstaculizaron:

- Epidemia del Dengue que obligó a algunos/ as inscriptos/ as a dedicar largas jornadas en la calle para prevenir el desarrollo de larvas del insecto portador - encontrado en la zona- durante las primeras lluvias de esta época del año
- Inscripción masiva sin información previa sobre el régimen de cursado, los que llegaron con la expectativa de un curso con modalidad presencial
- Acceso limitado a otros materiales de consulta por la mayoría de los cursantes
- Falta total del hábito del uso del correo electrónico por el 95%
- Interferencias en la comunicación interna del hospital.
- Interferencias relacionadas con cuestiones políticas del momento (por ej. cambio de director)

Conclusiones y sugerencias:

El grupo que terminó aprobando el curso e inclusive los que no rindieron pero han participado a través de la elaboración de las Autoevaluaciones y /o en las instancias tutoriales presenciales se han integrado alrededor del tema de Gestión de Calidad dejando un terreno fértil para otras acciones relacionadas a la mejora en la Gestión de los servicios Públicos. Requerirá una modalidad más tendiente a una modalidad presencial, con el enfoque de educación de adultos, y dejando como una alternativa menor la vía electrónica. El material debe ser adecuado aún más a los sectores/ reparticiones de la administración pública, como en este caso Salud, ya que era notorio el esfuerzo de adaptar el código del lenguaje generalizado del material al específico.

El Programa proseguirá en el primer tramo del Plan 2004 con el desarrollo de los cursos:

Segundo Curso: Modelos de Autoevaluación, de Gestión y de Excelencia en la Gestión de Calidad	
Capacita: Oficina de Calidad en los Servicios/ Gobierno de Salta	
Modulo	Ejes temáticos Básicos
Único Modulo <u>Febrero de</u> <u>2004</u>	Características, fundamentos, estructuras, criterios, subcriterios, puntuación, utilidades, esquemas lógicos. Diferencias, ventajas e inconvenientes de cada modelo.

	Procedimientos de autoevaluación. Formularios, encuestas y cuestionarios. 4. Implantación de modelos de autoevaluación.
Tercer Curso: Técnicas y Herramientas de Trabajos en Equipo	
Modulo	Ejes Temáticos Básicos
Único Modulo <u>Febrero de</u> <u>2004</u>	1. Técnicas de trabajos en equipo. 2. Denominaciones, ventajas, inconvenientes y objetivos. 3. Campos de aplicación.

Programa Producción de textos administrativos destinado al personal de secretaría y administrativos

El presente informe está destinado a brindar el enfoque didáctico docente-alumno planteado para el Curso **“Producción de Textos Administrativos”** destinado al personal de áreas críticas de la Administración Pública Provincial.

La metodología utilizada comprende encuestas, opiniones informales rescatadas mediante coloquios improvisados, observación participante, cuestionario y análisis cuantitativo a partir de la observación de resultados en trabajos prácticos, actividades de integración teoría práctica en las diferentes temáticas, evaluación y refuerzo de evaluación.

Para ello, se estructura el presente en dos campos de análisis, que a su vez constituyen la vertebración inherente al curso en dos niveles de complejidad. El informe se resuelve según los ítems:

1. Objetivos Generales

- *Contenidos*
- *Encuestas*
- *Replanteamiento de contenidos.*

2. De los temas aprehendidos.

3. *De los temas demandados.*
4. *De los temas reforzados.*
5. *De la técnica didáctica de abordaje fundamental.*
6. *De las técnicas complementarias.*
7. *Del ámbito de aplicación.*
8. *De la evaluación.*

Objetivos Generales

Primer Nivel

Módulo I

El curso es destinado en principio a personal que cumple funciones de Secretarías Ejecutivas, a través de una instancia previa, con contenidos exclusivamente destinados a este grupo en un primer módulo de trabajo para sumar luego al resto del personal convocado, perteneciente a niveles de la administración.

Realizadas las clasificaciones, se constituyen dos comisiones de aproximadamente veinte personas cada uno.

El objetivo plantea:

Conocer y llevar a la práctica desde el correcto uso del discurso oral y escrito las funciones de un/a secretario/a.

Para ello se abordan los siguientes temas:

1. Funciones primordiales de una secretaria.
2. El discurso oral
 - La conversación.
 - Máximas conversacionales: discrecionalidad, relevancia, pertinencia, oportunidad.
3. El discurso escrito
 - Protocolo
 - Precisión, claridad, brevedad, corrección, ultracorrección.

Módulo II-

Destinado a ambos grupos. Analizadas las encuestas, se determina ajustar contenidos planteados desde la profundización de temas vinculados con la organización de las ideas en un texto como el de mayor demanda. El objetivo propuesto unifica criterios basados en una demanda general:

Elaborar documentos administrativos manteniendo propiedades de coherencia y cohesión.

Respecto de los temas seleccionados se da prioridad a:

1. Variedad lingüística de la administración pública.
2. Cohesión: elementos para integrar ideas en un texto.
3. Coherencia: conocimiento de superestructuras esquemáticas informativas y argumentativas. Estrategias en una argumentación.
4. Fases en la producción de textos: pre, proto, posttexto.
5. Nociones generales del Decreto 333/85 y sus modificatorios. Adecuaciones a los escritos administrativos provinciales.

Módulo III

La producción incorpora aplicaciones de asistencia tecnológica desde el momento en que cada oficina pública cuenta al menos con una PC; se considera oportuno actualizar conceptos vinculados con los formatos y el diseño de documentos en líneas generales, sin profundizar temas que se estiman inherentes a especialistas en programación.

El objetivo que se plantea para este módulo:

Actualizar desde la programación tecnológica nociones generales de la producción textual, contenidas en el Decreto Marco.

Los temas:

1. Programa Word
2. Configurar página
3. Herramientas
 - ◀ Ortografía y gramática
 - ◀ Correspondencia

◀ Sobres y etiquetas

4. Tabla

5. Formato

◀ Párrafo

◀ Numeración y viñetas

◀ Bordes y sombreados.

Estos contenidos se seleccionan por entender que la aplicación del formato exigido por el Decreto Marco es necesario que en principio se conozca desde Word lo que inicialmente fue diseñado sin prever el importante avance en tecnología durante las últimas décadas.

Nivel II

Pretende ahondar en el manejo de documentos desde el conocimiento de superestructuras esquemáticas. Por ello se elabora un objetivo que responde a los dos módulos de abordaje.

