

PROVINCIA DE CORDOBA

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES (CFI)

**Estudio: GESTIÓN DE CALIDAD EN LA SUBSECRETARIA DE DISCAPACIDAD,
REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
(Exp. N° 17449 00 01)**

INFORME FINAL – PERÍODO del 12-09-18 al 02-08-19

AGOSTO 2019

Experto: Lic. Mgtr JOSÉ LUIS MAIDANA

INDICE GENERAL

	Pág.
INTRODUCCIÓN	3
PRIMERA PARTE: Plan de Trabajo, acciones desarrolladas por el Equipo Consultor y Producciones de los Equipos de Trabajo.	6
SEGUNDA PARTE: Manual de Procedimientos para la Atención de las Personas con Discapacidad – Provincia de Córdoba – Versión 2019.	29
TERCERA PARTE: Protocolos/Procedimientos – Sistema de Registro y Sistema de Indicadores.	66
• Protocolos/Procedimientos.	66
• Sistema de Registro: Formularios – Planillas.	81
• Sistema de Indicadores.	142
CUARTA PARTE: Resultado de la “Evaluación Final de la Capacitación recibida	156
QUITA PARTE: Conclusiones Generales del Proceso de Capacitación	158
SEXTA PARTE - ANEXOS:	161
• Anexo 1: Guías de Reflexión y Trabajo (N° 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7)	162
• Anexo 2 : Hoja membretada de la Red	215
• Anexo 3: Página web de la Red	216
• Anexo 4: Resolución de aprobación del Manual de Procedimientos	162
• Anexo 5: Resultado de la “Evaluación final de la capacitación recibida”	223
• Anexo 6: Encuesta de Opinión del Usuario	237
• Anexo 7: Registros fotográficos	243

INTRODUCCIÓN

El presente “Informe Final” corresponde a la Capacitación del “Proyecto de Gestión de Calidad de la Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión de la Provincia de Córdoba” (Exp. N° 17449 00 01), siendo el **período informado del 12-09-18 al 02-08-19**. El presente Informe Final cuenta con el visto bueno de la Subsecretaría mencionada (se adjunta nota que así lo acredita).

En el marco de la política de modernización del estado que viene desarrollando la Secretaría de Planeamiento y Modernización de la Provincia de Córdoba, la Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión ha iniciado en el año 2017 el diseño de un proceso de modernización de sus espacios de trabajo, incluyendo la mejora de los flujos de información y el desarrollo de nuevos instrumentos de organización y gestión. En este contexto se inserta el presente “Proyecto de Gestión de Calidad” el cual propicia el “Desarrollo e implementación del **modelo de gestión por procesos** como instrumento para la organización y la gestión de los **centros/servicios de rehabilitación** coordinados por la Subsecretaría.

Córdoba cuenta con una red pública de 12 centros/servicios de rehabilitación distribuidos en la capital 3 (tres) y en el interior de la provincia 9 (nueve) que ofrecen atención gratuita. A través de ellos, se formaliza la misión fundamental de prevenir, diagnosticar, rehabilitar e incluir a las personas con discapacidad de la provincia de Córdoba. El trabajo de la red de rehabilitación se enmarca en los postulados de la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (CDPD, Naciones Unidas 2006).

El “modelo de gestión por procesos” es un modelo de gestión que aporta herramientas para el gerenciamiento de las instituciones a través de la planificación, normas consensuadas, referencia científica y control de las actividades con base en la información, que permita la creación de un servicio de calidad prestacional y eficiencia organizativa.

Este proyecto tiene el propósito de diseñar el Manual de Procedimientos unificado para todos los Centros/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba y parametrizar los procesos establecidos en él, implicados en la atención de pacientes con discapacidad, para mejorar la calidad de atención y definir los requerimientos de información necesarios para una adecuada gestión de las actividades.

Fueron previstas tres etapas de trabajo: I) Capacitación. Manual de Procedimientos; II) Parametrización de procesos y construcción de indicadores y III) Revisión y ajuste del modelo de gestión por proceso diseñado. En el siguiente cuadro se establece duración y fecha de inicio y finalización de cada uno de las etapas mencionadas:

Etapas	Duración	Desde	Hasta
I- Capacitación. Manual de Procedimientos.	4 meses	12-09-18	11-01-19
II- Parametrización de procesos y construcción de indicadores.	4 meses	14-01-19	10-05-19
III- Revisión y ajuste del modelo de gestión por procesos diseñado.	3 meses	13-05-19	02-08-19
Duración total	11 meses	12-09-18	02-08-19

Este Informe posee las siguientes partes:

- Primera parte: Plan de Trabajo y síntesis de acciones realizadas que dan cuenta del proceso de capacitación y producción llevado a cabo por el Equipo Consultor, como así mismo se presentan las producciones generadas por los distintos Equipos de Trabajo, tanto en las instancias presenciales como en las interencuentro.
- Segunda parte: “Manual de Procedimientos para la Atención de las Personas con Discapacidad unificado para todos los Centros/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba”, validado por la Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e inclusión de Córdoba (se adjunta Resolución). Se adecuó su formato al de fichas establecidas por la Normas ISO 9001 y se completó las mismas integrando los aportes que al respecto realizaron los Equipos de Trabajo, desde sus especialidades, con la nominación de los correspondientes procedimientos operativos y el sistema de registro de la información además de los indicadores con los que se evaluará la calidad de los servicios que se prestan a la persona con discapacidad y su familia.
- Tercera parte: Se presentan, el anexo del Manual a) los diferentes procedimientos que se consensuaron entre los Equipos de Trabajo Profesionales y que explicitan la manera en que se realizarán las diferentes tareas para cada área/sector en cada uno de los procesos y subprocesos que fueron establecidos en el “Manual de Procedimientos”, b) el sistema de registro

que establecieron los Equipos de Trabajo en formularios/planillas que fueron consensuadas y c) el sistema de indicadores acordados con los Equipos de trabajo que permitirán evaluar la calidad de los procesos/subprocesos/tareas/más significativas que se realizan en la atención integral de la persona con discapacidad y su familia.

- Cuarta parte: “Resultado de la “Evaluación Final de la Capacitación Recibida” que realizaron anónimamente los participantes y que incluye los siguientes tópicos: temas tratados, las estrategias metodológicas utilizadas para su desarrollo, las actividades de aprendizajes llevadas a cabo en los encuentros presenciales; las actividades de aprendizajes llevadas a cabo en los interencuentros; los recursos didácticos utilizados tanto en las instancias presenciales como las de interencuentro; el desempeño del equipo consultor; el desempeño del líder de grupo y finalmente la satisfacción por el aprendizaje logrado.
- Quinta parte: “Conclusiones Generales del Proceso de Capacitación” realizado: extracto o compendio del contenido esencial del presente “Informe Final”, resumiendo las características del proceso y sus principales conclusiones.
- Sexta parte (y última de este informe), se presentan los “Anexos” del presente informe, a saber:
 - Anexo 1: Guías de Reflexión y Trabajo N° 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7, usadas para orientar el trabajo interencuentro de los Equipos profesionales
 - Anexo 2: Hoja membretada de la Red.
 - Anexo 3: Características propuestas para el diseño de una futura página web exclusiva de la Red.
 - Anexo 4: Resolución del 03-07-19 de la Subsecretaría de Discapacidad, rehabilitación e Inclusión Social mediante la cual: a) se **aprueba** el “Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad de la provincia de Córdoba”, Versión 2019; b) **incentiva** su aplicación en los distintos servicios/centros, en esta primera etapa en forma manual hasta tanto contar con el software pertinente y c) propone **revisar** el Manual cada tres (3) años con el fin de ajustar los indicadores a los avances tecnológicos y procedimentales en la materia.
 - Anexo 5: Resultados de la “Evaluación Final de la Capacitación Recibida”.
 - Anexo 6: Encuesta de opinión del usuarios, teniendo en cuenta cada uno de los procesos en que participa.
 - Anexo 7: Registros fotográficos de distintos encuentros de capacitación).

PRIMERA PARTE

PLAN DE TRABAJO, ACCIONES DESARROLLADAS POR EL EQUIPO CONSULTOR y PRODUCCIONES DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO

Para lograr la finalidad, el objetivo general y los objetivos particulares del Proyecto establecidos en los TDR:

- **Finalidad**

Diseñar el Manual de Procedimientos unificado para todos los Centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba y parametrizar los procesos establecidos en él, implicados en la atención de pacientes con discapacidad, para mejorar la calidad de atención y definir los requerimientos de información necesarios para una adecuada gestión de las actividades. Recolectar y analizar la información pertinente, a partir de indicadores de salud, para la toma de decisiones en pos de una mejor calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias.

- **Objetivo General**

Modelizar y sistematizar los circuitos asistenciales de los centros de rehabilitación de la red provincial, en pos de brindar una atención más eficiente y eficaz a la persona con discapacidad y su familia.

- **Objetivos Particulares**

- Elaborar un Manual de Procedimientos único para todos los Centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba, que sistematice el proceso asistencial que realizan a la persona con discapacidad con el fin de agregar valor y calidad a dicha tarea.
- Construir los mecanismos para evaluar la gestión de los procesos, a partir de la parametrización de los procedimientos incluidos como el diseño de indicadores de calidad específicos.
- Determinar, en base al modelo diseñado, el conjunto de información necesaria para la correcta implementación, gestión y control de los procesos, y la elaboración de informes de resultados pertinentes.

Se implementó una capacitación que duró 11 meses (del 14-11-18 al 02-08-19), la cual se enmarcó en el modelo de capacitación-acción con encuentros presenciales mensuales y trabajo interencuentro.

Fue alto el porcentaje de asistencia a los encuentros presenciales y su permanencia durante toda la capacitación, tanto del personal profesional como del administrativo de los doce (12) Centros/Servicios de Rehabilitación tanto de capital (tres) como del interior (nueve) de la Provincia de Córdoba. Iniciaron la capacitación 95 personas y concluyeron 86 (78 profesionales y 8 administrativos), La permanencia en el curso fue del 91 %, por lo que la deserción fue solo del 9 %. La composición inicial y final se muestra en el cuadro siguiente:

Centro		Médico Fisiatra	Psicología	Trabajo Social	Kinesiología	Fonoaudiología	Psicopedagogía	Psicomotricistas	Terapia Ocupacional	Enfermería	Administrativos	TOTALES		
												Al inicio	Al final	
Capital	Centro de Rehabilitación Hospital Misericordia	(6) 5	(1) 1	(1) 1	(3) 3	(1) 1	-	(1) 1	-	(2) 2	(1) 1	16	15	
	Centro de Rehabilitación Hospital de Niños de la Santísima Trinidad	(2) 2	(1) 1	-	(1) 1	(3) 2	-	(1) 1	-	-	(1) 1	9	8	
	Centro de Rehabilitación Hospital Pediátrico	(7) 7	(2) 1	-	(1) 0	(2) 2	-	(1) 1	-	-	-	13	11	
Interior de la Provincia de Córdoba	Centro de Rehabilitación Hospital Aurelio Crespo (Cruz del Eje)	(1) 1	-	-	(3) 3	-	(1) 1	(1) 1	-	-	-	6	6	
	Centro de Rehabilitación Sierras Chicas (Unquillo)	(1) 1	(3) 3	(2) 2	(3) 3	(1) 1	-	(1) 1	-	-	(2) 2	13	13	
	Centro de Rehabilitación del Hospital J.B. Iturraspe (San Francisco)	(1) 1	(1) 1	(1) 1	(4) 4	(1) 1	-	(1) 1	(1) 1	-	(1) 1	11	11	
	Centro de Rehabilitación San Francisco de Asís (Río Cuarto)	(2) 2	(1) 1	-	(2) 1	(1) 1	(1) 1	(1) 1	-	-	(3) 3	11	10	
	Centro de Rehabilitación Villa María Hospital Pasteur (Villa María)	(2) 2	(1) 1	(1) 1	(2) 2	(1) 1	-	-	-	-	-	7	7	
	Centro de Rehabilitación Hospital Villa Dolores (Villa Dolores)	(1) 0	-	-	-	-	-	-	-	-	(1) 0	2	0	
	Centro de Rehabilitación Hospital Ramón J. Cárcano (Laboulaye)	-	-	-	-	-	(1) 1	-	-	-	-	1	1	
	Centro de Rehabilitación Hospital Regional José A. Ceballos (Bell Ville)	(1) 1	-	-	(2) 1	(1) 1	-	-	(1) 1	-	-	-	5	4
	Hospital Regional Dr. E. Romagosa Deán Funes	(1) 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0
TOTALES Iniciales		25	10	5	21	11	3	7	2	2	9	95	--	
TOTALES Finales		22	9	5	18	10	3	7	2	2	8	--	86	
Porcentaje de permanencia		88	90	100	86	91	100	100	100	100	89	91		

Referencia: para cada variable y categoría la frecuencia inicial está puesta entre paréntesis; mientras que la frecuencia final sin paréntesis debajo.

Los participantes conformaron “Equipos de Trabajo” por especialidad o área de desempeño, hubo siete grupos de profesionales homólogos de los distintos centros/servicios y 1 de administrativos, que se muestra en el cuadro siguiente. Cada grupo eligió un Líder de Equipo el cual fue estable y responsable del proceso y encargado de centrar al equipo en la tarea respetando los tiempos asignados para la

misma, presentar las conclusiones, enviar las producciones grupales al Equipo Consultor para su evaluación de seguimiento, entre otras.

Grupo N°	Grupo de	Cantidad de miembros finales
01	Médicos/as Fisiatras	22
02	Psicólogos/as	9
03	Trabajadores/as Sociales	5
04	Kinesiólogos/as	18
05	Fonoaudiólogos/as	10
06	Psicopedagogos/as – Enfermería – Terapia Ocupacional	7
07	Psicomotricistas y Atención Temprana	7
08	Administrativos	8
TOTAL DE PARTICIPANTES		86

Los **encuentros presenciales** mensuales se llevaron a cabo en el Salón Auditorio del Hotel Dr. César Carman del Automóvil Club Argentina (sito en Av. Sabattini 459 de la Ciudad de Córdoba), en días miércoles de 08:30 hs a 14:00 hs, cada encuentro se dividió en dos bloques horarios de trabajo a saber:

Primer bloque horario: de 08:30 hs. a 11:30 hs., durante el cual a) se socializaron las producciones grupales interencuentros para consensuarlas; y b) se construyeron los conocimientos de los ejes temáticos a trabajar en el encuentro.

Break: de 11:30 hs. a 12:00 hs.

Segundo bloque horario: de 12:00 hs a 14:00 hs., reservado para a) el trabajo grupal de aplicación y transferencia de conocimientos, productos que serán luego presentados al grupo total en el plenario; y b) explicación de la próxima tarea interencuentro a realizar.

En estos encuentros presenciales el Equipo Consultor coordinó la socioconstrucción de conocimientos utilizando recursos pedagógico/didáctico de síntesis (power point), también se utilizó esta instancia para acordaron pautas de trabajo, contestar interrogantes, realizar la puesta en común de los trabajos grupales, clarificar las tareas interencuentros, como dar respuesta a requerimiento que los destinatarios realizaron en relación al proceso de capacitación.

Los contenidos para cada uno de los encuentros y actividades interencuentros se desarrollaron conforme al cronograma que se presenta por etapa, como así también una síntesis de las actividades realizadas por el Equipo Consultor en cada encuentro presencial y las producciones realizadas por los distintos Equipos de Trabajo de profesionales y administrativos:

**ETAPA I: “Capacitación, Manual de Procedimientos”
 (4 meses, del 12-09-18 al 11-01-19)**

ACTIVIDAD PRESENCIAL		ACTIVIDAD INTERECUENTRO
Fecha del encuentro	Contenidos	Eje de trabajo
12-09-18	<ul style="list-style-type: none"> • Misión, Visión y Objetivos, unificada para los Centros. • Gestión de calidad: Modelos e instrumentos. • Modelo de gestión por procesos. • Diagrama de procesos e integración multidisciplinaria de trabajo. • Procesos por especialidad o área administrativa como mecanismo de organización para las tareas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagrama de los procedimientos que se ponen en marcha en el área de desempeño institucional para la atención de pacientes.
18-10-18	<ul style="list-style-type: none"> • Consenso interdisciplinario de los diagramas de proceso/procedimientos presentados. • Manual de Procedimientos y gestión de calidad. • Procesos y Manual de Procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda internacional de modelos de Manuales de Procedimientos para el área laboral de desempeño. • Diseño de la estructura del Manual de Procedimientos para cada proceso. (*) Selección del nombre para la Red de Centros de Rehabilitación y diseño de su logo identificadorio. (*) Determinación inicial de las características de la página web exclusiva de la Red a diseñar en el futuro.
14-11-18	<ul style="list-style-type: none"> • Formato y estructura del Manual de Procedimientos. • Redacción de un Manual de Procedimientos: estilos. (*) Acuerdo del nombre para la Red y su logo identificadorio. Acuerdo del formato de su hoja membretada. (*) Acuerdo de las primeras características que deberá poseer la página web exclusiva de la Red a diseñar en el futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del borrador del Manual de Procedimientos desde el área de desempeño laboral.
12-12-18	<ul style="list-style-type: none"> • Borrador del Manual de Procedimientos desde el área o sector laboral de desempeño. • Evaluación de la capacitación recibida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del Manual de Procedimientos desde el área de desempeño laboral.

A pedido de la Dra. María Teresa Puga, Subsecretaria de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión de la Provincia de Córdoba, se agregaron los siguientes ejes de trabajo para fortalecer la identidad de la Red (identificados con (*)):

- Selección del nombre que identifique la Red y diseño de su logo.
- Caracterización de la página web específica para la Red a diseñar en el futuro.

Síntesis de las actividades realizadas por el Equipo Consultor en cada encuentro presencial como así también las producciones realizadas por los distintos Equipos de Trabajo de profesionales y administrativos:

Fecha: 12-09-18

- El Consultor solicita que los participantes con gafete identificatorio conformen Equipo de Trabajo con especialistas homólogos, y luego de las presentaciones personales, elijan a su Líder de Equipo.
- A partir de la presentación de la capacitación realizada por el Consultor: objetivos, etapas, formas de trabajo, tareas, manera de certificar la capacitación, entre otras; cada grupo acordó las estrategias virtuales a utilizar para facilitar la comunicación entre ellos y la elaboración de las tareas interencuentros.
- El Consultor intercambia ideas con el auditorio, para socioconstruir los siguientes conocimientos: a) Misión, Visión y Objetivos como brújula orientadora del trabajo a realizar; b) Gestión de calidad: modelos e instrumentos; c) Modelo de gestión por proceso y d) Primer mapa de procesos para la integración interdisciplinaria.
- Los Equipos, coordinados por el Consultor acuerdan el primer mapa de procesos, determinando por especialidad en que procesos intervienen y con qué procedimientos.
- El Consultor presenta y explica la "Guía de Reflexión y Trabajo N° 1 (las Guías de Reflexión y Trabajo se presentan en el Anexo 1 de este Informe).

Fecha: 18-10-18

- El Consultor realiza una síntesis de los temas tratados (calidad y enfoques para su análisis, estándar, indicadores, entre otros) y aclara dudas.
- Guiados por el Consultor los participantes se autoevalúan en qué zona se encuentran: confort o aprendizaje? y solicita reconocimiento por parte de los miembros del equipo, para la tarea realizada por Líder en el espacio interencuentro.
- El Consultor intercambia ideas con el auditorio para socioconstruir los siguientes conocimientos: a) calidad en salud y manual de procedimientos; b) Calidad en Salud y Gestión por Procesos; c) Diseño de un manual de procedimientos operativo.
- Los Líderes de cada Equipo de trabajo presenta al grupo total, las producciones interencuentro provenientes de la Guía de Reflexión y Trabajo N° 1 (las que previamente fueron evaluadas por el Equipo Consultor), y se consensua con el grupo total un primer mapa de proceso.

- Se consensua en base a las producciones del trabajo en equipo, la Misión, Visión y Objetivo General para la Red de la siguiente manera:

Misión:

La Red Pública de Centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba tiene como misión prevenir, diagnosticar, rehabilitar integralmente e incluir a la vida socio-familiar, educativa y/o laboral a las personas con discapacidad, en forma accesible y dentro del marco de la Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad, a partir de un trabajo interdisciplinario de especialistas intra e interinstitucional que le genere una mayor calidad de vida y máxima independencia posible; además de transferir la expertis en la especialización a profesionales del equipo de salud y la implementación de programas de promoción de la salud comunitaria.

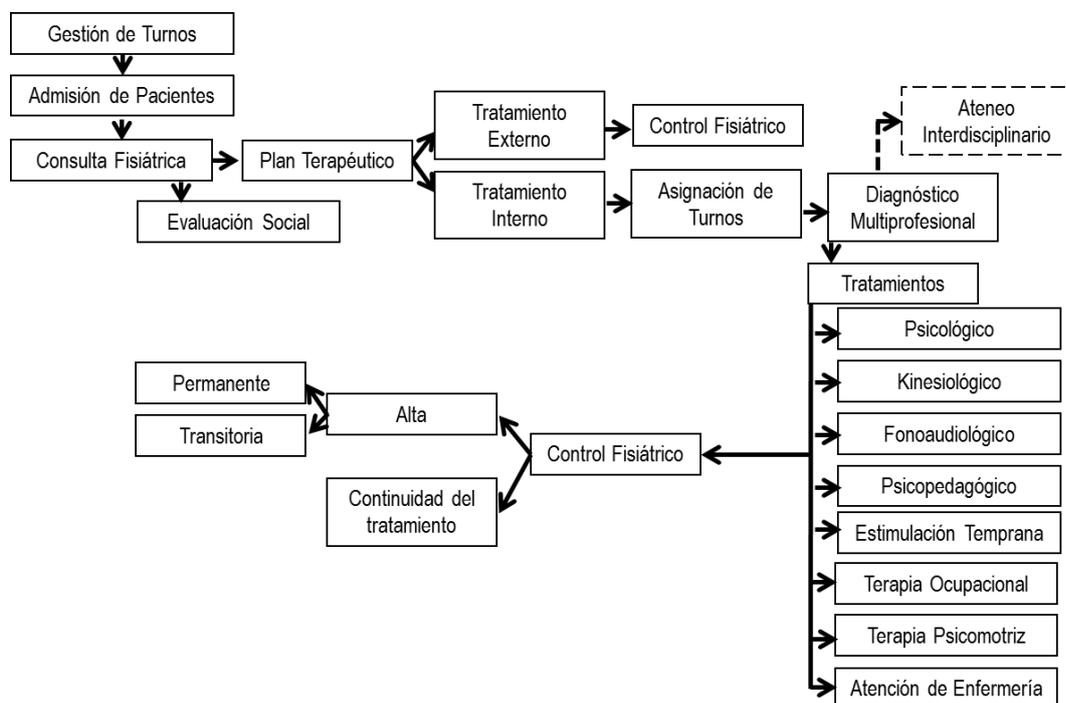
Visión:

La Red Pública de Centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba está acreditada en calidad, es un prestigioso polo consultivo-formativo líder en Latinoamérica por los valores y principios éticos que sustenta, sus innovadores programas de investigación y tecnología, su comprometido y estratégico servicio a las personas con discapacidad y el entrenamiento que brinda a la comunidad para ejercer su rol de vigía epidemiológico de las patologías discapacitantes.

Objetivo General:

Brindar como Red Pública de Centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba, servicios profesionales interdisciplinarios especializados a nivel intrainstitucional e interinstitucional de prevención, diagnóstico y rehabilitación integral para mejorar la calidad de vida e inclusión social de las personas con discapacidad y su familia, desde una "gestión de proceso" ajustado a "Manuales de Procedimientos"; generando además una red estratégica informática/estadística para la toma de decisiones, y trabajando con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para el sostén y logro del presente objetivo.

- Los Equipos de Trabajo a partir de su trabajo interencuentro, acuerdan como primer mapa de proceso más ajustado a la realidad, el que sigue:

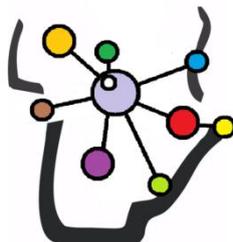


- El Consultor diferencia proceso, subproceso, procedimientos, tareas y subtareas a explicitar por cada grupo profesional en el próximo trabajo interencuentro.
- El Consultor presenta y explica la “Guía de Reflexión y Trabajo N° 2, la que en su anexo contiene un documento con el desarrollo conceptual de todas las temáticas trabajadas (ver anexo N° 1 de este Informe Final).

Fecha: 14-11-18

- El Consultor realiza una síntesis de los temas tratados, amplía “calidad y manual de procedimientos” y aclara dudas.
- Los equipos de trabajo a partir de sus producción interencuentro consensuan, coordinados por el Consultor: nombre de la Red de Centros/Servicios de Rehabilitación de Córdoba, quedando elegida mayoritariamente: **“RED PÚBLICA DE REHABILITACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA”** (se optó por esta denominación ya que algunos son Servicios dentro de algún hospital público y otros son Centros independientes).
- Los participantes consensuan, de entre todas los propuestos, el logo identificador de la Red, siendo elegido mayoritariamente el que contiene el

dibujo de una red dentro del contorno del mapa de la Provincia de Córdoba, tal como se muestra en el dibujo siguiente (en Anexo 2 se muestra como quedó el diseño de la hoja membretada para la Red):



- Teniendo en cuenta las producciones de equipo interencuentros y coordinados por el Consultor, los Equipos de Trabajo acuerdan los Objetivos Específicos para la Red tal como sigue:

Objetivos específicos asistenciales para la persona con discapacidad:

Asistir a la persona con discapacidad con un diagnóstico interdisciplinario oportuno, implementado luego el adecuado y continuo proceso de rehabilitación basado en la mejor práctica clínica, que le permita un máximo nivel de funcionalidad, previniendo complicaciones, recuperando readaptando y/o compensando capacidades y le permita la mayor independencia personal posible.

Registrar en la Historia Clínica Única Digital del paciente el diagnóstico, plan de tratamiento terapéutico, ortopédico y/o farmacológico, como la evolución en el proceso de rehabilitación integral, las entrevistas e intervenciones socio-familiares y toda información que se estime conveniente.

Asistir a los pacientes internados en etapa aguda y subaguda, previniendo complicaciones que dificulten o reduzcan sus posibilidades de rehabilitación.

Crear canales y redes específicos de comunicación que faciliten y agilicen la provisión de las ayudas técnicas que cada caso requiere para que estén disponibles en tiempo y forma.

Proveer, a través de la Junta de Certificación, el correspondiente Certificado Único de Discapacidad (CUD) siguiendo los lineamientos protocolizados por la Agencia Nacional de Discapacidad adjuntando el instructivo de orientación y beneficios.

Implementar estrategias de articulación de servicios con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que faciliten la inclusión de la persona con discapacidad a nivel escolar, recreativo, sociocultural, deportivo y/o laboral.

Objetivos específicos de prevención para la persona con discapacidad y su familia:

Otorgar atención temprana en niños de alto riesgo neurológico, brindándoles tratamiento integral y oportuno, minimizando posibles secuelas y posibilitando alcanzar el máximo desarrollo.

Asesorar a la familia de la persona con discapacidad durante el proceso de rehabilitación sobre a) manejo del paciente en la vida diaria favoreciendo la dinámica familiar b) adecuación de la casa de manera sencilla para hacerla más segura y c) acompañar desde el hogar con la tarea de recuperación del paciente.

Promover la participación de las personas en situación de discapacidad y sus familias para garantizar el tratamiento de rehabilitación que requieran.

Elaborar programas intersectoriales con organizaciones de la zona integrados al Sistema de Salud Pública, centrados en la prevención de enfermedades o situaciones que puedan llegar a derivar en una discapacidad y adoptar las medidas necesarias para reducir los factores de riesgo que contribuyen durante el embarazo, la infancia y la adultez.

Objetivos específicos de promoción de la salud para la persona con discapacidad y su familia:

Promover la salud de la persona con discapacidad y su familia animándolos al desarrollo personal y social, proporcionándoles información y estimulando en ellos habilidades vitales como la plena inserción social mediante la generación de espacios de participación inclusivos (lúdico, artístico, expresivo y deportivo).

Objetivos específicos para con la comunidad en general:

Coordinar la realización y/o realizar screening en atención primaria de la salud y/o centros barriales, para detección de riesgo o retraso del desarrollo en niños presuntamente sanos con el fin de prevenir posibles alteraciones del neurodesarrollo.

Realizar la recolección de datos estadísticos en articulación con distintas organizaciones, permitiendo, a través de ella, conocer en detalle la población de personas con discapacidad para optimizar recursos en relación a las diferentes zonas y poblaciones que abarca la red.

Diseñar programas interinstitucionales e intersectoriales de promoción de la salud que requiera la comunidad de la zona de influencia del Centro de Rehabilitación, con el fin de generar una mirada social más amplia de la discapacidad y capacitarla como vigía epidemiológico de la misma.

Desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud junto a la comunidad, en centros de referencia barrial y de acceso a las mayorías (comunidades, escuela, centros de salud) para fortalecer el cuidado de la salud colectiva y las redes familiares y barriales.

Capacitar a agentes externos (promotores de salud, agentes sanitarios, actores locales, líderes barriales) para mejorar la detección temprana de trastornos en el neurodesarrollo y la prevención de patologías asociadas a la discapacidad.

Difundir en los medios masivos de comunicación local, las acciones de la Red y del Centro en particular e invitar a la comunidad a participar en las capacitaciones que se brindan y en los distintos programas que se implementan, como también utilizar éstos espacios para brindar la información necesaria para el desarrollo de hábitos saludables, para una crianza respetuosa y cuidada, así como sobre signos de alarma que movilicen a los padres a la consulta especializada.

Objetivos específicos para el personal del centro de rehabilitación:

Registrar según el Manual de Procedimiento correspondiente, los procesos que realiza profesionalmente, con el fin de poder evaluar la calidad de las acciones, rediseñar los procesos que así lo requieran y elaborar los pertinentes informes.

Organizar espacios intercentros (presenciales y/o virtuales) para el estudio, autocapacitación continua y debate de las diferentes discapacidades con el fin de ir ajustando las prácticas a los avances según la Medicina Basada en la Evidencia.

Promover y desarrollar proyectos de investigación vinculados a la rehabilitación, en un marco de excelencia metodológica científica y adhesión a los valores y principios éticos universalmente proclamados.

Contribuir con el “Trabajo en Equipo” intra e intercentros, generando un ambiente ordenado, cálido y saludable de trabajo a partir del compromiso con la tarea, el respeto y colaboración con los colegas, el cuidadoso de los recursos disponibles haciendo un uso racional de los mismos; y mejorando la comunicación interpersonal.

Incorporar en la formación de jóvenes profesionales de todas las especialidades médicas dentro del Sistema de Residencias Provinciales en Salud, módulos específicos acerca de la atención de las personas con discapacidad.

Crear en la Red una Unidad de Gestión Clínica en favor del desarrollo profesional y la mejora continua y un Comité de Acreditación de Calidad.

Elaborar “Protocolos de Intervención Profesional” para cada discapacidad y sus variantes para cada profesión interviniente.

- Los Líderes de los Equipo de Trabajo presentan al grupo total las diferentes propuestas (seis) sobre las características para la futura página web de la Red, las que serán integradas y consensuadas en el encuentro de Febrero 2019 (las propuestas se presentan en el Anexo N° 3)
- Se acuerda en el formato y estilo en que será escrito el “Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad”: será por proceso y los subproceso, tareas y subtareas por especialidad o área de desempeño.
- El Consultor presenta y explica la “Guía de Reflexión y Trabajo N° 3 (ver anexo N° 1 de este Informe Final).

Fecha: 12-12-18

- El consultor realiza una síntesis de los temas tratados, las tareas realizadas por los distintos Equipo de Trabajo y acuerdos logrados durante la Primera Etapa de Capacitación: Misión, Visión, Objetivo General, Objetivos específicos, Mapa de Procesos, Denominación y Logo de la Red de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba, Características generales para la Página Web de la Red. Insumo del Manual de Procedimiento para la atención de la Personas con Discapacidad de la Provincia de Córdoba-Versión Preliminar- (Procesos/Subprocesos y Tareas

Profesionales que desde las distintas disciplinas realizan para atender a la persona con discapacidad)

- Se presentan y el Consultor evalúan los procesos/procedimientos diseñado por cada especialidad (o área administrativa) para la atención de pacientes, y realiza sugerencias y coordina el proceso de acuerdos.
- Conforme a los señalamientos realizados por el Consultor se solicita a los grupos que por especialidad corrijan para cada uno de los procesos en los que están implicados para la atención de la persona con discapacidad y su familia, la denominación de los subprocesos, tareas y subtareas; los equipos realizan ejercitaciones al respecto y el consulto supervisa la tarea. Concluida la revisión total durante el interencuentro, los Líderes enviarán por mail la producción, para ser incluida en el “Manual de procedimientos” en su versión preliminar el que será remitida a la Subsecretaria de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión para su validación (documento que se presenta en la segunda parte de este documento).
- El Consultor sugiere completar la “Bitácora de aprendizaje” en forma personal, en la que podrá sintetizar el propio proceso de aprendizaje (ver modelo en el Anexo N° 4 de este Informe Final).
- Los participantes evalúan anónimamente la capacitación recibida en la Primera Etapa, una síntesis de la misma se presenta en la Tercera parte de este documento y el Informe completo en el Anexo N° 5.

Los **Trabajos interencuentro** fueron pautados y orientados por “Guías de reflexión y trabajo”. Las producciones consensuadas de cada equipo de trabajo, fueron enviada por mail en las fecha pautada, por el Líder del grupo al Equipo Consultor para su evaluación de seguimiento y posterior devolución. Finalmente cada producción grupal fue consensuada/acordada con el grupo total en el siguiente encuentro presencial (las tres guías utilizadas se presentan en el Anexo N° 1 de este informe)

La “**Guía de Reflexión y Trabajo N° 1**”, orientadora del trabajo de equipo entre el primero y segundo encuentro presencial, tuvo como ejes de trabajo y objetivos a lograr:

Eje(s) temático(s):

- Misión, Visión y Objetivos institucionales.
- Diagrama de procesos interdisciplinarios.

Objetivo a lograr:

- Elaborar la Misión, Visión y Objetivos para los Centros/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba.

- Mapear los procesos en la atención de la persona con discapacidad y su familia en un Centro/Servicio de Rehabilitación.

La “**Guía de Reflexión y Trabajo N° 2**”, orientadora del trabajo de equipo entre el segundo y tercer encuentro presencial, tuvo como ejes de trabajo y objetivos a lograr:

Eje(s) temático(s):

- Identidad de la Red de Centros/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba.
- Manual de Procedimientos.

Objetivo a lograr:

- Favorecer la construcción de la identidad de la Red de Centro/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba proponiendo a) el nombre para la Red de Centros/Servicios de Rehabilitación; b) su logo identificador c) caracterización de la página web de la Red.
- Identificar y definir cada uno de los subprocesos y tareas profesionales que se incluyen en los procesos que participa como profesional al atender a la persona con discapacidad y su familia.

La “**Guía de Reflexión y Trabajo N° 3**”, orientadora del trabajo de equipo entre el tercero y cuarto encuentro presencial, tuvo como ejes de trabajo y objetivos a lograr:

Eje(s) temático(s):

- Página web para la Red de Centro/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba.
- Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad – Provincia de Córdoba.

Objetivo a lograr:

- Favorecer la construcción de la identidad de la Red de Centro/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba completando las caracterizaciones de la página web para la Red.
- Identificar y definir cada uno de los subprocesos y tareas profesionales que se incluyen en los procesos que participa como profesional al atender a la persona con discapacidad y que serán incorporados en el Manual de Procedimiento (Versión Preliminar)

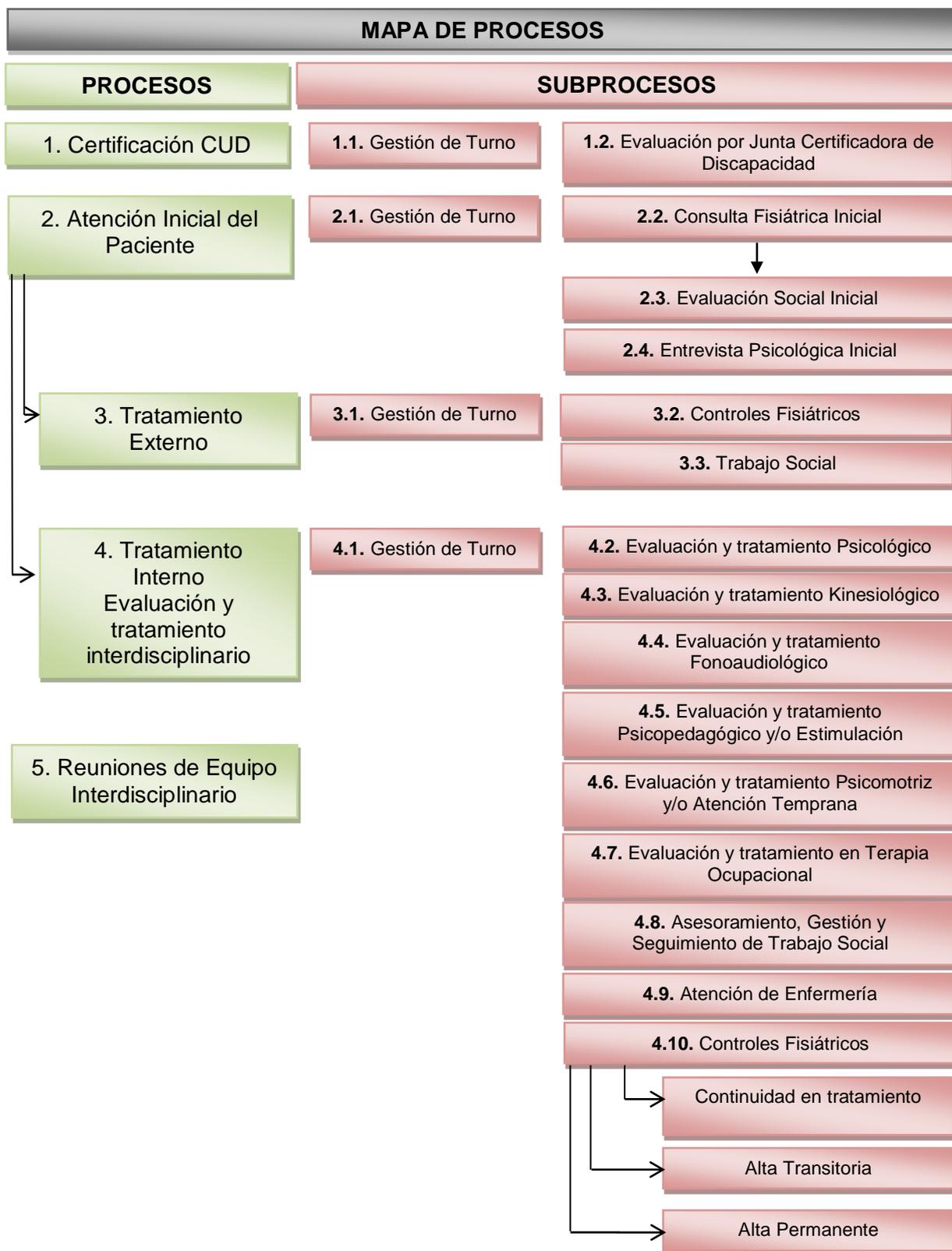
**ETAPA II: “Parametrización de procesos y construcción de indicadores”
 (4 meses, del 14-01-19 al 10-05-19)**

ACTIVIDAD PRESENCIAL		ACTIVIDAD INTERECUENTRO
Fecha del encuentro	Contenidos	Eje de trabajo
13-02-19 (Quinto encuentro)	<ul style="list-style-type: none"> Manual de Procedimientos validado por la Subsecretaría. Monitoreo de la calidad. Sistema de información y gestión por proceso. Protocolos y procedimientos en la gestión de procesos de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Selección de procesos involucrados en la atención del paciente (desde el área de desempeño), diseño de protocolos y procedimientos.
14-03-19 (Sexto encuentro)	<ul style="list-style-type: none"> Acuerdos de los procedimientos protocolizados de las tareas en la atención de la persona con discapacidad y su familia. Sistema de registro en la gestión por proceso: importancia. Ficha de Proceso y Sistema de registro. 	<ul style="list-style-type: none"> Selección de procesos involucrados en la atención del paciente (desde el área de desempeño) y establecimiento del sistema de registro. Formularios
10-04-19 (Séptimo encuentro)	<ul style="list-style-type: none"> Acuerdo del Sistema de registro diseñado. Estándares e indicadores en salud. Parametrización de procesos: aspectos teóricos. Parametrización de procesos: ejercitación. Calidad e indicadores: tipos y construcción. 	<ul style="list-style-type: none"> Parametrización de los procesos involucrados en la atención del paciente desde el área laboral de desempeño. Elaboración de indicadores para la evaluación de procesos.
08-05-19 (Octavo encuentro)	<ul style="list-style-type: none"> Acordar indicadores de los procesos intervinientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Datos necesarios de recolectar para el cálculo de los indicadores seleccionados.

Fecha 13-02-19 (Quinto encuentro):

- Ante preguntas, el Consultor aclara las ideas principales vertidas en el “Manual de Procedimientos ya validado por la Subsecretaría. Recuerda: a) la diferencia entre Manual de Procedimientos y Protocolo de Intervención Profesional. Lo que se está diseñando es un Manual de Procedimientos y que es exclusivo para pautar las tareas (profesionales y/o administrativas) que se implementan en la atención de las personas con discapacidad y su familia, b) El modelo basado por proceso es el utilizado para organizar el Manual, y c) En este Manual se desarrollan: 1) los procesos operativos o claves (que permiten generar el producto o servicio que se entrega al paciente, por lo que inciden directamente en su satisfacción, por lo cual son procesos vitales de la organización) y que se explicitan en el “Mapa de Procesos” siguiente, y 2) los subprocesos, procedimientos, tareas y subtareas que están involucrados en cada proceso clave.
- Los Equipos, coordinados por el Consultor acuerdan que el mapa de procesos definitivo es el enviado en la “Guía de Reflexión y Trabajo N° 4”, además acuerdan por especialidad en qué procesos intervienen, con qué procedimientos

y cuál sería el sistema posible de registro. El mapa de proceso definitivo es el siguiente:



- El Equipo Consultor asiste a cada Equipo de Trabajo en el traspaso al formato "Ficha de Proceso" lo elaborado anteriormente en el "Manual", destacando la importancia del formato "Ficha" para la gestión de calidad y realiza las correcciones o aclaraciones respecto a inicio, fin, entrada y salidas de cada Proceso/Subproceso. Todo en consonancia con el Mapa de Procesos lo que se acuerda con el grupo total luego de modificarlas y completarlas.

Nota: la producción de los Equipos de Trabajo mencionada se presenta en la segunda parte de este informe: "Manual de procedimientos para la atención de las personas con discapacidad – Provincia de Córdoba –Versión 2019" punto 3- "Proceso, Subproceso y tareas estandarizados para la atención de la persona con discapacidad"

- El Consultor Sintetiza las temáticas: a) sistema de información y gestión por proceso y b) protocolos y procedimientos en la gestión de procesos de calidad, c) presenta y explica la "Guía de Reflexión y Trabajo N° 5" (ver el Anexo 1 de este Informe), cómo presentar en la "Ficha de Proceso" los procedimientos/protocolos (nombre y número) y como explicitarlo en la "Hoja de Respuesta". d) sintetiza el anexo de la "Guía 5".

Fecha 14-03-19 (Sexto encuentro):

- El Consultor coordina la puesta en común de los distintos procedimientos que para las distintas tareas han protocolizado los Equipos de Trabajo. Se realizan correcciones y ajustes de los mismos teniendo en cuenta los objetivos de cada Proceso/Subproceso al que referían los mismos.
- Luego del trabajo en grupo, ajustando lo elaborado a lo señalado por el Consultor, el grupo total acuerda con los procedimientos presentados en las respectivas "Fichas de Proceso" como en sus explicitaciones detalladas expuestas en los protocolos.

Nota: la producción de los Equipos de Trabajo mencionada se presentan en la Segunda Parte de este informe: "Manual de procedimientos para la atención de las personas con discapacidad – Provincia de Córdoba –Versión 2019" punto 3- "Proceso, Subproceso y tareas estandarizados para la atención de la persona con discapacidad" y en la Tercera Parte de este Informe: "Procedimientos Protocolos" (Subparte "A")

- Propiciar una gestión de calidad, brindando una atención más eficiente y eficaz a la persona con discapacidad y su familia es la meta, pero no se puede gestionar lo que no se conoce y no se puede conocer lo que no se registra, por ello establecer un "Sistema de registro" claro, específico y oportuno es fundamental, sistema presentado en formato de "Formulario". Los mismos deben ser prácticos

y completos a la hora de realizar el registro de las intervenciones que se realizan.

- El Consultor recuerda que en estos Formularios/Planillas solo se registran datos centrales de la persona atendida y síntesis de la intervención y prescripciones realizadas. Así mismo se aclara que los mismos no reemplazan los protocolos, test, técnicas, etc. propias de cada especialidad que llevan formato diferente para el registro de los resultados.
- Presenta y explica la “Guía de Reflexión y Trabajo N° 6” (ver Anexo de este Informe), como presentar el “Sistema de Registro” en la “Ficha de Proceso” (nombre y número) y como explicitarlo en la “Hoja de Respuesta” en su formato de Formulario.

Fecha 10-04-19 (Séptimo encuentro):

- Se inicia el encuentro con la socialización del “Sistema de Registro” que cada Equipo de Trabajo” diseñó para los distintos Procesos/Subprocesos en los que participa al atender a la persona con discapacidad y su familia. El Consultor va realizando señalamientos, a cada presentación, con los siguientes criterios: claridad, completud, coherencia con el objetivo del Proceso/Subproceso y correlación con los procedimientos acordados.
- Realizados los cambios por parte de los Equipos de Trabajo, se acuerda el “Sistema de Registro” y los diferentes “Formularios” que utilizarán los profesionales o administrativos para registrar las tareas que le son propias y realizan en la atención de la persona con discapacidad y su familia.
Nota: la producción de los Equipos de Trabajo mencionada se presenta en la Segunda Parte de este informe: “Manual de procedimientos para la atención de las personas con discapacidad – Provincia de Córdoba –Versión 2019” punto 3- “Proceso, Subproceso y tareas estandarizados para la atención de la persona con discapacidad” y en la Tercera Parte de este Informe: “Formularios - Planillas” (Subparte “B”)
- El Consultor recuerda que dada la percepción altamente subjetiva de la calidad en salud, es necesario contar con estándares e indicadores fundamentalmente de proceso; y que el manual se centra en los procesos operativos o claves. El seguimiento y la medición constituyen, por tanto, la base para saber qué se está obteniendo, en qué extensión se cumplen los resultados deseados y por dónde se deben orientar las mejoras. Se desarrollan aspectos teóricos-prácticos de la parametrización de procesos.
- Se conceptualiza que es un indicador y cuáles son los beneficios de contar con indicadores de calidad en salud. Cuáles son los criterios para su selección y cuáles son los pasos a seguir para la construcción de los mismos. Recordando

que, dada las características del “Manual de Procedimientos” en construcción, solo se utilizarán indicadores de proceso y de ser necesario de resultado.

- Se ejemplifica como seleccionar y presentar un indicador de proceso, teniendo en cuenta el objetivo del Proceso/Subproceso de referencia, como así mismo la(s) tarea(s) a medir. El indicador seleccionado se explicita: a) indicando su nombre, b) su nivel óptimo de cumplimiento (estándar, umbral, meta), c) responsable de su medición, d) fuente de información a utilizar para la medición, e) periodicidad con que se lo medirá y f) fórmula de cálculo.
- El Consultor presenta y explica la “Guía de Reflexión y Trabajo N° 7” (que figura en el Anexo 1
- de este Informe) y cómo completar la planilla de presentación de los indicadores seleccionados y que figura en la “Hoja de Respuesta de la guía”.

