2. ORGANIZACION

- Conjunto de actividades para lograr un objetivo
- Etapa de programación del proceso administrativo
- Supone:
  - Determinar actividades y asignarlas
  - Delegar autoridad
  - Prever acciones de coordinación, mando e información
- Preparar la acción
- Relacionar un grupo de personas, en forma conciente racional y coordinada

Principios de Organización

1. División del trabajo:
   - Clasificar tareas
   - Definir puestos
   - Favorecer la especialización
2. Racionalidad Económica:
   - Eficacia o efectividad (impacto potencial)
   - Eficiencia (impacto – costo)
   - Adecuación

Principios de Organización

3. Correspondencia necesaria:
   - Autoridad: formal, profesional y situacional
   - Responsabilidad: impuesta, voluntaria, innata, adquirida
   - Delegación: conferir responsabilidad
4. Unidad de Mando:
   - No mas de una dependencia directa para cada cosa
5. Continuidad de Mando:
   - Líneas claras de autoridad

Fases de la Organización

1. Estructurar:

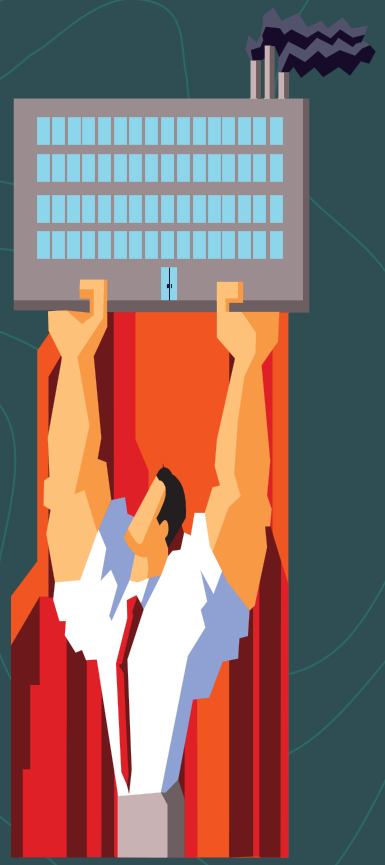
- Organigrama
- Relaciones de personal de línea y de asesoramiento
- Información:
  - Recopilación de datos
  - Procesamiento de Datos
  - Comparación y decisión

2. Instalar:

- RRHH, materiales

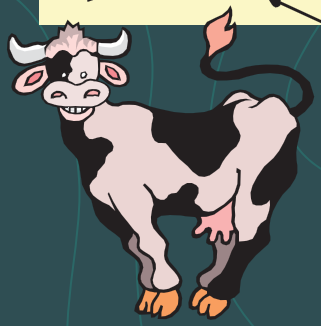
3. Sistematizar:

- Organigrama, curso grama o fluxograma



3. Dirección
Condicionantes

Dirección – Estilos de Liderazgo



- Estilo AUTOCRATICO
- Estilo DEMOCRATICO
- Estilo DEJAR HACER (laissez faire)
- Líder Situacional

4. CONTROL

- ¿Que es?: proceso de verificación y comprobación de lo planificado Vs. Lo ejecutado
- ¿Por qué?: Conocer relación entre lo pensado y lo efectuado
- ¿Quién?: Todo gerente y/o administrador
- ¿Cuándo?: En todo momento
- ¿Dónde?: Lugar de trabajo
- ¿Cómo?: Por medio de Información Obtenida y comparación con normas y/o estándares

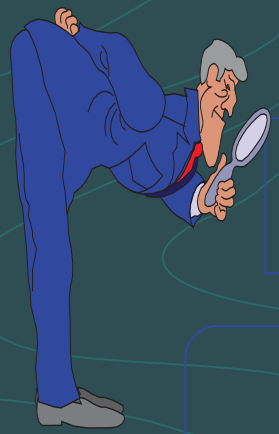
- MONITOREO: Medición rutinaria para el seguimiento de la ejecución de una intervención que está en progreso
- VIGILANCIA: Medición sistemática de la situación de un problema de salud, con el fin de poder determinar que factores pueden requerir una intervención

- SUPERVISIÓN: Actividad sistemática y periódica, que permite mediante la aplicación de instrumentos de medición, la verificación del cumplimiento de actividades y normas o protocolos de intervención, en el lugar de trabajo.
- EVALUACIÓN: Proceso mediante el cual se intenta determinar el impacto de una intervención, de acuerdo con los objetivos propuestos

Sistemas para la Gestión Pública

1. Para planificar programar y organizar actividades:

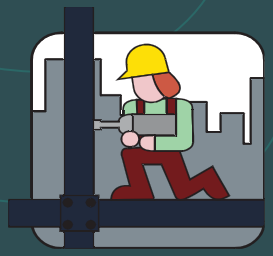
- SISPLAN
  Planificación
- SNIP
  Programación de Inversiones
- SPO
  Programación de Operaciones
- SOA
  Organización Administrativa
- SP
  Presupuesto



3. Para controlar la gestión del sector público:

- SCG
  Control Gubernamental

2. Para ejecutar actividades programadas:



- SAP
  Administración de Personal
- SABS
  Administración de Bienes y Servicios
- STE y SCP
  Tesorería y Crédito Público
- SCI
  Contabilidad Integrada