Producir documentos respetando principios textuales y formatuales determinados por el Decreto Nacional N° 333/85, entendiendo que tal acción implica además procesos lógicos y cronológicos organizados a partir de un expediente.

Módulo I

Los contenidos se seleccionan en virtud de la posibilidad de aplicar desde la teoría los conceptos aprendidos e incorporados en el Primer Nivel.

Nota solicitud

Primera y tercera persona.

Informe breve

Acta.

Providencias.

Se priorizan aquellos documentos que exijan la aplicación de esquemas superestructurales, controlando el uso de estrategias en la comunicación escrita.

Módulo II

El expediente

Resolución

La documentación en la administración pública implica un proceso gestional graficado mediante el empleo de una macroestructura que va organizando la documentación que permite a la vez contemplar como un todo, diferentes modalidades de la comunicación institucional, por esto es importante que el cursante pueda percibir el todo desde la disposición de las partes y sus motivaciones. El tema expediente es el más apropiado ya que su análisis permite observar la historia de un documento inicial, sus relaciones y eventualmente su resolución favorable o no. La lectura e interpretación fueron fundamentales como apoyatura a la calidad en la presentación de los documentos. Por otro lado, en lo que respecta a la resolución, si bien hay docentes que manejan este tipo de documentos con mucha solvencia se percibe la necesidad de unificar criterios de escritura.

Encuestas

Para la selección y priorización de los contenidos se usan encuestas anónimas. La pregunta de relevancia para esta instancia focaliza los aspectos en los que suele tener más dificultades el empleado público, tomándose como parámetros los siguientes:

- ⌘ Ortografía
- ⌘ Conocimiento de funciones de textos.
- ⌘ Organización y relación de las ideas al momento de volcarlas en el papel.
- ⌘ Poco o ningún conocimiento del uso de elementos para organizar las ideas.
- ⌘ Desconocimiento de formatos y estructuras de documentos especiales.
- ⌘ Otro problema.
- ⌘ Todos.

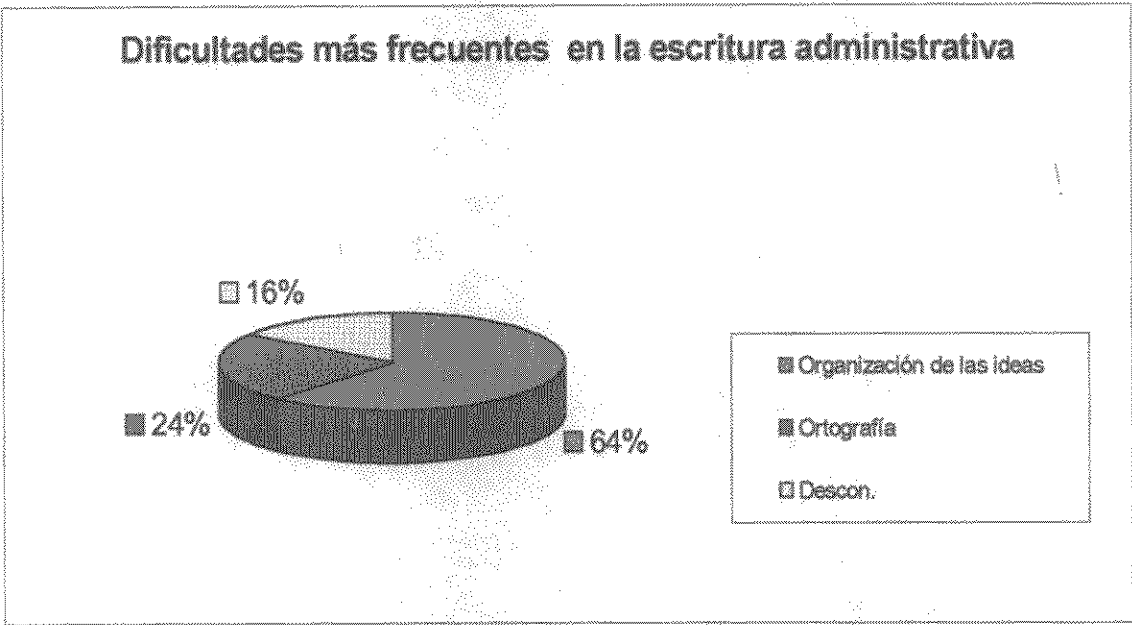
De 25 (veinticinco) personas que devolvieron las encuestas se obtienen los siguientes resultados.

Variable	Cantidad	Porcentaje
Organización de las ideas al momento de volcar las ideas	16	64%

en el discurso escrito.		
Ortografía.	6	24%
Desconocimiento de formatos y estructuras de documentos especiales.	4	16%
Conocimiento de las funciones de los textos.	4	16%
Otro.	3	12%
Todos.	0	0%
Total	38	

Es necesario aclarar que diferentes cursantes eligieron por lo menos tres opciones. En el cuadro siguiente se grafican solamente los tres primeros problemas que constituyen, según los encuestados, las mayores dificultades al momento de encarar su escritura.

Organización	64%
Ortografía	24%
Descon.	16%



De los resultados analizados se determina fortalecer el aspecto relacionado con el tema coherencia y cohesión en primer lugar y en segundo lugar las superestructuras esquemáticas. Por esto, el Módulo II del Primer Nivel se constituye en el eje vertebrador de los otros que delegan en la transferencia y transposición didáctica las estructuras contenidas en el Decreto Marco. Se descartan al momento de la lectura

de las encuestas como de información de requerimiento trascendente a la real necesidad. No obstante, durante el desarrollo de las actividades, las demandas fueron otras que se considera de uso inmediato, el establecimiento de un parámetro válido de producción de textos que evite observaciones, reparos, correcciones que se considera más producto de la apreciación personal que de la institucionalización escrituraria.

Replanteamiento

Los contenidos replanteados focalizaron:

Organización de las ideas en un texto.

Conocimiento y manejo de estrategias discursivas.

Criterios de corrección.

Se apartan tema vinculados con:

Ortografía

Fórmulas protocolares

Formatos.

Sin embargo, en el avance de la práctica se observan errores ortográficos, usos en la comunicación escrita de modelos de la práctica oral, además de poca capacidad para desprenderse de las formas perifrásticas arraigados inclusive en las frases estereotipadas que no son cuestionadas.