Fecha 08-05-19 (Octavo encuentro):

- El Consultor inicia el encuentro con la socialización de las diferentes planillas de presentación de indicadores que elaboraron los diferentes “Equipos de Trabajo” para los distintos Procesos/Subprocesos en los que participa al atender a la persona con discapacidad y su familia.
- El Consultor va realizando señalamientos, a cada presentación, con los siguientes criterios: claridad y completud de la planilla, coherencia con el objetivo del Proceso/Subproceso y la(s) tarea(s) seleccionada(s) para medirla, y finalmente la correlación con los formularios que registran los datos necesarios para calcularlo.

Nota: la producción de los Equipos de Trabajo mencionada se presenta en la Segunda Parte de este informe: “Manual de procedimientos para la atención de las personas con discapacidad – Provincia de Córdoba –Versión 2019” punto 3- “Proceso, Subproceso y tareas estandarizados para la atención de la persona con discapacidad” y en la Tercera Parte de este Informe: “Planillas de Indicadores” (Subparte “C”).

- Los Equipos de Trabajo, realizaron los cambios señalados y completaron la planilla correspondiente, posteriormente se acuerdan los Indicadores seleccionados y su explicitación, que utilizarán profesionales o administrativos para evaluar las tareas que le son propias y que realizan en la atención de la persona con discapacidad y su familia.
- Se establece como tarea interencuentro (sin guía orientadora), que se identifiquen en los “Formularios” acordados para registrar la información, los datos que son necesarios llenar para poder calcular los indicadores seleccionados.

En esta segunda etapa de capacitación el trabajo interencuentro de los Equipos fue orientado por 4 “Guías de Reflexión y Trabajo” (4, 5, 6 y 7), a saber:

La “**Guía de Reflexión y Trabajo N° 4**”, orientadora del trabajo de equipo entre el cuarto y quinto encuentro presencial, tuvo el siguiente eje de trabajo y objetivo a lograr:

Eje(s) temático(s):

- Modelo de Ficha ISO 9001 para el “Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad”..

Objetivo a lograr:

- Modificar la presentación del Manual de Procedimiento (Versión Preliminar) al modelo de “Fichas de Proceso” según Normas ISO 9001.

La “**Guía de Reflexión y Trabajo N° 5**”, orientadora del trabajo de equipo entre el quinto y sexto encuentro presencial, tuvo el siguiente eje de trabajo y objetivo a lograr:

Eje temático:

- Protocolos/Procedimientos para las tareas de los Proceso/Subprocesos establecidos en el “Manual de Procedimientos”.

Objetivo a lograr:

- Enriquecer el Manual de Procedimiento explicitando los Protocolos o Procedimientos específicos para llevar a cabo las actividades/tareas en las “Fichas de Proceso” y desarrollándolos en el anexo del Manual.

La “**Guía de Reflexión y Trabajo N° 6**”, orientadora del trabajo de equipo entre el sexto y séptimo encuentro presencial, tuvo como eje de trabajo y objetivo a lograr:

Eje(s) temático(s):

- Registro de las tareas de cada Proceso/Subprocesos.

Objetivo a lograr:

- Enriquecer el “Manual de Procedimientos” explicitando el Sistema de Registro de las actividades/tareas en las “Fichas de Proceso” y desarrollándolos en el formato de “Formularios”.

La “**Guía de Reflexión y Trabajo N° 7**”, orientadora del trabajo de equipo entre el séptimo y el octavo encuentro presencial, tuvo como eje de trabajo y objetivo a lograr:

Eje(s) temático(s):

- Gestión de calidad: seguimiento y medición.

Objetivo a lograr:

- Establecer los Indicadores de proceso para evaluar la calidad de las tareas principales que se realizan en cada Proceso/Subprocesos del “Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad”.

**ETAPA III: “Revisión y ajuste del modelo de gestión por proceso diseñado”
(3 meses, del 13-05-19 al 02-08-19)**

ACTIVIDAD PRESENCIAL		ACTIVIDAD INTERENCUENTRO
Fecha del encuentro	Contenidos	Eje de trabajo
15-05-19 (Noveno encuentro)	<ul style="list-style-type: none"> Manual de Procedimientos parametrizados e indicadores: utilidad en la gestión. Responsable de los procesos. Optimización de procesos. Acreditación: principios, metodología y modelos. Reajuste de procedimientos e indicadores: estrategias. Software y base de datos para una gestión por proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del modelo de gestión por proceso diseñado para optimizarlo. Definición del conjunto de datos necesario para la implementación, gestión y control de los procesos definidos.
12-06-19 (Décimo encuentro)	<ul style="list-style-type: none"> Socialización de los ajustes al modelo diseñado: consensos. Encuesta de opinión del usuario y gestión por proceso Unificación de los requerimientos para el diseño de una base de datos. 	<ul style="list-style-type: none"> Requerimientos por especialidad o área de trabajo, para la puesta en marcha del modelo diseñado. Diseño de encuesta de opinión de los usuarios para cada uno de los procesos protocolizados.
03-07-19 (Décimo primer encuentro)	<ul style="list-style-type: none"> Acuerdo de una única encuesta para cada proceso Acuerdo y unificación de los requerimientos para la puesta en marcha del modelo de gestión diseñado. Evaluación de la capacitación recibida. Entrega de un “Manual de Procedimientos” encuadernado por Centro/Servicio. Entrega de un pen conteniendo: Manual de Procedimientos Protocolos individualizados e independientes para su impresión, consulta o uso electrónico. Formularios individualizados e independientes para su impresión, consulta o uso electrónico. Entrega de Certificados individuales. 	-----

En esta tercera etapa de capacitación, el trabajo interencuentro de los Equipos se realizó en el mismo “Manual de Procedimientos” diseñado (versión digitalizada), proponiendo modificaciones que sean necesarias para completarlo, optimizarlo en sus distintas partes guardando coherencia entre los distintos procesos, sus objetivos, tareas, protocolos de realización como así mismo ajustando el sistema de registro y los indicadores de evaluación seleccionado para cada proceso, determinando en cada Centro/Servicio el responsable de dicha evaluación. Se acordó en revisar el Manual cada 5 años para ir ajustándolo a las experiencias que brinda su uso en la práctica cotidiana y los avances tecnológicos.

Fecha 15-05-19 (Noveno encuentro):

- El Consultor inicia el encuentro con una síntesis de los procedimientos parametrizados con sus indicadores para evaluar la gestión a realizar en cada proceso y explicitado en el Manual de Procedimientos diseñado, con el fin de acordar por Centro/Servicio de Rehabilitación los responsables de dicha

evaluación y cómo podrían optimizar los procesos para mejorar la calidad en la atención de las personas con discapacidad y su familia.

- En cada equipo de trabajo se realiza la optimización de los procesos en los que participan con el correspondiente reajuste de procedimientos, sistema de registro e indicadores, todo ello con la asistencia del Consultor.
- El Consultor conceptualiza los principios, metodologías y los distintos modelos desarrollados en acreditación teniendo en cuenta las Normas ISO 9001 y como reajustar los procedimientos e indicadores diseñado conforme a las normas mencionadas.
- En cada equipo de trabajo se revisan los procedimientos, registros e indicadores diseñados con el fin de ajustar a las Normas ISO 9001. Se realizan los cambios correspondientes en el Manual de Procedimientos diseñado.
- El consultor señala las características que debería tener un software, con su correspondiente base de datos, para facilitar una gestión por procesos.
- Se explicita la tarea interencuentro, consistente en; a) realizar el ajuste final al Manual de procedimientos diseñado el que será aprobado y puesto en funcionamiento formalmente mediante resolución pertinente de la Subsecretaria de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión (ver anexo N° 4), y b) definir el conjunto de datos necesarios para la implementación, gestión y control de los procesos definidos.

Fecha 12-06-19 (Décimo encuentro):

- Acuerdo de las optimizaciones al modelo diseñado, propuestas por los diferentes equipos de trabajo.
- Acuerdo del conjunto de datos necesario de recabar para evaluar la gestión y el control de los procesos definidos.
- Determinar por especialidad o área de desempeño, los requerimientos materiales, humanos, tecnológicos y de capacitación que son necesarios de satisfacer para poner en marcha el modelo de gestión diseñado.
- Se unifican criterios para definir la estructura de la base de datos a requerir al programador encargado de diseñar el software correspondiente (ver anexo N° 3)

Fecha 03-07-19 (Décimo primer encuentro):

- Se acuerdan el diseño de las encuestas de opinión de los usuarios para cada uno de los procesos en los que puede participar (ver anexo N° 6).
- Se acuerda en la siguientes propuesta para programadores externos encargados de diseñar el futuro software que permita organizar una única Base de Datos para el sector: Centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba (ver anexo N° 3), a saber:

- Requerimientos para la carga de datos en cada uno de los procesos implicados en la atención del paciente en cada una de las áreas de los Centros de Rehabilitación, con sus ventanas que permitan elegir la parametrización de cada uno de los procesos/procedimientos incluidos en el Manual de Procedimientos.
- Definición del conjunto de datos necesario para la implementación, gestión y control de los procesos definidos, cálculo de Indicadores de proceso que permitan la evaluación y seguimiento de la atención de la persona con discapacidad, como así mismo la elaboración de los informes respectivos (Generales, por Centros y por Especialidad)
- Sistema de permiso sugerido para el uso del correspondiente software diseñado (usos y accesos).
- Necesidades de capacitación requeridas por los que realizarán la carga de datos en el software diseñado.
- Se evalúa la capacitación recibida, utilizando el correspondiente instrumento de evaluación (ver Metodología). Esta actividad fue individual. Los resultados se presentan en la cuarta parte de este informe y se completa con los datos del anexo N° 5.
- Hasta tanto se diseñe y ponga en funcionamiento el software para la puesta en marcha de lo establecido en el Manual de Procedimientos, se entrega a cada Centro/Servicio de Rehabilitación una computadora y pen para iniciar la digitalización de la información atento lo establecido en el Manual, en el mencionado pen se incluye: a) el Manual de Procedimientos, b) Mapa de Proceso, c) Plantilla para confeccionar la Carátula para la apertura de historias clínicas, d) encuestas de opinión del usuario según proceso del que participa, e) carpeta para el archivo de las reuniones de equipo, f) carpeta conteniendo formularios y planillas separadas (a manera de plantillas) para su llenado e impresión según se requiera; y g) protocolos y procedimientos separados para su consulta y/o impresión para su entrega al paciente según corresponda.
- Entrega de certificados a los que cumplieron con los requisitos (80 % de asistencia a los encuentros presenciales y 100 % de producciones interencuentros aprobadas).
- Lectura y firma de la Resolución N° XX de la Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión, mediante la cual se aprueba y se pone en funcionamiento el Manual de Procedimientos diseñado. (ver anexo 4)

SEGUNDA PARTE

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD – PROVINCIA DE CÓRDOBA.

-Versión 2019-

En esta segunda parte se presenta el "Manual de Procedimientos para la Atención de las Personas con Discapacidad unificado para todos los Centros/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba", acordado por todo los participantes y validado por la Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e inclusión de Córdoba (ver Resolución en Anexo N° 4).

Se adecuó su formato al de fichas establecidas por la Normas ISO 9001 y se completó las mismas integrando los aportes que al respecto realizaron los Equipos de Trabajo, desde sus especialidades, con la nominación de los correspondientes procedimientos operativos y el sistema de registro de la información además de los indicadores con los que se evaluará la calidad de los servicios que se prestan a la persona con discapacidad y su familia.

1- INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud en todo el mundo se ven enfrentados hoy más que nunca a un mundo globalizado, con ciudadanos informados y exigentes que demandan más y mejor asistencia sanitaria.

Las tecnologías y el conocimiento científico se expanden a una velocidad sorprendente, sin dar tiempo al "reciclaje" de personas ni de instituciones.

La **gestión de calidad** se ha transformado durante los últimos años en un aspecto estratégico para las instituciones de salud

"Calidad se refiere a las características de un producto o servicio que satisface necesidades establecidas o implícitas; **es el grado en el cual un producto cumple con las especificaciones de un consumidor.**" calidad hace referencia a la excelencia, a lo bueno, a lo adecuado, buenos resultados. Los atributos que son propios de una atención de salud de calidad son:

- **Efectividad:** obtener el resultado esperado, con los recursos disponibles y el estado del paciente.
- **Eficiencia:** obtener los resultados al menor costo posible.
- **Aceptabilidad:** respetar deseos, expectativas, valores, creencias y derechos del paciente.
- **Legitimidad:** no se transgreden normas sociales ni se atenta con principios universales.
- **Oportunidad:** la atención o prestación se produce en el momento en que se espera que ésta ocurra.
- **Continuidad:** el paciente siente que no existen barreras entre una etapa y otra etapa dentro del proceso de atención.

La calidad es una percepción altamente subjetiva y depende en gran medida de las características del observador: por ello se han diseñado diferentes estrategias y modelos, siendo uno de los más importantes el monitoreo de calidad, todos ellos trabajan en base a estándares e indicadores de calidad.

Un estándar es definido por la Real Academia Española de la Lengua (RAE) como tipo, modelo, norma, patrón o referencia, que en salud definen la situación óptima esperable (los recursos humanos disponibles, su grado de capacitación, los recursos financieros, la tecnología en uso, etc.) de un determinado aspecto de la organización, gestión o del resultado de una determinada actividad. La principal utilidad de los estándares es que a partir de ellos se generan los indicadores de calidad.

Los indicadores constituyen "la medida cuantitativa que permite objetivar un determinado aspecto que resulte relevante para la calidad de la asistencia en salud". Tiene una expresión numérica simple y puede estar referido a múltiples aspectos: la atención directa al usuario, la eficiencia, la cobertura, el impacto, los resultados, etc.

Los estándares y sus respectivos indicadores se clasifican en tres categorías: de estructura, de proceso y de resultados. Los indicadores de proceso y resultado son los más importantes, porque nos hablan de la calidad de procesos sobre los cuales se pueden actuar para mejorar los efectos finales de dichos procesos.

2- MAPA DE PROCESOS PARA LA ATENCIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

En el marco de la política de modernización del estado que viene desarrollando la Secretaría de Planeamiento y Modernización de la Provincia de Córdoba, la

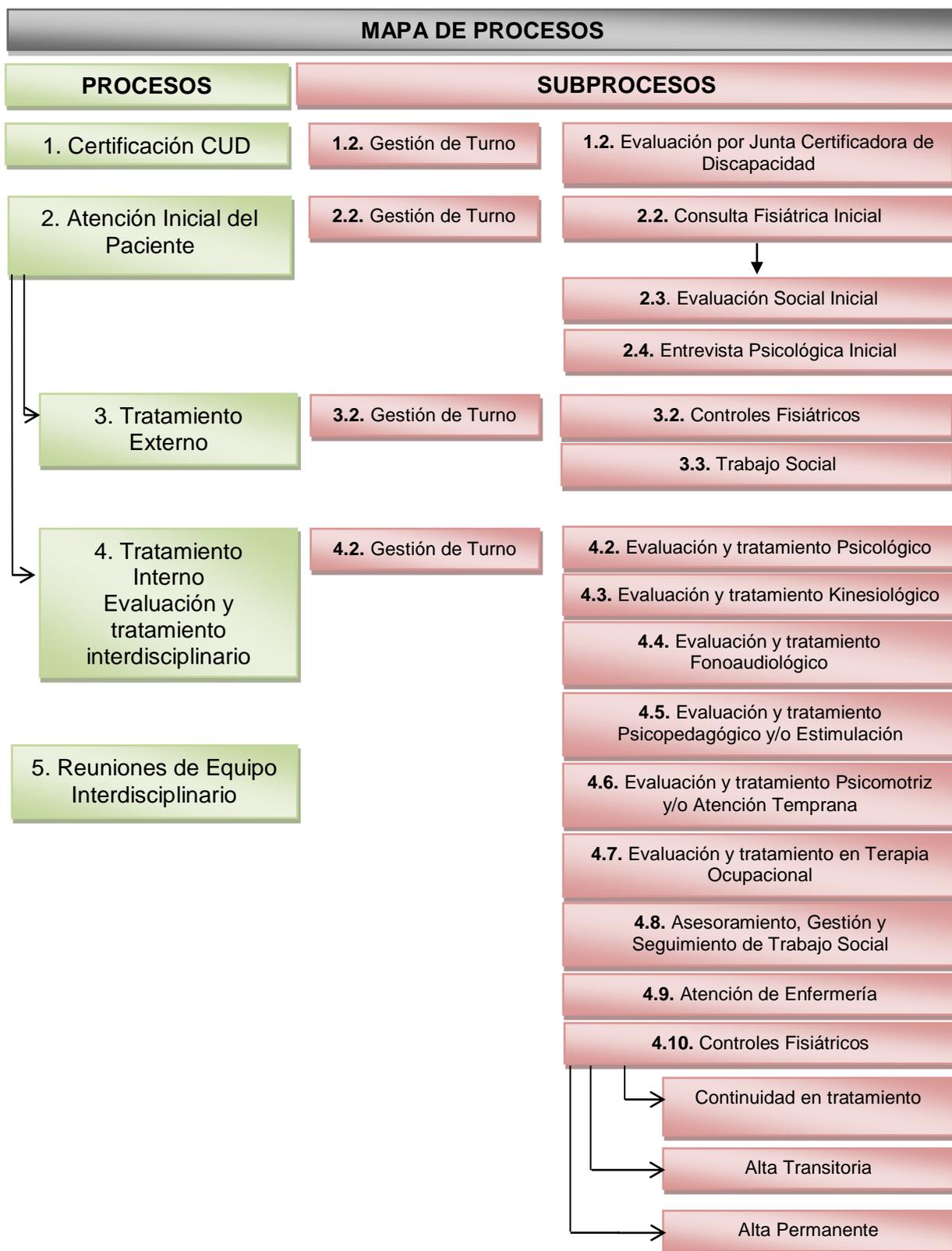
Subsecretaría de Discapacidad ha iniciado en el año 2017 el diseño de un proceso de modernización de sus espacios de trabajo, incluyendo la mejora de los flujos de información y el desarrollo de nuevos instrumentos de organización y gestión. En este contexto se insertó el "Proyecto de Gestión de Calidad" el cual propició el "Desarrollo e implementación del **modelo de gestión por procesos** como instrumento para la organización y la gestión de los **centros/servicios de rehabilitación** coordinados por la Subsecretaría de Discapacidad de la Provincia de Córdoba". En este marco se implementó durante los años 2018/2019 el presente Curso de Capacitación.

Se propuso diseñar el "**Manual de Procedimientos para la Atención de las Personas con Discapacidad**" unificado para todos los Centros/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba, lo que permitirá en un futuro parametrizar los procesos establecidos en él, para a) mejorar la calidad de atención y definir los requerimientos de información necesarios para una adecuada gestión de las actividades; y b) recolectar y analizar la información pertinente, a partir de indicadores de salud, para la toma de decisiones en pro de una mejor calidad de vida de los discapacitados y sus familias.

El **Objetivo de este Manual** es: Modelizar y sistematizar los circuitos asistenciales homologados de los centros/servicios de rehabilitación de la red provincial, en pos de brindar una atención más eficiente y eficaz a la persona con discapacidad y su familia.

Orientar la gestión de una organización a un **modelo basado en procesos** requiere, en primer lugar, identificar cuáles son sus procesos y las relaciones existentes entre ellos. Una organización puede definirse como un conjunto de procesos interconectados, que pueden plasmarse por escrito en un diagrama denominado **Mapa de Procesos**. El mapa de procesos permite plasmar gráficamente el funcionamiento integral de la organización.

En este Manual se desarrollan: a) los procesos operativos o claves (que permiten generar el producto o servicio que se entrega al paciente, por lo que inciden directamente en su satisfacción, por lo cual son procesos vitales de la organización) y que se explicitan en el "Mapa de Procesos" siguiente, y b) los subprocesos, procedimientos y tareas y subtareas que están involucrados en cada procesos clave.



3- PROCESOS, SUBPROCESOS Y TAREAS ESTANDARIZADOS PARA LA ATENCIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD,

Para presentar este Manual de Procedimientos en su versión 2019 se utiliza el diseño de “Fichas de Procesos”, la que se considera como el soporte de información que tiene por objeto *recoger todas aquellas características relevantes* para el control de las actividades del proceso y para su correcta *gestión*.

La **Norma ISO 9001** está basada en la *gestión por procesos* y utiliza este soporte de información. La información que se incluyó en cada una de las fichas de proceso, fue establecida y consensuada por los miembros de la Red Pública de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba, considerando que debe permitir su adecuada gestión. Su formato, con la explicación de las partes que la componen, se presenta a continuación:

<u>PROCESO (SUBPROCESO):</u> Nombre que recibió el proceso en el Mapa correspondiente.	<u>CÓDIGO:</u> Número de identificación del proceso, según el Mapa correspondiente.
<u>RESPONSABLE DEL PROCESO:</u> Es a quién se le asigna la responsabilidad del proceso, y por lo tanto de los objetivos marcados. Debe tener capacidad de liderazgo y actuar como motor del proceso. Asume la responsabilidad global de la gestión del proceso y de su mejora continua.	
<u>EDICIÓN NUMERO:</u> Se establece el número de edición de la fecha.	<u>FECHA DE VALIDACIÓN:</u> Cuando se la validó la edición.
<u>OBJETIVO:</u> Es el propósito del proceso. Responde a la pregunta: ¿cuál es la razón de ser del proceso? ¿Por qué existe el proceso? ¿Cuál es la misión del proceso?. ¿Qué se quiere lograr con la realización del proceso?.	
<u>INICIO:</u> Primera actividad del proceso.	
<u>ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):</u> Todas las actividades comprendidas entre el inicio y el fin del proceso.	
<u>FIN:</u> Ultima actividad del proceso.	
<u>ENTRADAS:</u> Es lo que requiere el proceso para poder desarrollar sus actividades (materiales, información, documentación, etc.).	<u>SALIDAS:</u> Es el producto o servicio creado por el proceso. Es el resultado del proceso. Es lo que el proceso produce o modifica.
<u>PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:</u> Es la forma específica para llevar a cabo una actividad o un conjunto de actividades. Cuando existe un proceso que tiene que ocurrir en una forma específica, y se especifica cómo debe suceder, implica que el proceso tiene un procedimiento. Se lo identificará con P y el número correspondiente, ej.: (P 00)	<u>FORMULARIOS:</u> Son los documentos en los cuales se registran las acciones/resultados y toda información generada por el proceso. Con el fin de clarificar, en el encabezado de cada formulario se establecen procedimientos para su llenado y se lo identificará con F y el número correspondiente, ej.: (F 00)
<u>INDICADORES:</u> Son los parámetros de medición de la evolución y el grado de cumplimiento de los resultados finales de la realización del proceso en relación con el objetivo establecido. y se lo identificará con I y el número correspondiente, ej.: (I 00)	

PROCESO (SUBPROCESO): GESTIÓN DE TURNO PARA CERTIFICACIÓN CUD		CÓDIGO: APD-1.1.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: ADMINISTRACIÓN		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Garantizar de manera oportuna, ordenada y segura el acceso a la atención de personas para certificación CUD.		
INICIO: Contacto del paciente para certificación CUD.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):		
<p>ASESORAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención según "Protocolo de atención a pacientes y/o familiares" (telefónica o personal) informando requisitos para obtener el CUD. Entrega de requisitos o explicar procedimientos y URL para obtener información vía web. (https://www.argentina.gob.ar/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud) <p>ATENCIÓN ADMINISTRATIVA (PERSONAL).</p> <ul style="list-style-type: none"> Recepción y control de la documentación traída por el paciente. Confección del "Formulario de solicitud del CUD" establecido por la Agencia Nacional de Discapacidad. Incorporar los datos básicos del paciente y su familia en la "Base de datos de pacientes por centro/servicio". Asignación de turno para la atención de la junta de certificación de discapacidad y su registro en formulario para el paciente, en la planilla de turnos profesional correspondiente y en la planilla "Asistencia del Paciente". <p>RECUPERO DE GASTOS: "Procedimiento para el recupero de gastos".</p> <p>LLEVAR AL DÍA LA "Planilla de estadística anual y por mes".</p> <p>ENTREGA DEL CUD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Según "Protocolo de entrega del CUD y explicación para su uso" Registro de la entrega del certificado en la "Base de pacientes por centro/servicio" 		
FIN: Entrega de certificado único de discapacidad.		
ENTRADAS:	SALIDAS:	
<ul style="list-style-type: none"> Documentación completa para certificación CUD traída por el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Turno asignado para Junta Certificadora de Discapacidad. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:	FORMULARIOS:	
<ul style="list-style-type: none"> Protocolo de atención a pacientes y/o familiares (P 01). Protocolo de entrega del CUD y explicación para su uso (P 02). Protocolo de atención de pacientes internados (P 03). Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsultas con otro/s miembros del equipo (P 04). Procedimientos para la apertura de historia clínica y el archivo de la documental (P 05) Procedimiento para el recupero de gastos (P 06). 	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de turno (para el paciente) (F 01). Turnero Profesional (F 03). Planilla "Asistencia del paciente" (F 04). Formulario de solicitud del CUD (página web de la Agencia Nacional de Discapacidad). Formulario para solicitar la modificación del CUD (F 05). Base de datos de pacientes por centro/servicio (F 06). Planilla de estadística anual y por mes (F 07). 	
INDICADORES:		
<ul style="list-style-type: none"> Información de requisitos. (I 01) Atención al usuario. (I 02) 		

- Entrega del turno por escrito y demora en la atención. (I 03)
- Entrega del CUD según protocolo y demora para su obtención. (I 04)
- Registro de datos del paciente. (I 05)
- Registro de turnos otorgados. (I 06)
- Asistencia de pacientes a turnos otorgados. (I 07)
- Registro y archivo del CUD según protocolo. (I 08)

<p>PROCESO (SUBPROCESO): EVALUACIÓN POR JUNTA CERTIFICADORA DE DISCAPACIDAD PARA CERTIFICACIÓN CUD.</p>		<p>CÓDIGO: APD-1.2.001</p>
<p>RESPONSABLE DEL PROCESO: MÉDICO/A FISIATRA, PSICÓLOGO/A Y TRABAJADOR/A SOCIAL.</p>		
<p>EDICIÓN NUMERO: 001</p>	<p>FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019</p>	
<p>OBJETIVO: Emitir los CUD para aquellas personas que acrediten situación de discapacidad desde una mirada interdisciplinaria, según las normativas vigentes, brindando el asesoramiento necesario para el acceso a derechos.</p>		
<p>INICIO: Ingreso de paciente con turno otorgado.</p>		
<p>ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):</p> <p>EVALUACIÓN DEL PACIENTE. ENTREVISTA EN CONJUNTO CON MÉDICO(A) FISIATRA, TRABAJADOR(A) SOCIAL Y PSICÓLOGO(A) A FIN DE RECARAR LA INFORMACIÓN SEGÚN LO ESTABLECIDO POR LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis. • Valoración de documentación/estudios presentados por el paciente. • Codificación de la información receptada. • Decisión final: otorgamiento o denegación del CUD. <p>ORIENTACIÓN FAMILIAR. INFORMACIÓN A FAMILIARES/CUIDADORES Y/O PACIENTE SOBRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por qué no se otorga el CUD. • Si se otorga, se informa sobre beneficios, derechos y prestaciones según "Protocolo de entrega del CUD y explicación para su uso". 		
<p>FIN: Orientación al paciente y/o familia.</p>		
<p>ENTRADAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con turno asignado. • Documentación/estudios presentados por el paciente. 	<p>SALIDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificado único de discapacidad. Ó • Denegatoria. 	
<p>PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de Agencia Nacional de Discapacidad • Protocolo de entrega del CUD y explicación para su uso. (P 02) 	<p>FORMULARIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario de solicitud del CUD (de la web de la Agencia Nacional de Discapacidad) 	
<p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega del CUD según protocolo y demora para su obtención. (I 9) 		

PROCESO (SUBPROCESO): GESTIÓN DE TURNO PARA ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE		CÓDIGO: APD-2.1.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: ADMINISTRACIÓN		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Posibilitar una atención integral del paciente de forma ordenada y accesible.		
INICIO: Requerimiento del paciente.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):		
<p>ASESORAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención telefónica o personal según "Protocolo de atención a pacientes y/o familiares" Informa los requisitos para la atención fisiátrica inicial. Interconsulta con internado, previo al alta, para ingresar al paciente como ambulatorio según "Protocolo de atención de pacientes internados" <p>GESTIÓN DE PACIENTES (PERSONAL):</p> <ul style="list-style-type: none"> Asignación de turnos (con entrega al paciente y registro en "Turnero profesional" y en planilla "Asistencia del paciente") para: <ul style="list-style-type: none"> Consulta fisiatra inicial. Evaluación psicológica inicial. Evaluación social inicial. Incorporar y/o completar los datos básicos del paciente y su familia en la "Base de datos de pacientes por centro/servicio". Apertura de la "Historia Clínica" (según "Procedimientos para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental") Completar el "Formulario de ingreso de niñ@s/adultos". Recepción y control de la documentación traída por el paciente (incorporarla a la historia clínica del paciente según "Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental"). <p>RECUPERO DE GASTOS: "Procedimiento para el recupero de gastos".</p> <p>LLEVAR AL DÍA LA "Planilla de estadística anual y por mes".</p>		
FIN: Otorgamiento de turnos.		
ENTRADAS:	SALIDAS:	
<ul style="list-style-type: none"> Documentación aportada por el paciente (según requisitos). 	<ul style="list-style-type: none"> Turno asignado para consulta fisiátrica inicial. Turno asignado para entrevista psicológica inicial. Turno asignado para evaluación social inicial. Historia Clínica del paciente. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:	FORMULARIOS:	
<ul style="list-style-type: none"> Protocolo de atención a pacientes y familiares (P 01) Protocolo de atención de pacientes internados (P 03). Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsultas con otro/s miembros del equipo (P 04). Procedimiento para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental (P 05) Procedimiento para el recupero de gastos (P 06). 	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de turno para admisión (para el paciente) (F 01). Turnero Profesional (F 03). Planilla "Asistencia del paciente" (F 04). Base de datos de pacientes por centro/servicio (F 06). Planilla de estadística anual y por mes (F 07). Formulario de ingreso de niñ@s/adultos. (F 08) 	
INDICADORES:		

- Atención al usuario. (I 10)
- Entrega del turno por escrito. (I 11)
- Registro de datos del paciente. (I 12)
- Registro de turnos otorgados. (I 13)
- Asistencia de pacientes a turnos otorgados. (I 14)
- Admisión inicial de pacientes. (I 15)

PROCESO (SUBPROCESO): CONSULTA FISIÁTRICA INICIAL		CÓDIGO: APD-2.2.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: MÉDICO/A FISIATRA		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Determinar el perfil de funcionamiento para lograr la máxima funcionalidad e independencia del paciente, favoreciendo el desarrollo de sus actividades y su mayor participación.		
INICIO: Paciente que ingresa a primera consulta con turno otorgado.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):		
<p>EVALUACIÓN DEL PACIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis. • Examen físico. • Aplicación de escalas normatizadas. • Determinar diagnóstico etiológico-funcional. • Solicitud de interconsultas con otros profesionales. • Solicitud de estudios complementarios. <p>ELABORACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO INICIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinación de tipo y frecuencias de tratamiento inicial requerido (con firma del “Consentimiento informado” y firma del “Reglamento interno del centro/servicio”). <p>PRESCRIPCIÓN DE EQUIPAMIENTO.</p> <p>PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA.</p> <p>PLAN DE CONTROLES FISIÁTRICOS.</p> <p>REGISTRO DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL en la Historia Clínica del paciente, completando el “Formulario evaluación médico fisiátrico de admisión de niñ@s ó “Formulario evaluación médico fisiátrico de admisión de adultos” según corresponda, además del archivo de estudios complementarios en “Otros Estudios”.</p> <p>EXPLICACIÓN Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.</p> <p>FIRMA DEL REGLAMENTO INTERNO</p> <p>ORIENTACIÓN FAMILIAR.</p>		
FIN: Orientación familiar.		
ENTRADAS:	SALIDAS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Documentación aportada por el paciente (según requisitos). • Paciente con turno otorgado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico. • Plan terapéutico inicial. • Prescripción de equipamiento. • Prescripción farmacológica. • Plan de controles fisiátricos. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:	FORMULARIOS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área. • Protocolo de atención de pacientes internados (P 01) • Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsulta con otro/s miembros del equipo (P 04) • Procedimientos para la apertura de Historia Clínica y el archivo de la documental (P 05) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario evaluación médico fisiátrico de admisión de niñ@s (F 09). • Formulario evaluación médico fisiátrico de adultos (F 10). • Consentimiento informado (F 11). • Reglamento interno del centro/servicio (F 12). 	

INDICADORES:

- Consentimiento informado. (I 16)
- Aceptación del reglamento interno. (I 17)
- Evaluación médico fisiátrica de admisión de paciente. (I 18)

PROCESO (SUBPROCESO): EVALUACIÓN SOCIAL INICIAL		CÓDIGO: APD-2.3.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: TRABAJADOR/A SOCIAL		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Diseñar la estrategia de intervención a partir de un diagnóstico social inicial de la persona con discapacidad y su grupo familiar.		
INICIO: Paciente que ingresa con turno otorgado.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):		
<p>ENTREVISTA INICIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Registro de datos (históricos, culturales, sociales, económicos, geográficos, etc.) en el "Formulario Evaluación Social de Admisión de Niñ@s" ó en el "Formulario Evaluación Social de Admisión de Adultos" (según corresponda), además de los protocolos, test, etc. de la especialidad, archivados en la Historia Clínica del paciente, todo según el "Procedimientos para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental". <p>ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE RECURSOS EXISTENTES EN LA COMUNIDAD según "Procedimiento de asesoramiento y orientación para la obtención de recursos".</p> <p>GESTIÓN DE RECURSOS NECESARIOS REQUERIDOS POR PACIENTE/FAMILIA O PRESCRIPTOS POR MÉDICO FISIATRA según "Procedimiento de Gestión de Recursos".</p> <p>REGISTRO en "Planilla de seguimiento de Gestión de Recursos"</p>		
FIN: Confección de informe social inicial.		
ENTRADAS:	SALIDAS:	
<ul style="list-style-type: none"> Paciente con turno otorgado. 	<ul style="list-style-type: none"> Informe de evaluación social inicial. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:	FORMULARIOS:	
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área. Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y archivo de la documental (P 05) Procedimiento de asesoramiento y orientación para la obtención de recursos. (P 07) Procedimiento de gestión de recursos. (P 08) 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación social de admisión de niñ@s (F 13). Evaluación social de admisión de adultos. (F 14) Planilla de seguimiento de gestión de recursos. (F 29) 	
INDICADORES:		
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación social de admisión de pacientes (I 19) Gestión de recursos y tiempo de obtención (I 20) 		

PROCESO (SUBPROCESO): ENTREVISTA PSICOLÓGICA INICIAL		CÓDIGO: APD-2.4.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: PSICOLOGO/A		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Contextualizar la problemática actual del paciente y su familia para planificar intervenciones adecuadas y oportunas favoreciendo la adherencia al tratamiento integral de rehabilitación.		
INICIO: Paciente que ingresa a consulta psicológica inicial con turno otorgado.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):		
ENTREVISTA DE ADMISIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • confección de genograma. • Registro factores de riesgo y protectores. • Explicitación del encuadre de trabajo y orientación familiar. • Registro en el “Formulario entrevista psicológica de admisión de niñ@s” ó en el “Formulario entrevista psicológica de admisión de adultos” (según corresponda). además de los protocolos, test, etc. de la especialidad, archivados en la Historia Clínica del paciente, todo según el “Procedimientos para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental”. 		
FIN: Orientación al paciente y su familia.		
ENTRADAS: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con turno otorgado. 	SALIDAS: <ul style="list-style-type: none"> • Síntesis diagnóstica inicial. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área. • Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y archivo de la documental (P 05) 	FORMULARIOS: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista psicológica de admisión de niñ@s. (F 15) • Entrevista psicológica de admisión de adultos. (F 16) 	
INDICADORES: <ul style="list-style-type: none"> • Admisión psicológica de pacientes (I 21) 		

PROCESO (SUBPROCESO): GESTIÓN DE TURNO PARA CONSTROLES FISIÁTRICOS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO EXTERNO		CÓDIGO: APD-3.1.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: ADMINISTRACIÓN		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Garantizar al paciente el acceso a las valoraciones para el control fisiátrico.		
INICIO: Contacto del paciente.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS): ASIGNACIÓN DE TURNOS para controles fisiátricos de pacientes con tratamiento externo Y REGISTRO en el "Turnero profesional" correspondiente y en la Planilla "Asistencia del paciente" RECUPERO DE GASTOS: según "Procedimiento para el recupero de gastos". LLEVAR AL DÍA LA "Planilla de estadística anual y por mes".		
FIN: Otorgamiento del turno.		
ENTRADAS: <ul style="list-style-type: none"> Solicitud del paciente. 	SALIDAS: <ul style="list-style-type: none"> Turno asignado para control fisiátrico. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS: <ul style="list-style-type: none"> Protocolo de atención a pacientes y/o familiares (P 01) Protocolo de atención a pacientes internados (P 03). Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsultas con otro/s miembros del equipo (P 04). Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y archivo de la documental (P 05) Procedimiento para el recupero de gastos (P 06). 	FORMULARIOS: <ul style="list-style-type: none"> Formulario de turno para admisión (para el paciente) (F 01). Turnero Profesional (F 03). Planilla "Asistencia del paciente" (F 04). Planilla de estadística anual y por mes (F 07). 	
INDICADORES: <ul style="list-style-type: none"> Atención al usuario. (I 22) Entrega del turno por escrito. (I 23) Registro de datos del paciente. (I 24) Registro de turnos otorgados. (I 25) Asistencia de pacientes a turnos otorgados. (I 26) 		

PROCESO (SUBPROCESO): CONTROLES FISIÁTRICOS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO EXTERNO.		CÓDIGO: APD-3.2.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: MÉDICO/A FISIATRA		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Determinar la eficacia de las intervenciones indicadas.		
INICIO: Paciente que ingresa a control fisiátrico con turno otorgado.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):		
<p>EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y LOGROS EN EL PACIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolución del diagnóstico funcional. • Actualización de historia clínica. • Anamnesis. • Registro del equipamiento de rehabilitación. • Examen físico. • Información al paciente. • Revisión de los estudios e interconsultas solicitados previamente. • Indicación de continuidad o modificación del plan terapéutico. • Indicación de nuevas medidas terapéuticas (medicación/ equipamiento, otras). • Solicitud de nuevas interconsultas y estudios complementarios. • Indicación de nuevo control médico fisiátrico. • Registro en el "Formulario Controles fisiátricos del paciente", además de los protocolos, test, etc. de las especialidades. <p>ALTA TRANSITORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de las sugerencias de las áreas terapéuticas externas que atienden al paciente. • Anamnesis y examen físico actualizado. • Información y devolución al paciente y familia (prescripción e indicaciones). • Programación de nuevos controles periódicos. • Registro en el "Formulario de Alta Transitoria/Permanente del paciente", además de los protocolos, test, etc. de la especialidad. <p>ALTA PERMANENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de las sugerencias de las áreas terapéuticas externa que atienden al paciente. • Anamnesis y examen físico actualizado. • Información y devolución al paciente y familia (prescripción e indicaciones). • Registro en el "Formulario de Alta Transitoria/Permanente del paciente" además de los protocolos, test, etc. de la especialidad. <p>REGISTRO DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL en la Historia Clínica del paciente en el "Formulario control fisiátrico de niñ@s" o en el "Formulario control fisiátrico de adultos" (según corresponda), y de ser necesario los protocolos, test, etc. de la especialidad, archivados en "Otros Estudios". Todo según "Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental".</p>		
FIN: Alta.		
ENTRADAS:		SALIDAS:
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con turno otorgado. • Informes de resultados de los estudios e interconsultas solicitados. • Sugerencias de las áreas terapéuticas externa que atienden el paciente con tratamiento externo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Informe de evaluación del paciente y logros. • Nuevo plan terapéutico • Prescripción de nuevo equipamiento. • Prescripción farmacológica. • Plan de controles fisiátricos. • Informe de alta (transitoria o permanente).

PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS

- Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área.
- Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsulta con otro/s miembro del Equipo. (P 04)
- Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y archivo de la documental (P 05).

FORMULARIOS:

- Formulario controles fisiátricos de paciente, tratamiento externo o interno. (F 17)
- Formulario de Alta Transitoria/Permanente, tratamiento externo o interno. (F 18)
- Formulario de registro de interconsulta externa profesional (internado y ambulatorio)(F 19)
- Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta.(F 20)

INDICADORES:

- Registro de la atención fisiátrica. (I 27)
- Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 28)
- Alta transitoria/permanente. (I 29)
- Opinión del usuario. (I 30)

PROCESO (SUBPROCESO): TRABAJO SOCIAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO EXTERNO.		CÓDIGO: APD-3.3.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: TRABAJADOR/A SOCIAL.		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Facilitar la accesibilidad de la persona con discapacidad a los recursos materiales, humanos y/o institucionales.		
INICIO: Ingreso del paciente con turno otorgado		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS): ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN para el acceso a prestaciones para personas con discapacidad según el "Procedimiento de Asesoramiento y Orientación para la obtención de Recursos". GESTIÓN DE RECURSOS NECESARIOS: requeridos por paciente/familia o prescriptos por médico fisiatra, según el "Procedimiento de gestión de recursos" y registro en la "Planilla de seguimiento de gestión de recursos" REGISTRO DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL en la Historia Clínica del paciente en la "Planilla de seguimiento de gestión de recursos", y de ser necesario los protocolos de la especialidad, archivado en "Otros Estudios". Todo según "Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental" ARTICULACIÓN INTRA E INTER INSTITUCIONAL.		
FIN: Culminación del proceso de gestión de recursos.		
ENTRADAS: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con turno otorgado. • Historia Clínica. 	SALIDAS: <ul style="list-style-type: none"> • Expediente 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y archivo de la documental (P 05). • Procedimiento de asesoramiento y orientación para la obtención de recursos. (P 07) • Procedimiento de gestión de recursos. (P 08) 	FORMULARIOS: <ul style="list-style-type: none"> • Planilla de seguimiento de gestión de recursos. (F 29) • Formulario de registro de interconsulta externa profesional (internado y ambulatorio)(F 19) 	
INDICADORES: <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de recursos y tiempo de obtención (I 31) • Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 32) • Opinión del usuario. (I 33) 		

PROCESO (SUBPROCESO): GESTIÓN DE TURNO PARA TRATAMIENTO INTERNO		CÓDIGO: APD-4.1.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: ADMINISTRACIÓN		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Posibilitar la atención integral del paciente en su proceso asistencial de forma ordenada y accesible.		
INICIO: Requerimiento del paciente con tratamiento interno asignado.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS): ASIGNACIÓN DE TURNOS: <ul style="list-style-type: none"> Registrado en el “Formulario de turnos semanales”(entregados al paciente), en la Planilla “Asistencia del paciente”, en el “Turnero profesional” correspondiente y controles fisiátricos (tratamiento interno). Todo según “Procedimientos para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental” REPROGRAMACIÓN DE TURNOS PARA LA ATENCIÓN PROFESIONAL: <ul style="list-style-type: none"> Registro en el “Formulario de turnos semanales”(entregados al paciente), en la Planilla “Asistencia del paciente”, en el “Turnero profesional” correspondiente y controles fisiátricos (tratamiento interno). Todo según “Procedimientos para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental” RECUPERO DE GASTOS: “Procedimiento para el recupero de gastos”. LLEVAR AL DÍA LA “Planilla de estadística anual y por mes”.		
FIN: Otorgamiento del turno.		
ENTRADAS: <ul style="list-style-type: none"> Paciente con plan tratamiento interno asignado. CUD 	SALIDAS: <ul style="list-style-type: none"> Turnos asignados para las especialidades. Carpeta Historia Clínica Virtual del paciente. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS: <ul style="list-style-type: none"> Protocolo de atención a pacientes y/o familiares. (P 01) Protocolo de atención de pacientes internados. (P 03) Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsultas con otro/s miembros del equipo (P 04). Procedimiento para la apertura de la Historia Clínica Virtual y el archivo de la documental (P 05) Procedimiento para el recupero de gastos (P 06). 	FORMULARIOS: <ul style="list-style-type: none"> Formulario de turnos semanales (para el paciente). (F 02) Turnero Profesional (F 03). Planilla “Asistencia del paciente” (F 04) Planilla de estadística anual y por mes. (F 07) 	
INDICADORES: <ul style="list-style-type: none"> Atención al usuario. (I 34) Entrega del turno por escrito. (I 35) Registro de datos del paciente. (I 36) Registro de turnos otorgados. (I 37) Asistencia de pacientes a turnos otorgados. (I 38) 		

PROCESO (SUBPROCESO): EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO		CÓDIGO: APD-4.2.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: PSICÓLOGO/A		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
<p>OBJETIVO: Acompañar al paciente y su familia en la elaboración de la crisis por la discapacidad que atraviesan, favoreciendo la conciencia de la situación de salud actual del paciente con el fin de que desarrollen sus potencialidades y su inclusión.</p>		
<p>INICIO: Ingreso del paciente a consultorio de psicología.</p>		
<p>ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):</p> <p>EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis, entrevista psicológica. • Diagnóstico funcional (aplicación de pruebas). • Elaboración de informe. • Devolución al paciente/familiares/cuidadores y al equipo profesional que lo atiende. <p>TRATAMIENTO PSICOLÓGICO (INDIVIDUAL/GRUPAL):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos (inmediatos y mediatos) y propuesta estratégica de tratamiento. • Psicoeducación (entrenamiento en actividades de la vida diaria y sus adaptaciones). • Estimulación y rehabilitación cognitiva. • Terapia de apoyo/orientación con el paciente. • Entrevista de orientación a familiares/cuidadores del paciente. <p>REEVALUACIÓN (de ser necesaria):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de objetivos propuestos. • Replanteo de objetivos y continuidad del tratamiento psicológico. <p>ALTA TRANSITORIA Y PROGRAMACIÓN DE CONTROLES PERIÓDICOS DEL PACIENTE: con informe a paciente, familiares/cuidadores, al equipo profesional que lo atiende y a administración a sus efectos completando el "Formulario recomendaciones interdisciplinarias para el alta"</p> <p>REGISTRO DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL archivada en la Historia Clínica del paciente, en el "Formulario para evolucionar", en el "informe de evolución periódico", en el "Formulario recomendaciones interdisciplinarias para el alta" y los protocolos, test, etc. de la especialidad e interconsultas archivarlos en "Otros Estudios" todo de acuerdo a los "Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental".</p>		
<p>FIN: Sugerencia de alta psicológica.</p>		
<p>ENTRADAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con turno otorgado. • Plan de tratamiento asignado 	<p>SALIDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico funcional. • Objetivos y propuesta estratégica de tratamiento. • Programación de controles. • Alta sugerida. 	
<p>PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área. • Protocolo de atención de pacientes internados (P 03) • Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsultas con otro/s miembros del equipo (P 04). • Procedimientos para la apertura de la Historia 	<p>FORMULARIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario para evolucionar. (F 21) • Informe de evolución periódico. (F 22) • Formulario de registro de interconsulta externa (internado y ambulatorio)(F 19) • Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta.(F 20) 	

Clínica y el archivo de la documental (P 05)

INDICADORES:

- Registro de la evaluación y tratamiento profesional. (I 39)
- Alta transitoria/Permanente. (I 40)
- Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 41)
- Informe de evolución periódico. (I 42)
- Opinión del usuario. (I 43)