De los temas aprehendidos

De la apreciación general, la lectura del análisis estadístico y teniendo presente además los comentarios informáticos esporádicos de los alumnos, se determina organizarlos en tres aspecto según el impacto producido.

Generalidades de la Ley 333/85 y sus modificatorias.

Estrategias discursivas según formatos.

Reflexión sobre la necesidad de elaborar un escrito ajustado a criterios gramaticales y formatuales institucionalizados y legitimados no por el uso sino por derecho.

Reflexión sobre la presentación personal manteniendo canales eficientes de interpretación y comunicación.

Generalidades del Decreto 333/85

Como lo adelantara, el impacto generado en los alumnos de ese curso se da por el encuentro con las disposiciones de este marco regulativo cuyos términos desconocen.

Esto produce una inflexión importante en la asistencia al Curso ya que quienes se adhieren, desconocen o prevén incierta su implementación por la falta de acompañamiento que esperan de sus superiores o por la crítica y resistencia de sus compañeros, quienes resisten las alteraciones de su poder decir del discurso escrito, legitimado por pautas convencionalizadas, que en el presente se ve amenazado.

Desde el análisis de los trabajos prácticos resulta no menos compleja la cuestión ya que la modalidad operada en cuanto a las disposiciones formatuales se ejercitan no siempre respetando criterios uniformes sino más bien tanteos sobre lo que deben ser márgenes, estructuras, uso de mayúsculas, subrayados, uso de signos auxiliares, de símbolos, membretes, fechas, etc. Esto significa una evaluación donde procesos, retrocesos y reescrituras imprime un nuevo estilo apoyado a su vez en la inflexibilidad por un lado y la constancia por el otro.

Es notable cómo en la transición entre los niveles se percibe un cambio sostenido por la práctica.

En el proceso se evidencian confusiones, producto de la mezcla de modelos antiguos con la incorporación de pautas nuevas. Por ejemplo, la elaboración de las resoluciones. Generalmente, luego del Visto perviven los dos puntos y mayúsculas, constituyendo un solo bloque de escritura con el contenido de esta estructura que por convención institucional suele comúnmente habilitar en el renglón siguiente un párrafo que lo contiene:

Antes	Visto: La Resolución Nº 555/97 por la cual se deja establecido que en lo que respecta...
Transición	Visto: La Resolución Nº 555/97 por la cual se deja establecido

	que en lo que respecta...
Correcto	Visto la Resolución N° 555/97 por la cual se deja establecido que en lo que respecta...

De los temas demandados

La demanda estuvo relacionada con la posibilidad de acceder a modelos de documentos elaborados, más precisiones sobre el Decreto Marco, aspectos vinculados con la ortografía y la normativa gramatical, respecto del uso de mayúsculas, subrayados, signos auxiliares, etc. y fundamentalmente la práctica de escritura especial. Esto último genera un contrasentido ya que precisamente este tema parte del conocimiento de determinadas estrategias para las cuales es necesario incorporar terminología, procedimientos lógicos, conceptos, ideas y esto conduce necesariamente al estudio y el seguimiento de un proceso de vinculación de temas cuya interrupción o ausencia genera una ruptura sin solución de continuidad. Por ello, la falta de tiempo para la lectura o el repaso, como así también la demora en la presentación de los trabajos prácticos interrumpe la regularidad del proceso que dificulta la llegada con efectividad de este tópico, transformando la práctica en una actividad agobiante y de difícil acceso.

En lo que se refiere a precisiones sobre el Decreto 333, es cierto que se detectaron algunas ambigüedades en su planteo especialmente referidas a la incompletud que se detectaron en temas vinculados con los espacios protocolares y documentos cuyo uso cotidiano y su práctica, hacían realmente insostenible su propuesta ya que no se avenía a la vigencia del avance tecnológico como de los recursos y las necesidades de las oficinas públicas locales. La falta de respuesta, genera una suerte de incredulidad respecto de la eficacia de sus disposiciones, por lo cual es necesario aclarar constantemente que si bien es un documento cuya vigencia se mantiene inalterable en sus fundamentos, es necesario prever un estudio previo para incorporarlo definitivamente con eficacia en la provincia.

De los temas reforzados

Una vez definidas las líneas conceptuales, el refuerzo se transforma en un correlato de la evaluación por entender que esta instancia es la que genera un encuentro de la práctica con la teoría y es el lugar donde se plantea un conflicto que subsume conceptos para ejecutarlos en marcos definidos de escritura. No obstante, es evidente una regularidad productiva de textos donde perviven modelos instalados durante el proceso de adquisición de la escritura original, sumados vicios y convencionalismos arraigados y pertenecientes a un ámbito plenamente estructurado y evidenciando, fundamentalmente, por el uso de frases estereotipadas y formatos asumidos, el divorcio de lo nuevo con lo afianzado. El refuerzo evaluativo, consiste en presentar variantes de los ejercicios de la evaluación para ser resueltos con la ayuda del docente.

Los temas cuyas dificultades se evidencian en la como las de mayor complejidad son: coherencia, cohesión, procesos de escritura, corrección, estrategias argumentales e informativas. La continuidad de los niveles deja pendientes de resolución temas vinculantes para ser resueltos en sus domicilios y ser presentados previa consulta de satisfacción con la docente.

De la técnica didáctica de abordaje fundamental

La técnica de abordaje fundamental planificada es aula-taller, por entenderla como la más apropiada por los temas y el grupo de cursantes. Los temas implican un trabajo, una actividad cuya empresa debe abordarse inmediatamente desde la participación, la transferencia de experiencia y el planteo de duda de rápida solución. Por otro lado, se entiende que el grupo humano, adultos con intereses afines, y áreas de trabajos con particularidades semejantes, puede además constituir un grupo de interacción futura y de relaciones interpersonales de beneficio mutuo. En las dos primeras clases, se observa que el grupo es estructurado y con especiales dificultades para establecer vínculos de acción, como la dinamicidad en las tareas abocadas que implicaba el desplazamiento en el salón o la relación con empleados de otras áreas en ejercicios presentación donde generalmente se pone en juego el humor y la ocurrencia. Esto no sucede y el docente debe replantear la técnica de abordaje para los futuros temas.

De las técnicas complementarias

En el replanteo de la técnica fundamental se decide regresar a la base expositiva con la proyección de filmas y trabajos prácticos. La más de las veces se dicta la clase en estilo de curso unilateral descendente, donde el docente pregunta y responde.