PROCESO (SUBPROCESO): EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO KINESIOLÓGICO		CÓDIGO: APD-4.3.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: KINESIOLOGO/A		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Proporcionar la mayor independencia motora del paciente, a través de un diagnóstico, tratamiento y reevaluación oportuna específica para el mismo.		
INICIO: Ingreso del paciente a consultorio con turno otorgado.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):		
<p>EVALUACIÓN FISIOKINÉSICO (AMBULATORIO Y/O INTERNADO):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista inicial con paciente y familiares. • Anamnesis. • Examen fisiokinésico y diagnóstico. • Elaboración del informe inicial. <p>TRATAMIENTO FISIOKINÉSICO (AMBULATORIO Y/O INTERNADO):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan y objetivos terapéuticos. • Evaluación de la evolución del paciente. • Orientación a la familia con estrategias para el manejo en el hogar. • De ser necesario, reevaluación del paciente, replanteamiento de objetivos y nuevo plan terapéutico. <p>ALTA KINÉSICA SUGERIDA: completando el “Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración para el alta kinésica. • Confección del plan domiciliario. • Programación de controles periódicos. <p>EGISTRO DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL en la Historia Clínica del paciente, en el “Formulario evaluación neurokinésica de niñ@s” o en el Formulario evaluación neurokinésica de adultos” (según corresponda), en el “Formulario para evolucionar”, en el “informe de evolución periódico” y los protocolos, test, etc. de la especialidad e interconsultas archivarlos en “Otros Estudios” todo de acuerdo a los “Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental”.</p>		
FIN: Sugerencia de alta kinésica.		
ENTRADAS:	SALIDAS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con turno otorgado. • Plan de tratamiento asignado. • Historia clínica. • Resultados estudios complementarios. • Informes de interconsultas solicitadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico. • Informe inicial. • Informe evolutivo. • Objetivos y plan terapéutico. • Plan domiciliario. • Plan de controles periódicos. • Informe final. • Alta kinésica sugerida. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:	FORMULARIOS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área. • Protocolo de atención a pacientes internados. (P 03) • Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsultas con otro/s miembros del equipo (P 04). 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario para evolucionar. (F 21) • Informe de evolución periódico. (F 22) • Formulario de registro de interconsulta externa (internado y ambulatorio)(F 19) • Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta.(F 20) • Formulario evaluación neurokinésica de niñ@s (F 30) 	

- | | |
|--|---|
| • Procedimiento para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental (P 05) | • Formulario evaluación neurokinésica de adultos (F 31) |
|--|---|

INDICADORES:

- Registro de la evaluación y tratamiento profesional. (I 39)
- Alta transitoria/Permanente. (I 40)
- Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 41)
- Informe de evolución periódico. (I 42)
- Opinión del usuario. (I 43)

PROCESO (SUBPROCESO): EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO FONOAUDIOLÓGICO		CÓDIGO: APD-4.4.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: FONOAUDIÓLOGO/A		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Favorecer la funcionalidad en las áreas de comunicación, lenguaje, fonoestomatología, audición y voz para contribuir a la inclusión sociofamiliar educativa y/o laboral del paciente.		
INICIO: Ingreso del paciente a consultorio con turno otorgado.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):		
<p>EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis/entrevista con el paciente y/o familiar o acompañante. • Aplicación "protocolo de valoración fonoaudiológica". • Diagnóstico fonoaudiológico. • Evolución en "historia clínica provincial". <p>TRATAMIENTO FONOAUDIOLÓGICO (INDIVIDUAL O GRUPAL Y AMBULATORIO O INTERNADO):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planteamiento de objetivos terapéuticos. • Generación e implementación de la propuesta terapéutica. • Evolución en "historia clínica provincial". • De ser necesario replanteo de objetivos y plan terapéuticos en base a la situación actual. • Rehabilitación basada en la comunidad (RBC). <p>ALTA TRANSITORIA: completando el "Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista con el paciente y/o responsable del mismo y aplicación del "protocolo de re-evaluación fonoaudiológica". • Evacuación de dudas para el manejo domiciliario efectivo. • Sugerencias post alta para atender a situaciones de alarma que ameritan nueva consulta. • Plan domiciliario con sugerencias para favorecer la evolución. • Solicitud de nuevo turno para control y re-actualización del plan terapéutico de ser necesario. • Evolución en historia clínica provincial. <p>ALTA PERMANENTE: completando el "Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista con el paciente y/o responsable del mismo y aplicación del "protocolo de re-evaluación fonoaudiológica". • Sugerencias post alta para atender a situaciones de alarma que ameritan nueva consulta. • Evolución en "historia clínica provincial". <p>REGISTRO DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL en la Historia Clínica del paciente, en el "Formulario de Evaluación fonoaudiológica de admisión de niñ@s" o en el Formulario de Evaluación fonoaudiológica de admisión de adultos" (según corresponda), en el "Formulario para evolucionar", en el "informe de evolución periódico" en el "Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta" y los protocolos, test, etc. de la especialidad e interconsultas archivarlos en "Otros Estudios" todo de acuerdo a los "Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental".</p>		
FIN: Sugerencia de alta fonoaudiológica.		
ENTRADAS:	SALIDAS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con turno otorgado. • Derivación fisiátrica. • Historia clínica. • Plan de tratamiento asignado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico fonoaudiológico. • Propuesta terapéutica. • Alta fonoaudiológica sugerida. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:	FORMULARIOS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario para evolucionar. (F 21) 	

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Protocolo de atención a pacientes internados. (P 03).• Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsultas con otro/s miembros del equipo (P 04).• Procedimiento para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental (P 05) | <ul style="list-style-type: none">• Informe de evolución periódico. (F 22)• Formulario de registro de interconsulta externa (internado y ambulatorio)(F 19)• Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta.(F 20)• Formulario Evaluación fonoaudiológica de admisión de niñ@s (F 32)• Formulario Evaluación fonoaudiológica de admisión de adultos (F 33) |
|---|--|

INDICADORES:

- Registro de la evaluación y tratamiento profesional. (I 39)
- Alta transitoria/Permanente. (I 40)
- Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 41)
- Informe de evolución periódico. (I 42)
- Opinión del usuario. (I 43)

PROCESO (SUBPROCESO): EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO Y/O ESTIMULACIÓN INTELLECTUAL		CÓDIGO: APD-4.5.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: PSICOPEDAGOGO/A, ESTIMULADOR INTELLECTUAL		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Lograr la asimilación de pautas de funcionamiento y estimulación en el hogar y/o ámbitos sociales donde se desempeña el paciente.		
INICIO: Ingreso del paciente a consultorio con turno otorgado.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS): DIAGNÓSTICO: <ul style="list-style-type: none"> Entrevista inicial con el paciente, familiar o acompañante. Valoración neurocognitiva (con la aplicación de herramientas diagnósticas). Diagnóstico neurocognitivo. Elaboración del informe neurocognitivo. Devolución diagnóstica al paciente, familiares y equipo de profesionales que lo atiende. Evolución en historia clínica. TRATAMIENTO DE ESTIMULACIÓN INTELLECTUAL: <ul style="list-style-type: none"> Planteamiento de objetivos terapéuticos. Plan de tratamiento. Sesiones individuales. Sesiones de trabajo grupales. RBC (rehabilitación basada en la comunidad). Intervención terapéutica en pacientes de UTI y en salas de internación. REEVALUACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> Aplicación de los instrumentos utilizados en la etapa diagnóstica. SUGERENCIA DE ALTA: completando el “Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta” <ul style="list-style-type: none"> Entrevista con el paciente y/o familiar. Elaboración de sugerencias. Facilitación de pautas de trabajo para el paciente, la familia e instituciones. REGISTRO DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL en la Historia Clínica del paciente, en el “Formulario para evolucionar”, en el “informe de evolución periódico” en el “Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta” y los protocolos, test, etc. de la especialidad e interconsultas archivarlos en “Otros Estudios” todo de acuerdo a los “Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental”.		
FIN: Sugerencia de alta.		
ENTRADAS: <ul style="list-style-type: none"> Paciente con turno otorgado. Plan de tratamiento asignado. Historia clínica. 	SALIDAS: <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico neurocognitivo. Informe neurocognitivo. Objetivos terapéuticos. Plan de tratamiento elaborado por el profesional del área. Planes de trabajo para el hogar y/o escuela. Alta psicopedagógica y/o estimulación intelectual sugerida. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS: <ul style="list-style-type: none"> Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área. 	FORMULARIOS: <ul style="list-style-type: none"> Formulario para evolucionar. (F 21) 	

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Protocolo de atención a pacientes internados. (P 03)• Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsultas con otro/s miembros del equipo (P 04).• Procedimiento para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental (P 05). | <ul style="list-style-type: none">• Informe de evolución periódico. (F 22)• Formulario de registro de interconsulta externa (internado y ambulatorio)(F 19)• Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta.(F 20) |
|---|--|

INDICADORES:

- Registro de la evaluación y tratamiento profesional. (I 39)
- Alta transitoria/Permanente. (I 40)
- Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 41)
- Informe de evolución periódico. (I 42)
- Opinión del usuario. (I 43)

PROCESO (SUBPROCESO): EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOMOTRIZ Y ATENCIÓN TEMPRANA		CÓDIGO: APD-4.6.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: PSICOMOTRICISTA		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Favorecer la adquisición de patrones del neurodesarrollo y destrezas psicomotoras para que el sujeto logre al máximo sus potencialidades e inclusión social.		
INICIO: Ingreso del paciente a consultorio con turno otorgado.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS): EVALUACIÓN FUNCIONAL para el diagnóstico psicomotor de pacientes ambulatorios o internados (salas pediátricas y de adultos, neonatología, UCI, UTI y UCCO): <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista inicial y evaluación funcional del paciente. • Confección del perfil psicomotor del paciente. TRATAMIENTO PSICOMOTRIZ Y ATENCIÓN TEMPRANA EN PACIENTES AMBULATORIOS O INTERNADOS: <ul style="list-style-type: none"> • Planteamiento de objetivos terapéuticos. • Plan de tratamiento para el abordaje en atención temprana. • Plan de tratamiento para el abordaje individual. • Plan de tratamiento para el abordaje grupal. • Programación de talleres en pacientes ambulatorios. • Intervención terapéutica psicomotriz en pacientes ambulatorios o internados en salas pediátricas, neonatología, UCI, UTI y UCCO. • Programa de promoción del desarrollo y funcionamiento psicomotor. • Actualización periódica de objetivos y planes de tratamiento. ALTA DE TRATAMIENTO: completando el “Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta” <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación final de objetivos. • Entrevista devolutiva. REGISTRO DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL en la Historia Clínica del paciente, en el “Formulario para evolucionar”, en el “informe de evolución periódico” en el “Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta” y los protocolos, test, etc. de la especialidad e interconsultas archivarlos en “Otros Estudios” todo de acuerdo a los “Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental”.		
FIN: Sugerencia de alta.		
ENTRADAS: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con turno otorgado. • Plan de tratamiento asignado. • Historia clínica. 	SALIDAS: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico psicomotor. • Perfil psicomotor del paciente. • Objetivos terapéuticos. • Plan de tratamiento para el abordaje en atención temprana. • Plan de tratamiento para el abordaje individual. • Plan de tratamiento para el abordaje grupal. • Alta sugerida. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área. • Protocolo de atención a pacientes internados (P 03). • Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsultas con otro/s 	FORMULARIOS: <ul style="list-style-type: none"> • Formulario para evolucionar. (F 21) • Informe de evolución periódico. (F 22) • Formulario de registro de interconsulta externa (internado y ambulatorio)(F 19) • Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta.(F 20) 	

miembros del equipo (P 04).

- Procedimiento para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental (P 05)

INDICADORES:

- Registro de la evaluación y tratamiento profesional. (I 39)
- Alta transitoria/Permanente. (I 40)
- Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 41)
- Informe de evolución periódico. (I 42)
- Opinión del usuario. (I 43)

PROCESO (SUBPROCESO): EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL		CÓDIGO: APD-4.7.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: TERAPISTA OCUPACIONAL		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Lograr la independencia funcional a través de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.		
INICIO: Ingreso del paciente a consultorio con turno otorgado.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS): EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis. • Aplicación de evaluaciones. • Establecimiento del diagnóstico funcional. TRATAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> • Establecer objetivos y propuesta de trabajo. • Intervención estratégica (rehabilitación basada en la comunidad RBC). REEVALUACIÓN (DE SER NECESARIO): <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación cumplimiento de objetivos. • Rediseño de objetivos y estrategias. • Implementación de nuevas estrategias. • Alta sugerida, completando el "Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta" REGISTRO DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL en la Historia Clínica del paciente, en el "Formulario para evolucionar", en el "informe de evolución periódico" en el "Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta" y de ser necesario en los protocolos, test, etc. de la especialidad e interconsultas archivarlos en "Otros Estudios" todo de acuerdo a los "Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental".		
FIN: Sugerencia de alta.		
ENTRADAS: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con turno otorgado. • Historia clínica. • Plan de tratamiento asignado 	SALIDAS: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico funcional. • Objetivos y propuesta de trabajo. • Plan de tratamiento. • Alta sugerida. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área. • Protocolo de atención a pacientes internados. (P 03) • Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsultas con otro/s miembros del equipo (P 04). • Procedimiento para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental (P 05) 	FORMULARIOS: <ul style="list-style-type: none"> • Formulario para evolucionar. (F 21) • Informe de evolución periódico. (F 22) • Formulario de registro de interconsulta externa (internado y ambulatorio)(F 19) • Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta.(F 20) 	
INDICADORES: <ul style="list-style-type: none"> • Registro de la evaluación y tratamiento profesional. (I 39) • Alta transitoria/Permanente. (I 40) • Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 41) • Informe de evolución periódico. (I 42) • Opinión del usuario. (I 43) 		

PROCESO (SUBPROCESO): ASESORAMIENTO, GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRABAJO SOCIAL		CÓDIGO: APD-4.8.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: TRABAJADOR/A SOCIAL		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad a través del asesoramiento y acompañamiento en la gestión de los recursos, involucrando a la persona con discapacidad y su familia en el proceso de intervención a fin de favorecer el tratamiento de rehabilitación.		
INICIO: Ingreso del paciente con turno otorgado.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):		
<p>EVALUACIÓN SOCIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrevista a la persona con discapacidad y/o familiares para recolectar datos (síntesis, análisis, interpretación y evaluación) y determinar y priorizar las situaciones problemáticas. Recolección de datos de tratamientos anteriores o posibles de articular (tratamiento externo). <p>INTERVENCIÓN SOCIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Planificación estratégica: determinación de objetivos y acciones interdisciplinarias a seguir para superar o minimizar situaciones problemáticas identificadas en el diagnóstico. Orientar y asesorar al paciente y su familia para la obtención de recursos materiales, humanos y/o institucionales acompañando el proceso de gestión, articulando inter, intrainstitucional y con redes de la comunidad. Atención de demanda espontánea. Acompañamiento a familiares y cuidadores de las personas con discapacidad en el proceso de rehabilitación. Definición del financiador (CODEN u otros). <p>REGISTRO DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL en la Historia Clínica del paciente, en el "Formulario para evolucionar", en el "informe de evolución periódico" en la "Planilla de seguimiento de gestión de recursos" y los protocolos, test, etc. de la especialidad aplicados e interconsultas archivarlos en "Otros Estudios" todo de acuerdo a los "Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental".</p>		
FIN: Culminación del proceso / Atención de demanda espontánea.		
ENTRADAS:	SALIDAS:	
<ul style="list-style-type: none"> Paciente con turno otorgado. 	<ul style="list-style-type: none"> Planteamiento de objetivos. Planificación estratégica. Informe de intervenciones realizadas. 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:	FORMULARIOS:	
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área. Procedimiento para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental (P 05) Procedimiento de asesoramiento y orientación para la obtención de recursos. (P 07) Procedimiento de gestión de recursos. (P 08) 	<ul style="list-style-type: none"> Formulario para evolucionar. (F 21) Informe de evolución periódico. (F 22) Planilla de Seguimiento de gestión de recursos. (F 29) Formulario de registro de interconsulta externa (internado y ambulatorio) (F 19) 	
INDICADORES:		
<ul style="list-style-type: none"> Gestión de recursos y tiempo de obtención (I 44) Opinión del usuario. (I 45) 		

<u>PROCESO (SUBPROCESO):</u> ATENCIÓN DE ENFERMERÍA		<u>CÓDIGO:</u> APD-4.9.001
<u>RESPONSABLE DEL PROCESO:</u> ENFERMERO/A		
<u>EDICIÓN NUMERO:</u> 001	<u>FECHA DE VALIDACIÓN:</u> 15/05/2019	
<u>OBJETIVO:</u> Establecer planes de cuidados individuales para el paciente durante las etapas agudas, subagudas y ambulatorias, involucrando a la familia y a la comunidad en dicho proceso.		
<u>INICIO:</u> Ingreso del paciente con turno otorgado.		
<u>ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):</u>		
<p><u>EVALUACIÓN DE CRECIMIENTO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medición de peso y talla. • Cálculo de índice de masa corporal. • Medición de panículo adiposo braquial y sub escapular. • Medición perímetro cefálico y braquial. • Anamnesis alimentaria. • Evaluación de patrón actividad/reposo. • Evaluación de patrón de eliminación. • Evaluación de esquema de inmunizaciones. • Percentilado y diagnóstico nutricional. • Devolución al paciente y familia. • Acuerdo de próximo control según diagnóstico nutricional. <p><u>MANEJO DE HERIDAS CRÓNICAS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de las heridas. • Aplicación de tratamiento y elección de método de cobertura de la herida. • Orientación al paciente y familiares sobre pautas de cuidado y signos de alarma. <p><u>VEJIGA NEUROGÉNICA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del paciente, vejiga y habilidades. • Recambio de sondas permanentes y toma de muestra para cultivo. • Entrenamiento en cateterismo intermitente. <p>REGISTRO DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL en la Historia Clínica del paciente, en el "Formulario de atención de enfermería" y de ser necesario los protocolos, test, etc. de la especialidad, archivarlos en "Otros Estudios" todo de acuerdo a los "Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental".</p>		
<u>FIN:</u> Indicaciones de cuidados post alta.		
<u>ENTRADAS:</u>	<u>SALIDAS:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con turno otorgado. • Plan de tratamiento asignado 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de cuidados de enfermería. • Plan de cuidados alimentarios. • Sugerencias de derivación. • Sugerencia de alta. 	
<u>PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:</u>	<u>FORMULARIOS:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área. • Procedimiento para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental (P 05) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de enfermería de Niños/Adultos. (F 23) 	
<u>INDICADORES:</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Registro de la atención de enfermería. (I 46) • Opinión del usuario. (I 47) 		

PROCESO (SUBPROCESO): CONTROLES FISIÁTRICOS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO INTERNO.	CÓDIGO: APD-4.10.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: MÉDICO/A FISIATRA	
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019
OBJETIVO: Valorar la eficacia de las intervenciones indicadas.	
INICIO: Ingreso del paciente con turno otorgado.	
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):	
SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN	
<ul style="list-style-type: none">• Coordinación del tratamiento interdisciplinario y determinación de la evolución del diagnóstico funcional.• Control de asistencia y satisfacción del paciente con el trabajo en las distintas áreas que lo asisten.• Evaluación de registros e informes del equipo de rehabilitación en Historias Clínicas, anamnesis y examen físico actual.• Evaluaciones en gabinete ante imprevistos.• Planificación de controles fisiátricos.	
EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y LOGROS EN EL PACIENTE:	
<ul style="list-style-type: none">• Evolución del diagnóstico funcional.• Actualización de HC (anamnesis, registro del equipamiento de rehabilitación, examen físico), con información al paciente.• Revisión de los estudios e interconsultas solicitados previamente.• Indicación de continuidad o modificación del plan terapéutico (indicación de nuevas medidas terapéuticas (medicación/ equipamiento, otras) y comunicación al equipo profesional que atiende al paciente.• Solicitud de nuevas interconsultas y estudios complementarios.• Indicación de nuevo control médico fisiátrico.	
REALIZACIÓN DE INFORMES:	
<ul style="list-style-type: none">• Confección de informes/resumen de HC para instituciones que lo soliciten (escuelas, profesionales externos, y otros).• Registro en la HC física del paciente.	
EVALUACIÓN PARA COLOCACIÓN DE TOXINA:	
<ul style="list-style-type: none">• Registro en la "Historia clínica específica - colocación de toxina del paciente".• Evaluación muscular y goniometría.• Valoración de espasticidad.• Aplicación de escalas.• Entrega y firma del consentimiento informado.• Solicitud de toxina botulínica.• Plan de infiltración.• Filmación y presentación del caso.• Control y seguimiento de resultados.	
ALTA TRANSITORIA:	
<ul style="list-style-type: none">• Evaluación de las sugerencias de las áreas terapéuticas que atienden al paciente.• Anamnesis y examen físico actualizado.• Información y devolución al paciente y familia (prescripción e indicaciones).• Programación de nuevos controles periódicos.• Registro en el "Formulario de alta Transitoria del paciente" y en el "Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta"	

<p>ALTA PERMANENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de las sugerencias de las áreas terapéuticas que atienden al paciente. • Anamnesis y examen físico actualizado. • Información y devolución al paciente y familia (prescripción e indicaciones). • Registro en el "Formulario de Alta Permanente del paciente" y en el "Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta" <p>REGISTRO DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL en la Historia Clínica del paciente, en el "Formulario de controles fisiátricos del paciente", y cuando corresponda en la Historia Clínica Especifica (colocación de toxina al paciente; en el "Formulario de recomendaciones interdisciplinarias para el alta" y los protocolos, estudios de la especialidad e interconsultas archivarlos en "Otros Estudios", todo de acuerdo a los "Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental".</p> <p>CONFECCIONAR EL FORMULARIO DE REHABILITACIÓN INTERDISCIPLINARIO E INFORME EVOLUTIVO PERIÓDICO.</p>	
<p>FIN: Indicación de alta transitoria / Indicación de alta permanente.</p>	
<p>ENTRADAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con turno otorgado. • Informes de resultados de los estudios e interconsultas solicitados. • Sugerencias de alta de las áreas terapéuticas que atienden el paciente. • Informes de enfermería. • Solicitud de informes de instituciones externas. 	<p>SALIDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe de evaluación del paciente y logros. • Nuevo plan terapéutico. • Prescripción de nuevo equipamiento. • Prescripción farmacológica. • Nuevo plan de controles fisiátricos. • Solicitud de nuevas interconsultas y estudios complementarios. • Consentimiento informado firmado por el paciente. • Informe de alta (transitoria o permanente).
<p>PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos propios establecidos en los protocolos de intervención profesional del área. • Protocolo de atención a pacientes internados. (P 03) • Procedimiento para la atención de demanda espontánea e interconsulta con otro/s miembro del Equipo (P 04) • Procedimiento para la apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental (P 05) 	<p>FORMULARIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario de controles fisiátricos de pacientes, tratamiento externo o interno. (F 17) • Historia clínica específica – colocación de toxina botulínica. (F 24) • Consentimiento informado aplicación de toxina botulínica. (F 25) • Control Posinfiltración (F 26) • Reglamento interno del centro/servicio (F 12). • Formulario de alta transitoria/permanente, tratamiento externo o interno (F 18) • Formulario de registro de interconsulta externa profesional (internado y ambulatorio)(F 19) • Formulario de Rehabilitación Interdisciplinario e Informe Evolutivo periódico. (F 27) • Formulario recomendaciones interdisciplinaria para el alta. (F 20).
<p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de la atención fisiátrica. (I 48) • Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 49) • Consentimiento firmado colocación de toxina botulínica (I 50) • Historia clínica especial, colocación toxina botulínica. (I 51) • Control postinfiltración de toxina botulínica. (I 52) • Alta transitoria/permanente. (I 53) • Opinión del usuario. (I 54) 	

PROCESO (SUBPROCESO): REUNIONES DE EQUIPO		CÓDIGO: APD-5.001
RESPONSABLE DEL PROCESO: MÉDICO/A FISIATRA		
EDICIÓN NUMERO: 001	FECHA DE VALIDACIÓN: 15/05/2019	
OBJETIVO: Propender al éxito de las intervenciones en todas sus fases, a través de la comunicación de los avances del proceso de rehabilitación, evaluando la evolución de los pacientes, analizando las dificultades encontradas y acordando la continuidad del proceso.		
INICIO: Apertura de la reunión por médico/a fisiatra.		
ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS): EVALUACIÓN INTERDISCIPLINARIA DE CADA PACIENTE. UNIFICACIÓN DE OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO. INTERCAMBIO DE ESTRATEGIAS PARA ABORDAR EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO. REGISTRO de la reunión de equipo en el correspondiente "Cuaderno de Actas de Reuniones de Equipo".		
FIN: Firma del Informe acta y cierre.		
ENTRADAS: <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica del paciente/s bajo estudio. • Cuaderno de actas. • Orden del día. 	SALIDAS: <ul style="list-style-type: none"> • Acta con resultados de la reunión anotada en la Historia Clínica del paciente 	
PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la realización de las reuniones de equipo. (P 09) 	FORMULARIOS: <ul style="list-style-type: none"> • Acta Reunión de Equipo (F 28) 	
INDICADORES: sin indicadores establecidos.		

5- BIBLIOGRAFÍA:

- Azcoaga, Juan E.: "Neurolingüística y fisiopatología" -3ª edición-1985 Panamericana- Buenos Aires-Argentina.
- Brashear A. Spasticity: Diagnosis and management.2015.
- Burin D., Drake, M y Harris, P: "Evaluación neuropsicológica en adultos". Buenos Aires, Paidós 2007.
- Cabrera; Sánchez Palacios: "La estimulación temprana. Un enfoque práctico" - siglo XXI. España.
- Castorina, J.: "Desarrollos y problemas en psicología genética". Buenos Aires. Ed. Eudeba. (2001).
- Douglas, C. R. "Fisiología aplicada a la fonoaudiología". Editorial Guanábana Koohan S.A. 2006.
- Drake Marina: "Introducción a la evaluación neuropsicológica".
- Feldberg, C y Demey, I.: "Manual de rehabilitación cognitiva". Buenos Aires. Paidós 2015.
- Ferreiro, E. y Teberosky, A.: "Los sistemas de escritura en el niño". Madrid. Ed. Siglo XXI editores. (1979).
- Finnie, Nancie R.: "Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral"
- Gonzalez, L.: "¿Discapacidad? Una mirada psicopedagógica a lo especial en la escena familiar y educativa". Córdoba. Ed. Del Boulevard. (1999).
- Ingeflehmig: "El desarrollo normal del lactante y sus desviaciones, diagnóstico y tratamiento tempranos" Editorial médico Panamericana - 3 edición.
- Fiorini, H.: "Teoría y Técnica de Psicoterapias". Buenos Aires. Ed. Nueva Visión. (1977).
- Koppitz, E.: "El dibujo de la figura humana en los niños". Buenos Aires. Ed. Guadalupe,
- Krusen: "Medicina física y rehabilitación". Ciencias Médicas (La Habana 2012).
- Ley 23 Título II, Capítulo III, Artículo 34.
- Ley 26529 del derecho del paciente.
- Mc Goldrick, M y Gerson, R (1985): "Genogramas en la evaluación familiar". Barcelona: Gedisa (3ra edición 2000).
- Mello C; Miranda M y otros: "Neuropsicología do desenvolvimento-Conceitos e abordagen"- 1ª edición 2005-Memnon- Sao Paulo. Brasil.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba: "Guía de atención ambulatoria integral para el seguimiento de recién nacidos de riesgo" – 2012.
- Narbona, Juan; Chevrie Muller, Claude: "El lenguaje del niño- Desarrollo normal evaluación y trastornos" - 1ª EDICION 1997- Masson Barcelona. España.
- Northern, J.; Downs, M.: "La audición en los niños" - 2ª edición-1981- Salvat- Mallorca- España.
- Nuñez, Blanca: "1º Congreso Iberoamericano sobre Discapacidad Familia y Comunidad". Buenos Aires.2005.
- Padilla, Tiburcio: "Semiología médica y técnica exploratoria".
- Padovani, Aline Rodrigues. "Protocolo fonoaudiológico de introducción y tránsito de la alimentación vía oral para pacientes con riesgo de disfagia". Sao Paulo. 2010.
- Peña, Jordi; Casanova: "Manual de logopedia"-3ªedición 2004– Masson – Barcelona – España.
- Queiroz Marchesan, Irene, Edic. 2002. "Fundamentos de fonoaudiología. Aspectos clínicos de la motricidad oral". Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Ribeiro do Valle, Luiza; Assumção, F Jr: "Aprendizagem, linguagem e pensamento" 1ª edición 2008- Wak -Rio de Janeiro. Brasil.
- Riviere, A.: "Autismo. Orientaciones para la intervención educativa". Madrid. Ed. Trotta. (2001).
- Rodríguez García, Pedro L.; Rodríguez Pupo, Luis R.: "Semiología Neurológica" ECIMED - Editorial Cie Silberman Varona, 2da edición año 2004.
- Schaposnik, Fidel: "Semiología" - Biblioteca de Semiología.
- SERMEF: "Tratamiento de la espasticidad con toxina botulínica. Guía práctica clínica" 2010.

Universidad central de Ecuador instituto superior de posgrado facultad de ciencias médicas Quito 2011.

Valdez, D.: "Ayudas para aprender". Buenos Aires. Paidós. (2009).

Valdez, D. (comp.): "Evaluar e Intervenir en Autismo". Madrid. Ed. Antonio Manchado libros. (2005).

Zorzi, J.; Rocha de Vasconcellos: "Protocolo de observação comportamental- Avaliação e linguagem e aspectos cognitivos infanties" -1ª edición-2004-Pulso- São Jose Dos Campos. Brasil.

Zorzi, J.: "A intervenção fonoaudiológica nas alterações da linguagem infantil" - 2ª edición-2008- Revinter- Tijuca- Brasil.

Páginas Web:

- <https://www.encyclopediasalud.com/definiciones/tratamiento>.
- <https://definicion.de/revaluacion/>.
- www.google.com.
- www.attem.com/?q=node/16.
- www.dipalme.org/Servicios/Anexos/Anexos.nsf/...AX.../Programa%20Terapeutico.pdf.
- Semiología Neurológica, Dr. Pedro L. Rodríguez García – Dr. Luis R. Rodríguez Pupo. eciMED - Editorial Ciencias Médicas (La Habana 2012).
- Silberman Varona, 2da edición año 2004.
- Krusen, medicina física y rehabilitación.
- SEMIOLOGIA: Fidel Schaposnik BIBLIOTECA DE SEMIOLOGIA: Tiburcio Padilla SEMIOLOGIA MEDICA Y TECNICA EXPLORATORIA: J. Surós.
- Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral Nancie R. Finnie.
- www.attem.com/?q=node/16.
- www.dipalme.org/Servicios/Anexos/Anexos.nsf/...AX.../Programa%20Terapeutico.pdf.
- <http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/ORGANIZACION%20EN%20LA%20TOMA%20DE%20TURNOS%20EN%20CONSULTORIOS%20EXTERNOS.pdf>.
- http://www.dep21.san.gva.es/deporihuela/?page_id=123.
- <http://www.hospitalelcruce.org/index.php/servicios/81-servicios/2550-gestion-de-pacientes>.
- Fundación Integrar. (2009). "El potencial oculto del juego: Los juguetes y el desarrollo de los niños con discapacidad", en <http://fundacionintegrar.blogspot.com/2009/02/el-potencial-ocultodel-juego-los.html>.
- <https://www.panaacea.org/espectro-autista/diagnostico-interdisciplinario/>.
- <https://prezi.com/jzbqjjnsebun/perfil-psicomotor/>.
- <http://www.upc.edu.ar/fes/licenciatura-en-psicomotricidad/>.
- <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/appia/079737211980071-206.pdf>http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/1160/Fernandez_%20Garcia_Maria_del_%20Mar.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- http://acreditacion.unillanos.edu.co/CapDocentes/contenidos/NESTOR%20BRAVO/Segunda%20Sesion/Concepto_taller.pdf.
- http://www.dem.fmed.edu.uy/Unidad%20Psicopedagogica/Documentos/Fundamentacion_talleres.pdf.
- <http://www.psicomotricidaduruguay.com/uploads/2015-02-17-08-17-03-0-document.pdf>.
- <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/9893/1/Proceso%20de%20intervencio%20B3n.pdf>
- https://www.researchgate.net/publication/39033765_El_Proceso_de_evaluacion_y_tratamiento.
- https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protoccolo_general_intervencion_clinica.pdf.

TERCERA PARTE

PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS – SISTEMA DE REGISTRO Y SISTEMA DE INDICADORES

En esta tercera parte se presentan, lo que constituye los anexos del Manual, a saber: a) los diferentes procedimientos que se consensuaron entre los Equipos de Trabajo Profesionales y que explicitan la manera en que se realizarán las diferentes tareas para cada área/sector en cada uno de los procesos y subprocesos que fueron establecidos en el "Manual de Procedimientos", b) el sistema de registro que establecieron los Equipos de Trabajo en formularios/planillas que fueron consensuadas y c) el sistema de indicadores acordados con los Equipos de trabajo que permitirán evaluar la calidad de los procesos/subprocesos/tareas/ más significativas que se realizan en la atención integral de la persona con discapacidad y su familia.

Con el fin de correlacionarlos y ser de fácil identificación en la lectura de las Fichas del Manual de Procedimientos, se numeraron los Protocolos con (P 00) y al Sistema de Registro con (F 00).

A- PROTOCOLOS/PROCEDIMIENTOS

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES Y/O FAMILIARES (P 01)

El personal administrativo de Secretaría debe cumplir el siguiente protocolo en la atención que brinde telefónica o personalmente a los pacientes y/o familiares.

1.1- Pacientes que vienen a tramitar el Certificado Único de Discapacidad (CUD):

TELEFONICAMENTE:

Personal administrativo:

- a. Informa al paciente o familiar que los turnos se deben tramitar de manera personal.
- b. En el caso de pacientes que vivan en el exterior, se deriva a otra junta de ser pertinente para su atención
- c. Informa la documentación básica con la que debe asistir al centro de rehabilitación para la gestión del turno:
 - DNI.
 - Certificado con diagnóstico y estudios previos (si posee).
 - Carné de Obra Social (si posee)
- d. Informan los horarios y días de atención.

PERSONALMENTE:

El paciente ingresa por secretaría (según número de atención extraído) y el *personal administrativo*:

- a. Informa que para gestionar el CUD el día del turno, deberá traer: DNI, Certificado con diagnóstico y estudios previos (si posee) y carné de Obra Social (Si posee).
- b. Acuerdan el turno con fecha y hora entregándolo en formulario papel (F 01) (y lo registra en el Turnero Profesional correspondientes)(F 03)

- c. Entrega requisitos impresos según patología establecidos por la Agencia Nacional de Discapacidad (<https://www.argentina.gob.ar/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud>).
- d. En el caso de ser renovación del CUD, se otorga turno en función al vencimiento del mismo.

Cuando el paciente asiste al centro el día del turno, debe hacer ingreso por secretaría, el personal administrativo deberá completar los datos de la "Base de Datos de Paciente por Centro/Servicio" (F 06). Los *profesionales de la Junta Certificadora de Discapacidad*, reciben al paciente y realizan:

- a. Evaluación.
- b. Emisión del CUD. Asesoramiento.
- c. Denegatoria del CUD.

Todo según Protocolo de la Agencia Nacional de Discapacidad

1.2- Pacientes que vienen para consulta inicial, para realizar el tratamiento interdisciplinario prescripto (tratamiento interno) o para control fisiátrico (tratamiento externo y tratamiento interno):

PARA CONSULTA INICIAL:

Personal administrativo, de la Secretaría:

- a. Brinda turno de forma inmediata para ingreso a **Atención Inicial de Pacientes**
- b. Incorpora y/o completa los datos básicos del paciente y su familia en la "Base de datos de pacientes por centro/servicio". (F 06)
- c. Realiza la apertura de la "Historia Clínica" (según "Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental") (P 05)
- d. Completa el "Formulario de ingreso de Niñ@s/Adultos". (F 08)
- e. Recapta y controla la documentación traída por el paciente e incorporarla a la Historia Clínica del paciente, en el lugar correspondiente según "Procedimientos para apertura de la Historia Clínica y el archivo de la documental". (P 05).
- f. Según los horarios estipulados lo van llamando en cada gabinete.

PARA TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO PRESCRIPTO:

Personal administrativo:

- Brinda turnos semanales para la atención profesional según **plan de tratamiento** prescripto, que los entrega en formulario papel (F 02) y lo registra en el "Turnero Profesional" correspondientes (F 03)
- Según los horarios estipulados lo van llamando a tratamiento en cada gabinete.

PARA CONTROLES FISIÁTRICOS:

Personal administrativo:

- Brinda turnos semanales para la atención profesional según **requerimiento profesional/paciente**, que los entrega en formulario papel (F 02) y lo registra en el Turnero Profesional correspondientes (F 03)

PROTOCOLO DE ENTREGA DEL CUD Y EXPLICACIÓN PARA SU USO (P 02)

En el presente protocolo se establece el procedimiento a seguir para entrega del CUD y la explicación de cómo usarlo:

- a. *Personal Administrativo o Miembros de la Junta de Certificación de Discapacidad* entrega CUD o Denegatoria al paciente o familiar.
- b. Se verifica:
 - Datos personales.
 - Diagnóstico.
 - Orientación prestacional.
 - Fecha de Vencimiento.
- c. Se explican los usos y derechos del CUD. Se orienta sobre sus alcances (gestión de pases de transporte público urbano, interurbano y larga distancia) y trámites relacionados a las obras sociales.
- d. Firma del beneficiario del duplicado del CUD y archivo del mismo en su "Historia Clínica" en el lugar correspondiente para el "CUD".
- e. Se imprime y archiva una vez al día el listado de formularios utilizados y es firmado por algún miembro de la Junta Certificadora.
- f. Se entrega el siguiente instructivo al paciente:

SUBSECRETARÍA DE DISCAPACIDAD REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

El certificado de discapacidad es un documento público que acredita la condición de discapacidad de un persona y las prestaciones sugeridas, previstas en el sistema de protección integral de las personas con discapacidad, Ley Nacional 22.431 Cap. 1 Art. 3 y Ley 24901.

El certificado de discapacidad no otorga porcentaje de incapacidad laboral, Ello se emite en los servicios de medicina laboral o legal de los hospitales provinciales

¿CÓMO SE UTILIZA?

El certificado de discapacidad es un documento de discapacidad es un documentos público de validez nacional que tiene fecha de vencimiento. No debe entregarse nunca el original, siempre deberá sacar fotocopias para realizar trámites

Si se extravía debe realizar la denuncia policial y gestionarlo nuevamente.

Para su renovación debe presentar el original vencido y la documentación requerida que se le solicitará al momento de sacar el turno. Deberá sacar el turno con anticipación de 2 meses.

¿QUÉ DERECHOS OTORGA EL CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIAD?

Cobertura total de prestaciones básicas por parte del estado, obras sociales o prepagas.

Pase libre de transporte urbano (Ayacucho 381 PB, de 8 a 14 hs, tel.: 0351-4342271).

Pase libre de transporte interurbano (Dirección General de Transporte en Terminal de Ómnibus, tel.: 0351-4341695)

Pase libre de transporte en Territorio Nacional (Boleterías de transporte que utilizará, 10 días antes).

Derecho a libre tránsito, estacionamiento, exención de peaje y símbolo internacional de acceso.

Compra de vehículos para particulares (Ley 19.279) se gestiona en Delegación Sanitaria Federal en 9 de Julio 356, 1º piso, tel.: 0351-4221267

QUE HACER EN CASO DE NO COBERTURA DE PRESTACIONES:

Por incumplimiento de obras sociales comunicarse con Superintendencia de Servicios de Salud 080022272583, o dirigirse a Deán Funes 759.

Defensoría del Pueblo de la Nación, Tucumán 25, 1º piso torre oeste 08007770337.

Recurrir a vía judicial: gestionar "recurso de amparo" en Tribunales Provinciales Federales.

¿CÓMO OBTENER LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA NACIONAL?

La tramitación de la pensión por invalidez debe realizarse en las oficinas de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, Centro de Referencia Córdoba, 9 de Julio 745.

PROSAD (PROGRAMA DE SERVICIOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

Otorga prestaciones básicas a personas con discapacidad, sin obra social y sin recursos económicos suficientes para afrontar los gastos de las mismas. Dirección: Ministerios de Desarrollo Social, Subsecretaría de Coordinación de Programas y Adultos Mayores. Dirección de Discapacidad de Ministerio de Desarrollo Social. Tel.: 0351-4688537 / 08008884466

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Subdirección de Regímenes Especiales: Salta 74, 3º piso, tel.: 0351-4332666, int. 2.

MINISTERIO DE JUSTICIA

Dirección de Derechos Humanos y Lucha Contra la Discriminación: Rivera Indarte 33, 5º piso, tel.: 0351-4268602.

AGENCIA CÓRDOBA DEPORTE:

Deporte Adaptado: Av. Cárcano S/N, Bº Chateau Carreras. Tel.: 0351-4348360/67.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES INTERNADOS (P 03)

En el presente protocolo, se establece el procedimiento a seguir para la atención/rehabilitación de pacientes internados:

PARA INTERCONCULTA DE PACIENTES INTERNADOS:

La interconsulta deberá registrarse en la historia clínica hospitalaria del paciente y en el Formulario (F19)

PARA REHABILITACIÓN DE PACIENTES INTERNADOS:

El procedimiento de atención y registro será el establecido en el "Protocolo de atención a pacientes y/o familiares".(P 01)

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE DEMANDA ESPONTÁNEA E INTERCONSULTAS CON OTRO/S MIEMBROS DEL EQUIPO (P 04)

El presente procedimiento, debe cumplirse en la atención de pacientes en la demanda espontánea o interconsulta.

INTERCONSULTA CON OTRO MIEMBRO DEL EQUIPO:

- a. Contactar personal o telefónicamente a otro profesional del mismo centro de rehabilitación solicitando su intervención. *Responsable: Profesional Solicitante.*
- b. Registrar la intervención: Registro en Historia Clínica. *Responsable: Profesional Solicitante.* El profesional que realizó la interconsulta debe llenar el formulario correspondiente (F 19)

DEMANDA ESPONTÁNEA:

- a. Orientar al paciente sobre procedimiento de atención de pacientes.
- b. Derivar al paciente o familiar a secretaría para solicitar sobretorno con el profesional requerido.

**PROCEDIMIENTOS PARA LA APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA
Y EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTAL (P 05)**

En el presente protocolo, se establece el procedimiento a seguir para la apertura de la Historia Clínica física de pacientes (con tratamiento externo o interno) y archivo de la documental. Cada centro/servicio irá adecuando su sistema de registro al actual protocolo.

El personal administrativo de Secretaria preparará la Historia clínica física de cada paciente, colocando de manera visible el nombre del paciente y N° de HC (que es su número de documento) y como primer folio el "Índice de folios", los folios plásticos tendrán un número identificatorio según el índice y contendrán la documental que se detalla en el cuadro siguiente:

Índice de folios:	Contenido del folio:
1- DATOS GENERALES	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario Ingreso Niñ@s/Adultos (F 08) (a completar por personal administrativo).
2- ASISTENCIA DEL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Planilla Excel en la que se completará la asistencia (o inasistencia con o sin aviso) del paciente a los turnos de tratamiento asignados por especialidad.
3- CUD (De poseer el paciente)	<p>Contendrá los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario de Solicitud del CUD • Fotocopia del Certificado de Discapacidad (CUD). • Formulario para solicitar la modificación del CUD • Consentimiento Informado firmado. (F 11) • Consentimiento Informado para la colocación de Toxina Botulínica firmado (F 25) • Reglamento Interno del Centro/Servicio firmado. (F 12) • Fotocopia DNI. • Fotocopia del Carnet de Obra Social (si lo posee)
4- EVALUACIÓN INICIAL	<p>Contendrá los siguientes formularios a llenar por los profesionales correspondientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Médico Fisiátrico de Admisión de Niñ@s, ó Evaluación Médico Fisiátrico de Admisión de Adultos (a completar por el Médico/a Fisiatra). (F 09) ó (F 10) respectivamente. • Entrevista Psicológica de Admisión de Niñ@s ó Entrevista Psicológica de Admisión de Adultos (a completar por Psicólogo/a). (F 15) ó (F 16) respectivamente. • Evaluación Social de Admisión de Niñ@s ó Evaluación Social de Admisión de Adultos (a completar por Trabajador/a Social). (F 13) ó (F 14) respectivamente.
4- TRATAMIENTO EXTERNO	<p>Contendrá resultado de test, laboratorios, evaluaciones específicas, atención de enfermería, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica Específica (colocación de Toxina Botulínica) (a completar por el Médico/a Fisiatra) (F 24) • Formularios de Controles Fisiátricos de pacientes, tratamiento externo o interno (a completar por el Médico/a Fisiatra) (F 17) • Formularios de Alta Transitoria/Permanente, tratamiento externo o interno. (a completar por el Médico/a Fisiatra) (F 18) • Ficha Atención de Enfermería (de ser necesario a completar por el Enfermero/a) (F 23) • "Otros estudios" archivo de los resultados de test, laboratorios, evaluaciones específicas que sean necesarias, interconsultas y otra información necesaria.
5a- Tratamiento Interno: FISIATRÍA	<p>Contendrá los registros, evaluaciones, informes de evolución periódico, evoluciones, etc., que fueron solicitados o producidos por el Médico Fisiatra cada vez que atiende al paciente, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario de Controles Fisiátricos de pacientes,

	<p>tratamiento externo o interno (F 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica Específica – Colocación de Toxina Botulínica (F 24) • Formulario de Alta Transitoria/Permanente, tratamiento externo o interno (F 18) • "Otros estudios" archivo de los resultados de estudios solicitados, laboratorios, evaluaciones específicas, interconsultas y otra información que sea necesaria.
5b- Tratamiento Interno: PSICOLOGÍA	<p>Contendrá los registros, evaluaciones, informes, evoluciones, etc., que fueron solicitados o producidos por el Psicólogo/a cada vez que atiende al paciente, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario para evolucionar (F 21) • Informe de evolución periódico (F 22) • "Otros estudios" archivo de los resultados de test, evaluaciones específicas propias de la especialidad, interconsultas y otra información que sea necesaria.
5c- Tratamiento Interno: KINESIOLOGÍA	<p>Contendrá los registros, evaluaciones, informes, evoluciones, etc., que fueron solicitados o producidos por el Kinesiólogo/a cada vez que atiende al paciente, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario para evolucionar (F 21) • Informe de evolución periódico (F 22) • "Otros estudios" archivo de los resultados de evaluaciones específicas y propias de la especialidad, interconsultas y otra información que sea necesaria.
5d- Tratamiento Interno: FONOAUDIOLOGÍA	<p>Contendrá los registros, evaluaciones, informes, evoluciones, etc., que fueron solicitados o producidos por el Fonoaudiólogo/a cada vez que atiende al paciente, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario para evolucionar (F 21) • Informe de evolución periódico (F 22) • "Otros estudios" archivo de los resultados de evaluaciones específicas y propias de la especialidad, interconsultas y otra información que sea necesaria.
5e- Tratamiento Interno: PSICOPEDAGOGÍA	<p>Contendrá los registros, evaluaciones, informes, evoluciones, etc., que fueron solicitados o producidos por el Psicopedagogo/a cada vez que atiende al paciente, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario para evolucionar (F 21) • Informe de evolución periódico (F 22) • "Otros estudios" archivo de los resultados de evaluaciones específicas y propias de la especialidad, interconsultas y otra información que sea necesaria.
5f- Tratamiento Interno: PSICOMOTRICIDAD	<p>Contendrá los registros, evaluaciones, informes, evoluciones, etc., que fueron solicitados o producidos por el Psicomotricista cada vez que atiende al paciente, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario para evolucionar (F 21) • Informe de evolución periódico (F 22) • "Otros estudios" archivo de los resultados de evaluaciones específicas y propias de la especialidad, interconsultas y otra información que sea necesaria.

<p>5g- Tratamiento Interno: TERAPIA OCUPACIONAL</p>	<p>Contendrá los registros, evaluaciones, informes, evoluciones, etc., que fueron solicitados o producidos por el Terapeuta Ocupacional cada vez que atiende al paciente, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario para evolucionar (F 21) • Informe de evolución periódico (F 22) • “Otros estudios” archivo de los resultados de evaluaciones específicas y propias de la especialidad, interconsultas y otra información que sea necesaria.
<p>5h- Tratamiento Interno: TRABAJO SOCIAL</p>	<p>Contendrá los registros, evaluaciones, informes, evoluciones, etc., que fueron solicitados o producidos por el Trabajador/a Social cada vez que atiende al paciente, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planilla de seguimiento de gestión de recursos (F 29) • “Otros estudios” archivo de los resultados de tramitaciones específicas y propias de la especialidad, interconsultas y otra información que sea necesaria.
<p>5i- Tratamiento Interno: ENFERMERÍA</p>	<p>Subcarpeta que contendrá los registros, evaluaciones, informes, etc., producidos por el Enfermero/a cada vez que atiende al paciente, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario de atención de enfermería de niñ@s/Adulto (F 23) • “Otros estudios” archivo de los resultados de evaluaciones específicas y propias de la especialidad, interconsultas y otra información que sea necesaria.
<p>5j- Tratamiento Interno: INTERDISCIPLINA</p>	<p>Contendrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulario “Guía de recomendaciones Post Alta” (F 20) que produzcan los profesionales que atienden al paciente. • Formulario de rehabilitación interdisciplinario e Informe Evolutivo (F 27) • Fotocopia de las “Actas de Reuniones de Equipo” de evaluación del paciente” (F 28)

PROCEDIMIENTOS PARA EL RECUPERO DEL GASTO (P 06)

En el presente protocolo, se establece el procedimiento a seguir para recuperar el gasto en los pacientes que poseen obra social:

- a. El *personal administrativo* pregunta si el paciente tiene obra social u otra cobertura.
- b. Con el número de DNI del paciente se rastrea en la base de datos de los distintos financiadores CODEN, PAMI, APROSS u otra.
- c. Se eleva la información a la administración central del hospital teniendo en cuenta la siguiente estructura:
 - Apellido y nombre del paciente.
 - DNI.
 - Cobertura social que posee.
 - Y se adjunta: fotocopia del DNI y print de pantalla del financiador.

PROCEDIIMIENTO DE ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE RECURSOS (P 07)

El presente procedimiento, debe cumplirse en la atención que se brinda a pacientes y/o familiares.

1- Pacientes que vienen a tramitar el Certificado Único de Discapacidad (CUD):

- a. *Lic. en Trabajo Social* brinda asesoramiento acerca de los derechos que otorga el CUD.
- b. *Lic. en Trabajo Social* entrega folletería con información importante del CUD.

2- Pacientes que vienen para su tratamiento interdisciplinario en el Centro/Servicio de Rehabilitación:

- a. Paciente con turno se anuncia en secretaría.
- b. *Personal de administración* hace llegar al gabinete de trabajo social la historia clínica del paciente.
- c. Se lee historia clínica.
- d. *Lic. en Trabajo Social* llama al paciente y/o familiares del mismo a gabinete.
- e. Se entrevista al paciente y/o familiares.
- f. Se brinda asesoramiento en relación a la gestión de los recursos.
- g. Se registra en historia clínica.

PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE RECURSOS (P 08)

El presente procedimiento, debe cumplirse en la gestión de recursos pertinentes según la situación del paciente ante su financiador.

1. PROSAD (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba). Gestión de ayudas técnicas, pañales, tratamiento de rehabilitación, acompañante terapéutico, cuidador domiciliario, CET, centro de día, transporte especial. Financiador PROSAD:

- Paciente con turno se anuncia en secretaría.
- *Personal de administración* lleva Historia Clínica del paciente al gabinete de trabajo social.

Luego, Lic. en Trabajo Social:

- Llama al paciente y/o familiar en el horario estipulado.
- Realiza entrevista.
- Asesora acerca de requisitos para la gestión de recursos a través de PROSAD.
- Brinda requisitos para el armado del expediente por escrito.
- Informa que una vez que tenga los requisitos deberá volver al área de trabajo social del centro para completar el expediente.
- Realiza *Informe Socioeconómico*.
- Se arma el expediente.
- Paciente y/o familiar deberá llevar a la oficina de PROSAD el expediente completo. En el caso de pacientes del interior, trabajo social envía el expediente a través de comisionista, o el familiar/responsable del paciente lo envía por correo o personalmente.
- Se realiza seguimiento de dicho expediente y se registra en “**Planilla de Seguimiento de Gestión de Recursos**” (F 29).

2. Acción Social (Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba): (Medicación, Prótesis, etc.):

- Paciente con turno se anuncia en secretaría.
- *Personal de administración* lleva Historia Clínica del paciente al gabinete de trabajo social.

Luego, Lic. en Trabajo Social:

- Llama al paciente y/o familiar en el horario estipulado.
- Realiza entrevista.
- Asesora acerca de requisitos para la gestión de recursos a través de Acción Social.
- Brinda requisitos para el armado del expediente por escrito.
- Informa que una vez que tenga los requisitos deberá volver al área de trabajo social del centro para completar el expediente.
- Realiza *Informe Socioeconómico*.
- Se arma el expediente.
- Paciente y/o familiar deberá llevar a la oficina de Acción Social el expediente completo. Se envía por bolsín de Ministerio en el interior provincial.
- Se realiza seguimiento de dicho expediente y se registra en “**Planilla de Seguimiento de Gestión de Recursos**” (F 29).
- En los centros de rehabilitación del interior provincial, al adjudicarse la prótesis se informa al paciente.
- En caso necesario se organizan traslados (como por ejemplo para mediciones

de prótesis en pacientes del interior provincial).

3. Gestión de estudios extra hospitalarios por Auditoría Médica del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba:

Para aquellos estudios que no se realizan en hospitales públicos:

- Paciente con turno se anuncia en secretaría.
- *Personal de administración* lleva Historia Clínica del paciente al gabinete de trabajo social.

Luego, Lic. en Trabajo Social:

- Llama al paciente y/o familiar en el horario estipulado.
- Realiza entrevista.
- Asesora acerca de requisitos para la gestión de recursos a través de Auditoría Médica del hospital.
- Brinda requisitos para el armado del expediente por escrito.
- Informa que una vez que tenga los requisitos deberá volver al área de trabajo social del centro para completar el expediente.
- Realiza *Informe Socioeconómico*.
- Se arma el expediente.
- Una vez completo el expediente el/la trabajador/a social lo presenta en Auditoría Médica del Hospital.
- Se realiza seguimiento de dicho expediente y se registra en "Planilla de Seguimiento de Gestión de Recursos" (F 29).

4. Gestión de recursos a través del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Córdoba.

- Paciente con turno se anuncia en secretaría.
- *Personal de administración* lleva Historia Clínica del paciente al gabinete de trabajo social.

Luego, Lic. en Trabajo Social:

- Llama al paciente y/o familiar en el horario estipulado.
- Realiza entrevista.
- Asesora acerca de requisitos para la gestión de recursos a través del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Córdoba.
- Brinda requisitos para el armado del expediente por escrito.
- Informa que una vez que tenga los requisitos deberá volver al área de trabajo social del centro para completar el expediente.
- Realiza *Informe Socioeconómico*.
- Se arma el expediente.
- Paciente y/o familiar es quien deberá llevar al Ministerio de Desarrollo Social el expediente completo.
- Se realiza seguimiento de dicho expediente y se registra en "Planilla de Seguimiento de Gestión de Recursos" (F 29).

5. Gestión de recursos a través del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación:

- Paciente con turno se anuncia en secretaría.
- *Personal de administración* lleva Historia Clínica del paciente al gabinete de trabajo social.

Luego, Lic. en Trabajo Social:

- Llama al paciente y/o familiar en el horario estipulado.

- Realiza entrevista.
- Asesora acerca de requisitos para la gestión de recursos a través del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Brinda requisitos para el armado del expediente por escrito.
- Informa que una vez que tenga los requisitos deberá volver al área de trabajo social del centro para completar el expediente.
- Realiza *Informe Socioeconómico*.
- Se arma el expediente.
- Paciente y/o familiar es quien deberá llevar al Ministerio de Desarrollo Social el expediente completo.
- Se realiza seguimiento de dicho expediente y se registra en “**Planilla de Seguimiento de Gestión de Recursos**” (F 29).

6. Gestión de recursos financiados por la Agencia Nacional de Discapacidad:

- Paciente con turno se anuncia en secretaría.
- *Personal de administración* lleva Historia Clínica del paciente al gabinete de trabajo social.

Luego, Lic. en Trabajo Social:

- Llama al paciente y/o familiar en el horario estipulado.
- Realiza entrevista.
- Asesora acerca de requisitos para la gestión de recursos a través de la Agencia Nacional de Discapacidad.
- Brinda requisitos para el armado del expediente por escrito.
- Informa que una vez que tenga los requisitos deberá volver al área de trabajo social del centro para completar el expediente.
- Realiza *Informe Socioeconómico*.
- Se arma el expediente.
- Paciente y/o familiar es quien deberá llevar la ANDIS el expediente completo.
- Se realiza seguimiento de dicho expediente y se registra en “**Planilla de Seguimiento de Gestión de Recursos**” (F 29).

7. Gestión de recursos varios (módulos alimentarios, ayudas económicas extraordinarias, regularización de DNI, transferencias formales del Estado, ingreso a instituciones, jardín maternal, escuelas, programas laborales, etc.) financiados por distintas instituciones de la Comunidad (OG y ONG).

- Paciente con turno se anuncia en secretaría.
- *Personal de administración* lleva Historia Clínica del paciente al gabinete de trabajo social.

Luego, Lic. en Trabajo Social:

- Llama al paciente y/o familiar en el horario estipulado.
- Articula con las distintas instituciones (telefónicamente, por mail).
- Informa a la familia los requisitos necesarios.
- Realiza planilla de derivación y/o informe social si lo requiere.
- Paciente y/o familiar deberá concurrir a dicha institución.
- Se realiza seguimiento de dicho expediente y se registra en “**Planilla de Seguimiento de Gestión de Recursos**” (F 29).

PROCEDIMIENTO PARA LAS REUNIONES DE EQUIPO (P 09)

En el presente procedimiento, se establecen las pautas organizativas para las reuniones de Equipo:

Las "Reuniones de Equipo" con frecuencia semanal, tendrán una duración máxima de dos (2) horas reloj, en fecha y horario establecido en el "Cronograma/Temario de Reuniones de Equipo" el que se acordará con todos los profesionales, en la primera reunión de equipo de cada año.

Las "Reuniones de Equipo" serán convocadas y coordinadas por el Médico Fisiatra (o por quien éste delegue). La convocatoria/recordatorio se hará por el whatsapp grupal con 48 horas de anticipación a la fecha/horario de la misma y también el temario.

Las "Reuniones de Equipo" poseerán los siguientes momentos:

1- Informativa: momento en el que se brindará información institucional general que involucra a todo el centro/servicio en lo relacionado con la especialidad. Su duración aproximada será de 30 minutos.

2- Ateneo/Capacitación:

Se podrá utilizar este espacio (duración máxima 90 minutos), para:

- Capacitar a los participantes, sobre algún tema en particular, o presentar, diseñar, evaluar proyectos/programas internos/externos (con la comunidad y/o con otras instituciones) a implementar con el fin de cumplimentar objetivos específicos inicialmente propuestos.
- Evaluación interdisciplinariamente a pacientes a través del siguiente procedimiento:
 - a. Definir los casos de discusión, considerar problemas recientemente surgidos.
Responsable: Fisiatra Jefe de Servicio.
 - b. Debatir sobre la evolución de dichos pacientes: Cada integrante aporta su perspectiva sobre el proceso del paciente. *Responsable: Equipo.*
 - c. Establecer acuerdos, objetivos y estrategias. Se definen próximas intervenciones.
Responsable: Equipo.
 - d. Seguimiento de los objetivos definidos: completar el recuadro "**Análisis de los objetivos**" del formulario "**Reunión de Equipo**". *Responsable: Fisiatra Jefe de Servicio.*

3- Se debe elaborar en toda reunión, su correspondiente "Acta" de manera sintética, utilizando para ello el Formulario "Acta de Reunión de Equipo" (F 28).

4- Al finalizar cada Reunión de Equipo se establecerá el temario para la próxima reunión.

B- SISTEMA DE REGISTRO: FORMULARIOS – PLANILLAS

FORMULARIO DE TURNO PARA ADMISIÓN (F 01)

Personal administrativo de Secretaría que otorga el turno confecciona el formulario y lo entrega a la persona discapacitada o familiar.

(Anverso)



TURNO PARA ADMISIÓN

Paciente: _____

Especialista: _____

Día: _____ Hora: _____

Ante algún inconveniente avise al Te.: _____





(Reverso)

RECUERDE

El día del turno, el paciente se tiene que presentar a horario trayendo:

- DNI
- Carnet de Obra Social (si tuviera)
- Certificado de Discapacidad (si tuviera)
- Certificado o Informe Médico (si tuviera)
- Informe de los Estudios realizados (si tuviera)
- Nombre de los medicamentos y como los toma (si estuviera tomando alguno)

(Anverso)



TURNOS

Paciente: _____

DNI: _____

Ante algún inconveniente avise al Te.: _____





(Reverso)

TURNOS

Especialista:	Fecha	Hora

FORMULARIO DE TURNOS SEMANALES (F 02)

Personal administrativo de Secretaría que otorga el turno confecciona el formulario y lo entrega a la persona discapacitada o familiar.

(Anverso)

SUBSECRETARÍA DE DISCAPACIDAD, REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN	Ministerio de SALUD	GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA ENTRE TODOS	RED PÚBLICA DE REHABILITACIÓN DE LA PROVINCIA DE CORDOBA www.rehabilitacion.gov.cba.ar	
TURNOS SEMANALES				
Paciente: _____		DNI: _____		
IMPORTANTE:				
<ul style="list-style-type: none"> Avisar con anticipación en caso no poder asistir al turno, al teléfono: _____ Concurrir al turno puntualmente, pasado los 15 minutos se anulará el turno y se considerará inasistencia. A las 3 inasistencias sin aviso/sin justificar se eliminarán los turnos asignados para el futuro y deberá reingresar por consultorio médico fisiátrico. Si la ausencia es por enfermedad traer certificado médico. El acompañante debe permanecer en Sala de Espera durante dure la consulta. 				

(Reverso)

TURNOS ASIGNADOS:	Semana del/..../.... al/..../....						
Especialista:	Frecuencia semanal	Fecha	Hora	Fecha	Hora	Fecha	Hora

FORMULARIO PARA SOLICITAR LA MODIFICACIÓN DEL CUD (F 05)

Personal administrativo de Secretaría completa el formulario cuando se solicita la modificación de un Certificado CUD adjuntando copia del CUD que se posee. Se asigna turno para que la Junta Certificadora de Discapacidad tome la decisión final.

Apellido y Nombre de la persona con discapacidad:

DNI:

Junta de Discapacidad otorgante:

Fecha de emisión del CUD:

Motivo del pedido:

Decisión final de la Junta de Discapacidad:

Córdoba,...../...../.....

Firma por Junta de Discapacidad

Aclaración:

Me notifico de la resolución de la Junta de Discapacidad, a lo solicitado. Córdoba,...../...../.....

Firma del Paciente mayor de edad

Firma del Responsable del Paciente

Aclaración:

Aclaración:

BASE DE DATOS DE PACIENTES POR CENTRO/SERVICIO (F 06)

Personal administrativo de Secretaría completará virtualmente en planilla Excel, los datos de los pacientes que ingresan al centro/servicio solicitando CUD o Admisión para tratamiento (interno o externo).

CUD	Vigencia nuevo CUD	
	Pedido modificación CUD	
	Orientación prestacional	
	Diagnóstico	
	Vigencia del CUD	
Fecha entrega del CUD		
Afiliado N°		
Obra Social		
Teléfono		
Dirección		
Fecha de Nacimiento		
Apellido y Nombre del Paciente		
HC N° (DNI)		

Plan de tratamiento Interno Inicial	Trabajo Social	
	Terapia Ocupacional	
	Psicomotricidad Est. Temprana	
	Psicopedagogía Est. Intelectual	
	Fonoaudiología	
	Kinesiología	
	Psicología	
	Fisiatría	
Tratamiento externo		
Edad de ingreso		
Fecha de Ingreso		
Madre	Teléfono	
	Dirección	
	Apellido y Nombre	
Padre	Teléfono	
	Dirección	
	Apellido y Nombre	

Observaciones		
Transportista del paciente		
Responsable Del paciente		
Fecha de Alta (T/P)		
Plan de Tratamiento Interno al reingreso	Trabajo Social	
	Terapia Ocupacional	
	Psicomotricidad Est. Temprana	
	Psicopedagogía Est. Intelectual	
	Fonoaudiología	
	Kinesiología	
	Psicología	
	Fisiatría	
Edad de reingreso		
Fecha de reingreso		
Fecha de Alta (T/P)		

PLANILLA DE ESTADÍSTICAS ANUAL Y POR MES (F 07)

Personal administrativo de Secretaría completa mensualmente esta planilla con datos girados a la Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión la archiva en la carpeta correspondiente.

Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
Pacientes atendidos													
Con obra social													
Sin obra social													
Inasistencia a turnos													
Fisiatría													
Psicología													
Kinesiología													
Fonoaudiología													
Psicopedagogía Est. Intelectual													
Psicomotricidad Est. Temprana													
Terapia Ocupacional													
Menor a 1 año													
1 año													
De 2 a 4 años													
De 5 a 9 años													
De 10 a 14 años													
De 15 a 49 años													
De 50 y más años													
Varones													
Mujeres													
Tramitación CUD													

FORMULARIO de INGRESO NIÑ@S/ADULTOS (F 08) Personal administrativo de Secretaría completará con los datos del paciente ingresado, por única vez y archivará en el folio correspondiente de la Historia Clínica.física.		H.C. N°: (DNI)	Foto (4 x 4)
Apellido y Nombre del paciente:			
Obra Social:		Afiliado N°:	
Fecha de Ingreso::		Fecha de nacimiento:	Edad:
Nacionalidad:		Grupo Sanguíneo:	
Certificado de Discapacidad - Junta:			Vigencia al:
Diagnóstico:			
Orientación prestacional:			
Padre:		Celular:	
Madre:		Celular:	
Dirección:		Teléfono:	
Mail de contacto:			
Persona autorizada/transportista para retirar al paciente:			
Teléfono:		Parentesco:	
Derivado por:		Presentación espontánea:	
Presenta prescripción médica:		Presenta otros estudios:	
Medicación actual:			

DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN MÉDICA (a completar luego de ser evaluado por el médico fisiatra):

Diagnóstico:

Tratamiento farmacológico:

Equipamiento solicitado (PROSAD):

Plan de Rehabilitación:

Prestaciones:	Duración de la prestación :	Frecuencia semanal:	Observaciones:
Psicología			
Kinesiología			
Fonoaudiología			
Psicopedagogía/Est. Intelectual			
Psicomotricidad/Est. Temprana			
Terapia Ocupacional			

Fecha: ____ / ____ / ____

Fecha aprobación O.S.:

Firma y Sello profesional del Médico Prescriptor

Consentimiento Informado del tratamiento:

Fecha: .../.../...

Firma del paciente mayor de edad

Firma del responsable del paciente

EVALUACIÓN MÉDICO FISIÁTRICO DE ADMISIÓN DE NIÑ@S (F 09)

El profesional completa virtualmente, lo imprime, firma y hace firmar al paciente y/o responsable familiar y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción)

H.C.Nº:
(DNI)

Apellido y Nombre del paciente:

Fecha de ingreso:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Médico/a:

Fecha:

Edad del paciente:

Peso del paciente:

Talla del paciente:

Edad materna:

Grupo Sanguíneo:

Factor RH:

Edad paterna:

Grupo Sanguíneo:

Factor RH:

Consanguinidad:

Casos similares:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Enfermedades:	Familiar que la padece:	Tipo:
Respiratorias		
Urinarias		
Gastrointestinales		
Cardiovasculares		
Genéticas		
Endócrinas		
Traumatismos		
Neurológicas		

Antecedentes Heredo Familiares:

Antecedente	Padre	Madre	Abuelo Paterno	Abuela Paterna	Abuelo Materno	Abuela Materna
Edad						
Tabaquismo						
Alcoholismo						
Drogas						
Enfermedades actuales						
Enfermedades de la infancia						
Alergias						

Antecedentes Perinatales:

Nº de embarazos:	Nº de hijos vivos:	Orden de gesta:
FP:	FPP:	Edad gestacional:
Embarazo/Complicaciones:		
Duración del trabajo de parto: hs.	Semanas de gestación:	Embarazo controlado:
Presentación:	Cesárea(Motivos):	Anestesia:
Lloró al nacer:	Cianosis:	Ictericia:
Reanimación:	Peso al nacer:	Perímetro cefálico:
Complicaciones al nacer:	Se dio de alta junto a la madre:	
Hubo Onfalorrexis:	Hubo Onfalitis:	

Neonatología:

APP:
AEA:
MMSS:
MMII:

Sistema Nervioso:

Estado de conciencia:
Tono:
Actitud:
Reflejos (profundos y superficiales):
RAF:
ROF:
Reflejos arcaicos:
Reacciones posturales:
Motilidad activa:
Movimientos anormales:
APLM:
Marcha
Perfil de desarrollo:
Lenguaje:
Motricidad fina:

Estudios complementarios:

RX:
EEG:
EMG:
TAC:
Audiometría:
Potenciales evocados:
OEA:
Otros auditivos (impedanciometria, logaudiometria, etc):
Oftalmológico:
Citogenético
Diagnóstico E:
Diagnóstico A:
Diagnóstico F:

Internaciones:

Internaciones (Edad/Causas/Tiempo):

EVALUACIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL:

ESCALA

INDEPENDIENTE:	Puntaje
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6
DEPENDIENTE:	
Solo requiere supervisión, no se asiste al paciente	5
Requiere mínima asistencia, el paciente aporta 75 % o m	4
Requiere asistencia moderada, el paciente aporta entre el 50 y el 74 %	3
Requiere asistencia máxima, el paciente aporta entre el 25 y el 49 %	2
Requiere asistencia total, el paciente aporta menos del 25%	1

Observaciones:

EVALUACIÓN Y PUNTAJE OBTENIDO

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE OBTENIDO
AUTOCUIDADO		
1	Alimentación	
2	Aseo Personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	Control de intestino	
8	Control de vejiga	
TRANSFERENCIAS		
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
LOCOMOCIÓN		
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión	
15	Expresión	
CONEXIÓN		
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
PUNTAJE FIM TOTAL		

MEDICO DE CABECERA:

Centro Médico de Referencia	Teléfono:
Nombre del médico:	Teléfono:
Diagnóstico:	
Presenta prescripción médica:	
Medicación (Previa y actual)	

Solicitud de interconsultas con otros profesionales:

Solicitud de estudios complementarios:

Diagnóstico de la patología discapacitante:

Prescripción farmacológica:

Prescripción de equipamiento (PROSAD):

Tipo de transporte que requiere el paciente para su traslado:

Plan de Rehabilitación:

Cantidad de Módulos Interdisciplinarios Simple (MIS):		Cantidad de Módulos Interdisciplinarios Intensivos (MII):	
Prestaciones:	Duración de la prestación :	Frecuencia semanal:	Observaciones:
Psicología			
Kinesiología			
Fonoaudiología			
Psicopedagogía/Estimulación Intelectual			
Psicomotricidad/Estimulación Temprana			
Terapia Ocupacional			

Plan de Controles Fisiátricos:

--

Orientación Familiar:

--

Fecha: ____/____/____

Firma del Padre/Madre

Firma y Sello profesional del Médico Prescriptor

EVALUACIÓN MÉDICO FISIÁTRICO DE ADMISIÓN DE ADULTOS (F 10)

(El profesional completa virtualmente, lo imprime, firma y hace firmar al paciente y/o responsable familiar y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción)

H.C.N°:
(DNI)

Apellido y Nombre del paciente:

Fecha de ingreso:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Médico/a:

Fecha:

Anamnesis:

Directa:

Indirecta:

MC:

AP:

Estado civil:

Hijos:

Núcleo familiar conviviente:

--

Vivienda con infraestructura:

SI ()

NO ()

Instrucción:

Primario	Incompleto	Secundario	Incompleto	Terciario	Incompleto	Universitario	Incompleto
	Completo		Completo		Completo		Completo

Ocupación:

Previa:

Post a secuela:

Lateralidad manual:

Sedentario: SI () - NO ()

Actividad física:

Antecedentes heredofamiliares:

Parentesco	Vivos:	Fallecidos -Causas:
Padre		
Madre		
Hermano		

Antecedentes fisiológicos:

Esfínteres	Diuresis			
	Catarsis	Consistencia		
Sexualidad	Relaciones sexuales:			
	Lívido: SI () - NO ()	Erección: SI () - NO ()		
Alimentación	Oral: ()	Parenteral: ()	Enteral: ()	Sonda: ()
	Vía principal:	Prótesis dental: SI () - NO ()		
Descanso nocturno:				

Antecedentes patológicos:

CV:	
NEUROLOGICOS:	
TRAUMATOLOGICOS.	
REUMATOLOGICOS:	
ENDOCRINOLOGICOS:	
GINECOOBSTETRICOS:	
RENALES Y URINARIOS:	
DIGESTIVOS:	
INFECTOLOGICOS:	
QUIRURGICOS:	
VEJIGA NEUROGENICA SI () – NO ()	Tipo:
VISUALES: ANTEOJOS SI() - NO ()	

Antecedentes tóxicos:

TABACO	
ALCOHOL	
DROGAS	
OTROS	

AEA: Fecha: ___/___/___

Clínica al comienzo:

Internaciones: SI () NO ()

Institución:	Ingreso: ___/___/___	Ingreso: ___/___/___
UTI: SI () NO ()	ARM: SI () NO ()	Oxigenoterapia: SI () NO ()
Complicaciones (inmediata posterior alta):		
Tratamiento quirúrgico: SI () NO ()	Tipo:	
Rehabilitación previa SI () NO ()	Tipo:	
Lugar:	Duración	
Secuelas:		
Reinternaciones:		

Actividad funcional actual:

Motor:
Sensitivo/sensorial:
Alimentación:
Dependencia socio ambiental:

Dolor:

Descripción:
EVA:

Estudio realizados:

--

Medicación actual:

--

EXAMEN FÍSICO:

Inspección general:

Conciencia, atención, orientación, actitud:
Comunicación, lenguaje (expresión/comprensión)
Memoria (Mini mental):

Cabeza:

Pares craneales (I, II, III, IV, V, VI, VI, VIII IX, X, XI, XII):
Cicatrices cabeza-cuello:
Estado craneotomía y traqueotomía: SI () NO ()

Boca:

--

Piel y TCS:

Conservado: SI () NO ()
Escaras:
Edema:
Otras lesiones:

Aparato cardiovascular:

TA:	FC: Regular () Irregular ()
Pulsos periféricos: Presentes () Ausentes ()	Cuáles?:
Ruidos: Normales () Patológicos () Soplos ()	

Aparato respiratorio:

Frecuencia:	
Auscultación: Normal () Patológica ()	

Abdomen: RHA:

Palpación: dolorosa SI () NO ()	Viceromegalia: SI () NO ()
Puntos dolorosos: SI () NO ()	Cuáles?:

Aparato urinario:

Puntos renouretrales:	Puño percusión:
Sonda vesical: SI () NO ()	

OMA:

Movilidad pasiva:
Goniometría:
Columna:
Articulaciones:
Otras:

Sistema nervioso:

Postura:				
Tono:				
Ashworth modificado:				
Fuerza muscular:				
Reflejos:				
Abdominales:				
ROT;	Bicipital: D() - I()	Tricipital: D() - I()	Rotuliano: D() - I()	Aquiliano: D() - I()
Babinsky: SI () NO ()	Hofmman: SI () NO ()	Clonus: SI () NO ()		
Agotable:	Inagotable:			

Sensibilidad superficial:

Normal ()	Aumentada ()	Disminuida ()	Abolida () – Cuál?:
------------	---------------	----------------	----------------------

Sensibilidad profunda

Normal ()	Alterada () – Cuál?:
------------	-----------------------

Bipedestación:

Independiente ()	Con ayuda (); Tipo:		
Transfiere peso:			
Recurvatum:	Hiperextensión: SI () NO ()		
Tobillo-pie:	Con equino: SI () NO ()	Varo: SI () NO ()	Supino: SI () NO ()
Patrón de marcha:			

Cerebelo:

Equilibrio:
Temblor:
Dismetría:
Diadococinesia:
Nistagmo:

Negligencia:

SI () NO ()

Dolor: (Escala: 0 (sin dolor) _____ **10** (muy intenso))

Neuropático:
Mecánico:
Inflamatorio:
Mixto:
Descripción:

Escala y test funcionales:

--

Diagnóstico	Etiológico:
	Anatómico:
	Funcional:

EVALUACIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL:

ESCALA

INDEPENDIENTE:	Puntaje
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6
DEPENDIENTE:	
Solo requiere supervisión, no se asiste al paciente	5
Requiere mínima asistencia, el paciente aporta 75 % o m	4
Requiere asistencia moderada, el paciente aporta entre el 50 y el 74 %	3
Requiere asistencia máxima, el paciente aporta entre el 25 y el 49 %	2
Requiere asistencia total, el paciente aporta menos del 25%	1

Observaciones:

EVALUACIÓN Y PUNTAJE OBTENIDO

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE OBTENIDO
AUTOCUIDADO		
1	Alimentación	
2	Aseo Personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	Control de intestino	
8	Control de vejiga	
TRANSFERENCIAS		
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
LOCOMOCIÓN		
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión	
15	Expresión	
CONEXIÓN		
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
PUNTAJE FIM TOTAL		

MEDICO DE CABECERA:

Centro Médico de Referencia	Teléfono:
Nombre del médico:	Teléfono:
Diagnóstico:	
Presenta prescripción médica:	
Medicación (Previa y actual)	

Solicitud de interconsultas con otros profesionales:
Solicitud de estudios complementarios:

Diagnóstico de la patología discapacitante:
Prescripción farmacológica:
Prescripción de equipamiento (PROSAD):
Tipo de transporte que requiere el paciente para su traslado:

Plan de Rehabilitación:

Cantidad de Módulos Interdisciplinarios Simple (MIS):		Cantidad de Módulos Interdisciplinarios Intensivos (MII):	
Prestaciones:	Duración de la prestación:	Frecuencia semanal:	Observaciones:
Psicología	Anual		
Kinesiología	Anual		
Fonoaudiología	Anual		
Psicopedagogía/Estimulación Intelectual	Anual		
Psicomotricidad/Estimulación Temprana	Anual		
Terapia Ocupacional			

Plan de Controles Fisiátricos:

--

Orientación Familiar:

--

Fecha: ____/____/____

Firma del Padre/Madre

Firma y Sello profesional del Médico Prescriptor

CONSENTIMIENTO INFORMADO (F 11)

(Firma el paciente si es mayor de edad, de lo contrario lo firma el familiar responsable legal del menor y se archiva en la HC física del paciente en el folio correspondiente).

NOMBRE DEL PACIENTE:

DNI:

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR:

DNI:

MÉDICO/A:

DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO:

CENTRO/SERVICIO DE REHABILITACIÓN:

- 1- Por el presente consiento iniciar el tratamiento integral de rehabilitación en el Centro/Servicio Interdisciplinario de Rehabilitación mencionado arriba y los procedimientos aconsejados por el Médico/a tratante.
- 2- Declaro haber recibido información clara, precisa y adecuada respecto al estado de salud, el Plan de Tratamiento Interdisciplinario que se realizará, los beneficios esperados, los riesgos y efectos adversos previsibles, los beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto y las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto.
- 3- Expreso mi voluntad de que se inicie el Plan de Tratamiento Interdisciplinario, habiendo comprendido las explicaciones brindadas, también las aclaraciones y ampliaciones por mí pedidas en relación a su naturaleza y los objetivos buscados.
- 4- Amplío mi consentimiento a la realización de cualquier procedimientos, tratamientos e intervenciones adicionales o alternativos, que por dictamen del Dr./Dra. tratante, deban ser realizados de inmediato en casos de urgencias o emergencias.
- 5- Consiento que durante el tratamiento se realizaran registros a través de fotografías y/o videos para el uso académico exclusivamente, resguardando siempre la identidad del paciente.
- 6- Asimismo, acepto el criterio del Dr./Dra. tratante, en cuanto a la inclusión de distintos profesionales estables de la institución, para llevar adelante la rehabilitación integral propuesta.
- 7- He leído y acepto el "Reglamento Interno" de Centro/Servicio en cuanto al encuadre de trabajo.

En Córdoba,...../...../..... Firmo de conformidad:

Firma del Paciente mayor de edad

Firma del Responsable del Paciente

Aclaración:

Aclaración:

REGLAMENTO INTERNO DEL CENTRO/SERVICIO (F 12)

(Firma el paciente si es mayor de edad, de lo contrario lo firma el familiar responsable legal del menor y se archiva en la HC física del paciente en el folio correspondiente).

CETRO/SERVICIO DE REHABILITACIÓN:

NOMBRE DEL PACIENTE:

DNI:

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR:

DNI:

- 1- Acompañar al paciente que lo requiera, a las sesiones de rehabilitación establecidas por el equipo interdisciplinario que lo atiende, en fechas y horarios asignados.
- 2- En caso de inasistencia avisar antes del horario del turno asignado el motivo de la misma, teniendo en cuenta que a la tercera inasistencia si aviso o sin justificar se eliminarán todos los turnos programados, debiendo reingresar por consultorio médico fisiátrico.
- 3- Se solicita puntualidad en los turnos programados, existiendo una tolerancia máxima de 15 minutos, luego de la misma se considerará inasistencia.
- 4- De existir inasistencia del profesional tratante, se les comunicará con anterioridad la anulación del turno, el que no será reprogramado.
- 5- El adulto responsable que acompaña al niño/a deberán aguardar en Sala de Espera durante todo el tiempo que dure la terapia hasta su finalización, ya que el profesional tratante podrá solicitar su colaboración en el momento que lo considere.
- 6- Al ingreso, solicitar en administración la "Ficha de Asistencia" del paciente, hacerla firmar por el profesional tratante y devolverla en administración.

En Córdoba,...../...../..... Firma de conformidad:

Firma del Paciente mayor de edad

Firma del Responsable del Paciente

Aclaración:

Aclaración:

EVALUACIÓN SOCIAL DE ADMISIÓN DE NIÑ@S (F 13)

(El profesional completa virtualmente, lo imprime firma y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción).

H.C.N°:
(DNI)

Apellido y Nombre del paciente:		
Cómo le gusta que lo llamen:		
Género:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Estado civil:	Fecha de ingreso:	Fecha del Alta:
Nivel de instrucción:	Ocupación:	
CUD:	Vigencia:	
Diagnóstico:		
Obra Social	Afiliado N°:	

Profesional:	Fecha:
--------------	--------

Se entrevista a:	Vínculo:
Dirección:	Teléfono:

Cómo llega al Centro/Servicio de Rehabilitación? Quién lo deriva?

Es la primera vez que concurre a un Centro/Servicio de Rehabilitación?

Si concurrió a otros, Cuáles? Por qué no continuó en él?

Grupo Familiar Conviviente:

Apellido y Nombre	Vínculo	Estado Civil	Edad	Nivel de Instrucción	Ocupación	Ingreso económico	Obra Social	Subsidio Planes sociales

Transferencias formales que percibe la familia:
Transferencias informales que percibe la familia:

Situación Habitacional:

Accesibilidad	Tipo de Urbanización	Servicios urbanos	Tenencia
Zona semiurbana	Barrio	Centro/Puesto de Salud	Propia
Zona Semiurbana	Villa	Escuela	Alquilada
Zona rural	Asentamiento	Transporte	Prestada
	Paraje	Almacén	Compartida
	Pueblo	Seguridad	Usurpada
		Otros	Otros

Ambientes	Muros	Techos	Pisos	Baño
Hab. Única	Adobe	Zinc	Tierra	Instalado
Nº Dormitorios	Ladrillo	Loza	Cemento	Semi-instalado
Cocina -comedor	Bloques	Madera	Mosaico	Letrina
Living	Madera	Fibro cemento	Otros	No tiene
Patio	Chapa	Tejas		Otros
Garaje	Cartón	Otros		

Medios de cocción de alimentos que dispone:

Medios de conservación de alimentos que dispone:

Requerimientos de adaptación (rampas, puertas, cama, baño, cocina, otros):

Es dependiente en actividades cotidianas (higienizarse, bañarse, alimentarse, etc.):

Qué persona colaborar en estas actividades?

Quién lo cuida?

Actividades diarias? Concorre a alguna institución? Cuál?:

Posee movilidad para concurrir al Centro/Servicio?:

Considera que existe algún obstáculo para realizar los tratamientos de rehabilitación? Cuáles?:

Entrevista domiciliaria Entrevista institucional Otra Fecha:

Síntesis de lo trabajado:

Reseña social – Evaluación final:

Sugerencias:

Firma y Sello del profesional

EVALUACIÓN SOCIAL DE ADMISIÓN DE ADULTOS (F 14)

(El profesional completa virtualmente, lo imprime firma y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción).

H.C.N°:
(DNI)

Apellido y Nombre del paciente:		
Cómo le gusta que lo llamen:		
Género:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Estado civil:	Fecha de ingreso:	Fecha del Alta:
Nivel de instrucción:	Ocupación:	
CUD:	Vigencia:	
Diagnóstico:		
Obra Social	Afiliado N°:	

Profesional:	Fecha:
--------------	--------

Se entrevista a:	Vínculo:
Dirección:	Teléfono:

Cómo llega al Centro/Servicio de Rehabilitación? Quién lo deriva?
Es la primera vez que concurre a un Centro/Servicio de Rehabilitación?
Si concurre a otros, Cuáles? Por qué no continuó en él?

Grupo Familiar Conviviente:

Apellido y Nombre	Vínculo	Estado Civil	Edad	Nivel de Instrucción	Ocupación	Ingreso económico	Obra Social	Subsidio Planes sociales

Transferencias formales que percibe la familia:
Transferencias informales que percibe la familia:

Situación Habitacional:

Accesibilidad	Tipo de Urbanización	Servicios urbanos	Tenencia
Zona semiurbana	Barrio	Centro/Puesto de Salud	Propia
Zona Semiurbana	Villa	Escuela	Alquilada
Zona rural	Asentamiento	Transporte	Prestada
	Paraje	Almacén	Compartida
	Pueblo	Seguridad	Usurpada
		Otros	Otros

Ambientes	Muros	Techos	Pisos	Baño
Hab. Única	Adobe	Zinc	Tierra	Instalado
Nº Dormitorios	Ladrillo	Loza	Cemento	Semi-instalado
Cocina -comedor	Bloques	Madera	Mosaico	Letrina
Living	Madera	Fibrocemento	Otros	No tiene
Patio	Chapa	Tejas		Otros
Garaje	Cartón	Otros		

Medios de cocción de alimentos que dispone:

Medios de conservación de alimentos que dispone:

Requerimientos de adaptación (rampas, puertas, cama, baño, cocina, otros):

Es dependiente en actividades cotidianas (higienizarse, bañarse, alimentarse, etc.):

Qué persona colaborar en estas actividades?

Quién lo cuida?

Actividades diarias? Concorre a alguna institución? Cuál?:

Posee movilidad para concurrir al Centro/Servicio?:

Considera que existe algún obstáculo para realizar los tratamientos de rehabilitación? Cuáles?:

Entrevista domiciliaria Entrevista institucional Otra Fecha:

Síntesis de lo trabajado:

Reseña social – Evaluación final:

Sugerencias:

Firma y Sello del profesional

ENTREVISTA PSICOLÓGICA DE ADMISIÓN DE NIÑ@S (F 15)

(El profesional completa virtualmente, lo imprime firma y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción).

H.C.N°:
(DNI)

Apellido y Nombre del paciente:

Fecha de ingreso:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Profesional:

Fecha:

Diagnóstico CIE 10:

DATOS FAMILIARES:

Organización familiar:

Nombre del **Madre**: DNI:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Teléfono:

Domicilio:

Nacionalidad

Estudios cursados:

Ocupación:

Nombre del **Padre**: DNI:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Teléfono:

Domicilio (si es distinto al materno):

Nacionalidad:

Estudios cursados:

Ocupación:

Tutor (designado judicialmente): (nombre/edad/estudio/ocupación):

Otras personas que viven en el hogar: (nombre/edad/estudio/ocupación):

Quienes quedan al cuidado del niño? (familiar o no):

Familigramas:

Enfermedades o antecedentes en primera infancia:

--

Edad en la que adquirió el lenguaje, marcha y el control de esfínteres:

--

Tratamientos previos:

	<input type="checkbox"/> 1- Desde los () meses	<input type="checkbox"/> 2 –No recibió
--	---	--

Información sobre la problemática del niño:

Cuándo y cómo se enteró del diagnóstico de su hijo?:
--

<input type="checkbox"/> 1- Antes de nacer	<input type="checkbox"/> 2 –Al nacer	<input type="checkbox"/> 3 –Durante los primeros meses	<input type="checkbox"/> 4- Con el tiempo
<input type="checkbox"/> 1- Aceptación fliar.	<input type="checkbox"/> 2 –Rechazo fliar.	<input type="checkbox"/> 3 –Resignación fliar.	<input type="checkbox"/> 4- Otro

Qué conoce sobre problemática de su hijo?

<input type="checkbox"/> 1- Le informaron	<input type="checkbox"/> 2 –No sabe sobre ella	<input type="checkbox"/> 3 –Se preparó a la flia.	<input type="checkbox"/> 4- No se preparó a flia.
---	--	---	---

Comunicación y Conductas Sociales:

Comentarios-Observaciones (aislamiento, estereotipias, rituales, fobias):

Aceptación de normas-límites	<input type="checkbox"/> 1- Adecuado	<input type="checkbox"/> 2 –Inflexible	<input type="checkbox"/> 3 –No adecuado
Integración con pares	<input type="checkbox"/> 1- Adecuado	<input type="checkbox"/> 2 –Inflexible	<input type="checkbox"/> 3 –No adecuado
Interacción con adultos	<input type="checkbox"/> 1- Adecuado	<input type="checkbox"/> 2 –Inflexible	<input type="checkbox"/> 3 –No adecuado

Berrinches:

Inflexibilidad

En el hogar:

Fuera del hogar:

Rutina diaria y fin de semana:

Cuénteme un día de su hijo?

Escolaridad:

Escuela a la que asiste:	
Dirección de la escuela:	
Teléfono:	
Grado/Año en curso:	Turno/Horario:
Docente:	Teléfono:
Docente integrador:	Teléfono:
Rendimiento/dificultades/otras:	

Firma y Sello del profesional

ENTREVISTA PSICOLÓGICA DE ADMISIÓN DE ADULTOS (F 16)

(El profesional completa virtualmente, lo imprime firma y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción).

H.C.N°:
(DNI)

Apellido y Nombre del paciente:

Fecha de ingreso:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Profesional:

Fecha:

Diagnóstico CIE 10::

DATOS FAMILIARES:

1- Organización familiar:

Grupo de convivencia

Nombre del familiar 1		Vínculo con el paciente:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Teléfono:
Domicilio:		
Nacionalidad		
Estudios cursados:		
Ocupación:		
Nombre del familiar 2		Vínculo con el paciente:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Teléfono:
Nacionalidad:		
Estudios cursados:		
Ocupación:		
Otras personas que viven en el hogar: (nombre/edad/estudio/ocupación)		

Comentarios-Observaciones:

Familigrama:

Información sobre su problemática de salud:

Cuándo y cómo se enteró del diagnóstico en el caso de déficit adquirido)

Qué conoce sobre problemática

1- Le informaron 2 –No sabe sobre ella 3 –Se preparó a la flia. 4- No se preparó a flia.

Rutina diaria y fin de semana

Cuénteme un día en su hogar

Escolaridad:

Nivel educativo alcanzado:

Actividad laboral:

Está trabajando actualmente? en qué tarea?

Actividad social

SUGERENCIAS EN FUNCION DE LO OBSERVADO DE LA DINAMICA PERSONAL Y FAMILIAR:

Factores de riesgo probable:

Recursos y factores de protección con que cuenta

Observaciones:

Firma y Sello del profesional

FORMULARIO CONTROLES FISIÁTRICOS DE PACIENTES (F 17)

Tratamiento Externo o Interno

(El profesional completa virtualmente, lo imprime, firma y hace firmar al paciente y/o responsable familiar y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción).

H.C.Nº:
(DNI)

Apellido y Nombre del paciente:		
Fecha de ingreso:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Tratamiento externo:		Tratamiento interno:

Médico/a:	Fecha:
-----------	--------

Evaluación de resultados y logros en el paciente:

Evolución del diagnóstico funcional:

Actualización HC:

Anamnesis:
Examen físico del paciente:
Solicitud de nuevos estudios complementarios:
Prescripción farmacológica:
Solicitud de interconsulta profesional:
Prescripción de nuevos equipamientos (PROSAD):
Continuidad del Plan Terapéutico:

Nuevo Plan de Rehabilitación:

Cantidad de Módulos Interdisciplinarios Simple (MIS):		Cantidad de Módulos Interdisciplinarios Intensivos (MII):	
Prestaciones:	Duración de la prestación:	Frecuencia semanal:	Observaciones:
Psicología			
Kinesiología			
Fonoaudiología			
Psicopedagogía/Estimulación Intelectual			
Psicomotricidad/Estimulación Temprana			
Terapia Ocupacional			

Plan de Controles Fisiátricos:

Orientación Familiar:

Prescripciones y orientaciones:

Fecha: ____/____/____

Firma del familiar responsable

Firma y Sello profesional del Médico Prescriptor

FORMULARIO de ALTA TRANSITORIA / PERMANETE (F 18)

Tratamiento Externo o Interno

(El profesional completa virtualmente, lo imprime, firma y hace firmar al paciente y/o responsable familiar y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción).

H.C.N°:
(DNI)

Apellido y Nombre del paciente:		
Fecha de ingreso:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Tratamiento externo:		Tratamiento interno:

Médico/a:	Fecha:
Fecha Alta Transitoria: ()	Fecha Alta Permanente: ()

Fundamento de la decisión:

Evaluación de las sugerencias de las áreas terapéuticas que atienden al paciente:
Anamnesis y examen físico actualizado:
Prescripciones farmacológicas:
Plan de controles fisiátricos (de ser necesario):

Orientación Familiar:

Prescripciones y orientaciones:

Fecha: ____/____/____

Firma del familiar responsable

Firma y Sello profesional del Médico Prescriptor

**FORMULARIO DE REGISTRO DE INTERCONSULTAS EXTERNAS PROFESIONAL
(internado y ambulatorio) (F 19)**

El Profesional consultado confecciona el formulario y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción.

Nombre del Paciente:	Ambulatorio	Sala	Cama	DNI:	Obra Social:
Motivo de la interconsulta:					
Impresión diagnóstica:					
Conducta a seguir:					
Firma y sello del profesional:					

FORMULARIO "RECOMENDACIONES INTERDISCIPLINARIAS PARA EL ALTA" (F 20)

El Profesional completa el formulario lo imprime, firma y archiva el mismo en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción.

ALTAS TRANSITORIAS/PERMANENTES SUGERIDAS PARA EL PÀCIENTE DESDE LA ESPECIALIDAD, DURANTE EL PERÍODO:

ESPECIALIDAD	ALTA:		FUNDAMENTO:	Firma del Profesional
	T	P		
Psicología				
Kinesiología				
Fonoaudiología				
Psicopedagogía/Est. Intelectual				
Psicomotricidad/Est. Temprana				
Terapia Ocupacional				

Recomendaciones interdisciplinarias para el Alta :

 Sello y firma del profesional

 Sello y firma del profesional

 Sello y firma del profesional

FORMULARIO PARA EVOLUCIONAR (F 21)

(El profesional completa virtualmente, al llenar toda la hoja la imprime firma y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción).