En otras oportunidades se evidencia mayor participación y entusiasmo por el tema de preferencia vinculado a conocimientos que no figuran en su repertorio administrativo y la clase se hace más participativa, planteando desde la inquietud y la curiosidad una clase más distendida y participativa.

Se utiliza en estas ocasiones papelógrafos o pizarrón donde los cursantes se "atreven" a proponer ejercicios y resolverlos.

La participación es fundamental por lo expuesto más arriba y en todo momento se intenta conseguir adhesiones en este sentido y alentarlos para construir desde el error su propia y la autocrítica una reflexión sobre su escritura.

Del ámbito de aplicación

Existen no pocos temores sobre la aplicación de los temas vinculados, especialmente los que se refieren al Decreto Marco cuyo tema representa para los alumnos la condensación y la síntesis del curso. Esto se percibe por los comentarios informales, fuera del ámbito del curso del que se traduce falta de adhesión de algunos superiores, falta de compromiso de compañeros de trabajo quienes observan con sorna e incredulidad sobre la validez, vigencia o certeza del documento.

Se aclara que el impacto por este tema no es privativo del curso, con anterioridad se observa resultados semejantes, por lo que se enfatiza la necesidad de encontrar criterios de referencia válidos en nuestra provincia.

Respecto de los temas vinculados con la producción en sí, se observa en empleados cuya antigüedad no supera los cinco años, un interés mayor ya que les es de utilidad los procesos y mecanismos de escritura a la vez que consideran como de valor permanente el otorgamiento de pautas regulares de escritura.

De la evaluación

La evaluación propone un sistema de opción múltiple de contenidos conceptuales y producción desde la práctica.

Los resultados son los esperados. Resultados regulares para el proceso de escritura (Primer Nivel) y óptimos para la elaboración de documentos cuyo manejo es consuetudinario (Segundo Nivel). Estos índices se prevén por dos razones. En primer lugar, aquellos cursantes que han aprobado el primer nivel y cuyas tareas no son vinculantes con los temas vistos, percibieron y entendieron que hay una continuidad lógica en el proceso de escritura que culmina con la elaboración de una resolución de aplicación común en la administración. Esto se puede dar en un estado donde la escritura aún no ha sido modificada por la incorporación de parámetros estructurados cuyo acceso se hace más difícil y complejo en empleados de una antigüedad relativa, máxime aún si el cambio se produce de un modo acelerado

En segundo lugar, los empleados antiguos utilizan modelos que les son familiares y cuyos formatos no tan diferentes a los aportados pero se observa en su producción un cuidado mayor, empleando niveles de autocorrección y autocrítica.

Se aclara que esencialmente la producción es un proceso que implica una práctica y una revisión, por lo que se los invita a continuar con la práctica crítica y reflexiva a la vez que se les solicita su colaboración para mantener un canal de comunicación abierto, ya sea mediante la visita, entrevistas, encuestas como de los planteos futuros de dudas y/o sugerencias.

De lo informado se concluye que, a pesar del número de cursantes que completaron y aprobaron los dos niveles, 18 (dieciocho), respecto de los presentados en el primer módulo, 45 (cuarenta y cinco), hay una estimación de experiencia resultante en un cien por ciento de pronósticos esperados por cuanto la extensión, la profundidad, la complejidad y también la poca respuesta en el tema impacto, genera el desgranamiento y la deserción. No obstante se propone uno más intenso con objetivos definidos que puedan brindar resultados más directos, eficaces y apuntados a la obtención de información y a la vez de apoyo y complemento de

producción en temas basados en la producción específicamente como un proceso de vigencia duradera y sólida.

Avance

El Programa concluyó en sus dos niveles, se procesó y registró de manera completa sus resultados en términos de experiencia pedagógica y su transferencia a la práctica se inscribe dentro del desarrollo del proyecto de Investigación, relevamiento y análisis de los procesos de escritura de la administración pública de Jujuy, que desembocará en la producción de un cuerpo documental orientado a su sistematización en un manual de redacción, los instrumentos técnicos y normativos para la unificación de estilos de la comunicación escrita y su correspondiente decreto de implantación.

Anexo Documental

Encuesta de Satisfacion

Programa : Gestion de Hospitales

Capacita: Instituto Universitario ISALUD

Docente: Lic. Arturo Schweinger

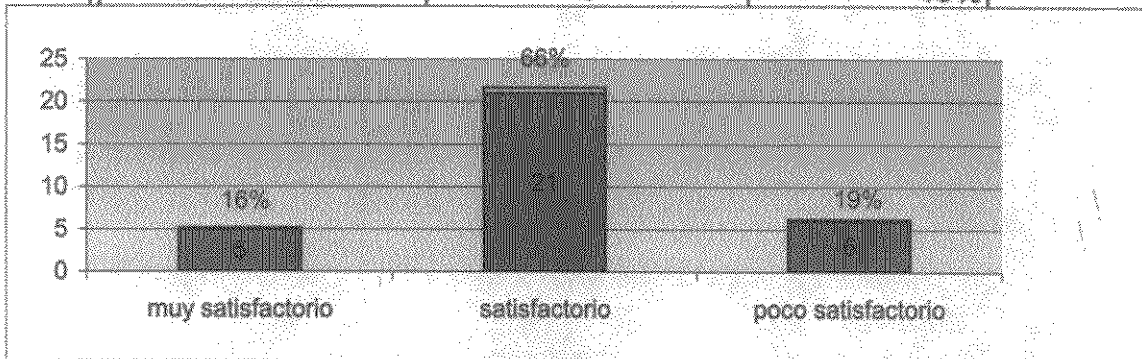
Fecha: 28 y 29 de Nov. De 2003

Muestra: 32

1. Desempeño del equipo docente.

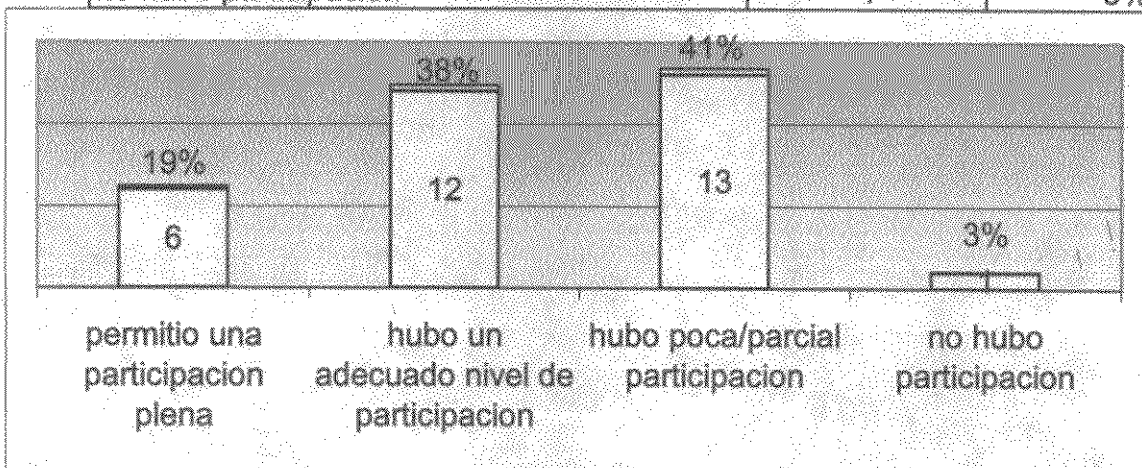
Desempeño en gral.

muy satisfactorio	5	16%
satisfactorio	21	66%
poco satisfactorio	6	19%



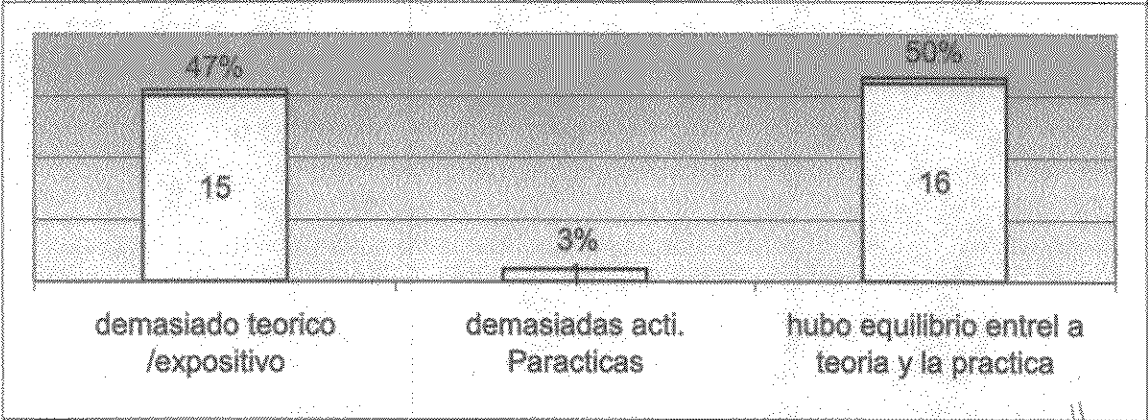
Nivel de participacion de los cursantes logrado por el docente

permitio una participacion plena	6	19%
hubo un adecuado nivel de participacion	12	38%
hubo poca/parcial participacion	13	41%
no hubo participacion	1	3%



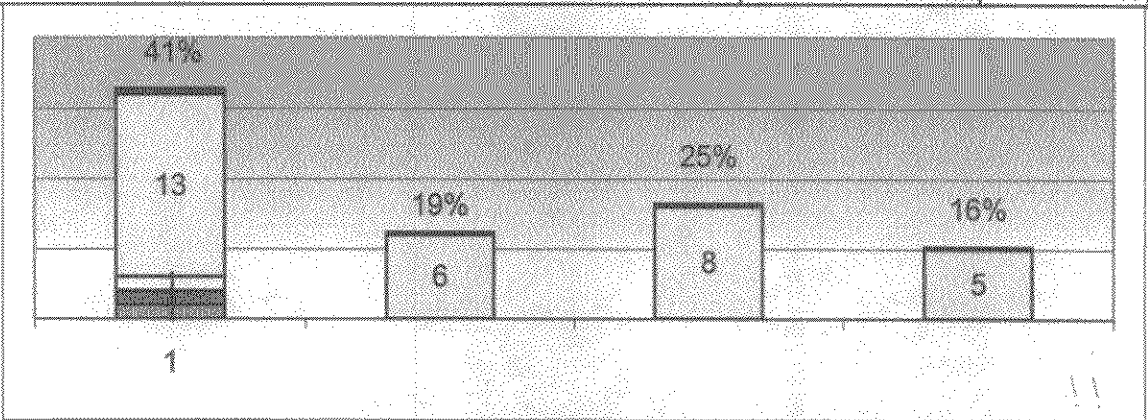
Modalidad que prevalecio en el dictado

demasiado teorico /expositivo	15	47%
demasiadas acti. Paracticas	1	3%
hubo equilibrio entrel a teoria y la practica	16	50%



Modo en que administro el tiempo de aprendizaje

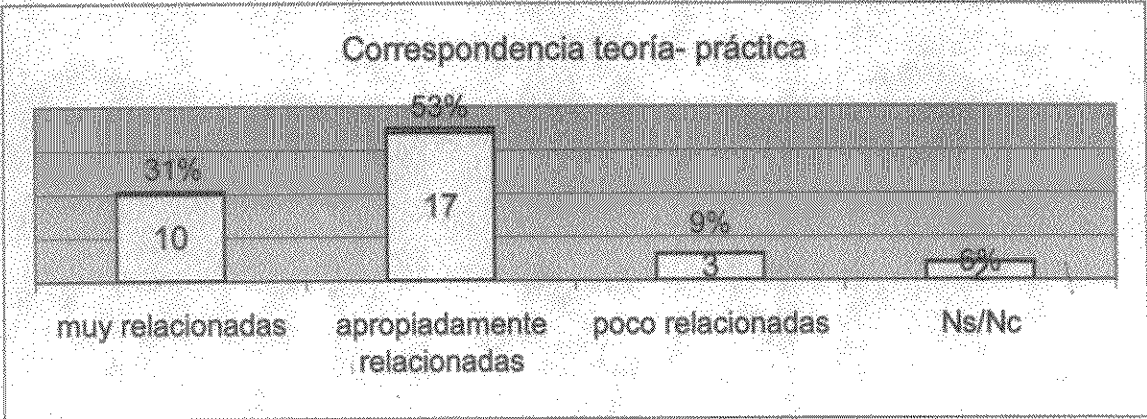
se aprovecho al maximo	13	41%
se dedico demasiado a algunos temas	6	19%
falto para desarrollar algunos temas	8	25%
Ns/ Nc	5	16%