	Hoja N°:
--	----------

Especialidad:	Profesional:
---------------	--------------

Atención paciente <input type="checkbox"/>	Paciente ausente <input type="checkbox"/>	Trabajo familiar <input type="checkbox"/>	Sesión Supervisada <input type="checkbox"/>	Fecha:
--	---	---	---	--------

Síntesis de lo trabajado:

Sello y firma del profesional

Atención paciente <input type="checkbox"/>	Paciente ausente <input type="checkbox"/>	Trabajo familiar <input type="checkbox"/>	Sesión Supervisada <input type="checkbox"/>	Fecha:
--	---	---	---	--------

Síntesis de lo trabajado:

Sello y firma del profesional

Atención paciente <input type="checkbox"/>	Paciente ausente <input type="checkbox"/>	Trabajo familiar <input type="checkbox"/>	Sesión Supervisada <input type="checkbox"/>	Fecha:
--	---	---	---	--------

Síntesis de lo trabajado:

Sello y firma del profesional

Atención paciente <input type="checkbox"/>	Paciente ausente <input type="checkbox"/>	Trabajo familiar <input type="checkbox"/>	Sesión Supervisada <input type="checkbox"/>	Fecha:
--	---	---	---	--------

Síntesis de lo trabajado:

Sello y firma del profesional

INFORME DE EVOLUCIÓN PERIÓDICO (F 22)

(El profesional completa virtualmente, lo imprime firma y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción).

PERÍODO: 00-00-00 al 00-00-00

Paciente:

Hoja N°:

Especialidad:

Profesional:

SINTESIS ESTADÍSTICA DEL PERIODO:

ESPECIALIDAD	CANTIDAD SESIONES EN EL PERIODO				SESIONES SUËRVISADAS	SESIONES DE TRABAJO FAMILIAR	TRABAJO INTER DISCIPLINARIO
	Programadas	Asistidas	Ausentes				
			Just.	Injust.			

SÍNTESIS EVOLUTIVA DEL PACIENTE DURANTE EL PERIODO:

CONTINUIDAD TERAPÉUTICA

AÑO:

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS SUGERIDOS:

-

MODALIDAD TERAPÉUTICA SUGERIDA:

-

OBSERVACIONES:

ALTA TRANSITORIA/ALTA PERMANENTE DESDE LA ESPECIALIDAD:

Evaluación de las sugerencias de las áreas terapéuticas que atienden al paciente:

Anamnesis y examen físico actualizado:

Plan de controles (de ser necesario):

Orientación Familiar:

Prescripciones y orientaciones:

Fecha: ____/____/____

Firma del familiar responsable

Firma y Sello profesional del Médico Prescriptor

Sello y firma del profesional responsable del centro/servicio

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE NIÑ@S/ADULTOS (F 23)

(El profesional completa virtualmente, lo imprime firma y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción).

Fecha de Ingreso:

Especialidad:		Profesional:	
Apellido y Nombre del paciente:			
Obra social :		Afiliado N° :	
DNI:	Fecha de nacimiento:	Edad:	
Diagnóstico:			
Orientación prestacional:			

MEDICIONES:

Fecha:	Peso (en Kg.)	Talla (en cm.)	Medición de pániculo adiposo		Perímetro		Nutricional	
			Braquial	Subescapular	Cefálico	Braquial	Percentilado	Diagnóstico

MANEJO DE HERIDAS CRONICAS:

Evaluación De las heridas:
Tratamiento y cobertura:
Orientación al paciente y familiares sobre cuidados y signos de alarma:

VEJIGA NEUROGÉNICA:

Evaluación del paciente, vejiga y habilidades:			
Recambio de sondas permanentes:		Toma de muestra para cultivo:	
Fecha:	Observaciones:	Fecha:	Resultado:

OTRAS OBSERVACIONES:

--

Sello y firma del profesional

HISTORIA CLÍNICA ESPECIAL: Colocación de Toxina Botulínica (F 24)

(El médico completa virtualmente, lo imprime, firma y hace firmar al paciente y/o responsable familiar y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción).

H.C.N°:
(DNI)

Apellido y Nombre del paciente:		
Fecha de ingreso:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Tratamiento externo:		Tratamiento interno:

Médico/a:	Fecha:
-----------	--------

DIAGNÓSTICO:

Etiológico:
Anatómico:
Funcional:

Tiempo de evolución:

--

ANTECEDENTES GENERALES:

HTA:	
DBT:	
Alergias:	
Alteraciones de la coagulación:	
IRC:	
Cirugías:	
EPOC:	
Otros:	

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

--

TRATAMIENTOS PREVIOS:

Baclofeno:	
Diazapan:	
Tizanidina:	
Quirúrgicos:	
Otros:	

VALORACIÓN DE ESPASTICIDAD Y APLICACIÓN DE ESCALAS:

Patrón de espasticidad:		
Funcionalidad:		
Escalas	Ashworth:	
	Tardieu:	

PRUEBAS EXPLORATORIAS:

Caderas	Aducción	1ra. postura (aductor medio):	
		2da. Postura (aductor mayor, medio y psoas):	
		3ra. Postura (aductores, psoas, recto interno, isquiotibiales):	
		Pruebas de Phelps (recto interno):	
	Flexión de caderas	Thomas:	
		Ely:	
		Sedestación:	

Rodillas	Ángulo poplíteo:	
	Sentarse desde supino:	
	Equino forzado:	
Pies	Equino:	
	Ángulo DF tobillo en decúbito supino:	
	Test de Silfverskiold:	
	DF con RF:	
	DF con RE:	

GONIOMETRIA:

Peso actual:

OBJETIVOS DE INFILTRACIÓN:

Fecha: ____/____/____

PLAN DE INFILTRACIÓN:

ORIENTACIÓN FAMILIAR Y ENTREGA DE CONSENTIMIENTO:

Fecha: ____/____/____

Firma del familiar responsable

Firma y Sello profesional del Médico Prescriptor

CONSENTIMIENTO INFORMADO APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA (F 25)

Firma el paciente si es mayor de edad, de lo contrario lo firma el familiar responsable legal del menor y se archiva en la HC física del paciente en el folio profesional correspondiente ordenando la documental por fecha de producida.

Fecha:

Datos del paciente:

Nombre y Apellido:

DNI:

Nº de H.C.:

Edad:

Dirección:

Tel:

Este documento sirve para que Ud. o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención, autorizándonos a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a Ud. a hacer la intervención. De su rechazo no derivara ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea la información siguiente.

Por la presente autorizo al Dr./a..... a realizar la aplicación de toxina botulínica en.....

El procedimiento me ha sido totalmente explicado por el médico, entendiendo la naturaleza y las consecuencias del mismo.

Los siguientes puntos me han sido aclarados:

- En el lugar de la infiltración pueden quedar marcas transitorias, enrojecimiento de la piel, hematomas, inflamación reversible.
- Los pacientes que estén siendo tratados con antibióticos del tipo aminoglicosidos, presenten enfermedades neuromusculares, embarazadas, mujeres en periodo de lactancia, infección o signos de inflamación en los sitios de aplicación no pueden ser sometidos a la aplicación de toxina botulínica.

He entendido que la duración de los resultados es variable y reversible, siendo aproximadamente de 3 a 6 meses y me han explicado que los efectos comenzaran a visualizarse a los 3 días de aplicación, pudiendo demorarse hasta 10 días.

Soy consciente que la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que si bien, se me informo adecuadamente de las posibilidades absolutas y relativas de lograr los objetivos planteados en la evaluación, acepto que escapa al médico el garantizar el resultado, por lo que lo eximo de responsabilidad en caso de no obtener el resultado deseado.

Doy mi consentimiento de ser fotografiado y/o filmado durante, antes y después del procedimiento, autorizando al personal interviniente el uso de mi imagen personal, en forma gratuita, la que podrá ser utilizada en revistas científicas y/o expuesta en cualquier otro medio con propósitos médicos educacionales.

Doy fe no haber omitido o alterado datos al exponer mis datos clínicos y alérgicos.

He leído y entendido completamente este consentimiento, autorizando al

profesional..... a realizarme el procedimiento.

Firma:.....

Firma medico:.....

Aclaración.....

Sello:

CONTROL POSINFILTRACION (F 26)	H.C.N°: (DNI)
El médico completa virtualmente, lo imprime, firma y hace firmar al paciente y/o responsable familiar y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción.	

Apellido y Nombre del paciente:		
Fecha de ingreso:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Tratamiento externo:		Tratamiento interno:

Médico/a:	Fecha:
-----------	--------

VALORACIÓN SUBJETIVA:

	Bueno	Regular	Malo
Paciente:			
Cuidador:			
Evaluador:			

Fecha: ____/____/____

VALORACIÓN DE ESPASTICIDAD Y APLICACIÓN DE ESCALAS:

Patrón de espasticidad:		
Funcionalidad:		
Escala	Ashworth:	
	Tardieu:	

PRUEBAS EXPLORATORIAS:

Caderas	Aducción	1ra. postura (aductor medio):	
		2da. Postura (aductor mayor, medio y psoas):	
		3ra. Postura (aductores, psoas, recto interno, isquiotibiales):	
		Pruebas de Phelps (recto interno):	
	Flexión de caderas	Thomas:	
		Ely:	
		Sedestación:	

Rodillas	Ángulo poplíteo:	
	Sentarse desde supino:	
	Equino forzado:	
Pies	Equino:	
	Ángulo DF tobillo en decúbito supino:	
	Test de Silfverskiold:	
	DF con RF:	
	DF con RE:	

GONIOMETRIA:

Fecha: ____/____/____

Firma del familiar responsable

Firma y Sello profesional del Médico Prescriptor

Fecha: ____/____/____

Firma del Padre/Madre

FORMULARIO DE REHABILITACIÓN INTERDISCIPLINARIO e INFORME EVOLUTIVO PERIÓDICO (F 27)

Los profesionales completan virtualmente, al completarlo lo imprimen firman y se archiva en la HC física del paciente, en el folio correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción.

Apellido y Nombre del Paciente:

Período: del

O. Social:

Afil. N°:

PRESTACIONES	Cantidad Sesiones Semanales	PROFESIONAL PRESTADOR	Días de Sesión (x)				
			Lu	Ma	Mi	Ju	Vi
Psicología							
Kinesiología							
Fonoaudiología							
Psicopedagogía/Est. Intelectual							
Psicomotricidad/Est. Temprana							
Terapia Ocupacional							

SINTESIS ESTADÍSTICA DEL PERÍODO:

PRESTACIONES	CANTIDAD SESIONES EN EL PERÍODO				SESIONES SUPERVISADAS	SESIONES DE TRABAJO FAMILIAR	TRABAJO INTER DISCIPLINARIO
	Programadas	Asistidas	Ausentes				
			Just.	Injust.			
Psicología							
Kinesiología							
Fonoaudiología							
Psicopedagogía/Est. Intelectual							
Psicomotricidad/Est. Temprana							
Terapia Ocupacional							
TOTALES							

INFORMES EVOLUTIVOS DEL PACIENTE DURANTE EL PERÍODO:

ESPECIALIDAD	SÍNTESIS EVOLUTIVA DEL TRATAMIENTO EN EL PERÍODO	Firma del Profesional
Psicología		
Kinesiología		
Fonoaudiología		
Psicopedagogía/Est. Intelectual		
Psicomotricidad/Est. Temprana		
Terapia Ocupacional		

ALTAS TRANSITORIAS/PERMANENTES SUGERIDAS PARA EL PÀCIENTE DESDE LA ESPECIALIDAD, DURANTE EL PERÍODO:

ESPECIALIDAD	ALTA:		FUNDAMENTO:	Firma del Profesional
	T	P		
Psicología				
Kinesiología				
Fonoaudiología				
Psicopedagogía/Est. Intelectual				
Psicomotricidad/Est. Temprana				
Terapia Ocupacional				

Recomendaciones interdisciplinarias:

Sello y firma del profesional

Sello y firma del profesional

Sello y firma del profesional

ACTA DE REUNIÓN DE EQUIPO (F 28)

El profesional elegido como secretario de acta de la reunión, confeccionará la misma, haciéndola firmar (con sello) a los asistentes y luego la entregará al Jefe del Servicio para su archivo en la carpeta/cuaderno "Actas de Reuniones de Equipo".

ACTA SINTESIS DE LA REUNIÓN DE EQUIPO

Fecha:	Reunión N°:	Porcentaje de participación profesional:
--------	-------------	--

Coordinada por:	Tipo de reunión: (informativa I, evaluación de casos EC, capacitación C, otra O)
-----------------	---

Temario tratado:

-

Nombre de los pacientes evaluados:

-
-

Acuerdos:
OBJETIVOS GENERALES:(Registro de evolución del paciente según escala de evaluación Funcional)

TECNICAS Y RECURSOS A UTILIZAR:

TIEMPO ESTIPULADO PARA LOGRAR OBJETIVOS:

OBJETIVOS CUMPLIMENTADOS:

Temario para la próxima reunión:

-
-
-

Firma y sello de los profesionales participantes:

De ser necesario use el anverso de la hoja

PLANILLA DE SEGUIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE RECURSOS (F 29)

El profesional completa la planilla con cada trámite y la archiva en la carpeta correspondiente.

TIEMPO PROMEDIO DE RESOLUCIÓN DE EXPEDIENTES							
FECHA (De Resolución)							
RESOLUCIÓN (Favorable Dest favorable)							
RECURSO(S) GESTIONADO(S)							
FINANCIADOR							
FECHA (de apertura)							
EXPEDIENTE N°							
PACIENTE							

EVALUACIÓN NEUROKINESICA DE NIÑ@S (F 30)

El kinesiólogo(a) completa virtualmente, lo imprime, firma y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción.

H.C.N°:
(DNI)

Apellido y Nombre del paciente:		
Fecha de ingreso:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Diagnóstico:		Dependencia:

Profesional:	Fecha:
--------------	--------

1- TONO MUSCULAR:

Hipertónico	Eutónico	Hipotónico	Distónico
Observaciones:			

2- REFLEXOLOGÍA ARCAICA Y REACCIONES PRESENTES:

Moro	RTCA	RTCS	Intento de tracción (Indicar fase)	Babinski
¿Algún otro relevante?:				
Observaciones:				

3- HITOS DEL NEURODESARROLLO:

Hito	SI	NO	A qué edad?	Observaciones:
Alcance línea media				
Rolido				
Balconeo				
Sedestación				
Sedestación lateral				
Cuadropedia				
Maratón				
Bipedestación				
Marcha lateral				
Marcha				
Observaciones:				

Sello y firma del profesional

<p align="center">EVALUACIÓN NEUROKINESICA DE ADULTOS (F 31)</p> <p align="center">El kinesiólogo(a) completa virtualmente, lo imprime, firma y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción.</p>	<p>H.C.N°: (DNI)</p>
---	--------------------------

Apellido y Nombre del paciente:		
Fecha de ingreso:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Diagnóstico:		Dependencia:

Profesional:	Fecha:
--------------	--------

1- SENSIBILIDAD:

Conservada:	Alterada:
Observaciones:	

2- TONO MUSCULAR:

Eutonía	Hipotonía	Hipertonía
Observaciones:		

3- FUERZA MUSCULAR:

MID:	MII:	MSD:	MSI:
Observaciones:			

4- RANGO ÓPTIMO DE MOVIMIENTO:

Completo:	Incompleto:
Observaciones:	

5- DOLOR (Escala Visual Análoga):

| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

Observaciones:

6- TRANSFERENCIAS POSTURALES:

Pasaje silla de ruedas - tarima	Cambios de decúbitos
Bipedestación	Marcha
Observaciones:	

7- EQUILIBRIO:

Estable:	Inestable:
Observaciones:	

Sello y firma del profesional

EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE ADMISIÓN DE NIÑ@S (F 32)

El fonoaudiólogo(a) completa virtualmente, lo imprime, firma y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción.

H.C.N°:
(DNI)

Apellido y Nombre del paciente:

Fecha de ingreso:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Escolaridad:

Profesional:

Fecha:

Motivo de consulta:

1- ANTECEDENTES DE LA COMUNICACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL LENGUAJE:

2- DESARROLLO SOCIAL (Comportamiento, conducta, juego):

3- FUNCIONES SENSORIALES:

Audición:

Visión:

Tacto:

Gusto:

Olfato:

4- ANTECEDENTES DE LA ALIMENTACIÓN:

5- EVALUACIÓN DEL COMPLEJO OROFACIAL:

Observación directa:

Palpación:

Praxias orofaciales:

6- EVALUACIÓN ALIMENTACIÓN:

7- EVALUACIÓN RESPIRACIÓN:

8- EVALUACIÓN VOZ:

9- EVALUACIÓN HABLA Y ARTICULACIÓN:

10- EVALUACIÓN COMUNICACIÓN Y LENGUAJE:

Lenguaje comprensivo:

Lenguaje expresivo:

Otros aspectos:

11- EVALUACIÓN DE LOS D.B.A. (Dispositivos Básicos del Aprendizaje):

12- EVALUACIÓN DE LA LECTOESCRITURA Y CÁLCULO:

CONCLUSIONES:

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO:

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

PROPUESTA TERAPÉUTICA:

Sello y firma del profesional

EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE ADMISIÓN DE ADULTOS (F 33)

El fonoaudiólogo(a) completa virtualmente, lo imprime, firma y archiva en la HC física del paciente, en el folio profesional correspondiente y ordenando la documental por fecha de producción.

H.C.N°:
(DNI)

Apellido y Nombre del paciente:

Fecha de ingreso:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Escolaridad/Ocupación:

Profesional:

Fecha:

Motivo de consulta:

1- COMUNICACIÓN Y LENGUAJE:

--

2- HABILIDADES SOCIALES (Comportamiento, conducta y actividades de interés):

--

3- FUNCIONES SENSORIALES:

Audición:

--

Visión:

--

Tacto:

--

Gusto:

--

Olfato:

--

4- EVALUACIÓN DEL COMPLEJO OROFACIAL:

Observación directa:

--

Palpación:

--

Praxias orofaciales:

--

5- EVALUACIÓN ALIMENTACIÓN:

--

6- EVALUACIÓN RESPIRACIÓN:

--

7- EVALUACIÓN VOZ:

--

8- EVALUACIÓN HABLA Y ARTICULACIÓN:

--

9- EVALUACIÓN COMUNICACIÓN Y LENGUAJE:

Lenguaje comprensivo:

--

Lenguaje expresivo:

--

Otros aspectos:

--

10- EVALUACIÓN DEGNOSIAS Y PRAXIAS:

--

11- EVALUACIÓN DE FUNCIONES EJECUTIVAS:

--

12- EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN, MEMORIA Y MOTIVACIÓN:

--

13- EVALUACIÓN DE LA LECTOESCRITURA:

--

14- EVALUACIÓN DEL CÁLCULO:

--

CONCLUSIONES:

--

OBSERVACIONES:

--

DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO:

--

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

--

PROPUESTA TERAPÉUTICA:

--

Sello y firma del profesional

C- SISTEMA DE INDICADORES

INDICADORES PARA EL PROCESO 1: **CERTIFICACIÓN CUD**

Subproceso 1.1.: "Gestión de Turno para certificación CUD o modificación del CUD"

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores				
		Responsable de la Medición	Fuente de Información	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo	
Información de requisitos. (I 01)	<ul style="list-style-type: none"> Requisitos: DNI, certificado con diagnóstico y estudios y carné obra social. 	Jefe del Centro/ Servicio o Miembro de la Junta Certificadora de Discapacidad designado rotativamente para cada período de medición.	Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).	Cada paciente responde la encuesta al finalizar el proceso de certificación del CUD. Completa la misma se entrega al Jefe del Centro o Servicio. <u>Periodicidad para el análisis de las encuestas:</u> semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes informados sobre los requisitos para obtener el CUD / Total de pacientes atendidos para obtener el CUD.	
Atención al usuario. (I 02)	<ul style="list-style-type: none"> Amabilidad en la atención del paciente y/o familiar. Respuesta a todos los interrogantes/dudas del paciente y/o familiar. 				Total de pacientes satisfechos con la atención recibida / Total de pacientes atendidos para obtener el CUD.	
Entrega del turno por escrito y demora en la atención. (I 03)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de turno completo. Demora para la atención de Junta Certificadora de discapacidad. 				Total de pacientes a los que se le entregó el turno por escrito (demora) para obtener el CUD / Total de pacientes atendidos para obtener el CUD.	
Entrega del CUD según protocolo y demora para su obtención. (I 04)	<ul style="list-style-type: none"> Demora en la entrega del CUD. Explicación de usos y derechos del CUD. Entrega de instructivo de la Subsecretaría. 				Total de pacientes a los que se le entregó el CUD (demora) según protocolo / Total de pacientes atendidos para obtener el CUD.	
Registro de datos del paciente. (I 05)	<ul style="list-style-type: none"> "Base de datos de pacientes" con N° HC, nombre, fecha de nacimiento, dirección, teléfono, Obra social y número de afiliado. Datos de los padres. Fecha de entrega y vigencia del CUD si es otorgado. 	Jefe del Centro/ Servicio o Miembro de la Junta Certificadora de Discapacidad designado rotativamente para cada período de medición.	Base de datos de pacientes por centro/servicio.	Total de pacientes registrado en la Base de Datos / Total de pacientes atendidos para obtener el CUD.		
Registro de turnos otorgados. (I 06)	<ul style="list-style-type: none"> Turneros Profesional completos con datos del profesional y nombre del (de los) paciente(s) y DNI, con fecha y horario de atención para cada uno. Entrega de la planilla impresa diariamente a cada profesional. 				Turnero Profesional. Encuesta a profesionales.	<u>Promedio de:</u> Total de Turnero Profesional por paciente completo / Total de profesionales que asisten al paciente.
Asistencia de pacientes a turnos otorgados. (I 07)	<ul style="list-style-type: none"> Paciente con su hoja de asistencia, con nombre y por especialidad se establecen las fechas y horas de atención y se determina su asistencia o inasistencia. 				Planilla "Asistencia del paciente.	Total de pacientes con seguimiento de asistencia / Total de pacientes atendidos para obtener el CUD.
Registro y archivo del CUD según protocolo. (I 08)	<ul style="list-style-type: none"> Datos del paciente completos del CUD y su registro. Firma del CUD duplicado y su archivo en el folio correspondiente en la HC del paciente. 				Historia Clínica del paciente.	Total de CUD firmado y archivado en folio correspondiente / Total de CUD otorgado en el período.

Subproceso 1.2.: “Evaluación por Junta Certificadora de Discapacidad”

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores			
		Responsable de la Medición	Fuente de Información	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo
Entrega del CUD según protocolo y demora para su obtención. (1 9)	<ul style="list-style-type: none"> • Demora en la entrega del CUD. • Explicación de usos y derechos del CUD. • Entrega de instructivo de la Subsecretaría. 	Jefe del Centro/ Servicio.	Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).	Cada paciente responde la encuesta al finalizar el proceso de certificación del CUD. Completa la misma se entrega al Jefe del Centro o Servicio. <u>Periodicidad para el análisis de las encuestas:</u> semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes a los que se le entrego el CUD (demora) según protocolo / Total de pacientes atendidos para obtener el CUD.

INDICADORES PARA EL PROCESO 2: ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Subproceso 2.1.: “Gestión de Turno para atención inicial del paciente”

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores			
		Responsable de la Medición	Fuente de Información.	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo
Atención al usuario. (I 10)	<ul style="list-style-type: none"> Amabilidad en la atención y asesoramiento del paciente y/o familiar. Respuesta a todos los interrogantes/dudas del paciente y/o familiar. 	Jefe del Centro/ Servicio o Coordinador del Área.	Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).	Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes satisfechos con la atención recibida / Total de pacientes atendidos.
Entrega del turno por escrito. (I 11)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de turno completo con nombre del paciente, de los especialista, día y horario que lo atenderán. 				Total de pacientes a los que se le entregó el turno por escrito para su atención inicial / Total de pacientes atendidos.
Registro de datos del paciente. (I 12)	<ul style="list-style-type: none"> “Base de datos de pacientes” con N° HC, nombre, fecha de nacimiento, dirección, teléfono, Obra social y número de afiliado. Fecha de entrega y vigencia del CUD. Datos de los padres. Tipo y Plan de tratamiento. 	Jefe del Centro/ Servicio o Coordinador del Área.	Base de datos de pacientes por centro/servicio.	Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes con registro completo en la Base de Datos en el período / Total de pacientes atendidos en el período.
Registro de turnos otorgados. (I 13)	<ul style="list-style-type: none"> Turneros Profesional completos con datos del profesional y nombre del (de los) paciente(s) y DNI, con fecha y horario de atención para cada uno. Entrega de la planilla impresa diariamente a cada profesional. 		<ul style="list-style-type: none"> Turnero Profesional. Encuesta a profesionales. 		Promedio trimestral de: Total de Turnero Profesional por paciente completo / Total de profesionales que asisten al paciente.
Asistencia de pacientes a turnos otorgados. (I 14)	<ul style="list-style-type: none"> Paciente con su hoja de asistencia, con nombre y por especialidad se establecen las fechas y horas de atención y se determina su asistencia o inasistencia a turnos otorgados. 		Planilla “Asistencia del paciente.		Total de pacientes con seguimiento de asistencia en el período / Total de pacientes atendidos en el período.
Admisión inicial de pacientes. (I 15)	<ul style="list-style-type: none"> Completo el Formulario de ingreso de niño@s/adultos y su archivo en el folio correspondiente en la HC del paciente. 		“Formulario de ingreso de niño@s/Adultos”.		Total de pacientes con Formulario de ingreso completo y archivado adecuadamente / Total de pacientes atendidos en el período.

Subproceso 2.2.: "Consulta Fisiátrica Inicial"

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores			
		Responsable de la Medición	Fuente de Información	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo
Consentimiento informado. (I 16)	<ul style="list-style-type: none"> Explicación y firma del Consentimiento informado y archivado en la HC del paciente en su folio correspondiente. 	Jefe del Centro/ Servicio.	Historia Clínica de paciente.	<u>Periodicidad:</u> semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes con consentimiento informado firmado / Total de pacientes atendidos.
Aceptación del reglamento interno. (I 17)	<ul style="list-style-type: none"> Reglamento interno del centro/servicio firmado y archivado en la HC del paciente en su folio correspondiente. 				Total de pacientes con reglamento del centro/servicio firmado / Total de pacientes atendidos.
Evaluación médico fisiátrica de admisión de paciente. (I 18)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario evaluación médico fisiátrico de admisión de niñ@s ó Formulario evaluación médico fisiátrico de admisión de adultos con: <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico. Plan de rehabilitación. Prescripción de tratamiento y/o equipamiento. Plan de controles fisiátricos. Orientación familiar. 				Total de pacientes con evaluación médico fisiátrico de admisión completa / Total de pacientes atendidos.

Subproceso 2.3.: "Evaluación Social Inicial"

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores			
		Responsable de la Medición	Fuente de Información	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo
Evaluación social de admisión de pacientes (I 19)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario evaluación social de admisión de niñ@s ó Formulario evaluación social de admisión de adultos (según corresponda) con: <ul style="list-style-type: none"> Datos del grupo familiar conviviente. Situación habitacional. Obstáculos para realizar la rehabilitación. Evaluación final, Sugerencias. 	Jefe del Centro/ Servicio.	Historia Clínica del paciente.	<u>Periodicidad:</u> semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes con evaluación social de admisión completa / Total de pacientes atendidos.
Gestión de recursos y tiempo de obtención (I 20)	<ul style="list-style-type: none"> Asesora y orienta para la obtención de recursos y/o equipamiento prescriptos. Acompaña al paciente/familiar en la gestión de recursos (PROSAD, medicación, prótesis, estudios extra hospitalarios, etc. tanto provincial como nacional, completando la planilla de seguimiento de gestión de recursos. 	Jefe del Centro/ Servicio.	Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).		Total de pacientes con trámites de pedido de recursos iniciado / Total de pacientes que requieren recursos y no disponen de los medios necesarios. Total de pacientes con recursos obtenidos / Total de pacientes con trámites iniciados.

Subproceso 2.4.: "Entrevista Psicológica Inicial"

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores			
		Responsable de la Medición	Fuente de Información	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo
Admisión psicológica de pacientes (I 21)	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista psicológica de admisión de niñ@s ó Entrevista psicológica de admisión de adultos (según corresponda) con sugerencias en función de la dinámica personal y/o familiar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Factores de riesgo probable. ○ Recursos y factores de protección. ○ Observaciones. ○ Evaluación final, Sugerencias. 	Jefe del Centro/ Servicio.	Historia Clínica del paciente.	<u>Periodicidad:</u> semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes con entrevista psicológica de admisión completa / Total de pacientes atendidos.

INDICADORES PARA EL PROCESO 3: TRATAMIENTO EXTERNO

Subproceso 3.1.: “Gestión de Turno para Controles Fisiátricos en pacientes con tratamiento externo”

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores			
		Responsable de la Medición	Fuente de Información.	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo
Atención al usuario. (I 22)	<ul style="list-style-type: none"> Amabilidad en la atención del paciente y/o familiar. Respuesta a todos los interrogantes/dudas del paciente y/o familiar. 	Jefe del Centro/ Servicio o Coordinador del Área.	Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).	Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes (externos) satisfechos con la atención recibida / Total de pacientes (externos) atendidos.
Entrega del turno por escrito. (I 23)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de turno completo con nombre del paciente, de los especialista, día y horario que atenderán al paciente. 				Total de pacientes (externos) a los que se le entregó el turno por escrito / Total de pacientes (externos) atendidos.
Registro de datos del paciente. (I 24)	<ul style="list-style-type: none"> “Base de datos de pacientes” con N° HC, nombre, fecha de nacimiento, dirección, teléfono, Obra social y número de afiliado. Fecha de entrega y vigencia del CUD. Datos de los padres. Tipo y Plan de tratamiento. 	Jefe del Centro/ Servicio o Coordinador del Área.	Base de datos de pacientes por centro/servicio.	Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes (externos) registrado en la Base de Datos / Total de pacientes (externos) atendidos.
Registro de turnos otorgados. (I 25)	<ul style="list-style-type: none"> Turneros Profesional completos con datos del profesional y nombre del (de los) paciente(s) y DNI, con fecha y horario de atención para cada uno. Entrega de la planilla impresa diariamente a cada profesional. 		<ul style="list-style-type: none"> Turnero Profesional. Encuesta a profesionales. 		Promedio de: Total de Turnero Profesional por paciente externo completo / Total de profesionales que asisten al paciente externo.
Asistencia de pacientes a turnos otorgados. (I 26)	<ul style="list-style-type: none"> Paciente con su hoja de asistencia, con nombre y por especialidad se establecen las fechas y horas de atención y se determina su asistencia o inasistencia a turnos otorgados. 		Planilla “Asistencia del paciente.		Total de pacientes (externo) con seguimiento de asistencia / Total de pacientes (externo).

Subproceso 3.2.: "Controles Fisiátricos en pacientes con tratamiento externo"

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores			
		Responsable de la Medición	Fuente de Información.	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo
Registro de la atención fisiátrica. (I 27)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario control fisiátrico de niñ@s o de adulto (según corresponda) archivado en el folio correspondiente de la HC del paciente, conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de resultados y logros del paciente. Nuevo plan de rehabilitación. Plan de controles fisiátricos. Orientación familiar. Firma profesional otorgante y familiar responsable. 				Total de pacientes (externos) con formulario de control fisiátrico completo y archivado en su HC en el folio correspondiente / Total de pacientes (externos) atendidos.
Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 28)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de registro de interconsulta externa profesional (internado y ambulatorio) conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> Datos del paciente, motivo de la interconsulta, impresión diagnóstica y conducta a seguir. Firma y sello profesional. 	Jefe del Centro/ Servicio o Coordinador del Área.	Historia Clínica.	<u>Periodicidad:</u> semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes con formulario de interconsulta externa completo y archivado en su HC en el folio correspondiente / Total de pacientes atendidos en interconsulta externa.
Alta transitoria/permanente. (I 29)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario del alta transitoria/permanente con: <ul style="list-style-type: none"> Fundamento de la decisión, prescripciones (para alta permanente) y plan de controles (para alta transitorias). Orientación familiar. Firma profesional otorgante y familiar responsable. 				Total de pacientes (externos) con formulario de alta transitoria/permanente completo y archivado en su HC en el folio correspondiente / Total de pacientes (externos) dados de alta (transitoria/permanente).
Opinión del usuario. (I 30)	<ul style="list-style-type: none"> Relación adecuada paciente-profesional. Opinión favorable sobre la evolución de la salud del paciente con las prácticas profesionales. Orientación post alta transitoria con plan de controles brindadas al familiar del paciente. Orientación post alta permanente brindada al familiar del paciente. 	Personal administrativo de Secretaría.	Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).	<u>Periodicidad:</u> semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	<p>Total de pacientes (externos) satisfechos con la relación médico-paciente / Total de pacientes (externos) atendidos.</p> <p>Total de familiares con opinión favorable en la evolución del paciente (externo) con las prácticas profesionales / Total de pacientes (externos) atendidos.</p> <p>Total de familiares con orientación y plan de controles post alta</p>

					transitoria / Total de pacientes (externos) atendidos. Total de familiares con orientación posta alta permanente / Total de pacientes (externos) atendidos.
--	--	--	--	--	--

Subproceso 3.3.: “Trabajo Social en pacientes con tratamiento externo”

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores			
		Responsable de la Medición	Fuente de Información.	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo
Gestión de recursos y tiempo de obtención (I 31)	<ul style="list-style-type: none"> Asesora y orienta para la obtención de recursos y/o equipamiento prescriptos. Acompaña al paciente/familiar en la gestión de recursos (PROSAD, medicación, prótesis, estudios extra hospitalarios, etc. tanto provincial como nacional, completando la planilla de seguimiento de gestión de recursos. 	Jefe del Centro/ Servicio.	Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).	Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes con trámites de pedido de recursos iniciado / Total de pacientes que requieren recursos y no disponen de los medios necesarios. Total de pacientes con recursos obtenidos / Total de pacientes con trámites iniciados.
Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 32)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de registro de interconsulta externa profesional (internado y ambulatorio) conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> Datos del paciente, motivo de la interconsulta, impresión diagnóstica y conducta a seguir. Firma y sello profesional. 	Jefe del Centro/ Servicio o Coordinador del Área.	Historia Clínica.	Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes con formulario de interconsulta externa completo y archivado en su HC en el folio correspondiente / Total de pacientes atendidos en interconsulta externa.
Opinión del usuario. (I 33)	<ul style="list-style-type: none"> Relación adecuada paciente/familiar-profesional. Opinión del familiar sobre las respuestas a los requerimientos del paciente. 	Personal administrativo de Secretaría.	Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).	Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de familiares de pacientes (externos) satisfechos con la relación con trabajador social / Total de pacientes (externos) atendidos. Total de familiares con opinión favorable en relación a las respuestas a los requerimientos del paciente (externo) / Total de pacientes (externos) atendidos.

INDICADORES PARA EL PROCESO 4: TRATAMIENTO INTERNO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO

Subproceso 4.1.: "Gestión de Turno para tratamiento interno"

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores				
		Responsable de la Medición	Fuente de Información.	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo	
Atención al usuario. (I 34)	<ul style="list-style-type: none"> Amabilidad en la atención del paciente y/o familiar. Respuesta a todos los interrogantes/dudas del paciente y/o familiar. 	Jefe del Centro/ Servicio o Coordinador del Área.	Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).	Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes (internos) satisfechos con la atención recibida / Total de pacientes (internos) atendidos.	
Entrega del turno por escrito. (I 35)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de turno completo con nombre del paciente, de los especialista, día y horario que atenderán al paciente. 				Total de pacientes (internos) a los que se le entregó el turno por escrito / Total de pacientes atendidos.	
Registro de datos del paciente. (I 36)	<ul style="list-style-type: none"> "Base de datos de pacientes" con N° HC, nombre, fecha de nacimiento, dirección, teléfono, Obra social y número de afiliado. Fecha de entrega y vigencia del CUD. Datos de los padres. Tipo y Plan de tratamiento. 	Jefe del Centro/ Servicio o Coordinador del Área.	Base de datos de pacientes por centro/servicio.	Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes (internos) registrado en la Base de Datos / Total de pacientes (internos) atendidos.	
Registro de turnos otorgados. (I 37)	<ul style="list-style-type: none"> Turneros Profesional completos con datos del profesional y nombre del (de los) paciente(s) y DNI, con fecha y horario de atención para cada uno. Entrega de la planilla impresa diariamente a cada profesional. 				<ul style="list-style-type: none"> Turnero Profesional. Encuesta a profesionales. 	Promedio de: Total de Turnero Profesional por paciente completo / Total de profesionales que asisten al paciente.
Asistencia de pacientes a turnos otorgados. (I 38)	<ul style="list-style-type: none"> Paciente con su hoja de asistencia, con nombre y por especialidad se establecen las fechas y horas de atención y se determina su asistencia o inasistencia a turnos otorgados. 				Planilla "Asistencia del paciente.	Total de pacientes (internos) con seguimiento de asistencia / Total de pacientes (internos) atendidos.

Subproceso 4.2.: "Evaluación y Tratamiento Psicológico"

Subproceso 4.3.: "Evaluación y Tratamiento Kinesiológico"

Subproceso 4.4.: "Evaluación y Tratamiento Fonoaudiológico"

Subproceso 4.5.: "Evaluación y Tratamiento Psicopedagógico y/o Estimulación Intelectual"

Subproceso 4.6.: "Evaluación y Tratamiento Psicomotriz y/o Atención Temprana"

Subproceso 4.7.: "Evaluación y Tratamiento en Terapia Ocupacional"

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores			
		Responsable de la Medición	Fuente de Información.	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo
Registro de la evaluación y tratamiento profesional. (I 39)	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con Fichas iniciales y para evolucionar al día y archivadas en el folio correspondiente, en su Historia Clínica. 	Jefe del Centro/ Servicio.	Historia Clínica del paciente.	<u>Periodicidad:</u> semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes con fichas iniciales completas y HC evolucionadas, al día y archivadas en el folio correspondiente / Total de pacientes atendidos en la especialidad
Alta transitoria/Permanente. (I 40)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario recomendaciones interdisciplinarias para el alta con: <ul style="list-style-type: none"> Fundamento de la decisión y recomendaciones. Orientación familiar. Firma y sello profesional otorgante. 				Total de pacientes (externos) con formulario de recomendaciones interdisciplinarias para el alta (transitoria/permanente) completo y archivado en su HC en el folio correspondiente / Total de pacientes (externos) dados de alta (transitoria/permanente) en la especialidad.
Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 41)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de registro de interconsulta externa profesional (interna y ambulatorio) conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> Datos del paciente, motivo de la interconsulta, impresión diagnóstica y conducta a seguir. Firma y sello profesional. 				Total de pacientes con formulario de interconsulta externa completo y archivado en su HC en el folio correspondiente / Total de pacientes atendidos en interconsulta externa.
Informe de evolución periódico. (I 42)	<ul style="list-style-type: none"> Informe de evolución periódico archivado en el folio correspondiente de la HC del paciente y conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> Síntesis estadística del periodo. Síntesis evaluativa del periodo. Objetivos y modalidad terapéutica sugerida para continuar, o Alta transitoria con plan de controles y orientación a la familia, o Alta permanente con orientación a la familia. Firma y sello profesional y firma del familiar responsable del paciente. 				Total de pacientes con informe de evolución periódico completo y archivado en su HC en el folio correspondiente / Total de pacientes atendidos en la especialidad.

<p>Opinión del usuario. (I 43)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relación adecuada paciente-profesional. • Opinión favorable sobre la evolución de la salud del paciente con las prácticas profesionales. • Orientación posta alta transitoria con plan de controles brindadas al familiar del paciente. • Orientación post alta permanente brindada al familiar del paciente. 	<p>Personal administrativo de Secretaría.</p>	<p>Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).</p>	<p>Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.</p>	<p>Total de pacientes (externos) satisfechos con la relación médico-paciente / Total de pacientes (externos) atendidos.</p> <p>Total de familiares con opinión favorable en la evolución del paciente (externo) con las prácticas profesionales / Total de pacientes (externos) atendidos.</p> <p>Total de familiares con orientación y plan de controles post alta transitoria / Total de pacientes (externos) atendidos.</p> <p>Total de familiares con orientación posta alta permanente / Total de pacientes (externos) atendidos.</p>
------------------------------------	--	---	--	--	--

Subproceso 4.8.: “Asesoramiento, Gestión y Seguimiento de Trabajo Social”

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores			
		Responsable de la Medición	Fuente de Información.	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo
<p>Gestión de recursos y tiempo de obtención (I 44)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asesora y orienta para la obtención de recursos y/o equipamiento prescriptos. • Acompaña al paciente/familiar en la gestión de recursos (PROSAD, medicación, prótesis, estudios extra hospitalarios, etc. tanto provincial como nacional, completando la planilla de seguimiento de gestión de recursos. 	<p>Jefe del Centro/ Servicio.</p>	<p>Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).</p>	<p>Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.</p>	<p>Total de pacientes con trámites de pedido de recursos iniciado / Total de pacientes que requieren recursos y no disponen de los medios necesarios.</p> <p>Total de pacientes con recursos obtenidos / Total de pacientes con trámites iniciados.</p>
<p>Opinión del usuario. (I 45)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relación adecuada paciente/familiar-profesional. • Opinión del familiar sobre las respuestas a los requerimientos del paciente. 	<p>Personal administrativo de Secretaría.</p>	<p>Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).</p>	<p>Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.</p>	<p>Total de familiares de pacientes (externos) satisfechos con la relación con trabajador social / Total de pacientes (externos) atendidos.</p> <p>Total de familiares con opinión favorable en relación a las respuestas a los requerimientos del paciente (externo) / Total de pacientes (externos) atendidos.</p>

Subproceso 4.9.: "Atención de Enfermería"

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores			
		Responsable de la Medición	Fuente de Información	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo
Registro de la atención de enfermería. (I 46)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario atención de enfermería de niñ@s o de adulto (según corresponda) archivado en el folio correspondiente de la HC del paciente, conteniendo: Mediciones antropométricas, manejo de heridas y/o vejiga neurogénica (de ser necesario). Orientación post alta y plan de controles Sello y firma profesional 	Jefe del Centro/ Servicio.	Historia Clínica del paciente.	<p><u>Periodicidad:</u> semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.</p>	Total de pacientes atendidos por enfermería con formularia de atención completo y archivado en el folio correspondiente de la HC del paciente / Total de pacientes atendidos por enfermería.
Opinión del usuario. (I 47)	<ul style="list-style-type: none"> Relación adecuada paciente-profesional. Opinión favorable sobre la evolución de la salud del paciente con las prácticas profesionales. Orientación posta alta transitoria con plan de controles brindadas al familiar del paciente. Orientación post alta permanente brindada al familiar del paciente. 	Personal administrativo de Secretaría.	Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).	<p><u>Periodicidad:</u> semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.</p>	<p>Total de pacientes (externos) satisfechos con la relación médico-paciente / Total de pacientes (externos) atendidos.</p> <p>Total de familiares con opinión favorable en la evolución del paciente (externo) con las prácticas profesionales / Total de pacientes (externos) atendidos.</p> <p>Total de familiares con orientación y plan de controles post alta transitoria / Total de pacientes (externos) atendidos.</p> <p>Total de familiares con orientación posta alta permanente / Total de pacientes (externos) atendidos.</p>

Subproceso 4.10.: "Controles Fisiátricos"

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores				
		Responsable de la Medición	Fuente de Información.	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo	
Registro de la atención fisiátrica. (I 48)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario control fisiátrico de niñ@s o de adulto (según corresponda) archivado en el folio correspondiente de la HC del paciente, conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de resultados y logros del paciente. Nuevo plan de rehabilitación. Plan de controles fisiátricos. Orientación familiar. Firma profesional otorgante y familiar responsable. 	Jefe del Centro/ Servicio.	Historia Clínica	Periodicidad: semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.	Total de pacientes (externos) con formulario de control fisiátrico completo y archivado en su HC en el folio correspondiente / Total de pacientes (externos) atendidos.	
Registro para la atención de demanda espontánea e interconsulta. (I 49)	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de registro de interconsulta externa profesional (internado y ambulatorio) conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> Datos del paciente, motivo de la interconsulta, impresión diagnóstica y conducta a seguir. Firma y sello profesional. 				Total de pacientes con formulario de interconsulta externa completo y archivado en su HC en el folio correspondiente / Total de pacientes atendidos en interconsulta externa.	
Aplicación de Toxina Botulínica (de ser necesario)	Consentimiento firmado. (I 50)				<ul style="list-style-type: none"> Consentimiento informado aplicación de toxina botulínica firmado. Firma y sello profesional y firma del familiar responsable. 	Total de pacientes a los que se le aplicó toxina botulínica con consentimiento firmado / Total de pacientes a los que se le aplicó toxina botulínica.
	Historia clínica especial. (I 51)				<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica Especial (colocación de toxina botulínica) conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico (etiológico, anatómico y funcional). Tiempo de evolución. Tratamientos previos. Valoración de la espasticidad. Goniometría. Objetivos y plan de infiltración. Orientación familiar. Firma y sello del profesional 	Total de pacientes a los que se le aplicó toxina botulínica con HC Especial completa y archivada en el folio correspondiente de su HC / Total de pacientes a los que se le aplicó toxina botulínica.
	Control postinfiltración. (I 52)	<ul style="list-style-type: none"> Control postinfiltración, con: <ul style="list-style-type: none"> Valoración subjetiva. Valoración de espasticidad. Sugerencias Firma y sello profesional y del familiar responsable. 	Total de pacientes a los que se le aplicó toxina botulínica con control postinfiltración / Total de pacientes a los que se le aplicó toxina botulínica.			

<p>Alta transitoria/permanente. (I 53)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario del alta transitoria/permanente con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fundamento de la decisión, prescripciones (para alta permanente) y plan de controles (para alta transitorias). ○ Orientación familiar. • Firma profesional otorgante y familiar responsable. 				<p>Total de pacientes (externos) con formulario de alta transitoria/permanente completo y archivado en su HC en el folio correspondiente / Total de pacientes (externos) dados de alta (transitoria/permanente).</p>
<p>Opinión del usuario. (I 54)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relación adecuada paciente-profesional. • Opinión favorable sobre la evolución de la salud del paciente con las prácticas profesionales. • Orientación post alta transitoria con plan de controles brindadas al familiar del paciente. • Orientación post alta permanente brindada al familiar del paciente. 	<p>Personal administrativo de Secretaría.</p>	<p>Encuesta al paciente anónima y autoadministrada. (Nota: para el caso de encuestado analfabeto, personal administrativo le leerá las consignas).</p>	<p><u>Periodicidad:</u> semestral Enero-Junio. Julio-Diciembre.</p>	<p>Total de pacientes (externos) satisfechos con la relación médico-paciente / Total de pacientes (externos) atendidos.</p> <p>Total de familiares con opinión favorable en la evolución del paciente (externo) con las prácticas profesionales / Total de pacientes (externos) atendidos.</p> <p>Total de familiares con orientación y plan de controles post alta transitoria / Total de pacientes (externos) atendidos.</p> <p>Total de familiares con orientación post alta permanente / Total de pacientes (externos) atendidos.</p>

CUARTA PARTE

RESULTADO DE LA “EVALUACIÓN FINAL DE LA CAPACITACIÓN RECIBIDA”

Con la finalidad de conocer la opinión que tenían los participantes sobre la capacitación recibida (del 12-09-18 al 02-08-19) se solicitó a los mismos que anónimamente contestaran un cuestionario (instrumento de evaluación semi-abierto con preguntas cerradas con opciones de respuesta e interrogantes abiertos) que se presenta más abajo.

Se les solicitó evaluar sobre los siguientes tópicos: temas tratados, estrategias metodológicas utilizadas para su desarrollo, actividades de aprendizajes llevadas a cabo en los encuentros presenciales y en los interencuentros; recursos didácticos utilizados tanto en las instancias presenciales como en los interencuentro; desempeño del equipo consultor; desempeño del líder de grupo, satisfacción por el aprendizaje logrado y las sugerencias para la próxima etapa de capacitación.

Como instrumento de evaluación se utilizó un cuestionario semiabierto y los datos de las variables mencionadas volcados en soporte magnético, fueron analizados mediante la versión actualizada del programa Statistic Package for Social Science (software estadístico SPSS) y ordenados en tablas frecuenciales (ver anexo). Para elaborar la conclusión se tuvieron en cuenta las medidas de tendencia central, según lo permitan las escalas en que son medidas las variables bajo estudio. Los datos recogidos fueron ordenados en las siguientes tablas frecuenciales, con su correspondiente medida de tendencia central (MTC) posible de calcular según el tipo de escala en que fue medida la variable.

Participaron 69 personas (presentes el día de la evaluación de las 86) miembros de los diferentes Equipos de Trabajo (profesionales o administrativos). El 91,3 % considera a la capacitación recibida como útil (71,0 %) o muy útil (20,3 %), solo 1 persona la consideró poco útil. Para la mayoría de las personas (97,1 %) consideró a la capacitación recibida como muy necesaria o necesaria, ninguna persona la consideró poco necesaria. La mayoría de las personas que contestaron el ítem consideró que la capacitación recibida agrega calidad al trabajo que se realiza diariamente (88,4 %), solo 1,4 % consideró que no agrega valor.

Para el 98,6 % de los evaluadores consideró que los temas tratados fueron útiles o muy útiles, mientras que para 1 personas (1,4 %) los temas tratados fueron poco útiles. El 85,5 % considera que los temas fueron desarrollados en forma clara o muy clara, para el 8,7 % opinó que el desarrollo temático fue poco claro. Respecto a las estrategias metodológicas el 10,1 % considera que fueron pocas adecuadas, mientras

que el 89,8 % opinó que las estrategias metodológicas utilizadas fueron adecuadas o muy adecuadas. Las mismas fueron suficientes para el 68,1 %; escasas para el 23,2 % e insuficientes para el 2,9 %.

Para el 94,2 % las actividades de aprendizaje propuestas fueron adecuadas o muy adecuadas, solo opinó lo contrario el 5,8 % de los evaluadores. Por otro lado fueron suficientes para el 62,3 % y escasas para el 30,4 %.

En relación a las actividades de aprendizaje propuestas para los interencuentros fueron adecuadas o muy adecuadas para el 89,8 % y poco adecuadas para el 10,1 %. Estas actividades fueron suficientes para el 62,3 % escasa para el 29,0 % e insuficientes para dos personas (2,9 %). El 91,3 % consideró que los recursos didácticos utilizados en los encuentros presenciales fueron claros o muy claros, estos recursos para el 82,6 fueron eficaces o muy eficaces. La evaluación que realizan sobre los recursos didácticos utilizados en las instancias interencuentro fue: claro o muy claros 88,4 % mientras que para el 10,1 % fueron poco claros; para el 14,5 % fueron poco eficaces, para el 81,1 % fueron eficaces o muy eficaces.

Para el 1,4 % el desempeño del Equipo Consultor fue poco adecuado, mientras que para el 98,5 % fue adecuado o muy adecuado. Para 1,4 % el desempeño del Líder de su equipo de trabajo tuvo un desempeño poco adecuado mientras que para el 40,6 % su desempeño fue adecuado o muy adecuado para el 58 %. Para el 82,6 % evaluó que los aprendizajes logrados satisficieron sus expectativas, mientras que para el 15,9 % no.

Teniendo en cuenta las medidas de tendencia central, se puede concluir que:

- La capacitación recibida fue útil, necesaria y agrega calidad al trabajo que se realiza diariamente.
- Los temas tratados fueron útiles y presentados de manera clara, las estrategias metodológicas utilizadas fueron adecuadas y suficientes, las actividades de aprendizaje propuestas tanto para las instancias presenciales como para los interencuentros fueron adecuadas y suficientes.
- En cuanto a los recursos didácticos utilizados, tanto en los encuentros presenciales como para orientar el trabajo interencuentro fueron claros y eficaces.
- El desempeño del Equipo Consultor fue adecuado y el desempeño del Líder del equipo de trabajo fue muy adecuado.

En síntesis para la mayoría de los evaluadores (82,6 %) el aprendizaje logrado satisfizo sus expectativas.

QUINTA PARTE

CONCLUSIONES GENERALES DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN

En esta quinta parte se presentan las “Conclusiones Generales del Proceso de Capacitación” mediante un compendio del contenido esencial del presente “Informe Final”, resumiendo las características del proceso y sus principales conclusiones.

Este proyecto previó tres etapas de trabajo, a saber: I) Capacitación. Manual de Procedimientos; II) Parametrización de procesos y construcción de indicadores y III) Revisión y ajuste del modelo de gestión por proceso diseñado, las mismas se llevaron a cabo en los períodos programados, a saber:

Etapas	Duración	Desde	Hasta
I- Capacitación. Manual de Procedimientos.	4 meses	12-09-18	11-01-19
II- Parametrización de procesos y construcción de indicadores.	4 meses	14-01-19	10-05-19
III- Revisión y ajuste del modelo de gestión por procesos diseñado.	3 meses	13-05-19	12-08-19
Duración total	11 meses	12-09-18	12-08-19

De la capacitación participaron personal administrativo y profesional de los 12 centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba (tres de capital y nueve del interior) cuya Misión fundamental es prevenir, diagnóstica, rehabilitar e incluir a las personas con discapacidad. Inicialmente fueron 95 personas, 9 administrativos y 86 profesionales (Médicos Fisiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Psicopedagogos, Psicomotricistas, Terapeuta Ocupacional y Enfermeros). Finalizaron la capacitación, al cabo de los 11 meses, 86 personas, 8 administrativos y 78 profesionales, es decir que la permanencia fue del 91 % (la deserción fue del 9 %).

El proceso de capacitación se enmarcó en el modelo de capacitación-acción, a través de cada uno de los módulos del plan de trabajo, los distintos equipos, coordinados por el consultor, fueron construyendo el modelo de gestión por procesos de los circuitos asistenciales que fueron volcados en el Manual de Procedimientos elaborado. Los grupos fueron 11 de profesionales homólogos de los distintos centros y 1 de administrativos, cada grupo eligió un Coordinador, que fue estable y responsable del proceso, encargado de centrar al grupo en la tarea respetando los tiempos asignados para la misma, presentando las conclusiones grupales al grupo total y enviar las producciones al consultor para su evaluación de seguimiento, entre otras.

Se realizaron 11 encuentros presenciales en Córdoba Capital, en los que se socioconstruyó conocimiento, acordaron pautas de trabajo, aclararon dudas, se realizó la puesta en común de los trabajos grupales interencuentro con el fin de acordar propuestas y resultados. El trabajo interencuentro fue orientados mediante Guías de reflexión y trabajo.

En cada una de las Etapas se desarrollaron los contenidos previstos, se lograron las producciones programadas para los encuentros y los interencuentros, como así mismo los productos finales entregables.

El grupo total consensuó:

- Nombre para la Red y logo identificadorio, siendo su nombre: “Red Pública de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba”
- Misión, Visión, Objetivos Generales y Específicos.
- Mapa de los procesos que se ponen en marcha en la atención de las personas con discapacidad y su familia.
- “Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad - Provincia de Córdoba (Versión 2019)” validado por la Subsecretaria de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión mediante Resolución del 03-07-19 (ver anexo). El Manual contiene: a) en su primera parte lo especificado en los puntos anteriores, b) en una segunda parte las fichas (modelo ISO 9001) conteniendo para cada proceso: código, responsable, edición, fecha de validación, objetivo, inicio, tareas y subtareas que incluye, fin, entradas y salidas, procedimientos, formularios para el registro de los realizado y lo indicadores para evaluar calidad, c) en la tercera parte, anexos contiene: protocolos y procedimientos a seguir en la realización de cada tarea, el sistema de registro de las actividades desarrolladas, el sistema de indicadores con los cuales evaluar la calidad de las acciones realizadas en cada uno de los procesos, y finalmente las encuestas para recolectar la opinión de los usuarios que participan en los diferentes procesos en los que están involucrados.
- Características del software a desarrollar para digitalizar e informatizar todos los procesos que se ponen en marcha en la atención de las personas con discapacidad y su familia, el sistema de registro, como el proceso de evaluación de calidad de las acciones realizadas, todo según lo establecido en el Manual de Procedimientos antes mencionado.

Esta capacitación cumplió con su finalidad es decir: “diseñar el Manual de Procedimientos unificado para todos los Centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba y parametrizar los procesos establecidos en él, implicados en la atención de pacientes con discapacidad, para mejorar la calidad de atención en pos de una mejor calidad de vida de los discapacitados y sus familias.

También se lograron los objetivos inicialmente propuestos:

- Elaborar un Manual de Procedimientos único para todos los Centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba, que sistematice el proceso asistencial

que realizan a la persona con discapacidad con el fin de agregar valor y calidad a dicha tarea.

- Construir los mecanismos para evaluar la gestión de los procesos, a partir de la parametrización de los procedimientos incluidos como el diseño de indicadores de calidad específicos.
- Determinar, en base al modelo diseñado, el conjunto de información necesaria para la correcta implementación, gestión y control de los procesos, y la elaboración de informes de resultados pertinentes.

En síntesis, teniendo en cuenta los Términos de Referencias y los resultados en cada una de las tres etapas de capacitación, se puede afirmar que se logró el cien por ciento de lo programado, que hubo solo el 9% de deserción, que los participantes evaluaron la capacitación recibida como útil, necesaria y agrega calidad al trabajo que se realiza diariamente, que los temas tratados fueron útiles y presentados de manera clara, las estrategias metodológicas utilizadas fueron adecuadas y suficientes, las actividades de aprendizaje propuestas tanto para las instancias presenciales como para los interencuentros fueron adecuadas y suficientes, que los recursos didácticos utilizados, tanto en los encuentros presenciales como para orientar el trabajo interencuentro fueron claros y eficaces, que el desempeño del Equipo Consultor fue adecuado y el desempeño del Líder del equipo de trabajo fue muy adecuado, que en síntesis para la mayoría de los evaluadores (82,6 %) el aprendizaje logrado satisfizo sus expectativas.

SEXTA PARTE: ANEXOS

En esta sexta parte y última de este Informe Final, se presentan los “Anexos” siguientes:

- Anexo 1: Guías de Reflexión y Trabajo N° 1, 2,3, 4, 5, 6 y 7, usadas para orientar el trabajo interencuentro de los Equipos profesionales.
- Anexo 2: Hoja membretada de la Red.
- Anexo 3: Características propuestas para el diseño de una futura página web exclusiva de la Red.
- Anexo 4: Resolución del 03-07-19 de la Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión Social.
- Anexo 5: Resultados de la “Evaluación Final de la Capacitación Recibida”.
- Anexo 6: Encuesta de opinión del usuarios, teniendo en cuenta cada uno de los proceso en que participa.
- Anexo 7: Registros fotográficos de distintos encuentros de capacitación.

ANEXO 1: GUÍAS DE REFLEXIÓN Y TRABAJO

GUÍA DE REFLEXIÓN Y TRABAJO N° 1

Eje(s) temático(s):

- Misión, Visión y Objetivos institucionales.
- Diagrama de procesos interdisciplinarios.

Objetivo a lograr:

- Elaborar la Misión, Visión y Objetivos para los Centros/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba.
- Mapear los procesos en la atención de la persona con discapacidad y su familia en un Centro/Servicio de Rehabilitación.

Actividades a desarrollar: complete las siguientes actividades en la hoja de respuesta:

- 1- A partir de la Misión, Visión y Objetivos que han elaborado distintos Centro/Servicios de Rehabilitación, proponga Misión, Visión y Objetivos común para los 11 Centro/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba, teniendo en cuenta lo establecido en la hoja de respuesta.
- 2- A partir del modelo de mapa de proceso acordado en el encuentro: a) grafique secuenciadamente todos los procesos que se ponen en marcha en la atención de las personas con discapacidad; b) señale en los que su especialidad o área de trabajo están involucrados; y c) explicita algunos procedimientos involucrados.

Nota: Una vez que el equipo ha acordado las respuestas de las dos actividades tipearlas y por favor enviarla por mail a discapcidadgestiondecualidad@gmail.com antes del día **01-10-18**, para su evaluación. Muchas Gracias

TENER PRESENTE QUE:

GRUPO	EQUIPO
<ul style="list-style-type: none">• Centrado en el "YO"• Trabajan individualmente• El éxito es de cada uno• Comunicación solo social	<ul style="list-style-type: none">• Centrado en el "NOSOTROS"• Aportan al colectivo lo mejor de sí• El éxito depende de todos• Comunicación centrada en la tarea
<ul style="list-style-type: none">• La motivación es externa• Compromiso con la tarea• Jefe o coordinador	<ul style="list-style-type: none">• Coordinación de acciones• Compromiso con la tarea y el compañero• Liderazgo compartido

Recuerde:

**"SOLO SE LLEGA MÁS RÁPIDO....PERO
EN EQUIPO SE LLEGA MÁS LEJOS"**

HOJA DE RESPUESTA

Respuestas del Equipo de (colocar el nombre de la especialidad o administrativo):

1- Misión, Visión y Objetivos comunes para los 11 Centro/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba:

MISIÓN:

La Misión es la finalidad de una institución, es su razón de ser. Expresa el para qué fue creada, el para que de su existencia como así mismo el para quien brinda sus servicios.

Escriba aquí la Misión:

VISIÓN:

Es la imagen de futuro que visualiza, por ejemplo como le gustaría que fuesen los Centros de Rehabilitación dentro de 5 años. Se expresa en tiempo presente, es como traer el futuro al presente. No hay visiones correctas o incorrectas, ni son para siempre, cuando se logra concretar una visión, se genera otra más grande.

¿Cómo se inicia una Visión?..... con un **SUEÑO**, una idea, una imagen, un deseo.

¿Cómo se concreta esa Visión?...con una o más **ACCIONES** adecuadas

¿Y qué emoción genera?..... por lo general **PASION**

Entonces:

VISIÓN: Sueño que impulsa a la Acción con gran Pasión

Las características que debe reunir toda visión son:

- Imagen de futuro expresada en tiempo presente y en positivo (expresa lo que se quiere lograr no lo que se quiere evitar).
- Expresión clara que no necesite ser explicada, que quien la escuche la comprenda.
- Que entusiasme a los que la escuchen, lo seduzca y se enrolen en ella.
- Que incluya a otros, que sea compartida por otros que ayudaran en su logro.
- Compromiso con la acción es decir impulsa a hacerla realidad.

Puede evaluar la visión elaborada, respondiendo a los siguientes interrogantes:

- Esta expresada como ya lograda?
- El que la escucha la entiende?

- Incluye a todas las personas y a todas las áreas/sectores institucionales?
- Es factible? (pequeñísima, grande o muy grande), es creíble?
- Tiene partes negociables? (como para que se puedan incluir más beneficiarios en un futuro)
- Que emoción genera al escucharla? (miedo/preocupación) o (pasión/alegría) o (pesimismo/indiferencia, etc.)
- Al escucharla siente deseos de comenzar a trabajar para lograrla?

Si la respuestas a los interrogantes anteriores es "SI" está en buen camino.

Escriba aquí la Visión:

OBJETIVOS:

Expresan lo que se quiere lograr, su redacción debe ser clara con un verbo en infinitivo más el contenido. Los objetivos guían que metas establecer y que actividades realizar. Debe poder evaluarse, medirse a través de indicadores concretos. Se pueden plantear objetivos para el corto plazo (a concretarse en un año), para el mediano plazo (a concretarse en cinco años) y para el largo plazo (a concretarse en diez o más años).

Se sugiere que el objetivo general sea planteado para el largo plazo. Y los objetivos específicos sean planteados para el mediano plazo y además teniendo en cuenta los siguientes niveles: a) persona con discapacidad y su familia (asistenciales, de prevención y de promoción de la salud); b) para la comunidad en general; y c) para el personal del Centro de Rehabilitación.

Objetivo General (uno para el mediano plazo):

Escriba aquí el Objetivo General:

Objetivos específicos (varios para el corto plazo):

Escriba aquí Objetivos Específicos **asistenciales** para la persona con discapacidad:

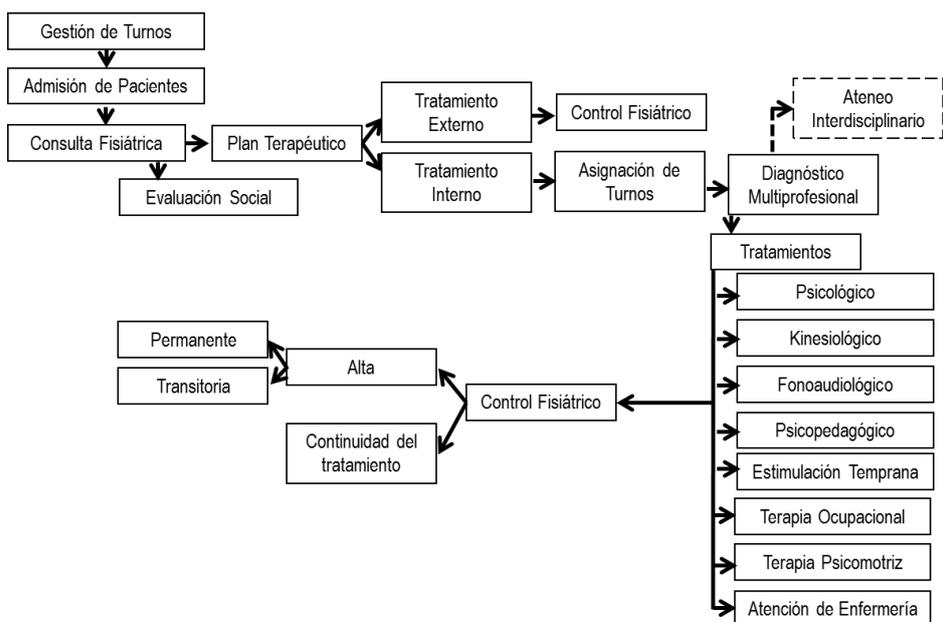
Escriba aquí Objetivos Específicos **de prevención** para la persona con discapacidad y su familia:

Escriba aquí Objetivos Específicos **de promoción de la salud** para la persona con discapacidad y su familia:

Escriba aquí Objetivos Específicos para la comunidad en general:

Escriba aquí Objetivos Específicos para el personal del Centro de Rehabilitación:

2- Mapa de los procesos que se ponen en marcha en la atención de las personas con discapacidad; señalando en los que la especialidad o área de trabajo están involucrados; y también se explicitan algunos procedimientos.



Escriba para cada uno de los procesos en los que participa profesionalmente desde su especialidad y de manera directa, los subprocesos, procedimientos y/o tareas. De ser necesario copie el formato de abajo tantas veces lo necesite.

Nombre del Proceso:

Nombre de los Subprocesos:

Nombre de los Procedimientos:

Nombre de las Tareas:

Nombre del Proceso:

Nombre de los Subprocesos:

Nombre de los Procedimientos:

Nombre de las Tareas:

GUÍA DE REFLEXIÓN Y TRABAJO N° 2

Eje(s) temático(s):

- Identidad de la Red de Centros/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba.
- Manual de Procedimientos.

Objetivo a lograr:

- Favorecer la construcción de la identidad de la Red de Centro/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba proponiendo a) el nombre para la Red de Centros/Servicios de Rehabilitación; b) su logo identificador c) caracterización de la página web de la Red.
- Identificar y definir cada uno de los subprocesos y tareas profesionales que se incluyen en los procesos que participa como profesional al atender a la persona con discapacidad y su familia.

Actividades a desarrollar: complete las siguientes actividades en la hoja de respuesta:

- 1- Reafirme sus conocimientos, repasando el documento adjuntado: “Síntesis de los Ejes temáticos Desarrollados al 18-10-18”
- 2- Consensue con su Equipo los objetivos específicos que estime conveniente y acuerde su redacción, y si considera necesario agregar alguna idea por favor hágalo con letra en color **verde** en el lugar correspondiente y lo que considera necesario eliminar pinte las letras con color **rojo**. Al final de este documento encontrará el listado de objetivos específicos. Sobre este texto realice la actividad mencionada.
- 3- Proponga hasta 3 maneras diferentes para designar a la Red de Centros/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba.
- 4- Proponga (bajando figuras/logos/isologos de internet, etc.) hasta 3 logos que a su criterio identificaría fácilmente a la Red Pública de Centros/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba.
- 5- Caracterice como sería a su entender, una página web para la Red de Centro/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba , cuáles serían las partes habilitadas para todo público y cuales reservadas a determinados usuarios quienes ingresarían con el correspondiente password.

Para realizar la actividad 6 siguiente, se sugiere revisar en los metabuscadores (www.google.com, www.pubmed.com (Biblioteca Cochrane, LILACS, EMBASE) www.tripdatabase.com www.fisterra.com www.pubgle.com entre otros), modelos de

presentación y definiciones de procesos profesionales incluidos en Manuales de Procedimientos para la Atención del Paciente con discapacidad.

- 6- En base al mapa de proceso consensuado que se adjunta, diseñar el esquema de subprocesos, y tareas profesionales, presentadas ordenadamente, que realizan en los procesos en los que participa al atender a una persona con discapacidad. Definir cada uno de los subprocesos y tareas profesionales que se identificaron en el esquema realizado en la actividad anterior.
- 7- Intercambiar las distintas planillas y/o registros que utilizan para dejar asentado las diferentes tareas profesionales (o administrativas) que realizan con el paciente, para luego seleccionar la más completa (o de ser necesario enriquecerla), para luego elegirla como planilla(s) común(es) para la especialidad (o área) a utilizarse en todos los Centros/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba. Por favor traer al encuentro fotocopia(s) de la(s) misma(s) y entregarlas identificadas del lugar/servicios a que pertenecen al Equipo Consultor. Gracias.

Una vez que el equipo ha acordado las respuestas de las actividades propuestas tipearlas en la hoja de respuesta y por favor enviarla por mail a discapcidadgestiondecualidad@gmail.com antes del día **06-11-18**, para su evaluación. Muchas Gracias.

HOJA DE RESPUESTA

Respuestas del Equipo de (nombre):

3- Nombre(s) propuesto(s) para designar a la Red de Centros de Rehabilitación

Proponga hasta tres (3) maneras diferentes para designar a la Red Pública de Centros/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba:

-
-
-

4- Logo(s) identificadorio(s) propuesto para la Red Pública de Centros de Rehabilitación:

Logo 1:

Logo 2:

Logo 3:

5- Caracterice como sería una página web para la Red Pública de Centros de Rehabilitación

Links de ingreso irrestricto para todo público, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

-
-

Links de ingreso restrictivo (ingreso con password) exclusivo para profesionales y administrativo de los Centros de Rehabilitación, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

-
-

6- En base al mapa de procesos consensuado (que se envía en otro adjunto) diseñe el esquema de tareas profesionales (ordenadas temporalmente) que realiza en cada proceso/subproceso al atender a una persona con discapacidad. Para ello utilice las tablas de abajo:

Proceso seleccionado del Mapa:

Subproceso	Tarea

Subproceso	Tarea

Subproceso	Tarea

(De ser necesario agregue otras tablas)

SÍNTESIS CONCEPTUAL DE LOS EJES TEMÁTICOS DESARROLLADOS:

Introducción:

Los sistemas de salud en todo el mundo se ven enfrentados hoy más que nunca a un mundo globalizado, con ciudadanos informados y exigentes que demandan más y mejor asistencia sanitaria.

Las tecnologías y el conocimiento científico se expanden a una velocidad sorprendente, sin dar tiempo al "reciclaje" de personas ni de instituciones.

Políticas macro (área gubernamental) generan Políticas micro (institucional) y viceversa.

La **gestión de calidad** se ha transformado durante los últimos años en un aspecto estratégico para las instituciones de salud.

Calidad en salud

"Calidad se refiere a las características de un producto o servicio que satisface necesidades establecidas o implícitas; **es el grado en el cual un producto cumple con las especificaciones de un consumidor.**" calidad hace referencia a la excelencia, a lo bueno, a lo adecuado, buenos resultados. Lo que lleva implícito un muy alto grado de subjetividad.

La medicina no es una ciencia exacta, existiendo siempre un cierto grado de incertidumbre y un riesgo implícito en todo el quehacer médico, lo que "atenta" contra la calidad en su concepto más riguroso; aun cuando se trabaje con la máxima calidad, hay un riesgo siempre presente. Por lo tanto el trabajo de calidad en salud lleva implícita la idea central que **esta incertidumbre y este riesgo sean reducidos al mínimo.**

Donabedian señala que Calidad en Salud "**es un atributo de la atención médica caracterizada por la relación entre los beneficios y los riesgos de los servicios ofrecidos, dentro de un marco de valores socialmente aceptados**". En otros términos, cuando se entrega un servicio o atención hacerlo con el máximo beneficio y el menor riesgo posible.

La atención en salud tiene ciertas particularidades:

- Se refiere en la mayor parte de los casos a un **servicio** y con mucho menos frecuencia a un **producto**.
- Las **necesidades** del usuario o paciente no siempre son conocidas por él; él tiene sin embargo **expectativas** respecto a lo que espera de la atención, que no necesariamente coinciden con sus necesidades.
- Las condiciones de satisfacción no siempre son identificables, ya que suele existir una gran **brecha de conocimiento entre el proveedor del servicio y el consumidor**: el equipo médico y el paciente.
- **Las expectativas del paciente** surgen, a partir de una cultura que contribuye a definir sus expectativas; es lo que ve a través de los medios de comunicación, lo que le cuentan, lo que espera según su nivel cultural y social.

- Por tanto, **la calidad es un tema altamente subjetivo** ya que la percepción de calidad ocurre en un momento particular para el paciente: está en una condición emocional de mayor vulnerabilidad si es que está enfermo o cree estarlo.

Atributos de la Calidad en Salud:

Si estas definiciones de "calidad" son llevadas a un plano más concreto, se podrían establecer algunos atributos que son propios de una atención de salud de calidad. Ellos son:

- **Efectividad:** obtener el resultado esperado, con los recursos disponibles y el estado del paciente.
- **Eficiencia:** obtener los resultados al menor costo posible.
- **Aceptabilidad:** respetar deseos, expectativas, valores, creencias y derechos del paciente.
- **Legitimidad:** no se transgreden normas sociales ni se atenta con principios universales.
- **Oportunidad:** la atención o prestación se produce en el momento en que se espera que ésta ocurra.
- **Continuidad:** el paciente siente que no existen barreras entre una etapa y otra etapa dentro del proceso de atención.

"Enfoques sobre calidad"

En la atención de salud participan múltiples actores con diferentes roles más o menos activos: los pacientes, los observadores (familiares, medios de comunicación) los financiadores, los administradores, los receptores o beneficiados indirectos, los equipos de salud, entre otros.

Para cada uno de estos grupos, el significado de "calidad" es distinto o está focalizado en determinados aspectos que son los que le afectan de forma más directa

a) De los técnicos y profesionales del equipo de salud:

Estas personas son las responsables directas de la atención del paciente, proporcionarle los cuidados y efectuar los procedimientos que logren los mejores resultados en su salud o en su calidad de vida. Una buena calidad de atención va a estar determinada por la accesibilidad a recursos, su calidad y su suficiencia: la tecnología, los recursos humanos, la infraestructura, insumos y medicamentos, etc.

b) De los usuarios o pacientes:

Ellos buscan mejorar su estado de salud, solucionar el problema y mejorar su calidad de vida. Esto debe producirse en un espacio que para el paciente y su familia sea

acogedor, respetuoso, donde se le informe y comente respecto a lo que se hace o deja de hacer, en un lenguaje que le sea comprensible; que se considere su opinión y derecho en la toma de decisiones. Lo que está en relación con el respeto por la dignidad de las personas, es posiblemente el factor más determinante en la evaluación que hace el paciente y su familia respecto a la calidad de la atención recibida.

Por otro lado, el acceso a las diferentes prestaciones debe ser rápido y oportuno, es decir, el beneficio debe estar garantizado tanto en términos de su costo como de la accesibilidad física o geográfica, la toma de hora, los tiempos de espera, las colas y ventanillas y los demás trámites que deba efectuar; que en el fondo "le faciliten las cosas".

c) De los gestores y administradores:

Este grupo de técnicos y profesionales, que son tan relevantes como los equipos de salud en los actuales modelos de gestión en salud, los principales temas que aquí entran en análisis deben responder a preguntas como las siguientes:

- ¿Tenemos una oferta suficiente para la demanda existente?
- ¿Estamos logrando los mejores resultados en salud al menor costo posible?
- ¿Utilizamos bien los recursos o tenemos un sobre uso o una alta tasa de tiempo ocioso en el uso de estos recursos?
- ¿Son adecuados los procesos administrativos y clínicos que tenemos diseñados?
- ¿Nuestros sistemas de información nos apoyan adecuadamente en la toma de decisiones?
- ¿están nuestros usuarios internos y externos satisfechos?

Si las respuestas a estas preguntas son positivas, sin lugar a dudas que hay una buena calidad en la gestión de la organización.

Desafíos para los Programas sobre Calidad

Se plantean algunos desafíos, que tienen estos programas en el tiempo presente:

- El tema de la calidad debe estar representado en los lineamientos estratégicos de la institución es decir, debe otorgársele la máxima relevancia dentro de las prioridades institucionales.
- Es conveniente para su enfoque, incorporar diferentes formas y modelos, buscando complementariedad y sinergia.
- Marcar el énfasis en la orientación hacia el usuario, incluyendo el usuario interno.
- Poner el énfasis en aspectos de proceso y resultado, más que de estructura.

- Incorporar no sólo componentes de calidad técnica, sino también de calidad percibida.
- Vincular el tema de calidad con la educación continua y la certificación de los RRHH en salud.
- Articular las tareas de calidad con la Medicina Basada en Evidencias.
- Medición de los desempeños a través de los resultados.

El tema calidad es un permanente desafío para quienes asumen responsabilidades en su gestión.

La Modernización del Estado y los Temas de Calidad

Los tiempos actuales se caracterizan, entre otras cosas, por hacer accesible cada vez más información a través de medios masivos a un mayor número de personas; que lo cambian de un estado de "usuario" a un estado de "ciudadano".

Este fenómeno lleva a que se establezca una relación mucho más simétrica entre las personas y los agentes públicos, donde el ciudadano juega un rol mucho más activo, demandante, reivindicativo y crítico. Este hecho hace que el Estado deba responder a este nuevo escenario en forma oportuna, efectiva y eficiente para satisfacer estas exigencias, exigen más calidad en el trato, en el producto, en el servicio, con todas sus derivadas.

Estándares e indicadores

Introducción

La calidad es una percepción altamente subjetiva y depende en gran medida de las características del observador: Por estas razones **se hace indispensable el poder objetivar el grado de calidad de los servicios prestados**, para lo cual se han diseñado diferentes estrategias y modelos, siendo uno de los más importantes el **monitoreo de calidad**, todos ellos trabajan en base a estándares e indicadores de calidad.

1.1 Estándares de Calidad

Un estándar es definido por la Real Academia Española de la Lengua (RAE) como tipo, modelo, norma, patrón o referencia, que en salud definen la **situación óptima esperable** (los recursos humanos disponibles, su grado de capacitación, los recursos financieros, la tecnología en uso, etc.) de un determinado aspecto de la organización, gestión o del resultado de una determinada actividad. Los estándares son naturalmente cambiantes en el tiempo y suelen ser progresivos en cuanto al nivel de exigencia

Desde el punto de vista del monitoreo, **la principal utilidad de los estándares es que a partir de ellos se generan los indicadores de calidad.**

1.2 Indicadores de Calidad

Estos constituyen **"la medida cuantitativa que permite objetivar un determinado aspecto que resulte relevante para la calidad de la asistencia en salud"**. Tiene una expresión numérica simple y puede estar referido a múltiples aspectos: la atención directa al usuario, la eficiencia, la cobertura, el impacto, los resultados, etc.

Los indicadores nos permiten compararnos con nosotros mismos y con los demás y esto a través del tiempo, así podemos observar las tendencias en el comportamiento de determinado aspecto de calidad. Por otro lado, facilita la definición de objetivos, metas y plazos de cumplimiento. Es un importante apoyo a la toma de decisiones.

Los estándares y sus respectivos indicadores se clasifican en tres categorías:

- **Estándares e indicadores de estructura:** incluye todas las condiciones involucradas en la **producción de los servicios:** recursos físicos (infraestructura, equipamiento), recursos humanos, financieros, manuales y normas de procedimiento, cuerpos legales, etc.
- **Estándares e indicadores de proceso:** actividades o intervenciones que se llevan a cabo o están involucradas en la producción de la atención de salud. **Es el qué y el cómo se hace.**
- **Estándares e indicadores de resultado:** productos finales del proceso de producción; el impacto, el cumplimiento de los objetivos, los resultados. **Recae siempre en el usuario.**

Los indicadores de proceso y resultado son los más importantes, porque nos hablan de la calidad de procesos sobre los cuales podemos actuar y sobre los efectos finales de dichos procesos.

Gestión por procesos

Modelo recomendado internacionalmente no solo como herramienta de gestión sino como estrategia de transformación. Forma de enfocar el trabajo de mejoramiento continuo de las actividades, mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora de los procesos involucrados.

1.1 Enfoques por Procesos

El enfoque que este curso le da al trabajo en calidad se basa en la gestión por procesos. Éste es el modelo recomendado internacionalmente no sólo como herramienta de gestión sino como cambio organizacional; y aún cuando su incorporación en las organizaciones tiene un largo trecho que recorrer para considerarse masificado, para efectos del trabajo en calidad su aplicación puede mostrar resultados muy relevantes y puede ser éste un punto de partida para su introducción en las organizaciones.

Una demostración de lo relevante que resulta el tema, es la aparición en los últimos años de aplicaciones y soluciones de software que tienen por objeto justamente el facilitar la gestión de los procesos en todo ámbito de negocio. Estas aplicaciones informáticas se denominan "Business Process Management" (BPM) que significa "Gestión de procesos de negocio".

Este **enfoque por procesos** aplicado al trabajo en calidad conlleva una metodología definida, instrumentos y herramientas que pueden y deben ser adecuadas para ajustarse a la realidad local; el trabajo con procesos no es excluyente, sino complementario con otros enfoques como aquellos que se centran en la capacitación del personal, la modernización de la tecnología, el trabajo normativo u otros.

La gestión por procesos puede definirse como una forma de enfocar el trabajo, donde se persigue el mejoramiento continuo de las actividades de una organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos. Toda actividad o secuencia de actividades que se llevan a cabo en las diferentes unidades constituye un proceso y como tal, hay que gestionarlo.

Los principios que orientan la gestión de procesos se sustentan en los siguientes conceptos:

- La misión de una organización es crear valor para sus clientes; la existencia de cada puesto de trabajo es una consecuencia de ello.
- Los procesos siempre han de estar orientados a la satisfacción de los clientes.
- El valor agregado es creado por los empleados a través de su participación en los procesos; los empleados son el mayor activo de una organización.
- La mejora del proceso determinará el mayor valor suministrado por el mismo.
- La eficiencia de una empresa será igual a la eficiencia de sus procesos.

El proceso va a ser el núcleo principal donde van a confluir los conocimientos de las personas que participan en las diferentes unidades funcionales de la organización,

integrando los intereses propios de cada una de esas unidades en una meta común y cuyo objetivo será cumplir con las expectativas de los clientes a los que se dirige dicho proceso.

1.2 Qué es un Proceso

Existen varias definiciones: "Un proceso es una secuencia de actividades que uno o varios sistemas desarrollan para hacer llegar una determinada salida (output) a un usuario, a partir de la utilización de determinados recursos (entradas / input)".

Expresado de otra forma, los procesos son lo que constituye el núcleo de una organización, son las actividades y tareas que realiza a través de las cuales producen o genera un servicio o producto para sus usuarios. El punto central implícito en la gestión de calidad de un proceso es el "agregar valor" a este resultado u output.

Gráficamente se puede mostrar de la siguiente forma:



El valor que se añade al proceso debe verse como incremental en el tiempo, donde la participación de todos y cada uno de los involucrados afecta la calidad del resultado o producto final. En las organizaciones que principalmente prestan servicios, como es el caso de la salud, **el activo más importante que añade valor al producto final es el recurso humano**: su calidad, compromiso, capacitación, experiencia, etc.

Con todo, los elementos que constituyen la entrada del proceso no dejan de ser relevantes en el resultado final. En salud destacan como elementos de entrada todo aquello que se engloba en el término de "tecnologías sanitarias": equipamiento, insumos, fármacos, infraestructura, normas y estándares, sistemas de información, etc. Por este motivo la gestión de procesos lleva implícito un cambio cultural en la organización, cuya esencia es que cada persona que la integra entienda la relevancia de su trabajo y participación dentro del proceso. Por tanto su esfuerzo estará centrado en hacerlo de la mejor forma posible. Estas estrategias o enfoques suelen denominarse "mejoramiento continuo de la calidad" o "calidad total".

El punto orientador de este cambio cultural debe estar en la misión, visión y valores que se dé la institución y que es conocida y compartida por sus integrantes. Junto con ello, es deseable que se verifiquen cambios organizacionales que faciliten el enfoque por procesos, entre los cuales están:

- La organización se orienta en una perspectiva funcional, con estructuras más aplanadas y no en forma tradicional con estructuras verticales jerarquizadas.
- Hay una comunicación fluida entre sus componentes y la toma de decisiones está más descentralizada.
- Hay una alta participación de las personas en el quehacer institucional.
- Hay una apertura y disposición al cambio.

Este cambio cultural es un factor crítico de éxito en la gestión de calidad, y será analizado en el módulo siguiente cuando se trate la gestión del cambio.

1.3 Características de los Procesos

Los procesos se organizan en torno a un objetivo macro que se debe alcanzar a través de una o más estrategias. De éstas surgen procesos que se desagregan en subprocesos, que a su vez están constituidos por actividades y éstas, por tareas.

Un conjunto de actividades puede definirse como proceso cuando:

- Tienen un propósito claro.
- Pueden descomponerse en tareas.
- Tienen entradas y salidas; se pueden identificar los clientes, los proveedores y el producto final.
- Se pueden identificar tiempos, recursos, responsables.

Todo proceso tiene dos características importantes de destacar y que son particularmente relevantes para la prestación de servicios de salud:

1. **Variabilidad:** Cada vez que se repite el proceso hay ligeras variaciones en las distintas actividades realizadas, las que a su vez, generan variaciones en los resultados del mismo: "Nunca dos resultados son idénticos".
2. **Repetitividad:** Los procesos se crean para producir un resultado e intentar repetir ese resultado una y otra vez. Esta característica permite trabajar sobre el proceso y mejorarlo: "A más repeticiones, más experiencia y mejores resultados".

Estas características hacen que, por un lado las actividades en salud deban ser protocolizadas u homologadas buscando las mejores prácticas, con el objetivo de lograr los mejores resultados y disminuir su variabilidad.

Y por otro lado, especialmente si una actividad es compleja, requiere que las personas que la realicen la repitan más de una vez para lograr la habilidad que garantiza la calidad en su ejecución.

Así, **los objetivos de la gestión por procesos** se relacionan con mejorar los niveles de satisfacción de los clientes o usuarios y aumentar la productividad, principalmente a través de la reducción de los costos internos innecesarios (aquellos asociados con actividades que no agregan valor al resultado) y de reducir los tiempos del ciclo.

IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS Y MAPA DE PROCESOS

Orientar la gestión de una organización a un **modelo basado en procesos** requiere, en primer lugar, identificar cuáles son sus procesos y las relaciones existentes entre ellos.

Una organización puede definirse como un conjunto de procesos interconectados, que pueden plasmarse por escrito en un diagrama denominado **Mapa de Procesos**.

El mapa de procesos permite plasmar gráficamente el funcionamiento integral de la organización

Proceso/Subproceso:

Un **proceso** es un **conjunto de actividades** mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Un **subproceso**: es una parte bien definida y delimitada de un proceso. Una actividad o una secuencia ordenada de actividades con entidad propia dentro de un proceso.

Un subproceso es un proceso por sí mismo, cuya finalidad hace parte de un proceso más grande.

CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS:

Todos los procesos que se realizan en un Servicio o Unidad tienen que ser necesarios (si no lo fueran habría que eliminarlos).

Algunos de ellos constituyen los procesos vitales (procesos operativos). Ésta es la verdadera misión del Servicio y, todos los demás, trabajan para ellos, ya sea complementándolos o haciéndolos posibles.

Procesos estratégicos:

Son procesos destinados a definir y controlar las metas de la organización, sus políticas y estrategias. Permiten llevar adelante la organización. Están en relación muy directa con la misión/visión de la organización. Involucran personal de primer nivel de la organización.

Son aquéllos que mantienen y despliegan las políticas y estrategias de la Unidad o Servicio. Proporcionan las pautas generales, directrices y límites de actuación, al resto de los procesos.

Ejemplos: Comunicación interna/externa, Planificación, Formulación estratégica, Seguimiento de resultados, Reconocimiento y recompensa, Proceso de calidad total, etc.

Procesos operativos/clave:

Son aquellos que justifican la existencia de la Unidad o Servicio. Están directamente ligados a los servicios que se prestan y orientados a los clientes/usuarios y a los requisitos. En general, suelen intervenir varias áreas funcionales en su ejecución y son los que pueden conllevar los mayores recursos.

Son procesos que permiten generar el producto o servicio que se entrega al cliente, por lo que inciden directamente en la satisfacción del usuario final.

Constituyen los procesos vitales de la organización y, todos los demás, trabajan para ellos, ya sea complementándolos o haciéndolos posibles.

Procesos de soporte / procesos de apoyo:

Son aquéllos que sirven de apoyo al resto de los procesos. Sin ellos, no serían posibles los procesos clave ni los estratégicos. Sus clientes son internos.

Ejemplos: Control de calidad, Selección de personal, Formación del personal, Compras, Sistemas de información, limpieza, etc.

PROCEDIMIENTO:

Un procedimiento es una **forma específica para llevar a cabo una actividad o un conjunto de actividades** (proceso/subproceso). Cuando existe un proceso que tiene que ocurrir en una forma específica, y se especifica cómo debe suceder, usted tiene un procedimiento.

Los procedimientos se plasman por escrito en documentos que explican paso a paso qué y cómo debe hacerse. Clarifican la forma de actuar definiendo responsabilidades y eliminando fuentes de conflicto.

ACTIVIDAD/TAREA:

Una actividad es una **acción específica** que se ejecuta para alcanzar un objetivo. Es la suma de tareas que se deben desarrollar para lograr los resultados. Normalmente se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión.

LA BRÚJULA: MISIÓN – VISIÓN - OBJETIVOS

MISIÓN:

La Misión es la finalidad de una institución, es su razón de ser. Expresa el para qué fue creada, el para que de su existencia como así mismo el para quien brinda sus servicios.

VISIÓN:

Es la imagen de futuro que visualiza, por ejemplo como le gustaría que fuesen los Centros de Rehabilitación dentro de 5 años. Se expresa en tiempo presente, es como traer el futuro al presente. No hay visiones correctas o incorrectas, ni son para siempre, cuando se logra concretar una visión, se genera otra más grande.

¿Cómo se inicia una Visión?..... con un **SUEÑO**, una idea, una imagen, un deseo.

¿Cómo se concreta esa Visión?...con una o más **ACCIONES** adecuadas

¿Y qué emoción genera?..... por lo general **PASION**

Entonces:

VISIÓN: Sueño que impulsa a la Acción con gran Pasión

Las características que debe reunir toda visión son:

- Imagen de futuro expresada en tiempo presente y en positivo (expresa lo que se quiere lograr no lo que se quiere evitar).
- Expresión clara que no necesite ser explicada, que quien la escuche la comprenda.
- Que entusiasme a los que la escuchen, lo seduzca y se enrolen en ella.
- Que incluya a otros, que sea compartida por otros que ayudaran en su logro.
- Compromiso con la acción es decir impulsa a hacerla realidad.

Puede evaluar la visión elaborada, respondiendo a los siguientes interrogantes:

- Esta expresada como ya lograda?
- El que la escucha la entiende?
- Incluye a todas las personas y a todas las áreas/sectores institucionales?
- Es factible? (pequeñísima, grande o muy grande), es creíble?
- Tiene partes negociables? (como para que se puedan incluir más beneficiarios en un futuro)
- Que emoción genera al escucharla? (miedo/preocupación) o (pasión/alegría) o (pesimismo/indiferencia, etc.)
- Al escucharla siente deseos de comenzar a trabajar para lograrla?

Si la respuestas a los interrogantes anteriores es "SI" está en buen camino.

OBJETIVOS:

Expresan lo que se quiere lograr, su redacción debe ser clara con un verbo en infinitivo más Contenido. Los objetivos guían que metas establecer y que actividades realizar. Debe poder evaluarse, medirse a través de indicadores concretos. Se pueden plantear objetivos para el corto plazo (a concretarse en un año), para el mediano plazo (a concretarse en cinco años) y para el largo plazo (a concretarse en diez o más años). Se sugiere que el objetivo general sea planteado para el largo plazo. Y los objetivos específicos sean planteados para el mediano plazo y además teniendo en cuenta los siguientes niveles: a) persona con discapacidad y su familia (asistenciales, de prevención y de promoción de la salud); b) para la comunidad en general; y c) para el personal del Centro de Rehabilitación.

CUÁL ES LA TAREA:

- **Elaborar un Manual de Procedimientos** (donde se establecerán normas e indicadores)
(Primera etapa, 4 meses)
- **Parametrizar los procedimientos y construcción de indicadores**
(Segunda etapa, 4 meses)
- **Revisión y ajuste del modelo de gestión por proceso diseñado**
(Tercer etapa, 3 meses)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS:

Su estructura será por Procesos, mientras que los procedimientos se establecerán por Especialidad.

Poseerá las siguientes partes:

- Misión, Visión y Objetivos de la Red de Centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba.
- Mapa de proceso de la atención del paciente.
- Procesos, procedimientos y tareas estandarizados para la atención de la persona con discapacidad en la Provincia de Córdoba.

GRUPO ≠ EQUIPO

GRUPO:

- Centrado en el «YO».
- Trabajan individualmente.
- El éxito es de cada uno.
- Comunicación social.

- La motivación es externa.
- Compromiso con su tarea.
- Jefe o coordinador.

EQUIPO:

- Centrado en el «NOSOTROS».
- Complementariedad: aportan al colectivo lo mejor de sí.
- Confianza: el éxito depende de todos.
- Comunicación centrada en la tarea.

- Coordinación de acciones.
- Compromiso con la tarea y el compañero.
- Liderazgo compartido.

GUÍA DE REFLEXIÓN Y TRABAJO N° 3

Eje(s) temático(s):

- Página web para la Red de Centro/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba.
- Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad – Provincia de Córdoba.

Objetivo a lograr:

- Favorecer la construcción de la identidad de la Red de Centro/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba completando las caracterizaciones de la página web para la Red.
- Identificar y definir cada uno de los subprocesos y tareas profesionales que se incluyen en los procesos que participa como profesional al atender a la persona con discapacidad y que serán incorporados en el Manual de Procedimiento (Versión Preliminar)

Actividades a desarrollar: complete las siguientes actividades en la hoja de respuesta:

- 1- Teniendo cuenta los aportes de los demás equipos, enriquezca y perfeccione su propuesta de las características para la página web de la Red de Centro/Servicios de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba
- 2- En base al mapa de proceso consensuado que se adjunta y la revisión de Manuales de Procedimientos realizada en metabusadores (www.google.com, www.pubmed.com (Biblioteca Cochrane, LILACS, EMBASE) www.tripdatabase.com www.fisterra.com www.pubgle.com entre otros): complete y defina los proceso/subprocesos operativos (claves) que realiza en la atención de una persona con discapacidad, al igual que las tareas profesionales, ordenadas cronológicamente, que cada uno de los procesos/subprocesos incluye. Señale además las referencias bibliográficas utilizadas (presentadas según normas Vancouver).

Una vez que el equipo ha acordado las respuestas de las actividades propuestas, tipearlas en la hoja de respuesta y por favor enviarla por mail a discapcidadgestiondecualidad@gmail.com antes del día **06-12-18**, para su evaluación.
Muchas Gracias.

HOJA DE RESPUESTA

Respuestas del Equipo de (nombre):

1- Propuesta enriquecida para la organización de la página web de la Red Pública de Centros de Rehabilitación

Links de ingreso irrestricto para todo público, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

-
-

Links de ingreso restrictivo (ingreso con password) exclusivo para profesionales y administrativo de los Centros de Rehabilitación, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

-
-

2- En base al mapa de procesos consensuado y la consulta realizada en páginas web en relación a Manuales de Procedimientos de su especialidad para la atención de personas con discapacidad, amplíe y defina los proceso/subprocesos operativos (claves) que realiza en la atención de una persona con discapacidad, al igual que las tareas profesionales, ordenadas cronológicamente, que cada uno de los procesos/subprocesos incluye. Utilice para ello el cuadro de abajo:

Nota: Deje sentado la referencia bibliográfica (según normas Vancouver) que utilizó para completar y/o definir los procesos/Subprocesos y tareas mencionadas.