2. Orientacion de las tematicas

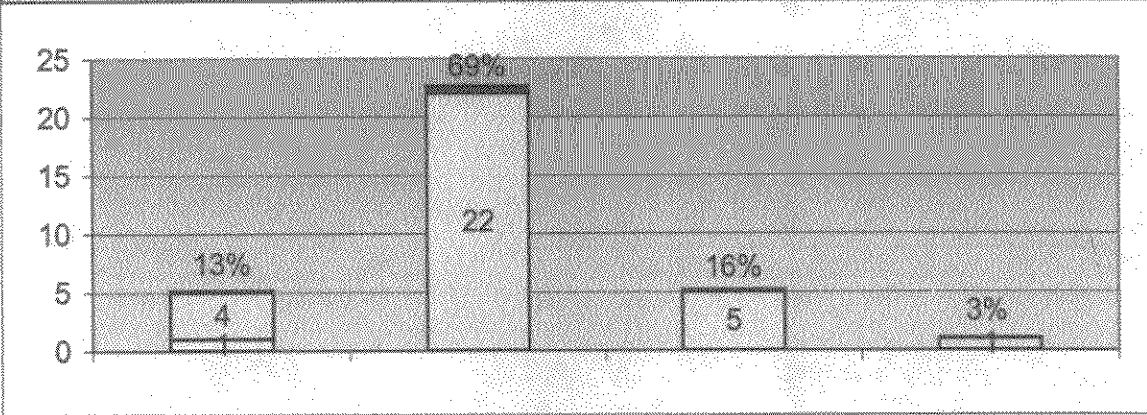
Correspondencia de los temas desarrollados con las problemáticas de gestion concretas.

muy relacionadas	10	31%
apropiadamente relacionadas	17	53%
poco relacionadas	3	9%
Ns/Nc	2	6%



Posibilidad de articulación de los temas con la practica

se puede llevar a la practica inmediatamente	4	13%
existen posibilidades ciertas de aplicación	22	69%
de aplicación dudosa	5	16%
Ns/Nc	1	3%



Temas desarrollados en el módulo sugeridos para ampliar

Profundizar presupuestos por resultados

Indicadores

Rendimiento de costos finales

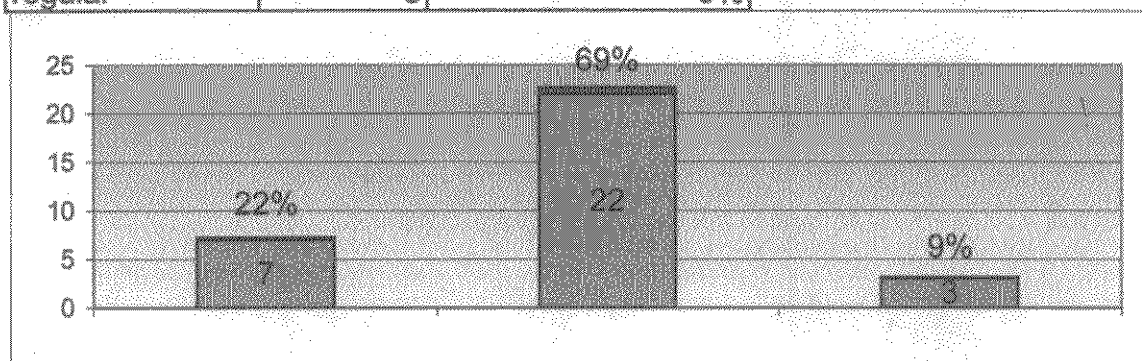
Más ejemplos y más práctica, sobre todo de los servicios de 1er nivel

mas tolerancia con el el auditorio que no entiende mucho de n° medic.

Y economomia. Nos entendemos poco

3. Aspectos de la Organización

muy bueno	7	22%
bueno	22	69%
regular	3	9%



Dos aspectos señalados que podrian mejorarse en la organización y el desarrollo de los cursos

puntualidad en el inicio cierre	3	7%
provision de material de apoyo	10	23%
comunicación y difusion de los cursos	6	14%
comodidad del aula	18	41%
horarios de cursado	7	16%
Total de aspectos señalados	44	100%

otras sugerencias

Entregar el material con anticipacion , salon climatizado,

lugar mas comodo para escribir, mas pract.

no dictar clases a las 14,30 a 16 hs

mayor parte práctica del tema

mejor predisposicion del docente p/ escuchar a los alumnos sin enojarse

mas tiempo para el dictado del tema del módulo

otro enfoque pedagógico para auditorio que entiende poco de n°

Programa Gestión de la Calidad en los Servicios Públicos Segunda Convocatoria

Cantidad de muestras 96





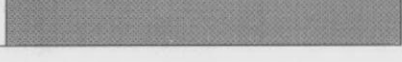
Periodo analizado octubre / noviembre de 2003

Sobre los tutores:






1) Preparación y conocimientos de los tutores

Muy satisfactorio	61	63%	
Satisfactorios	30	31%	
Indiferentes	1	1%	
Insatisfactorios	1	1%	
Sin respuesta	4	4%	






2) Claridad expositiva de los tutores

Muy Satisfactorio	48	50%	
Satisfactorio	20	21%	
Indiferentes	1	1%	
Insatisfactorio	2	2%	
Sin respuesta	25	26%	

2.a) Motivación y comunicación con los alumnos




Muy satisfactorio	58	60%	
Satisfactorio	25	26%	
Indiferente	1	1%	
Insatisfactorio	2	2%	
Sin respuesta	10	11%	

3) Comunicación

Muy satisfactorio	44	46%	
Satisfactorio	16	17%	
Indiferente	5	5%	
Insatisfactorio	8	10%	
Sin respuesta	23	24%	

Sobre el curso

1) Utilidad en general

Muy Satisfactorio	55	57%	
Satisfactorio	32	33%	
Sin respuesta	9	10%	

2) Aplicabilidad practica

Muy Satisfactorio	53	56%	
Satisfactorio	33	34%	
Indiferente	1	1%	
Insatisfactorio	1	1%	
Muy Insatisfac.	1	1%	
Sin respuesta	7	7%	