Proceso/Subprocesos: definición (según se ejercitó en el encuentro)	Tareas incluidas en este Proceso/Subproceso según la cronología de su realización: (según se ejercitó en el encuentro)
<u>Nombre:</u> <u>Definición:</u>	<u>Nombre de la tarea:</u> <u>Definición de la tarea:</u> <u>Óptimo y nivel mínimo aceptable:</u> <u>Quién la realiza:</u> <u>Dónde, quién, cómo y cuándo la registra:</u>
	<u>Nombre de la tarea:</u> <u>Definición de la tarea:</u> <u>Óptimo y nivel mínimo aceptable:</u> <u>Quién la realiza:</u> <u>Dónde, quién, cómo y cuándo la registra:</u>
	<u>Nombre de la tarea:</u> <u>Definición de la tarea:</u> <u>Óptimo y nivel mínimo aceptable:</u> <u>Quién la realiza:</u> <u>Dónde, quién, cómo y cuándo la registra:</u>

Referencia Bibliográfica utilizada (según normas Vancouver):

Proceso/Subprocesos: definición (según se ejerció en el encuentro)	Tareas incluidas en este Proceso/Subproceso según la cronología de su realización: (según se ejerció en el encuentro)
<u>Nombre:</u> <u>Definición:</u>	<u>Nombre de la tarea:</u> <u>Definición de la tarea:</u> <u>Óptimo y nivel mínimo aceptable:</u> <u>Quién la realiza:</u> <u>Dónde, quién, cómo y cuándo la registra:</u>
	<u>Nombre de la tarea:</u> <u>Definición de la tarea:</u> <u>Óptimo y nivel mínimo aceptable:</u> <u>Quién la realiza:</u> <u>Dónde, quién, cómo y cuándo la registra:</u>
	<u>Nombre de la tarea:</u> <u>Definición de la tarea:</u> <u>Óptimo y nivel mínimo aceptable:</u> <u>Quién la realiza:</u> <u>Dónde, quién, cómo y cuándo la registra:</u>
	<u>Nombre de la tarea:</u> <u>Definición de la tarea:</u> <u>Óptimo y nivel mínimo aceptable:</u> <u>Quién la realiza:</u> <u>Dónde, quién, cómo y cuándo la registra:</u>
	<u>Nombre de la tarea:</u> <u>Definición de la tarea:</u> <u>Óptimo y nivel mínimo aceptable:</u> <u>Quién la realiza:</u> <u>Dónde, quién, cómo y cuándo la registra:</u>

Referencia Bibliográfica utilizada (según normas Vancouver):

(De ser necesario agregue filas u otras tablas)

GUÍA DE REFLEXIÓN Y TRABAJO N° 4

Eje(s) temático(s):

- Modelo de Ficha ISO 9001 para el "Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad".

Objetivo a lograr:

- Modificar la presentación del Manual de Procedimiento (Versión Preliminar) al modelo de "Fichas de Proceso" según Normas ISO 9001.

Actividades a desarrollar: teniendo en cuenta: a) el Mapa de Procesos definitivo acordado y que se presenta en el anexo de esta guía, c) el modelo de "Fichas" adoptado, conforme a la Norma ISO 9001 que se explica y presenta en el anexo de esta guía, realice las siguientes actividades:

- 1- Coloque en el formato "Fichas", en los casilleros que corresponda, el Manual de Procedimientos elaborado hasta aquí.
- 2- Indique el responsable de cada proceso y cuál es su objetivo según lo indicado.
- 3- Complete o elimine tareas/subtareas que fueron señaladas para cada proceso/subproceso, indicando además su inicio, fin, entradas y salidas.

Nota: Una vez que el equipo ha acordado las respuestas a las actividades, por favor enviarlas en la "Hoja de Respuesta" al Equipo Consultor para su evaluación, por mail a discapcidadgestiondecualidad@gmail.com antes del día **08-02-19**. Muchas Gracias. Nuestro próximo encuentro será el **13-02-19 de 08:30 a 14:00 hs.**

Equipo Consultor.

HOJA DE RESPUESTA

Respuestas del Equipo de (colocar el nombre de la especialidad o administrativo):

Use un formato para cada Proceso/Subproceso:

<u>PROCESO (SUBPROCESO):</u>	<u>CÓDIGO:</u>
<u>RESPONSABLE DEL PROCESO:</u>	
<u>EDICIÓN NUMERO:</u>	<u>FECHA DE VALIDACIÓN:</u>
<u>OBJETIVO:</u>	
<u>INICIO:</u>	
<u>ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS):</u>	
<u>FIN:</u>	
<u>ENTRADAS:</u>	<u>SALIDAS:</u>
<u>PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:</u>	<u>FORMULARIOS:</u>
<u>INDICADORES:</u>	

Anexo de la Guía de Reflexión y Trabajo N° 4

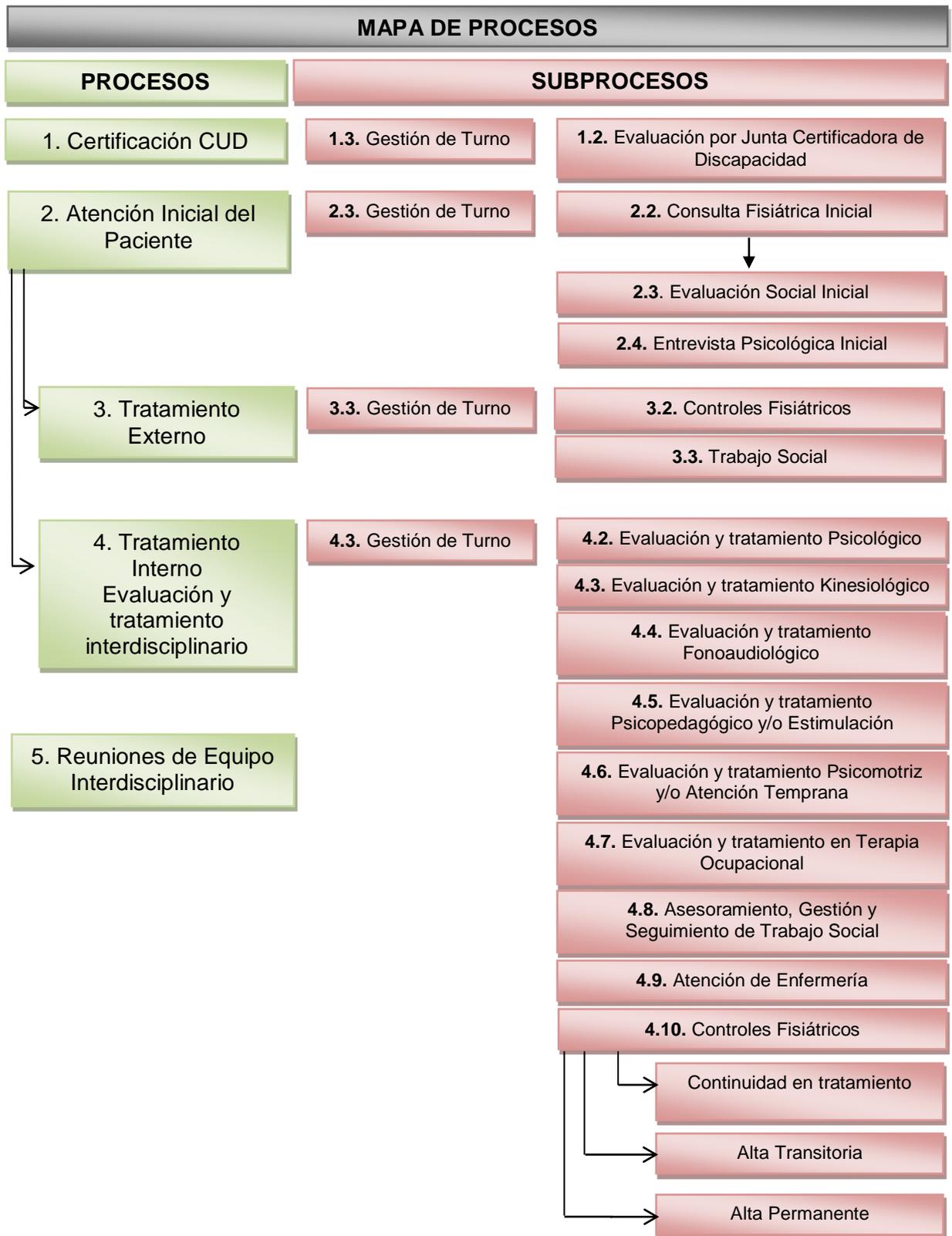
MAPA DE PROCESOS PARA LA ATENCIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

El Manual se organizó por procesos que se implementan, en las distintas áreas y por distintos profesionales, al atender a una persona con discapacidad y su familia, dado que se persigue el mejoramiento continuo de las actividades de la organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos.

El proceso va a ser el núcleo principal donde van a confluir los conocimientos de las personas que participan en las diferentes unidades funcionales de la organización, integrando los intereses propios de cada una de esas unidades en una meta común y cuyo objetivo será cumplir con las expectativas de los pacientes a los que se dirige dicho proceso.

Orientar la gestión de una organización a un **modelo basado en procesos** requiere, en primer lugar, identificar cuáles son sus procesos y las relaciones existentes entre ellos. Una organización puede definirse como un conjunto de procesos interconectados, que pueden plasmarse por escrito en un diagrama denominado **Mapa de Procesos**. El mapa de procesos permite plasmar gráficamente el funcionamiento integral de la organización.

En este Manual se desarrollan: a) los procesos operativos o claves (que permiten generar el producto o servicio que se entrega al paciente, por lo que inciden directamente en su satisfacción, por lo cual son procesos vitales de la organización) y que se explicitan en el “Mapa de Procesos” siguiente, y b) los subprocesos, procedimientos y tareas y subtareas que están involucrados en cada procesos clave.



Para presentar este Manual de Procedimientos en su versión 2019 se utiliza el diseño de “Fichas de Procesos”, la que se considera como el soporte de información que tiene por objeto *recoger todas aquellas características relevantes* para el control de las actividades del proceso y para su correcta *gestión*.

La **Norma ISO 9001** está basada en la *gestión por procesos* y utiliza este soporte de información. La información que se incluyó en cada una de las fichas de proceso, fue establecida y consensuada por los miembros de la Red Pública de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba, considerando que debe permitir su adecuada gestión. Su formato, con la explicación de las partes que la componen, se presenta a continuación:

<p>PROCESO (SUBPROCESO): Nombre que recibió el proceso en el Mapa correspondiente.</p>	<p>CÓDIGO: Número de identificación del proceso, según el Mapa correspondiente.</p>
<p>RESPONSABLE DEL PROCESO: Es a quién se le asigna la responsabilidad del proceso, y por lo tanto de los objetivos marcados. Debe tener capacidad de liderazgo y actuar como motor del proceso. Asume la responsabilidad global de la gestión del proceso y de su mejora continua.</p>	
<p>EDICIÓN NUMERO: Se establece el número de edición de la fecha.</p>	<p>FECHA DE VALIDACIÓN: Cuando se la validó la edición.</p>
<p>OBJETIVO: Es el propósito del proceso. Responde a la pregunta: ¿cuál es la razón de ser del proceso? ¿Por qué existe el proceso? ¿Cuál es la misión del proceso?. ¿Qué se quiere lograr con la realización del proceso?.</p>	
<p>INICIO: Primera actividad del proceso.</p>	
<p>ACTIVIDADES (TAREAS Y SUBTAREAS): Todas las actividades comprendidas entre el inicio y el fin del proceso.</p>	
<p>FIN: Ultima actividad del proceso.</p>	
<p>ENTRADAS: Es lo que requiere el proceso para poder desarrollar sus actividades (materiales, información, documentación, etc.).</p>	<p>SALIDAS: Es el producto o servicio creado por el proceso. Es el resultado del proceso. Es lo que el proceso produce o modifica.</p>
<p>PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS: Es la forma específica para llevar a cabo una actividad o un conjunto de actividades. Cuando existe un proceso que tiene que ocurrir en una forma específica, y se especifica cómo debe suceder, implica que el proceso tiene un procedimiento. Se lo identificará con P y el número correspondiente, ej.: (P 00)</p>	<p>FORMULARIOS: Son los documentos en los cuales se registran las acciones/resultados y toda información generada por el proceso. Con el fin de clarificar, en el encabezado de cada formulario se establecen procedimientos para su llenado y se lo identificará con F y el número correspondiente, ej.: (F 00)</p>
<p>INDICADORES: Son los parámetros de medición de la evolución y el grado de cumplimiento de los resultados finales de la realización del proceso en relación con el objetivo establecido.</p>	

GUÍA DE REFLEXIÓN Y TRABAJO N° 5

Eje temático:

- Protocolos/Procedimientos para las tareas de los Proceso/Subprocesos establecidos en el "Manual de Procedimientos".

Objetivos a lograr:

- Enriquecer el Manual de Procedimiento explicitando los Protocolos o Procedimientos específicos para llevar a cabo las actividades/tareas en las "Fichas de Proceso" y desarrollándolos en el anexo del Manual.

Actividades a desarrollar:

Teniendo cuenta: a) el "Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad" en las partes acordadas en el encuentro del 13-02-19, b) el documento "Calidad en Salud: Proceso-Procedimientos-Tareas Parámetro-estándar-Indicador" que figura en el anexo de esta Guía y c) Los aspectos pertinentes de la Misión y Objetivos Específicos para el Manual, a saber:

De la Misión:

- Diagnosticar
- Rehabilitar integralmente
- Contribuir a la inclusión socio familiar, educativa y/o laboral
- Generar una mayor calidad de vida y máxima independencia posible

De los Objetivos específicos:

a- Asistenciales para la persona con discapacidad y su familia:

- Diagnóstico interdisciplinario oportuno
- Rehabilitación integral y continua basada en la mejor práctica clínica que permita un máximo nivel de funcionalidad, previniendo complicaciones, recuperando, readaptando y/o compensando capacidades que le permita mejor calidad de vida y máxima independencia
- Registrar en la HC: a) diagnóstico, plan de tratamiento terapéutico, ortopédico y/o farmacológico, b) evolución en el proceso de rehabilitación integral, c) entrevistas e intervenciones socio familiares, d) otro dato importante
- Proveer: a) el CUD siguiendo los protocolos de la Agencia Nacional de Discapacidad; b) instructivo de orientación y beneficios

b- De prevención para la persona con discapacidad y su familia:

- Asesorar a la familias de la persona con discapacidad en: a) manejo del paciente en la vida diaria; b) adecuación de la casa de manera sencilla y segura; y c) acompañar desde el hogar la tarea de recuperación del paciente

Realizar las siguientes actividades:

- 1- Establecer si falta algún Procesos/Subprocesos/Actividades (Tareas/Subtareas) para lograr aspectos de la Misión y Objetivos Específicos mencionados. Compartir la reflexión del equipo, al grupo total el día del encuentro.
- 2- Establecer si el Objetivo establecido para cada Proceso/Subproceso está relacionarlo con lo pertinente de la Misión y Objetivos específicos.
- 3- Revisar las Tareas/Subtareas para ver si con la realización de ellas se logran los objetivos de los proceso/subproceso en las que están incluidas. Compartir la reflexión del equipo, al grupo total el día del encuentro.
- 4- Establecer los protocolos/procedimientos para cada Proceso/Subproceso en la "Ficha de Proceso" en el casillero correspondiente y desarrollarlos en el formato establecido en la "Hoja de Respuesta", nominándolo es estableciendo el procedimiento ordenadamente, paso por paso.

Nota: Una vez que el equipo ha acordado las respuestas a las actividades, por favor enviarlas en la "Hoja de Respuesta" al Equipo Consultor para su evaluación, por mail a discapcidadgestiondecualidad@gmail.com antes del día **08-03-19**. Muchas Gracias. Nuestro próximo encuentro será el **14-03-19 de 08:30 a 14:00 hs.**

Equipo Consultor.

HOJA DE RESPUESTA

Respuestas del Equipo de (colocar el nombre de la especialidad o administrativo):

PROCOLO PARA..... (P 00)

Anexo de la Guía de Reflexión y Trabajo N° 5

CALIDAD EN SALUD: PROCESO – PROCEDIMIENTOS – TAREAS PARÁMETRO – ESTÁNDAR – INDICADOR

Los conceptos de parámetro, estándar, indicador e índice, varía según el contexto en el cual se los utilice. En este caso, estos conceptos serán utilizados dentro del proceso de evaluación de la Calidad en Salud. Repasando:

1- CALIDAD EN SALUD: PROCESO – PROCEDIMIENTOS – TAREAS

Recordemos que Calidad en Salud es entregar un servicio o atención con el máximo beneficio y el menor riesgo posible. Calidad hace referencia a la excelencia, a lo bueno, a lo adecuado, a buenos resultados. La Calidad en Salud posee los siguientes atributos:

- **Efectividad:** obtener el resultado esperado, con los recursos disponibles y el estado del paciente.
- **Eficiencia:** obtener los resultados al menor costo posible.
- **Aceptabilidad:** respetar deseos, expectativas, valores, creencias y derechos del paciente.
- **Legitimidad:** no se transgreden normas sociales ni se atenta con principios universales.
- **Oportunidad:** la atención o prestación se produce en el momento en que se espera que ésta ocurra.
- **Continuidad:** el paciente siente que no existen barreras entre una etapa y otra etapa dentro del proceso de atención.

La calidad es una percepción **altamente subjetiva** y depende en gran medida de las características del observador: Por estas razones se hace indispensable el poder objetivar el grado de calidad de los servicios prestados, para lo cual se han diseñado diferentes estrategias y modelos, siendo uno de los más importantes el monitoreo de calidad, todos ellos trabajan en base a **estándares** e **indicadores** de calidad.

Un **estándar** es definido como modelo, norma, patrón o referencia, que en salud **definen la situación óptima esperable**. Los estándares son naturalmente cambiantes en el tiempo y suelen ser progresivos en cuanto al nivel de exigencia. Desde el punto de vista del monitoreo, la principal utilidad de los estándares es que a partir de ellos se generan los indicadores de calidad.

Los **indicadores** constituyen "la **medida cuantitativa que permite objetivar un determinado aspecto que resulte relevante para la calidad de la asistencia en salud**". Tiene una expresión numérica simple y puede estar referido a múltiples aspectos: la atención directa al usuario, la eficiencia, la cobertura, el impacto, los resultados, etc. Los indicadores nos permiten compararnos con nosotros mismos y con los demás y a través del tiempo, así podemos observar las tendencias en el comportamiento de determinado aspecto de calidad. Por otro lado, facilita la definición de objetivos, metas y plazos de cumplimiento. Es un importante apoyo a la toma de decisiones.

Los estándares y sus respectivos indicadores se clasifican en tres categorías:

- **Estándares e indicadores de estructura:** incluye todas las condiciones involucradas en la **producción de los servicios:** recursos físicos (infraestructura, equipamiento), recursos humanos, financieros, manuales y normas de procedimiento, cuerpos legales, etc.
- **Estándares e indicadores de proceso:** actividades o intervenciones que se llevan a cabo o están involucradas en la producción de la atención de salud. **Es el qué y el cómo se hace.**
- **Estándares e indicadores de resultado:** **productos finales** del proceso de producción; el impacto, el cumplimiento de los objetivos, los resultados. Recae siempre en el usuario.

Los indicadores de proceso y resultado son los más importantes, porque nos hablan de la calidad de procesos sobre los cuales podemos actuar y sobre los efectos finales de dichos procesos. **Trabajaremos con estándares e indicadores de proceso.**

El trabajo en Gestión de Calidad se basa en la "gestión por procesos", como una forma de enfocar el trabajo, donde se persigue el mejoramiento continuo de las actividades de una organización/servicio mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos, ya que la eficiencia de un servicio será igual a la eficiencia de sus procesos. Un proceso es de calidad cuando agrega valor al resultado.

Una organización/servicio puede definirse como un conjunto de procesos interconectados, que pueden plasmarse en un diagrama denominado **Mapa de Procesos**. Existen tres tipos de Procesos:

Procesos estratégicos:

Son procesos destinados a definir y controlar las metas de la organización/servicio, sus políticas y estrategias. Están en relación muy directa con la misión/visión de la organización/servicio. Son aquéllos que mantienen y despliegan las políticas y estrategias de la Unidad o Servicio. Proporcionan las pautas generales, directrices y límites de actuación, al resto de los procesos. Ejemplos: Comunicación interna/externa, Planificación, Formulación estratégica, Seguimiento de resultados, Reconocimiento y recompensa, Proceso de calidad total, etc.

Procesos operativos o claves:

Son aquellos que justifican la existencia de la Unidad o Servicio. Están directamente ligados a los servicios que se prestan a los pacientes/familiares. En general, suelen intervenir varias áreas funcionales en su ejecución y son los que pueden conllevar los mayores recursos. Son procesos que inciden directamente en la satisfacción del usuario final. Constituyen los procesos vitales de la organización/servicio y, todos los demás, trabajan para ellos, ya sea complementándolos o haciéndolos posibles.

Procesos de soporte / procesos de apoyo:

Son aquéllos que sirven de apoyo al resto de los procesos. Sin ellos, no serían posibles los procesos clave ni los estratégicos. Sus clientes son internos. Ejemplos: Control de calidad, Selección de personal, Formación del personal, Compras, Sistemas de información, limpieza, etc.

Procedimiento:

Un procedimiento es una forma específica para llevar a cabo una actividad o un conjunto de actividades (proceso/subproceso). Los procedimientos se plasman por escrito en documentos como los "**Manuales de Procedimientos**" que explican paso a paso qué y cómo debe hacerse. Clarifican la forma de actuar definiendo responsabilidades y eliminando fuentes de conflicto.

Actividad/tarea:

Una actividad o tareas es una **acción específica** que se ejecuta para alcanzar un objetivo. Normalmente se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión.

2- PARÁMETRO – ESTÁNDAR – INDICADOR

El **Manual de Procedimientos** en construcción está organizado en base a procesos operativos/claves implicados en la atención de las personas con discapacidad y sus familiares; mientras que los subprocesos, procedimientos y tareas son desarrollados desde las distintas profesiones o áreas involucradas en un proceso determinado.

Parámetro:

Se conoce como **parámetro** al dato, factor o valor que se considera como imprescindible y orientativo para analizar o evaluar una determinada situación o una cosa. Por ejemplo: los parámetros de una mesa son "largo, ancho y altura"; los de un motor eléctrico son "potencia, voltaje, revoluciones por minuto". A partir de un parámetro, una cierta circunstancia puede comprenderse o ubicarse en perspectiva. Por ejemplo "El paciente está evolucionando de acuerdo a los parámetros esperados", "Estamos investigando pero no hay parámetros que nos permitan establecer una relación con el caso anterior", etc.

(La vigesimotercera edición del Diccionario académico incluye el verbo **parametrizar**, con el significado de 'describir o estudiar algo mediante parámetros', y **parametrización** como la 'acción y efecto de parametrizar').

Los parámetros permiten obtener un panorama general de la población/organización/servicio y llevar a cabo **comparaciones** y hasta **predicciones**.

Parametrizar los procesos es establecer estándares e indicadores para cada uno, con el fin de poder evaluar la calidad con la que se lo lleva adelante. Todos los procesos, subprocesos, procedimientos y tareas pueden ser parametrizables, lo importante es seleccionar aquellos aspectos que a partir de su análisis mejor objetivan y evalúan la calidad de los mismos.

Dado que los indicadores surgen directamente de los estándares de calidad (definición de la situación óptima esperable), conviene tener presente cuáles son los **requisitos de un buen estándar**:

- Tener validez y certeza demostrada: hay una base científica y/o empírica que avala sus contenidos, lo que requiere la revisión de la literatura científica al respecto.
- Reflejar lo que se considera como "las mejores prácticas".
- Establecer el mejor rendimiento de las funciones importantes de un servicio.

- Influir positivamente en los resultados en el paciente.
- Ser de aplicabilidad uniforme, no estar referidos a situaciones de excepción.
- Ser medibles y objetivables.

A veces, no siempre, en la redacción de un estándar pueden existir expresiones numéricas como tasas, porcentajes, etc.

Se presentan algunas preguntas para llegar a la **definición de los indicadores**, las cuales idealmente deben hacerse en el orden en que están presentadas a continuación:

1. **Qué queremos medir o evaluar:** la respuesta puede estar dada, entre otras, por las siguientes situaciones:
 1. puede haber una presunción respecto a un área crítica que hay que mejorar;
 2. es un área de alta relevancia para el servicio;
 3. hay un diagnóstico ya hecho que quiere ser objetivado a través de una medición;
 4. corresponde a un modelo ya validado por la práctica o la literatura.
2. **Para qué, a qué pregunta queremos responder:** terminar refiriéndose a una acción; o sea que como resultado del análisis de este indicador podamos concluir por ejemplo que:
 1. no hay que efectuar cambios,
 2. hay que cambiar para mejorar,
 3. hay que replicar el modelo porque es muy bueno,
 4. hay que desechar porque no sirve, etc.
3. **Cuál es el óptimo deseado y/o posible, cuál es el nivel mínimo aceptable:** señala el piso mínimo y el máximo posible tanto en las condiciones óptimas teóricas como en las condiciones reales existentes. En general se explicita el mínimo aceptable teniendo en cuenta las condiciones reales existentes (recursos materiales, humanos, infraestructurales, aparatología, etc.).
4. **Qué indicador permite medir el nivel existente:** aquí viene el diseño del indicador propiamente dicho y la consideración respecto a qué tipo o categoría de indicador usaremos; teniendo definido el indicador, debemos preguntarnos:
 - Qué dato o información se requiere para su cálculo.
 - De dónde se obtiene dicha información.
 - Quién la recoge y en qué se registra.
 - Con qué periodicidad.

- **Cómo y quién la analiza.**
Generalmente esta información se transcribe en una tabla donde se vierte la información y se asignan los responsables de su sistematización y análisis.

Ejemplo de Indicador de Proceso:

Qué queremos medir: la forma en que Farmacia lleva el control de estupefacientes que requieren receta cheque de respaldo.

Para qué: para garantizar que no se entreguen a pacientes a quienes no les haya sido recetado y además controlar su "pérdida".

Cuál es el óptimo: todos los estupefacientes deben entregarse sólo si hay una receta cheque adecuadamente emitida al momento de la entrega (no con posterioridad).

Se define el siguiente estándar: "en el 100% de los estupefacientes que se dispensan debe haber asociada una receta cheque de respaldo, adecuadamente emitida".

Se define el siguiente indicador: N° de solicitudes de estupefacientes dispensadas en X período que tienen receta cheque adecuadamente emitida al momento de la dispensación / N° total de solicitudes de estupefacientes dispensadas en X periodo. Expresión porcentual.

Qué dato o información se requiere: registro de todas las recetas chequee bien emitidas y de las mal emitidas, conteo de stock de estupefacientes en existencia en forma semanal, registro de dispensaciones.

De dónde se obtiene dicha información: registros de farmacia a, b y c.

Quién la recoge y en qué se registra: jefe de farmacia; plantilla Excel *ad hoc*.

Con qué periodicidad: semanal.

Cómo y quién la analiza: jefe farmacia, comité de farmacia y/o subdirector médico.

3- EN SÍNTESIS:

Teniendo en cuenta que la **meta** es:

- Propiciar una gestión de calidad, brindando una atención más eficiente y eficaz a la persona con discapacidad y su familia.
- Prevenir, diagnosticar, rehabilitar integralmente y contribuir a la inclusión en la vida socio-familiar, educativa y/o laboral a las personas con discapacidad, generándole una mayor calidad de vida y máxima independencia posible, establecido en la Misión de la Red, y que en los objetivos específicos y pertinentes se estableció:
 - Diagnóstico interdisciplinario oportuno
 - Adecuado y continuo proceso de rehabilitación (basado en la mejor práctica clínica, que le permita un máximo nivel de funcionalidad, previniendo complicaciones, recuperando, readaptando y/o compensando capacidades y le permita la mayor independencia personal posible).
 - Registrar en la Historia Clínica Única (Digital) del paciente el diagnóstico, plan de tratamiento terapéutico, ortopédico y/o farmacológico, como la evolución en el proceso de rehabilitación integral, las entrevistas e intervenciones socio-familiares y toda información que se estime conveniente, conforme lo establece el “Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad” (Versión 2019)
 - Proveer, a través de la Junta de Certificación, el correspondiente Certificado Único de Discapacidad (CUD) siguiendo los lineamientos protocolizados por la Agencia Nacional de Discapacidad adjuntando el instructivo de orientación y beneficios.
 - Asesorar a la familia de la persona con discapacidad durante el proceso de rehabilitación sobre a) manejo del paciente en la vida diaria favoreciendo la dinámica familiar b) adecuación de la casa de manera sencilla para hacerla más segura y c) acompañar desde el hogar con la tarea de recuperación del paciente.

Teniendo en cuenta que:

- Los atributos de la Calidad en Salud son: efectividad, eficiencia, aceptabilidad, legitimidad, oportunidad y continuidad.
- Se elaborarán solo estándares e indicadores de proceso.
- Solo se parametrizarán los procesos operativos/claves de la atención de la persona con discapacidad y su familia y que están explicitados en el “Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad” y que permitan evaluar el logro de la meta antes mencionada.

Es que se requieren realizar las siguientes **TAREAS** en esta segunda etapa de capacitación:

- 1- Consensuado los "Procesos/Subprocesos/Tareas/Subtareas establecidos en el Manual de Procedimientos" (punto 4) (actividad orientada por esta Guía N° 4) completar los mismos con:
 - Establecer Objetivos para cada Procesos/Subprocesos, relacionado con lo pertinente de la Misión y Objetivos Específicos antes mencionados.
 - Revisar las Actividades (tarea(s) y/o subtarea(s) que están incluida en los Procesos/Subprocesos con el fin de determinar si su evaluación permitiría determinar el logro de la meta mencionada.
 - Revisar para completar, enriquecer los Protocolos/Procedimientos, Formularios/Planillas.
 - Definir el estándar y el(los) indicador(es) de proceso, que permitan evaluar la calidad con la que fueron realizadas las actividades y el cumplimiento de los procedimientos, estableciendo el "Sistema de registro/recolección de datos" para su posterior análisis y determinación del índice: acciones realizadas/acciones previstas (OPS).

Todas las tareas mencionadas serán realizadas con la orientación de las pertinentes "Guías de Reflexión y Trabajo" interencuentro.

Finalmente, cuando se posean los estándares e indicadores, es decir cuando se haya parametrizado un proceso, se podrán reunir los datos, analizarlos y a partir de ello se podrá evaluar la calidad del proceso seleccionado.

Cabe aclarar que existen diferentes formas para Evaluar Calidad en Salud en un Servicio:

- Con evaluadores externos a la Red Pública de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba: como ser a través de la "**Joint Commission-EEUU**" (Comisión Conjunta), o la "**Canadian Council On Health Services Accreditation-Canadá**" entre otras, quienes utilizan protocolos especiales establecidos por las Normas ISO o propias de la Auditorías de Acreditación; etc.
- Con evaluadores internos a la Red Pública de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba: mediante el sistema de Revisión de pares (Peer Review), o creando dentro de la Red el propio "Comité de Calidad"; realizando encuesta de satisfacción a usuarios, etc.

Cualquiera sea la modalidad optada, recordar que los principios que deben orientar toda acreditación son:

- Proceso voluntario.
- Validado como herramienta que mejora la calidad.
- Estándares, reglas y metodología previamente conocidos.
- Resultados dados a conocer a los usuarios: política comunicacional

Y lo que se intenta lograr con la acreditación en la institución/organización/servicio es:

- Mejorar la calidad.
- Mejorar la prestación de los servicios.
- Reducir los costos y aumentar la eficiencia.
- Reforzar la confianza del público.
- Proveer educación a los equipos de salud.
- Proporcionar datos comparativos respecto a otras instituciones, organizaciones, servicios sobre estructuras, procesos y resultados.

GUÍA DE REFLEXION Y TRABAJO N° 6

Eje temático:

- Registro de las tareas de cada Proceso/Subprocesos.

Objetivos a lograr:

- Enriquecer el "Manual de Procedimientos" explicitando el Sistema de Registro de las actividades/tareas en las "Fichas de Proceso" y desarrollándolos en el formato de "Formularios".

Actividades a desarrollar:

Teniendo cuenta: los acuerdos hasta consensuados en relación al "Manual de Procedimientos" y recordando la importancia de la **congruencia** que deben tener las acciones a realizar con:

La Misión:

- Diagnosticar
- Rehabilitar integralmente
- Contribuir a la inclusión socio familiar, educativa y/o laboral
- Generar una mayor calidad de vida y máxima independencia posible

Los Objetivos específicos:

a- Asistenciales para la persona con discapacidad y su familia:

- Diagnóstico interdisciplinario oportuno
- Rehabilitación integral y continua basada en la mejor práctica clínica que permita un máximo nivel de funcionalidad, previniendo complicaciones, recuperando, readaptando y/o compensando capacidades que le permita mejor calidad de vida y máxima independencia
- Registrar en la HC: a) diagnóstico, plan de tratamiento terapéutico, ortopédico y/o farmacológico, b) evolución en el proceso de rehabilitación integral, c) entrevistas e intervenciones socio familiares, d) otro dato importante
- Proveer: a) el CUD siguiendo los protocolos de la Agencia Nacional de Discapacidad; b) instructivo de orientación y beneficios

b- De prevención para la persona con discapacidad y su familia:

- Asesorar a la familias de la persona con discapacidad en: a) manejo del paciente en la vida diaria; b) adecuación de la casa de manera sencilla y segura; y c) acompañar desde el hogar la tarea de recuperación del paciente

Establecer el Sistema a utilizar para registrar las acciones profesionales y/o administrativas que se llevan a cabo con las personas con discapacidad y sus familias, que se atienden en el Centro/Servicio, explicitando dicho sistema en formato "Formulario", teniendo en cuenta que los mismos debe ser claros, prácticos y completos a la hora de realizar el registro de las intervenciones que se realizan. Recuerde que en estos Formularios/Planillas solo se registran datos centrales de la persona atendida, síntesis de la intervención como así mismo las prescripciones realizadas. **NO REEMPLAZAN** los protocolos, test, técnicas, etc. propias de cada especialidad que llevan formato diferente para el registro de los resultados.

Nota: Una vez que el equipo ha acordado las respuestas a la actividad, por favor enviarlas en la "Hoja de Respuesta" al Equipo Consultor para su evaluación, por mail a discapcidadgestiondecualidad@gmail.com antes del día **05-04-19**. Muchas Gracias. Nuestro próximo encuentro será el **10-04-19 de 08:30 a 14:00 hs.**

Equipo Consultor.

HOJA DE RESPUESTA

Respuestas del Equipo de (colocar el nombre de la especialidad o administrativo):

FORMULARIO PARA..... (F 00)

Indicar quien lo debe completar

FORMULARIO PARA..... (F 00)

Indicar quien lo debe completar

FORMULARIO PARA..... (F 00)

Indicar quien lo debe completar

FORMULARIO PARA..... (F 00)

Indicar quien lo debe completar

FORMULARIO PARA..... (F 00)

Indicar quien lo debe completar

FORMULARIO PARA..... (F 00)

Indicar quien lo debe completar

FORMULARIO PARA..... (F 00)

Indicar quien lo debe completar

GUÍA DE REFLEXION Y TRABAJO N° 7

Eje temático:

- Gestión de calidad: seguimiento y medición.

Objetivos a lograr:

- Establecer los Indicadores de proceso para evaluar la calidad de las tareas principales que se realizan en cada Proceso/Subprocesos del “Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad”.

Actividad a desarrollar: Teniendo cuenta el material que figura en el anexo de la presente guía, y el(los) Proceso(s)/Subproceso(s) en los que participa como profesional o administrativo, seleccione cual(es) tarea(s) considera importante evaluar la calidad con la que se está llevando a cabo, y para cada una de ellas establezca: a) un indicador que la medirá (nominándolo), b) el nivel óptimo de cumplimiento del indicador (Estándar/Umbral/Meta), y c) para cada indicador además determinar: responsable de su medición, fuente de información a utilizar, periodicidad con que se realizará la medición y finalmente su fórmula de cálculo. Utilizando para realizar esta actividad la planilla que figura en la “Hoja de Respuesta”

Nota: Una vez que el equipo ha acordado las respuestas a la actividad, por favor enviarlas en la “Hoja de Respuesta” al Equipo Consultor para su evaluación, por mail a discapcidadgestiondecualidad@gmail.com antes del día **03-05-19**. Muchas Gracias. Nuestro próximo encuentro será el **08-05-19 de 08:30 a 14:00 hs.**

Equipo Consultor.

HOJA DE RESPUESTA

Respuestas del Equipo de (colocar el nombre de la especialidad o administrativo):

INDICADORES PARA EL PROCESO:

Subproceso: " "

Nombre del Indicador Identificación	Estándar, Umbral o Meta	Indicadores			
		Responsable de la Medición	Fuente de Información.	Periodicidad de la medición	Fórmula de cálculo
	•				
	•				
	•				
	•				
	•				
	•				
	•				

Anexo de la Guía de Reflexión y Trabajo N° 7

GESTIÓN DE CALIDAD – SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

Dos premisas clave:

- “NO SE PUEDE GESTIONAR LO QUE NO SE CONOCE”.
- “NO SE PUEDE CONOCER LO QUE NO SE MIDE”.

Para ello, el enfoque basado en procesos de los sistemas de gestión pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo un seguimiento y medición de los procesos con el fin de conocerlos resultados que se están obteniendo y si estos resultados cubren los objetivos previstos.

No se puede considerar que un sistema de gestión tenga un enfoque basado en procesos si, aun disponiendo de un “buen mapa de procesos” y unas “fichas de procesos coherentes”, el sistema no se “preocupa” por conocer sus resultados.

El seguimiento y la medición constituyen, por tanto, la base para saber qué se está obteniendo, en qué extensión se cumplen los resultados deseados y por dónde se deben orientar las mejoras.

INDICADORES. ¿Qué es un indicador?

Un indicador es una variable que intenta medir en forma cuantitativa o cualitativa un suceso o un atributo de algo o de alguien para poder respaldar acciones y políticas, y para evaluar logros y metas.

Un indicador es un soporte de información (habitualmente expresión numérica) que representa una magnitud, de manera que, a través del análisis del mismo, se permite la toma de decisiones sobre los parámetros de actuación (variables de control) asociados.

La norma ISO 9001 2015 dentro del apartado 4.4.1, establece que:

La organización debe determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, las mediciones y los indicadores del desempeño relacionados) necesarios para asegurarse una operación eficaz y el control de sus procesos.

INDICADORES DE CALIDAD.

El concepto de calidad suele estar asociado a la satisfacción que un producto o un servicio genera en un público determinado. Y en cierta forma, es así. ¿Qué mejor que una necesidad cubierta de manera eficaz y oportuna? Sin embargo, a la hora de implementar un plan de gestión de calidad, es preciso mirar el término con más detenimiento y buscar indicadores de calidad que lo valoren. Porque **la calidad no sólo se mide al final de los procesos. También es necesario evaluarla en las fases iniciales e intermedias**, cada una de las cuales aporta un valor específico a la cadena de labores que integran un proceso. Los indicadores de calidad cumplen esa función. Son instrumentos de medición que se emplean para evaluar la calidad de los procesos o productos/servicios. O dicho de otra manera, determinan **el nivel de cumplimiento de los objetivos para los cuales se han desplegado una serie de actividades concretas**.

¿Cuáles son los indicadores de la calidad?

Los indicadores de calidad son instrumentos de medición, de carácter tangible y cuantificable, que permiten **evaluar la calidad de los procesos**, productos y servicios para asegurar la satisfacción de los usuarios.

Beneficios de la implantación de unos indicadores de calidad.

Existen muchos y variados motivos para implantar un sistema de indicadores, siendo estos los más destacables:

- a. Valorar la correcta aplicación de los recursos consumidos por las diferentes actividades de uso público y la adecuación de sus resultados a los requerimientos.
- b. Controlar y mejorar los procesos.
- c. Garantizar los resultados previstos.
- d. Mantener los estándares de calidad.
- e. Mejorar el nivel del servicio con el fin de lograr una mayor satisfacción de los usuarios.
- f. Orientar las actividades de mejora, mediante la implantación de acciones preventivas y el control de los resultados obtenidos.
- g. Poder tomar las medidas correctoras y preventivas correspondientes.

Criterios de selección de indicadores.

Lo primero que hay que tener en cuenta es que los indicadores se deben implantar en:

- a. Los procesos que sean más críticos por su alto nivel de influencia en la calidad del producto o servicio o en los circuitos más importantes a nivel de resultados.
- b. Aquellos procesos que están por debajo del nivel de calidad deseable o esperada.

Por otro lado, no existe una norma fija en cuanto a la cantidad de indicadores, pero por lo general se deben utilizar los que sean necesarios para mantener una visión clara e inequívoca del estado o situación de la actividad a controlar.

Pasos a seguir para la construcción de Indicadores

Con estas consideraciones, a continuación se plantean algunos **pasos generales que permitirían configurar el seguimiento y la medición de los procesos a través de indicadores**:

1. Reflexionar sobre la misión del proceso.
2. Determinar la tipología de resultados a obtener y las magnitudes a medir.
3. Determinar los indicadores representativos de las magnitudes a medir.
4. Establecer los resultados que se desean alcanzar para cada indicador definido.
5. Formalizar los indicadores con los resultados que se desean alcanzar (objetivos).

TIPOS DE INDICADORES. Existen 3 tipos de indicadores:

I. Indicadores de ESTRUCTURA

- ✓ Miden cómo el Sistema de Salud está organizado y equipado.
- ✓ Permiten saber si los RECURSOS están disponibles y organizados, para facilitar la atención al usuario (Recursos humanos, Recursos materiales, Recursos tecnológicos, Insumos, Recursos financieros).
- ✓ Permiten MONITOREAR la ESTRUCTURA (Organigramas, Programas, Manuales de organización, Manuales de procedimientos, Normas, Flujogramas).

Ejemplos de indicadores estructura:

- N° de ecotomógrafos.
- % de médicos, enfermeras, tecnólogos paramédicos, etc. sobre total de funcionarios.
- % de camas según Servicio Clínico sobre el total de camas.
- Relación Médicos / Camas.

- Relación Enfermeras /Técnicos Paramédicos.
- Camas/10.000 Hbs.
- Odontólogos/10.000 Hbs.

II. **Indicadores de PROCESO**

- ✓ Focalizan en el CÓMO la atención es otorgada.
- ✓ Miden si todos los PASOS de un PROCESO se hicieron correctamente.
- ✓ Además de conocer el INICIO, el TÉRMINO y cada una de las ETAPAS de un proceso, es imprescindible conocer el RESPONSABLE y los REGISTROS que se utilizan.
- ✓ Permiten auditar los niveles de cumplimiento respecto a los compromisos adquiridos.
- ✓ Permiten evaluar cada una de las tareas que se realizan y saber si en cada etapa se han cumplido las expectativas previstas.
- ✓ Miden **el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso.**
- ✓ El Sistema de Salud, carece en general de Indicadores de Calidad de Proceso.
- ✓ Su construcción es un desafío para los equipos.

Ejemplos indicadores de proceso:

% de Usuaris del Programa Maternal que recibió buen trato.

% de Usuaris del Programa de Nutrición que recibió educación respecto de la Guía Alimentaria.

% de Fichas Clínicas de un X Servicio Clínico en que consta la Anamnesis Remota.

% de Fichas Clínicas de un X Servicio Clínico en que consta el Examen Físico de acuerdo a la Norma.

% de Fichas Clínicas de un X Servicio Clínico en que está la Epicrisis completa.

% de Tratamientos Inyectables en que se le explicó al usuario lo que se iba a hacer.

% de Prescripciones Médicas de un Programa X llenadas de acuerdo a normativa vigente.

% de Pacientes hospitalizados en la UCI, a los que se les hizo diariamente prevención de escaras.

% de pacientes quirúrgicos que conocen la intervención a los que se les hizo Consentimiento Informado.

SI UN EQUIPO CONSTRUYÓ PROCEDIMIENTOS, SALIDAS ESPERADAS, DEFINIÓ CRITERIOS Y ESTÁNDARES, ENTONCES PUEDE CONSTRUIR INDICADORES DE CALIDAD DE PROCESO.

III. Indicadores de RESULTADO

- ✓ MIDEN la efectividad de la atención, el grado en que la atención otorgada al usuario produjo el efecto deseado.
- ✓ Pueden reflejar aspectos deseados o adversos. Estos últimos son los más fáciles de medir e identificar.
- ✓ Miden la efectividad de la atención.
- ✓ Son los Indicadores más usados en el Sistema de Salud.

Ejemplos de indicadores de resultados:

Tasa de Infecciones Intrahospitalarias.

% de Rechazos de Consulta de Morbilidad Pediátrica.

% de Cobertura de un determinado Programa.

% de PAP mal tomados.

Egresos por Cama.

Promedio de días de Estada.

% de Ausentismo Laboral por Licencias Médicas Curativas.

% de Pacientes UCI que hacen escaras.

Tasa de Letalidad por X patología en X Servicio Clínico.

Tasa de Sobrevida en UCI, en pacientes de X Patología y X Grupo de Edad.

EJEMPLOS PARA EL ARMADO DE LA PLANILLA DE INDICADORES:

Recordar que:

Umbral de cumplimiento/estándar/meta:

- ✓ Es el nivel óptimo de cumplimiento del indicador.
- ✓ Debe estar definido por la autoridad competente.
- ✓ Este nivel óptimo debe ser acorde a lo aceptable de acuerdo a los requerimientos establecidos por las normas, reglamentos o leyes que rigen el proceso.

Fuente de información: Los indicadores necesitan de datos para ser desarrollados, siendo indispensable identificar la fuente de información de donde se deben obtener los datos.

Ejemplo 1:

Proceso/Subproceso/Tarea: Evaluación pre-anestésica.

Nombre del Indicador: "Evaluación pre anestésica bajo protocolo".

Umbral/Estándar/Meta: El 90 % de los pacientes con evaluación pre anestésica bajo protocolo.

Responsable de la Medición: Jefe del Servicio de Cirugía.

Fuente de obtención de datos: Fichas clínicas de los pacientes operados en pabellón general en el período.

Periodicidad de la medición: semestral (enero-junio y Julio-diciembre de cada año).

Fórmula de cálculo: N° de pacientes operados en el período X que tienen registro de evaluación pre-anestésica según protocolo en su ficha clínica / Total de pacientes operados en el período X por 100.

Ejemplo 2:

Proceso/Subproceso/Tarea: Criterios de indicación de cesárea.

Nombre del Indicador: "Indicación de cesáreas bajo protocolo".

Umbral de cumplimiento: El 80 % de los pacientes con indicación de cesárea bajo protocolo.

Responsable de la medición: enfermería del Servicio de Ginecología.

Fuente de obtención de datos: Fichas clínicas de las pacientes operadas de cesárea hospitalizadas en ginecología-obstetricia.

Periodicidad de la medición: mensual (del 1 al 5 cada mes, se mide el mes anterior).

Fórmula de cálculo: N° de pacientes operadas de cesárea en el período X que cumplen con los requisitos de indicación del respectivo protocolo / Total de pacientes operadas de cesárea en el período X por 100.

ANEXO 2: HOJA MEMBRETADA DE LA RED

SUBSECRETARÍA DE DISCAPACIDAD,
REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN

Ministerio de
SALUD

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
CÓRDOBA | ENTRE
TODOS

RED PÚBLICA DE REHABILITACIÓN DE LA PROVINCIA DE CORDOBA



ANEXO 3: PÁGINA WEB DE LA RED

CARACTERÍSTICAS PROPUESTAS PARA LA FUTURA PAGINA WEB DE LA RED:

PRIMERA PROPUESTA (Administrativos):

Links de ingreso irrestricto para todo público, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

www.discapacidadcba.com.ar
www.redderehabilitacioncba.com.ar
www.discapacidad.com.ar/rehabilitacion

- cualquiera de estas 3 debería tener solo banners o accesos directos simples que puedan ser distinguidos por personas de cualquier edad que brinden información sobre lo más consultado que sería: junta de discapacidad, rehabilitación y fisioterapia, luego de esto se podría agregar información relacionada como ubicación de las juntas, requisitos, consultas específicas de cada especialidad, como funciona la red. etc.

Links de ingreso restrictivo (ingreso con password) exclusivo para profesionales y administrativo de los Centros de Rehabilitación, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

- www.discapacidadcba.com.ar
- www.redderehabilitacioncba.com.ar
- www.discapacidad.com.ar/rehabilitacion
- en cualquiera de las 3 se puede hacer un apartado como en la página de ciudadano digital donde empleados (o en este caso los agentes de la red) puedan ingresar con su cuil y contraseña ya que estos son únicos y personales, sería más rápido que tomarse el tiempo de crear usuarios y password.

SEGUNDA PROPUESTA (Fisiatras):

Links de ingreso irrestricto para todo público, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

- La Red: descripción características principales, misión, visión, objetivos generales
- Centros: enumeración de c/u , ubicación, características, servicios
- Novedades. : eventos, cursos, jornadas
- Contactos: contacto principal con la subsecretaría. Y con c/u de los centros

Links de ingreso restrictivo (ingreso con password) exclusivo para profesionales y administrativo de los Centros de Rehabilitación, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

- Formación profesional: cursos destinados a profesionales pertenecientes a la red
- Historias clínicas: en red para el acceso a la información de los pacientes que se necesiten
- Estadística: : para la carga de datos y su evaluación cada vez que se requiera
- Contactos: datos de los profesionales de cada centro

Links de ingreso irrestricto para todo público, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

LUGAR Y TELEFONO DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION
HISTORIA DE LA CONFORMACIÓN DE RED Y DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS
ORGANIZACIÓN Y LAS TERAPIAS QUE SE BRINDAN, SEGÚN LAS ESPECIALIDADES
Y PROFESIONALES DE LA SALUD INTERVINIENTES

TURNOS ONLINE ADMISIÓN CUD.

REQUISITOS para la admisión y para ser evaluado por la Junta Certificadora de Discapacidad

LEY DE DISCAPACIDAD

HISTORIA CLÍNICA EN LINEA, acceder a su información de salud, indicaciones médicas estudios y equipamiento solicitado.

PARTICIPAR DE TALLERES INDIVIDUALES Y/o grupales online conducidos por profesionales de los centros

CONSULTAS A TRAVÉS DE UN FORMULARIO ONLINE Y/O TELEFÓNICAS

LISTADO DE ORGANISMOS PÚBLICOS PARA GESTIÓN DE TRÁMITES

Links de ingreso restrictivo (ingreso con password) exclusivo para profesionales y administrativo de los Centros de Rehabilitación, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

- Acceso del área ADMINISTRATIVA (SECRETARÍA) a:
- Consulta y modificación de los datos identificatorios del paciente y núcleo familiar (teléfonos, dirección, correo electrónico)
- Asesoramiento de las prestaciones que tiene el centro y derivación si correspondiere.
- Asignación de turnos para admisión, para acceder al CUD (certificado único de discapacidad) con los datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
 - Reprogramación de turnos
 - Recuperos de gastos
 - Estadísticas
 - Acceso para cada profesional (ESPECIALIDAD)
 - Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales intervinientes
 - Derivación de pacientes desde fisioterapia e interconsultas intra e inter institucionales
 - Clasificación CIE 10

Biblioteca (Acceso a catálogo automatizado de libros y artículos científicos)

- Información sobre capacitaciones-cursos.
- Planillas equipamientos (PROSAD- incluir salud)
- Medicación
- Estudios etc.
- consultas ONLINE con otros servicios de rehabilitación y junta central de certificados
- Artículos científicos

TERCERA PROPUESTA (Fonoaudiología):

Dirección de la página web: www.redrehabilitacion.gov.cba.ar. Con un nombre corto, claro, fácil de recordar. Con dominio gov.cba para que indique la pertenencia de la Red a la Provincia de Córdoba.

En la página web debe ir incluida la misión, visión, objetivo general y logo/isologo de la Red de Centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba, además de nombres de las autoridades a cargo de la misma.

Luego, debe incluir un menú que contenga:

1. Historia y trayectoria de la Red de Centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba.
2. Centros de Rehabilitación que la componen, junto a los datos de ubicación (dirección, localidad, departamento à incluyendo un link que derive a google maps para orientar al usuario desde su lugar de ubicación hasta el centro que desea ir); datos de contacto (teléfonos,

3. internos, e-mail); destinatarios de las prestaciones (describiendo las características de la población, por ejemplo: RNPT/niños/jóvenes/adultos/adultos mayores con discapacidad motora/sensorial/comunicacional/intelectual/mental, etc.); modalidad de trabajo (ya sea ambulatoria con atenciones en consultorios a pacientes en periodo crónico o en internado, en pacientes en periodo subagudo); horarios de atención.
4. Acceso a pacientes: gestión de turnos online (tanto para prestaciones terapéuticas como para la confección del CUD); dudas frecuentes y consultas; invitaciones a charlas a la comunidad; artículos de interés.
5. Acceso a profesionales: ingreso con usuario y contraseña en donde se acceda a artículos científicos de actualización en temas de salud, en general, y de cada profesión, en particular; programa de capacitación continua; foros de discusión de casos clínicos; chat para interconexión entre profesionales de la red. Cursos online. Historia clínica digital.

Links de ingreso irrestricto para todo público, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

- Gestión de turnos online: www.redrehabilitacion.gov.cba.ar/publico/turnosonline
- Dudas frecuentes y consultas: www.redrehabilitacion.gov.cba.ar/publico/consultas
- Charlas y artículos: www.redrehabilitacion.gov.cba.ar/publico/charlas-articulos

Links de ingreso restrictivo (ingreso con password) exclusivo para profesionales y administrativo de los Centros de Rehabilitación, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

- Artículos científicos: www.redrehabilitacion.gov.cba.ar/profesionales/actualizacion
- Programa-de-capacitación-continua
www.redrehabilitacion.gov.cba.ar/profesionales/capacitacion
- Foros de discusión de casos clínicos
www.redrehabilitacion.gov.cba.ar/profesionales/casosclnicos
- Chat: www.redrehabilitacion.gov.cba.ar/profesionales/chat
- Historia clínica digital:
www.redrehabilitacion.gov.cba.ar/profesionales/historiaclinicadigital

CUARTA PROPUESTA (Kinesiología):

Links de ingreso irrestricto para todo público, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

- www.Redrehabilitacion.gov.ar
- www.Discapacidadcba.gov.ar

Caracterizaríamos a la página web haciendo un acceso público donde permita generar turnos para cada paciente, con fotos de cada centro y de los miembros de cada equipo describiendo el labor de cada disciplina, también describiríamos misión, visión objetivos específicos y generales de la red.

Que sea visualmente llamativo, con mucho color ,con gráficos de fácil entendimiento para los diferentes links. La información deberá ser clara, simple y entendible.

Links de ingreso restrictivo (ingreso con password) exclusivo para profesionales y administrativo de los Centros de Rehabilitación, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

Se necesitaría crear usuario y password para cada integrante de la red por ejemplo

- Usuario: Apellido y nombre (en minúscula todo junto sin espacios)
- Password: matricula más DNI (todo junto sin espacio ni puntos de separación)

En el caso de los administrativos o no profesionales pertenecientes a la red

- Usuario: : Apellido y nombre (en minúscula todo junto sin espacios)
- Password: Dirección de su domicilio (todo junto sin espacio ni puntos de separación).

Allí cada agente podrá ingresar a aulas virtuales, acceso de trabajos científicos validados aulas virtuales para debates de casos, etc.

QUINTA PROPUESTA (Psicología):

Links de ingreso irrestricto para todo público, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

- Misión, visión y objetivos de la red de rehabilitación: breve reseña de cada uno de ellos.
- Subsecretaría de Discapacidad, rehabilitación e inclusión: información de sus funciones y áreas que comprende.
- Centros de rehabilitación: distribución geográfica, infraestructura, días y horarios de atención, profesionales, criterios de trabajo, gestión de turnos para el paciente (mediante creación de usuario y contraseña).
- Juntas de certificación de Discapacidad: descripción de la cantidad de juntas, localidades a las que pertenecen.

Links de ingreso restrictivo (ingreso con password) exclusivo para profesionales y administrativo de los Centros de Rehabilitación, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

- Historia clínica: datos de filiación del paciente, constitución familiar, diagnóstico, tratamiento, profesionales que intervienen, situación actual y asistencia.
- Estadísticas de cada centro de rehabilitación: prestaciones realizadas por mes (nombre del paciente, edad, localidad, tipo de prestación y diagnóstico).

SEXTA PROPUESTA (Psicomotricidad):

Links de ingreso irrestricto para todo público, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

- Información institucional: - misión, visión, objetivo general y logo de la Red de Centros de Rehabilitación, y nombres de las autoridades a cargo.
- Luego un Menú que contenga:
 - Historia y trayectoria de la Red de Rehabilitación de la Provincia de Cba.
 - Centros de Rehabilitación: Datos de ubicación, localidad, departamento, datos de contacto, destinatarios de las prestaciones, modalidad de trabajo, horarios de atención. Video institucional.
 - Compromiso con la comunidad (descripción de objetivos relacionados a la promoción, prevención y asistencia a la comunidad y aquellas actividades de que se desarrollen en cada centro)
 - Galería de fotos
 - Gestión de turnos on line.
 - Charlas, artículos.

Links de ingreso restrictivo (ingreso con password) exclusivo para profesionales y administrativo de los Centros de Rehabilitación, estableciendo para cada uno una breve descripción de su contenido:

- Información para profesionales: capacitaciones, investigación, agenda de eventos, foros, artículos científicos, historia clínica digital, Programas de capacitación continua, chat.

ESQUEMA CONSENSUADO PARA LA PAGUINA WEB DE LA RED

<p>Funcionamiento: En la página de inicio con logo/foto aparece la barra de Link directos (en rojo); al poseer sobre alguno de ellos se despliegan Documentos/Formularios/Planillas/Cuadros de diálogos (en negro) que al ser seleccionado con un click se pueden imprimir/completar/enviar/etc. En el área exclusiva se pintó en amarillo los sublink que poseen doble password (doble seguridad).</p>	
<p>C- ESTRUCTURA DE LA PAGINA WEB DE LA RED PÚBLICA DE REHABILITACIÓN DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA (www.rehabilitacion.gov.cba.ar)</p>	
<p>LINKS CON INGRESO PÚBLICO (o Plataforma de Ciudadano Digital?)</p>	
<p>LINKS CON INGRESO EXCLUSIVO para Autoridades, Profesionales y Administrativos (Password: número del Centro/Servicio + Número de DNI del consultante habilitado)</p>	
<p>Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión (Autoridades – Áreas y Servicios – Noticias - Galería)</p>	<p>TURNOS</p>
<p>Red Pública de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba</p>	<p>PACIENTES</p>
<p>IIINICIO</p>	<p>BASE DE DATOS DE PACIENTES POR CENTRO/SERVICIO Password de acceso: Nº Centro + DNI autorizado)</p>
<p>MISIÓN - VISIÓN</p>	<p>TRATAMIENTO EXTERNO Historia Clínicas Virtuales Al incorporar un nuevo paciente, se abre automáticamente su carpeta “Historia Clínica” con todos los Formularios ordenados para ser cargados. Todo Formulario completado puede ser impreso para ser incorporado a la Historia Clínica Física Password de acceso a una HC específica: (Nº Centro + DNI Pte.)</p>
<p>OBJETIVO GENERAL</p>	<p>TURNOS ASIGNADOS POR ESPECIALIDAD Password de acceso: Nº Centro + DNI del Profesional 1. Consulta de agenda 2. Imprimir agenda de turnos del día</p>
<p>DERECHOS/NOTICIAS INVITACIONES</p>	<p>TRATAMIENTO INTERNO Historia Clínicas Virtuales Al incorporar un nuevo paciente, se abre automáticamente su carpeta “Historia Clínica” con todos los Formularios ordenados para ser cargados. Todo Formulario completado puede ser impreso para ser incorporado a la Historia Clínica Física Password de acceso a una HC específica: (Nº Centro + DNI Pte.)</p>
<p>SERVICIOS Y DESTINATARIOS</p>	<p>TURNOS ASIGNADOS POR PACIENTE Y ASISTENCIA Password de acceso Nº Centro + DNI del Paciente 1. Consulta de agenda 2. Imprimir agenda de turnos del día</p>
<p>Listado de Centros/Servicios Cada uno con: 1 Nombre; 2 Dirección (Google mapa) 3 Teléfonos 4 Director 5 Listado de profesionales 6 Horarios de atención 7 Galería fotográfica-Videos</p>	<p>ESTADÍSTICAS ANUAL Y POR MES Password de acceso: Nº Centro + DNI autorizado)</p>
<p>CONTÁCTENOS Explicación del Procedimiento 1. Apellido y Nombre; 2. Mail; 3. Centro/Servicio; (Elige de opciones) 4. Consulta; 5- Enviar 6 Recibe por mail la respuesta</p>	<p>ESTADÍSTICA DEL RECUPERO DEL GASTOS POR PACIENTE Y POR CENTRO/SERVICIO Password de acceso: Nº Centro + DNI autorizado)</p>
<p>REQUISITOS POR DISCAPACIDAD 1 Requisitos generales. 2 Consulta de Planillas de requisitos por discapacidad. 3 Selección e impresión de la Planilla de requisitos que corresponda.</p>	<p>PROTOSCOLOS- PROCEDIMIENTOS- PLANILLAS ENCUESTAS INDICADORES</p>
<p>REQUISITOS</p>	<p>PROTOSCOLOS Y PROCEDIMIENTOS Al poseer sobre el nombre de un Protocolo /Procedimientos subido a la web se abrirá para su lectura o impresión</p>
<p>PROCESOS</p>	<p>FORMULARIOS Al poseer sobre el nombre de un Formulario subido a la web se abrirá para su lectura, uso o impresión (ver listado adjunto).</p>
<p>REQUISITOS PARA LA ADMISIÓN</p>	<p>ENCUESTAS Al poseer sobre el nombre de una encuesta de opinión del usuario según el proceso que corresponda, se abrirá para su lectura, uso o impresión (ver listado adjunto).</p>
<p>REQUISITOS PARA LA ADMISIÓN</p>	<p>INDICADORES Cargadas las fórmulas de cálculo y los datos correspondiente, le software calcular el valor del indicador</p>
<p>REQUISITOS PARA LA ADMISIÓN</p>	<p>RESIDENCIAS Al poseer sobre uno de ellos se abre solo para lectura o impresión 1 Requisitos 2 Plan de Estudio 3 inscripciones 4 Aula virtual 4 Plantel docente 5 Rotaciones</p>
<p>REQUISITOS PARA LA ADMISIÓN</p>	<p>INVESTIGACIONES</p>
<p>REQUISITOS PARA LA ADMISIÓN</p>	<p>BIBLIOTECA ON-LINE</p>
<p>REQUISITOS PARA LA ADMISIÓN</p>	<p>CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN</p>
<p>REQUISITOS PARA LA ADMISIÓN</p>	<p>CAPACITACIÓN ON-LINE</p>
<p>REQUISITOS PARA LA ADMISIÓN</p>	<p>ATENEOS-FOROS</p>

ANEXO 4: RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Se transcribe la Resolución del 03-07-19 de la Subsecretaría de Discapacidad, rehabilitación e Inclusión Social (también se entrega, por cuerda separada, la resolución firmada por la Dra. María Teresa Puga, Subsecretaria de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión de la Provincia de Córdoba).

"CORDOBA, 03 de Julio de 2019

VISTO:

Que la Secretaría de Planeamiento y Modernización de la Provincia de Córdoba viene desarrollando y favoreciendo la incorporación de estrategias y acciones que aporten valor al sistema y que reflejen una mejora sustancial en beneficio del ciudadano como Políticas de Estado, y

Que la Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba ha iniciado en el año 2017, con el apoyo de la Secretaría de Planeamiento y Modernización de la Provincia de Córdoba, un proceso de modernización de sus espacios de trabajo, incluyendo la mejora de los flujos de información junto al desarrollo de nuevos instrumentos de organización y gestión, y

Que el proyecto de desarrollo e implementación del "**Modelo de Gestión por Procesos**" como instrumento para la organización y gestión de los centros /servicios de rehabilitación tuvo el propósito realizar una Capacitación en Servicio para diseñar el Manual de Procedimientos unificado para todos los Centros de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba y parametrizar los procesos establecidos en él, implicados en la atención de pacientes con discapacidad, para mejorar la calidad de atención y definir los requerimientos de información necesarios para una adecuada gestión de las actividades, y

Que la "Red Pública de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba" tiene como misión prevenir, diagnosticar, rehabilitar integralmente y contribuir a la inclusión en la vida socio-familiar, educativa y/o laboral a las personas con discapacidad, en forma accesible y dentro del marco de la Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad (CDPD, Naciones Unidas 2006), a partir de un trabajo interdisciplinario de especialistas intra e interinstitucional que le genere una mayor calidad de vida y máxima independencia posible; además de transferir la experiencia en la especialización a profesionales del equipo de salud y la implementación de programas de promoción de la salud comunitaria, y

Que como Red Pública de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba, se estableció como objetivo, brindar servicios profesionales interdisciplinarios

especializados a nivel intrainstitucional e interinstitucional de prevención, diagnóstico y rehabilitación integral para mejorar la calidad de vida e inclusión social de las personas con discapacidad y su familia, desde una "gestión de proceso" ajustado a "Manuales de Procedimientos"; y.

CONSIDERANDO:

Que se ha desarrollado dicho "Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad de la Provincia de Córdoba", Versión 2019 elaborado y acordado por el conjunto de los profesionales y administrativos que se desempeñan en los centros/servicios de rehabilitación que constituyen la "Red Pública de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba", en el marco de una capacitación con una duración de 11 meses, que ha concluido exitosamente con la confección del Manual de Procedimientos de referencia y la certificación de la capacitación de los asistentes,

LA SUBSECRETARÍA DE DISCAPACIDAD, REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN RESUELVE:

Art. 1: Apruébese el "Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad de la provincia de Córdoba", Versión 2019, acordado por el conjunto de los profesionales y administrativos que se desempeñan en los centros/servicios de rehabilitación y que constituyen la "Red Pública de Rehabilitación de la Provincia de Córdoba".

Art. 2: Incentivar la implementación del "Manual de Procedimientos para la atención de las personas con discapacidad de la provincia de Córdoba", en los distintos centros/servicios de rehabilitación que dependen de esta Subsecretaría, capacitando a todos los agentes para el uso del mismo, concluyendo por adoptar plenamente dicho manual cuando estén dadas las condiciones tecnológicas necesarias para su implementación.

Art. 3: Revisar el "Manual" cada tres años o antes si así se requiriese, con el fin de ajustar sus indicaciones a los avances tecnológicos y procedimentales para la prevención, diagnóstico, asistencia, rehabilitación e inclusión socio familiar de las personas con discapacidad.

Art. 4: De forma"

Firmado: Dra. María Teresa Puga
Subsecretaria de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión
Provincia de Córdoba

ANEXO 5: RESULTADOS DE LA “EVALUACIÓN FINAL DE LA CAPACITACIÓN RECIBIDA”

a- Introducción: Objetivo, material y método.

Con la finalidad de conocer la opinión que tenían los participantes sobre la capacitación recibida (del 12-09-18 al 02-08-19) se solicitó a los mismos que anónimamente contestaran un cuestionario (instrumento de evaluación semi-abierto con preguntas cerradas con opciones de respuesta e interrogantes abiertos) que se presenta más abajo.

Se les solicitó evaluar sobre los siguientes tópicos: temas tratados, estrategias metodológicas utilizadas para su desarrollo, actividades de aprendizajes llevadas a cabo en los encuentros presenciales y en los interencuentros; recursos didácticos utilizados tanto en las instancias presenciales como en los interencuentro; desempeño del equipo consultor; desempeño del líder de grupo, satisfacción por el aprendizaje logrado y las sugerencias para la próxima etapa de capacitación.

Los datos de las variables mencionadas volcados en soporte magnético, fueron analizados mediante la versión actualizada del programa Statistic Package for Social Science (software estadístico SPSS) y ordenados en tablas frecuenciales (ver anexo). Para elaborar la conclusión se tuvieron en cuenta las medidas de tendencia central, según lo permitan las escalas en que son medidas las variables bajo estudio.

b- Instrumento de evaluación:

CONSIGNA: Con la finalidad de conocer su opinión respecto a la capacitación recibida, le solicitamos responda los siguientes ítems, marcando la respuesta que considere adecuada y si desea complete su opinión en los espacios habilitado para ello. GRACIAS.

Especialidad o área en la que se desempeña:

- A su criterio, teniendo en cuenta su rol en el Centro/Servicio en que se desempeña laboralmente, considera que esta capacitación es:

<input type="checkbox"/> Muy útil	<input type="checkbox"/> Útil	<input type="checkbox"/> Poco útil
<input type="checkbox"/> Muy necesaria	<input type="checkbox"/> Necesaria	<input type="checkbox"/> Poco necesaria
<input type="checkbox"/> Agrega calidad a su trabajo	<input type="checkbox"/> No agrega calidad a su trabajo	

Otras observaciones: _____

- En general **los temas** desarrollados fueron:

<input type="checkbox"/> Muy útiles	<input type="checkbox"/> Útiles	<input type="checkbox"/> Poco útiles
<input type="checkbox"/> Muy claro	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Poco claro

Otras observaciones: _____

- En general **la estrategia metodológica** con que se organizó la capacitación fue:

<input type="checkbox"/> Muy adecuada	<input type="checkbox"/> Adecuada	<input type="checkbox"/> Poco adecuada
<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Escasa	<input type="checkbox"/> Insuficiente

Otras observaciones: _____

- En general **las actividades de aprendizaje** llevadas a cabo en los encuentros presenciales fueron:

<input type="checkbox"/> Muy adecuadas	<input type="checkbox"/> Adecuadas	<input type="checkbox"/> Poco adecuadas
<input type="checkbox"/> Suficientes	<input type="checkbox"/> Escasas	<input type="checkbox"/> Insuficientes

Otras observaciones: _____

- En general **las actividades de aprendizaje** llevadas a cabo en los interencuentros fueron:

<input type="checkbox"/> Muy adecuadas	<input type="checkbox"/> Adecuadas	<input type="checkbox"/> Poco adecuadas
<input type="checkbox"/> Suficientes	<input type="checkbox"/> Escasas	<input type="checkbox"/> Insuficientes

Otras observaciones: _____

- En general **los recursos didácticos** utilizados en los encuentros presenciales fueron:

<input type="checkbox"/> Muy claros	<input type="checkbox"/> Claros	<input type="checkbox"/> Poco claros
<input type="checkbox"/> Muy eficaz	<input type="checkbox"/> Eficaz	<input type="checkbox"/> Poco eficaz

Otras observaciones: _____

- En general **los recursos didácticos** utilizados en los interencuentros fueron:

<input type="checkbox"/> Muy claros	<input type="checkbox"/> Claros	<input type="checkbox"/> Poco claros
<input type="checkbox"/> Muy eficaz	<input type="checkbox"/> Eficaz	<input type="checkbox"/> Poco eficaz

Otras observaciones: _____

- En general el **desempeño del equipo consultor** fue:

<input type="checkbox"/> Muy adecuado	<input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Poco adecuado
---------------------------------------	-----------------------------------	--

Otras observaciones: _____

- En general el **desempeño del líder de su grupo** fue:

<input type="checkbox"/> Muy adecuado	<input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Poco adecuado
---------------------------------------	-----------------------------------	--

Otras observaciones: _____

- El **aprendizaje que logró**:

<input type="checkbox"/> Satisfizo sus expectativas	<input type="checkbox"/> No satisfizo sus expectativas
---	--

Otras observaciones: _____

c- Resultados: Los datos recogidos fueron ordenados en las siguientes tablas frecuenciales, con su correspondiente medida de tendencia central (MTC).

Tabla N°1: "Distribución de los evaluadores según profesión/tarea en la que se desempeñan"
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Profesión/Tarea	f	%
Sin dato	8	11,6
Fisiatría	14	20,3
Psicología	6	8,7
Trabajo Social	5	7,2
Kinesiología	12	17,4
Fonoaudiología	7	10,1
Psicopedagogía	2	2,9
Psicomotricidad	6	8,7
Terapia Ocupacional	2	2,9
Enfermería	2	2,9
Administración	5	7,2
Total	69	100,0

Tabla N°2: "Distribución de los evaluadores según su opinión sobre la utilidad de la capacitación recibida"
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Utilidad de la capacitación	f	%
Sin dato	5	7,2
Muy útil	14	20,3
Útil	49	71,0
Poco útil	1	1,4
Total	69	100,0

Mo = La capacitación recibida fue útil.

Tabla N°3: "Distribución de los evaluadores según su opinión sobre la necesidad de la capacitación recibida"
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Necesidad de la capacitación	f	%
Sin dato	2	2,9
Muy necesaria	15	21,7
Necesaria	52	75,4
Poco necesaria	0	0,0
Total	69	100,0

Mo = La capacitación recibida fue necesaria.

Tabla N°4: "Distribución de los evaluadores según su opinión sobre si la capacitación recibida agrega calidad al trabajo diario"
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Calidad para el trabajo diario	f	%
Sin dato	7	8,5
Agrega calidad	61	74,4
No agrega calidad	1	1,2
Total	69	100,0

Mo = La capacitación recibida agrega calidad al trabajo que se realiza diariamente.

Tabla N°5: “Distribución de los evaluadores según su opinión sobre la utilidad de los temas en que se los capacitó”
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Utilidad de los temas	f	%
Sin dato	0	0,0
Muy útil	6	8,7
Útil	62	89,9
Poco útil	1	1,4
Total	69	100,0

Mo = Fueron útiles los temas en los que se capacitó.

Tabla N°6: “Distribución de los evaluadores según su opinión sobre la claridad con la que se le capacitó en los temas desarrollados”
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Claridad en que fueron desarrollados los temas	f	%
Sin dato	4	5,8
Muy claro	6	8,7
Claro	53	76,8
Poco claro	6	8,7
Total	69	100,0

Mo = Se capacitó en los temas, de manera clara

Tabla N°7: “Distribución de los evaluadores según su opinión sobre las estrategias metodológicas utilizadas”
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Estrategias metodológicas utilizadas	f	%
Sin dato	0	0,0
Muy adecuadas	7	10,1
Adecuadas	55	79,7
Poco adecuadas	7	10,1
Total	69	100,0

Mo = Las estrategias metodológicas utilizadas fueron adecuadas.

Tabla N°8: “Distribución de los evaluadores según su opinión sobre si fueron suficientes las estrategias metodológicas utilizadas”
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Estrategias metodológicas	f	%
Sin dato	4	5,8
Suficientes	47	68,1
Escasas	16	23,2
Insuficientes	2	2,9
Total	69	100,0

Mo = Las estrategias metodológicas utilizadas fueron suficientes.

Tabla N°9: “Distribución de los evaluadores según su opinión sobre si fueron adecuadas las actividades de aprendizajes propuestas” (F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Actividades de aprendizaje	f	%
Sin dato	0	0,0
Muy adecuadas	7	10,1
Adecuadas	58	84,1
Poco adecuadas	4	5,8
Total	69	100,0

Mo = Fueron adecuadas las actividades de aprendizaje propuestas.

Tabla N°10: “Distribución de los evaluadores según su opinión sobre si fueron suficientes las actividades de aprendizaje propuestas” (F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Actividades de aprendizaje	f	%
Sin dato	3	4,3
Suficientes	43	62,3
Escasas	21	30,4
Insuficientes	2	2,9
Total	69	100,0

Mo = Fueron suficientes las actividades de aprendizaje propuestas en la capacitación.

Tabla N°11: "Distribución de los evaluadores según su opinión sobre si fueron adecuadas las actividades de aprendizajes interencuentro"
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Actividades de aprendizaje en los interencuentro	f	%
Sin dato	0	0,0
Muy adecuadas	9	13,0
Adecuadas	53	76,8
Poco adecuadas	7	10,1
Total	69	100,0

Mo = Fueron adecuadas las actividades de aprendizaje interencuentro.

Tabla N°12: "Distribución de los evaluadores según su opinión sobre si fueron suficientes las actividades de aprendizaje interencuentros"
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Actividades de aprendizaje en los interencuentros	f	%
Sin dato	4	5,8
Suficientes	43	62,3
Escasas	20	29,0
Insuficientes	2	2,9
Total	69	100,0

Mo = Fueron suficientes las actividades de aprendizaje propuestas para los interencuentros.

Tabla N°13: "Distribución de los evaluadores según su opinión sobre si fueron claros los recursos didácticos utilizados en los encuentros presenciales"
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Claridad de los recursos didácticos	f	%
Sin dato	0	0,0
Muy claro	7	10,1
Claro	56	81,2
Poco claro	6	8,7
Total	69	100,0

Mo = Fueron claros los recursos didácticos utilizados en los encuentros presenciales.

Tabla N°14: "Distribución de los evaluadores según su opinión sobre la eficacia de los recursos didácticos utilizados en los encuentros presenciales"
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Eficacia de los recursos didácticos	f	%
Sin dato	4	5,8
Muy eficaz	6	8,7
Eficaz	51	73,9
Poco eficaz	8	11,6
Total	69	100,0

Mo = Fueron eficaz los recursos didácticos utilizados en los encuentros presenciales.

Tabla N° 15: "Distribución de los evaluadores según su opinión sobre si fueron claros los recursos didácticos utilizados en los interencuentros"
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Claridad de los recursos didácticos	f	%
Sin dato	1	1,4
Muy claro	6	8,7
Claro	55	79,7
Poco claro	7	10,1
Total	69	100,0

Mo = Fueron claros los recursos didácticos utilizados en los interencuentros.

Tabla N° 16: "Distribución de los evaluadores según su opinión sobre la eficacia de los recursos didácticos utilizados en los interencuentros"
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Eficacia de los recursos didácticos	f	%
Sin dato	3	4,3
Muy eficaz	7	10,1
Eficaz	49	71,0
Poco eficaz	10	14,5
Total	69	100,0

Mo = Fueron eficaz los recursos didácticos utilizados en los interencuentros.

Tabla N°17: “Distribución de los evaluadores según su opinión sobre el desempeño general del Equipo Consultor”
 (F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Desempeño del Equipo Consultor	f	%
Sin dato	0	0,0
Muy adecuado	19	27,5
Adecuado	49	71,0
Poco adecuado	1	1,4
Total	69	100,0

Mo = El desempeño del Equipo Consultor fue adecuado.

Tabla N°18: “Distribución de los evaluadores según su opinión sobre el desempeño del Líder de su equipo de trabajo”
 (F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Desempeño del Líder del equipo de trabajo	f	%
Sin dato	0	0,0
Muy adecuado	40	58,0
Adecuado	28	40,6
Poco adecuado	1	1,4
Total	69	100,0

Mo = El desempeño del líder de su equipo de trabajo fue muy adecuado.

Tabla N° 19: “Distribución de los evaluadores según su satisfacción por los aprendizajes logrados”
(F: Evaluación de la Capacitación 2018/2019 recibida)

Satisfacción por los aprendizajes logrados	f	%
Sin dato	1	1,4
Satisfizo sus expectativas	57	82,6
No satisfizo sus expectativas	11	15,9
Total	69	100,0

Mo = El aprendizaje logrado satisfizo sus expectativas.

d- Conclusiones:

Participaron 69 personas (presentes el día de la evaluación de las 86) miembros de los diferentes Equipos de Trabajo (profesionales o administrativos), su distribución puede observarse en la Tabla N° 1.

El 91,3 % considera a la capacitación recibida como útil (71,0 %) o muy útil (20,3 %), solo 1 persona la consideró poco útil (Tabla N° 2). Para la mayoría de las personas (97,1 %) consideró a la capacitación recibida como muy necesaria o necesaria, ninguna persona la consideró poco necesaria (Tabla N° 3). La mayoría de las personas que contestaron el ítem consideró que la capacitación recibida agrega calidad al trabajo que se realiza diariamente (88,4 %), solo 1,4 % consideró que no agrega valor (Tabla N° 4).

Para el 98,6 % de los evaluadores consideró que los temas tratados fueron útiles o muy útiles, mientras que para 1 personas (1,4 %) los temas tratados fueron poco útiles (Tabla N° 5). El 85,5 % considera que los temas fueron desarrollados en forma clara o muy clara, para el 8,7 % opinó que el desarrollo temático fue poco claro (Tabla N° 6).

Respecto a las estrategias metodológicas el 10,1 % considera que fueron pocas adecuadas, mientras que el 89,8 % opinó que las estrategias metodológicas utilizadas fueron adecuadas o muy adecuadas (Tabla N° 7). Las mismas fueron suficientes para el 68,1 %; escasas para el 23,2 % e insuficientes para el 2,9 % (Tabla N° 8).

Para el 94,2 % las actividades de aprendizaje propuestas fueron adecuadas o muy adecuadas, solo opinó lo contrario el 5,8 % de los evaluadores. Por otro lado fueron suficientes para el 62,3 % y escasas para el 30,4 % (Tablas 9 y 10).

En relación a las actividades de aprendizaje propuestas para los interencuentros fueron adecuadas o muy adecuadas para el 89,8 % y poco adecuadas para el 10,1 %. Estas actividades fueron suficientes para el 62,3 % escasa para el 29,0 e insuficientes para dos personas (2,9) (Tablas 11 y 12).

El 91,3 % consideró que los recursos didácticos utilizados en los encuentros presenciales fueron claros o muy claros, estos recursos para el 82,6 fueron eficaces o muy eficaces según los guarismos de las tablas 13 y 14. La tabla N° 15 y 16 muestra la evaluación que realizan sobre los recursos didácticos utilizados en las instancias interencuentro: claro o muy claros 88,4 % mientras que para el 10,1 % fueron poco claros; para el 14,5 % fueron poco eficaces, para el 81,1 % fueron eficaces o muy eficaces.

Para el 1,4 % el desempeño del Equipo Consultor fue poco adecuado, mientras que para el 98,5 % fue adecuado o muy adecuado (Tabla N° 17). Para 1,4 % el desempeño del Líder de su equipo de trabajo tuvo un desempeño poco adecuado mientras que para el 40,6 % su desempeño fue adecuado o muy adecuado para el 58 %.

Para el 82,6 % evaluó que los aprendizaje logrados satisfizo sus expectativas, mientras que para el 15,9 % no (Tabla N° 19).

Teniendo en cuenta las medidas de tendencia central, se puede concluir que:

- La capacitación recibida fue útil, necesaria y agrega calidad al trabajo que se realiza diariamente.
- Los temas tratados fueron útiles y presentados de manera clara, las estrategias metodológicas utilizadas fueron adecuadas y suficientes, las actividades de aprendizaje propuestas tanto para las instancias presenciales como para los interencuentros fueron adecuadas y suficientes.
- En cuanto a los recursos didácticos utilizados, tanto en los encuentros presenciales como para orientar el trabajo interencuentro fueron claros y eficaces.
- El desempeño del Equipo Consultor fue adecuado y el desempeño del Líder del equipo de trabajo fue muy adecuado.

En síntesis para la mayoría de los evaluadores (82,6 %) el aprendizaje logrado satisfizo sus expectativas.

ANEXO 6: ENCUESTA DE OPINIÓN DEL USUARIO

Anexo 6: Encuesta de opinión del usuarios, teniendo en cuenta cada uno de los proceso en los que participa.

ENCUESTA DE OPINIÓN	Proceso 1: Certificación CUD
----------------------------	-------------------------------------

Consigna: con el fin de conocer su opinión sobre la atención que recibe en este centro/servicio de rehabilitación, le solicitamos por favor responda **anónimamente** este cuestionario, marcando con una "X" el casillero (NO o SI) que corresponda. GRACIAS.

Quien responde la encuesta es:

<input type="checkbox"/> Paciente (si es mayor a 18 años)	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Otro
---	-----------------------------------	-------------------------------

Edad de quien responde la encuesta es:

<input type="checkbox"/> Menor a 20 años	<input type="checkbox"/> Entre 20 y 39 años	<input type="checkbox"/> Entre 40 y 59 años	<input type="checkbox"/> 60 o más años
--	---	---	--

PREGUNTAS:		NO	SI
01	Esperó más de una hora para que lo atendieran para darle el turno para la Junta Certificadora de Discapacidad?:		
02	Le informaron los documentos que debía traer del paciente, el día del turno? (DNI, certificado con diagnóstico y estudios si posee y carné de Obra Social si posee):		
03	El personal administrativo que lo atendió, contesto sus preguntas y le aclaró sus dudas?:		
04	Le entregaron por escrito el turno acordado?:		
05	Considera que el personal administrativo que lo atendió fue respetuoso?:		
06	Esperó más de 2 meses desde que se le otorgó el turno para que lo atienda la Junta?		
07	El día del turno esperó más de una hora para que lo atienda la Junta?:		
08	Le explicaron los derechos que brinda el CUD al paciente, y cómo usarlo?:		
09	Le entregaron por escrito un Instructivo de la Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión?:		

Otras observaciones: _____

Procedimiento: Esta encuesta se administrará al familiar/paciente al terminar la evaluación de Junta y se archivará en la "Caja Archivo" correspondiente. El total de encuestas similares serán analizadas produciendo el informe estadístico correspondiente a fines de Junio de cada año (las administradas de enero a Junio de ese año) y a fines de Diciembre de cada año (las administradas de Julio a Diciembre de ese año)

ENCUESTA DE OPINIÓN	Proceso 2: Atención Inicial del paciente
----------------------------	---

Consigna: con el fin de conocer su opinión sobre la atención que recibe en este centro/servicio de rehabilitación, le solicitamos por favor responda **anónimamente** este cuestionario, marcando con una "X" el casillero (NO o SI) que corresponda. GRACIAS.

Quien responde la encuesta es:

<input type="checkbox"/> Paciente (si es mayor a 18 años)	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Otro
---	-----------------------------------	-------------------------------

Edad de quien responde la encuesta es:

<input type="checkbox"/> Menor a 20 años	<input type="checkbox"/> Entre 20 y 39 años	<input type="checkbox"/> Entre 40 y 59 años	<input type="checkbox"/> 60 o más años
--	---	---	--

PREGUNTAS:		NO	SI
01	Esperó más de una hora para que lo atendieran para darle el turno para la atención inicial del paciente?:		
02	El personal administrativo que lo atendió, contesto sus preguntas y le aclaró sus dudas?:		
03	Le entregaron por escrito el turno acordado con el nombre de cada profesional que lo atenderá (Fisiatría, Psicología y Trabajo Social)?:		
04	Considera que el personal administrativo que los atendió fue respetuoso?:		
05	El Médico(a) le explicó el "Consentimiento informado" y le pidió que lo firmara?		
06	El Médico(a) le explicó el "Reglamento del centro/servicio" y le pidió que lo firmara?		
07	El Médico(a) le explicó: Diagnóstico, Plan de Rehabilitación, Tratamiento y/o Equipamiento necesario y Plan de controles fisiátricos?		
08	El Médico(a) le brindó orientación para el trabajo familiar y sugerencias para la adecuación del hogar?		
09	El Trabajador(a) Social lo asesoró y orientó para la obtención de recursos y/ requerimientos prescriptos?		
10	El Trabajador(a) Social se ofreció para realizar el acompañamiento durante el tratamiento de rehabilitación?		
11	El Psicólogo(a) le brindó sugerencias al finalizar la entrevista inicial?		

Otras observaciones: _____

Procedimiento: Esta encuesta se administrará a cada familiar/paciente al concluir la "Atención Inicial del paciente" y se guardará en la "Caja Archivo" correspondiente. El total de encuestas similares serán analizadas produciendo el informe estadístico correspondiente a fines de Junio de cada año (las administradas de enero a Junio de ese año) y a fines de Diciembre de cada año (las administradas de Julio a Diciembre de ese año)

ENCUESTA DE OPINIÓN	Proceso 3: Tratamiento Externo
----------------------------	---------------------------------------

Consigna: con el fin de conocer su opinión sobre la atención que recibe en este centro/servicio de rehabilitación, le solicitamos por favor responda **anónimamente** este cuestionario, marcando con una "X" el casillero (NO o SI) que corresponda. GRACIAS.

Quien responde la encuesta es:

<input type="checkbox"/> Paciente (si es mayor a 18 años)	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Otro
---	-----------------------------------	-------------------------------

Edad de quien responde la encuesta es:

<input type="checkbox"/> Menor a 20 años	<input type="checkbox"/> Entre 20 y 39 años	<input type="checkbox"/> Entre 40 y 59 años	<input type="checkbox"/> 60 o más años
--	---	---	--

PREGUNTAS:		NO	SI
01	Esperó más de una hora para que lo atendieran para darle el turno para el control fisiátrico del paciente?:		
02	El personal administrativo que lo atendió, contesto sus preguntas y le aclaró sus dudas?:		
03	Le entregaron por escrito los turnos para controles fisiátricos?:		
04	Considera que el personal administrativo que los atendió fue respetuoso?:		
05	La relación médico paciente es adecuada y respetuosa?		
06	Está conforme con la evolución del paciente a partir de haber iniciado el tratamiento?		
07	<u>Si le dieron alta transitoria al paciente:</u> el médico le brindo orientación para la continuidad del proceso rehabilitatorio, los tratamiento a seguir y un nuevo plan de controles fisiátricos?		
08	<u>Si le dieron alta permanente al paciente:</u> el médico le brindo orientación para la continuidad de la evolución del paciente y los tratamiento a seguir?		
09	La relación que tiene con Ud. el Trabajador(a) Social es adecuada y respetuosa?		
10	El Trabajador(a) Social le asesoró y orientó para la obtención de recursos y nuevos requerimientos prescriptos?		

Otras observaciones: _____

Procedimiento: Esta encuesta se administrará a cada familiar/paciente una vez por semestre cuando venga a control fisiátrico y durante dure su tratamiento externo, se guardará en la "Caja Archivo" correspondiente. El total de encuestas similares se analizarán produciendo el informe estadístico correspondiente, al final de Junio de cada año (las administradas en el primer semestre) y al final de Diciembre de cada año (las administradas en el segundo semestre).

ENCUESTA DE OPINIÓN	Proceso 4: Tratamiento Interno Evaluación y Tratamiento Interdisciplinario
----------------------------	---

Consigna: con el fin de conocer su opinión sobre la atención que recibe en este centro/servicio de rehabilitación, le solicitamos por favor responda **anónimamente** este cuestionario, marcando con una "X" el casillero (NO o SI) que corresponda. GRACIAS.

Quien responde la encuesta es:

<input type="checkbox"/> Paciente (si es mayor a 18 años)	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Otro
---	-----------------------------------	-------------------------------

Edad de quien responde la encuesta es:

<input type="checkbox"/> Menor a 20 años	<input type="checkbox"/> Entre 20 y 39 años	<input type="checkbox"/> Entre 40 y 59 años	<input type="checkbox"/> 60 o más años
--	---	---	--

PREGUNTAS:		NO	SI
01	El personal administrativo que lo atendió, contesto sus preguntas y le aclaró sus dudas?:		
02	El personal administrativo le entregó por escrito el turno acordado con el nombre de cada profesional que lo atenderá según Plan de Rehabilitación?:		
03	Considera que el personal administrativo que los atendió fue respetuoso?:		
04	Con el Psicólogo(a)	La relación que tiene el psicólogo(a) con el paciente es buena?	
05		Considera que lo que trabaja con el psicólogo(a) mejora la salud del paciente?	
06		La(s) orientación/indicaciones que brinda el psicólogo(a) al paciente/familiar son claras	
07		<u>En caso de Alta Transitoria/Permanente</u> , el psicólogo(a) brindo orientación sobre como estimular la evolución del paciente y le brindó un plan de controles post alta?	
08	Con el Kinesiólogo(a)	La relación que tiene el kinesiólogo(a) con el paciente es buena?	
09		Considera que lo que trabaja con el kinesiólogo(a) mejora la salud del paciente?	
10		La(s) orientación/indicaciones que brinda el kinesiólogo(a) al paciente/familiar son claras	
11		<u>En caso de Alta Transitoria/Permanente</u> , el kinesiólogo(a) brindo orientación sobre como estimular la evolución del paciente y le brindó un plan de controles post alta?	

PREGUNTAS:			NO	SI
12	Con el Fonoaudiólogo(a)	La relación que tiene el paciente con el fonoaudiólogo(a) es buena?		
13		Considera que lo que trabaja con el fonoaudiólogo(a) mejora su salud?		
14		La(s) orientación/indicaciones que brinda el fonoaudiólogo(a) al paciente/familiar son claras		
15		<u>En caso de Alta Transitoria/Permanente</u> , el fonoaudiólogo(a) brindo orientación sobre como estimular la evolución del paciente y le brindó un plan de controles post alta?		
16	Con el Terapeuta Ocupacional	La relación que tiene el paciente con el terapeuta ocupacional es buena?		
17		Considera que lo que trabaja con el terapeuta ocupacional mejora su salud?		
18		La(s) orientación/indicaciones que brinda el terapeuta ocupacional al paciente/familiar son claras		
19		<u>En caso de Alta Transitoria/Permanente</u> , el terapeuta ocupacional brindo orientación sobre como estimular la evolución del paciente y le brindó un plan de controles post alta?		
20	Con el Psicopedagogo(a)	La relación que tiene el paciente con el psicopedagogo(a) es buena?		
21		Considera que lo que trabaja con el psicopedagogo(a) mejora su salud?		
22		La(s) orientación/indicaciones que brinda el psicopedagogo(a) al paciente/familiar son claras		
23		<u>En caso de Alta Transitoria/Permanente</u> , el psicopedagogo(a) brindo orientación sobre como estimular la evolución del paciente y le brindó un plan de controles post alta?		
24	Con el Psicomotricista	La relación que tiene el paciente con el psicomotricista es buena?		
25		Considera que lo que trabaja con el psicomotricista mejora su salud?		
26		La(s) orientación/indicaciones que brinda el psicomotricista al paciente/familiar son claras		
27		<u>En caso de Alta Transitoria/Permanente</u> , el psicomotricista brindo orientación sobre como estimular la evolución del paciente y le brindó un plan de controles post alta?		
28	Con el Enfermero(a)	La relación que tiene el paciente con el enfermero(a) es buena?		
29		Considera que lo que trabaja con el enfermero(a) mejora su salud?		
30		<u>En caso de Alta Permanente</u> , el enfermero(a) brindo orientación sobre como continuar el trabajo con el paciente?		

PREGUNTAS:			NO	SI
31	Con el Médico(a) Fisiatra	La relación que tiene el paciente con el médico fisiatra es buena?		
32		Considera que lo que trabaja/controla el médico fisiatra en el paciente mejora su salud?		
33		La(s) orientación/indicaciones que brinda el médico fisiatra al paciente/familiar son claras		
34		<u>En caso de Alta Transitoria/Permanente</u> , el médico fisiatra brindo orientación sobre como estimular la evolución del paciente y le brindó un plan de controles post alta?		
35	Con el Trabajador(a) Social	La relación que tiene con Ud. el trabajador(a) social es adecuada y respetuosa?		
36		El trabajador(a) social le asesoró y orientó para la obtención de recursos y/ requerimientos prescriptos?		
37		El Trabajador(a) Social se ofreció para realizar el acompañamiento durante el tratamiento de rehabilitación?		

Otras observaciones: _____

Procedimiento: Esta encuesta se administrará a cada familiar/paciente cada seis meses, a fines de Junio y a fines de Diciembre de cada año durante se encuentre en proceso de rehabilitación, se guardará en la "Caja Archivo" correspondiente. El total de encuestas se analizarán produciendo el informe estadístico correspondiente al final de administrarlas a todos los pacientes/familiares, a fines de Junio y a fines de Diciembre de cada año.

ANEXO 7: REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Anexo 6: Registros fotográficos de distintos encuentros de capacitación