3) Nivel / Complejidad

Muy Satisfactorio	40	42%	
Satisfactorio	38	39%	
Indiferente	1	1%	
Insatisfactorio	1	1%	
Sin respuesta	16	17%	

4) Documentación





Muy Satisfactorio	52	54%	
Satisfactorio	30	31%	
Indiferente	1	1%	
Insatisfactorio	1	1%	
Sin respuesta	12	13%	

5) Duración


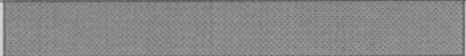



Muy Satisfactorio	46	48%	
Satisfactorio	34	35%	
Indiferente	3	3%	
Insatisfactorio	5	5%	
Sin respuesta	8	9%	

Medios utilizados

1) Instancias Presenciales

Muy Satisfactorio	47	49%	
Satisfactorio	24	25%	
Insatisfactorio	2	2%	
Sin respuesta	23	24%	

2) Instancias a Distancia

Muy Satisfactorio	33	34%	
Satisfactorio	28	29%	
Indiferente	2	2%	
Insatisfactorio	5	6%	
Sin respuesta	28	29%	

Sobre la organización del curso

1) Cómo califica la organización del curso

Muy satisfactorio	58	60%	
Satisfactorio	36	37%	
Indiferente	1	1%	
Insatisfactorio	1	1%	
Sin respuesta	1	1%	

Sobre la eficacia del Curso

1) Grado de cumplimiento de expectativas

Muy Satisfactorio	62	64%	
Satisfactorio	32	33%	
Indiferente	1	1%	
Insatisfactorio	1	1%	
Sin respuesta	1	1%	

Aspectos cuantitativos- Gestión de Calidad- Curso I

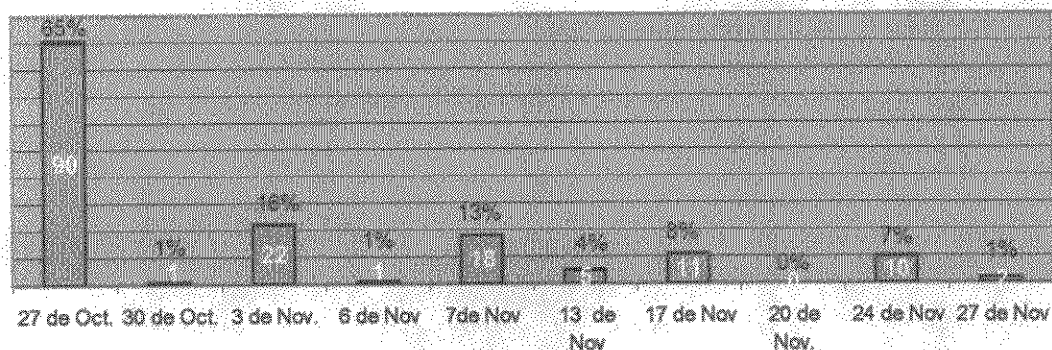
Año 2003, octubre a diciembre

Lugares de tutoría: Hosp. Plinio Zabala y sede del IPAP

Asistencia a Tutorías Presenciales

Sobre 139 Alumnos inscriptos asignados al tutor

27 de Oct.	90	65%	Hosp. Zabala
30 de Oct.	1	1%	S.S. de Jujuy
3 de Nov.	22	16%	Hosp. Zabala
6 de Nov	1	1%	S.S. de Jujuy
7 de Nov	18	13%	Hosp. Zabala
13 de Nov	5	4%	S.S. de Jujuy
17 de Nov	11	8%	Hosp. Zabala
20 de Nov.	0	0%	S.S. de Jujuy
24 de Nov	10	7%	Hosp. Zabala
27 de Nov	2	1%	S.S. de Jujuy

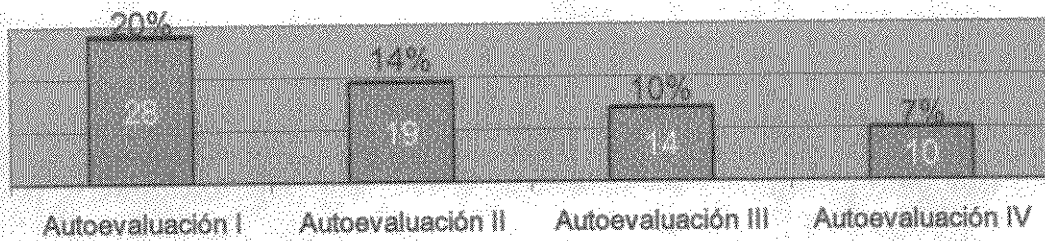


Cantidad total de Autoevaluaciones presentadas

Sobre 139 Inscriptos

Autoevaluación I	28	20%
Autoevaluación II	19	14%
Autoevaluación III	14	10%
Autoevaluación IV	10	7%

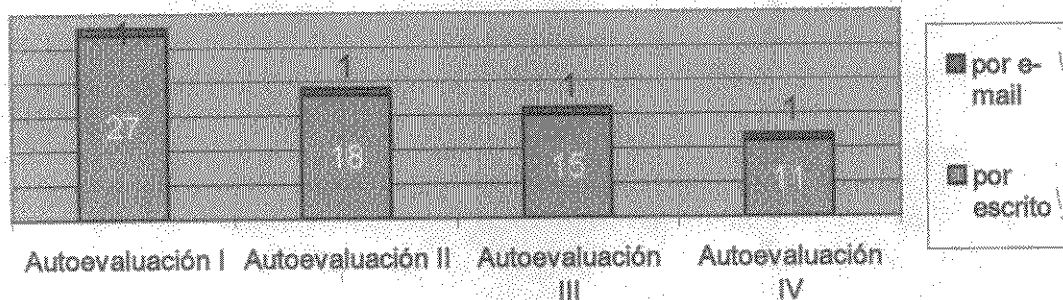
Autoevaluaciones presentadas



Cantidad de Autoevaluaciones según canal utilizado

Sobre las Autoevaluaciones de cada módulo presentadas

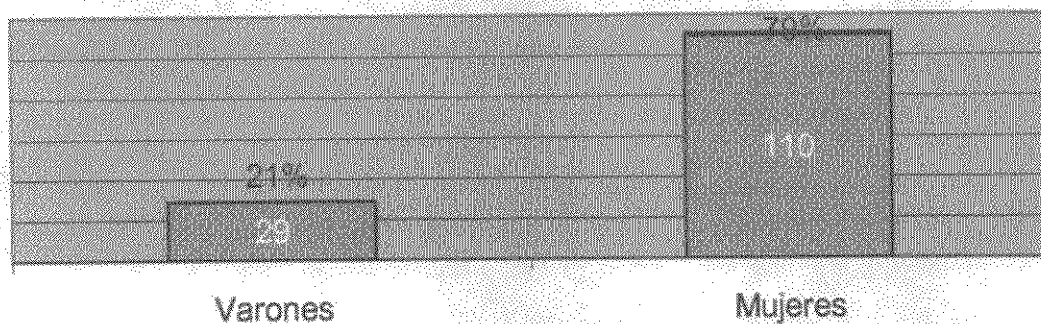
	por escrito	por e- mail	por e- mail (%)
Autoevaluación I	27	1	3,5
Autoevaluación II	18	1	5,3
Autoevaluación III	15	1	6,7
Autoevaluación IV	11	1	9,1



Discriminación de inscriptos por sexo

Sobre 139 Inscriptos

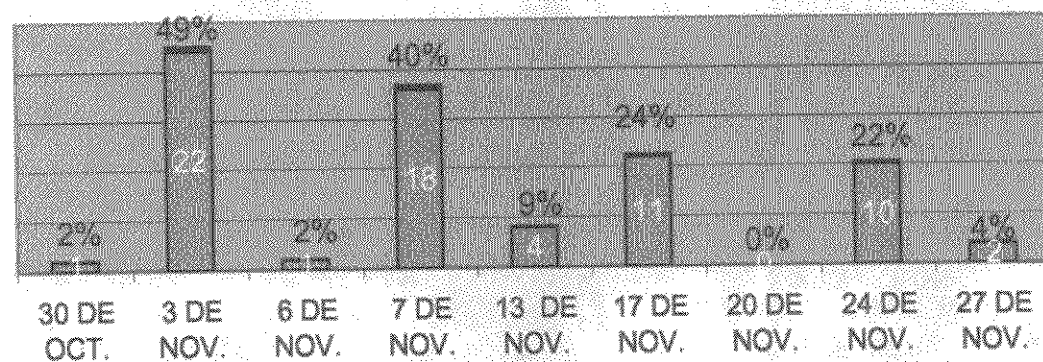
Varones	29	21%
Mujeres	110	79%



Asistentes a Tutorías Presenciales

Sobre 45 Participantes (32% de los inscriptos)

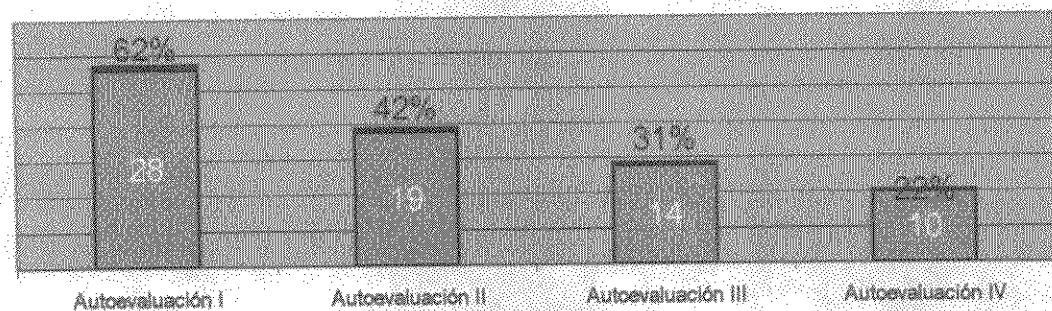
30 DE OCT.	1	2%	S.S. de Jujuy
3 DE NOV.	22	49%	Hosp. Zabala
6 DE NOV.	1	2%	S.S. de Jujuy
7 DE NOV.	18	40%	Hosp. Zabala
13 DE NOV.	4	9%	S.S. de Jujuy
17 DE NOV.	11	24%	Hosp. Zabala
20 DE NOV.	0	0%	S.S. de Jujuy
24 DE NOV.	10	22%	Hosp. Zabala
27 DE NOV.	2	4%	S.S. de Jujuy



Cantidad de autoevaluaciones presentadas según módulo temático

Sobre 45 Participantes

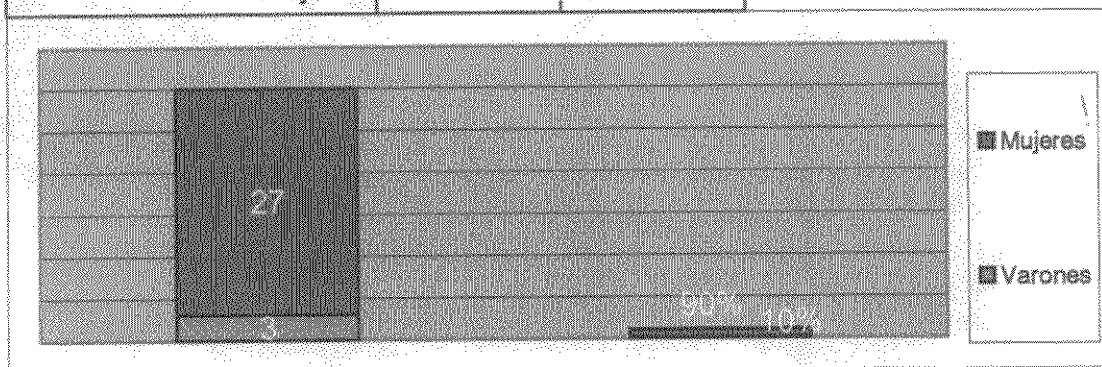
Autoevaluación I	28	62%
Autoevaluación II	19	42%
Autoevaluación III	14	31%
Autoevaluación IV	10	22%



Discriminación de Aprobados por sexo

Sobre 30 aprobados

Varones	3	10%
Mujeres	27	90%



Resultados cuantitativos de la participación y de las evaluaciones

Repartición	As. a 2 o más Tut y/ o Aut.	Aprob.
Hptal. Ntra. Sra. del Carmen	3	4
Hptal. Plinio Zabala	38	22
Hptal. Dr. Pablo Soria	2	2
Hptal. Fraile	2	2
Total	45	30