LEY 1178
SAFCO

La Gerencia de Red

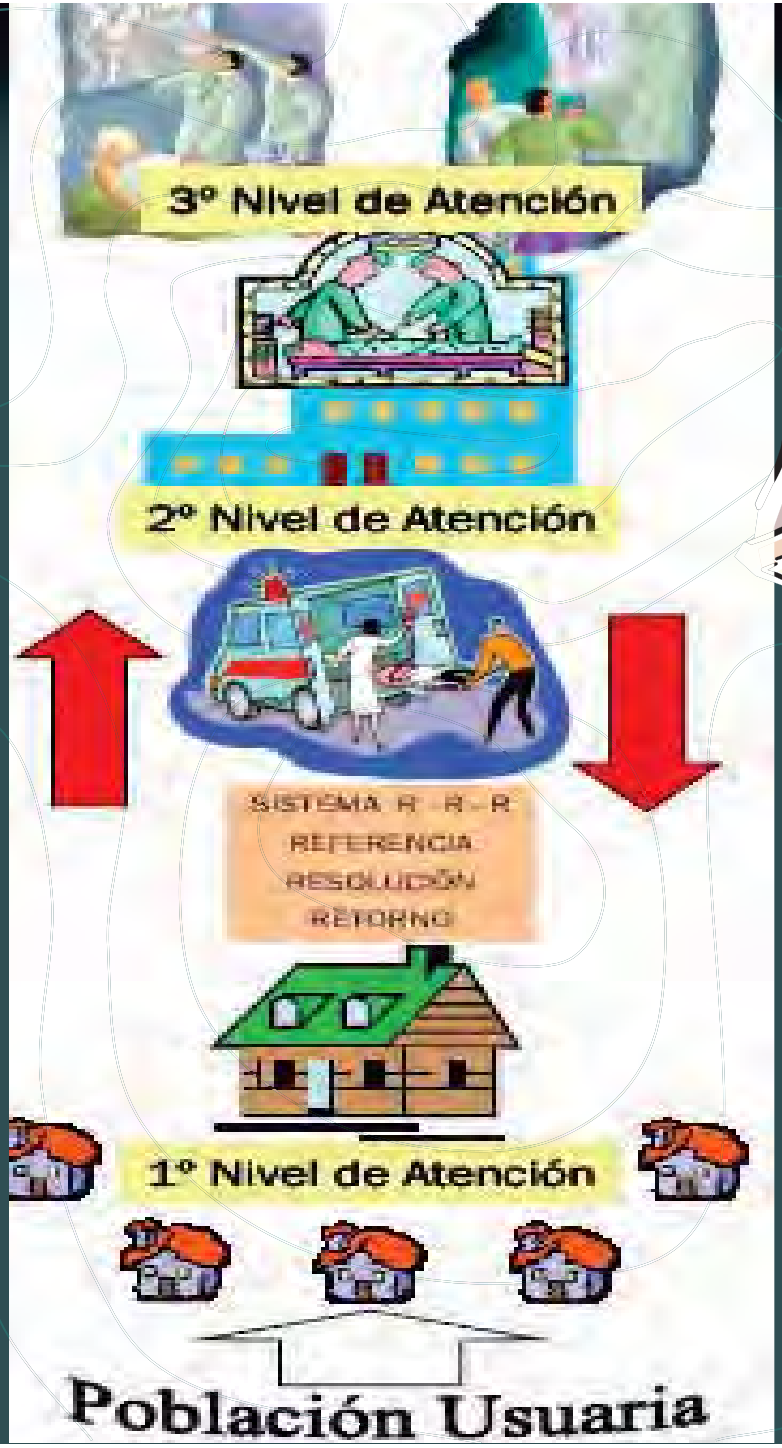
Dr. Daniel Illanes Velarde

Equipo de la Gerencia de Red

- Gerente de Red (Profesional en Salud)
- Epidemiólogo(a)
- Secretaria
- Chofer
- Responsable de Logística

Funciones de la Gerencia de Red

- Organización de la Red de Servicios
- Acompañamiento de las actividades de la Red de Servicios (Monitoreo, Vigilancia, Supervisión y Evaluación)
- Gestión de Recursos de la Red (Infraestructura, Equipamiento, Medicamentos e insumos, RRHH, Recursos Financieros)
- Capacitación del RRHH
- Gestión Clínica
- Gestión de calidad en salud
- Operativización de Programas Nacionales de Salud
- Compromisos de Gestión
- Planificación local en salud


3º Nivel de Atención
2º Nivel de Atención
SISTEMA R - R - R
REFERENCIA
RESOLUCIÓN
RETORNO
1º Nivel de Atención
Población Usuaria

Gerente de Red
Red de servicios de salud

Comité de Análisis de Información

Los objetivos del CAI INSTITUCIONAL:

- Presentar y analizar indicadores epidemiológicos y de gestión seleccionados en el nivel local
- Establecer prioridades locales
- Proponer acciones o definir estrategias
- Evaluar intervenciones desarrolladas en la red de servicios de salud
- Compartir experiencias locales positivas
- Desarrollar acciones de capacitación del personal de salud en temas muy concretos
- Socializar información en la red de Servicios

Comité de Análisis de Información

Los objetivos del **CAI COMUNITARIO**:

- Presentar información epidemiológica y de gestión adecuada y comprensible para los participantes
- Identificar prioridades locales en salud
- Proponer acciones o definir estrategias que precisen de la participación de la comunidad
- Generar convenios y compromisos entre el sector salud y la comunidad
- Información y Sensibilización de los representantes legítimos de la comunidad
- Promover acciones intersectoriales

Comité de Análisis de Información

Participantes

CAI INSTITUCIONAL:

- Personal operativo de salud
- Equipo de Gerencia de Red
- Técnicos del MSD o SEDES

CAI COMUNITARIO:

- Autoridades municipales y miembros del DILOS
- Gerencia de Red
- Representantes de la comunidad

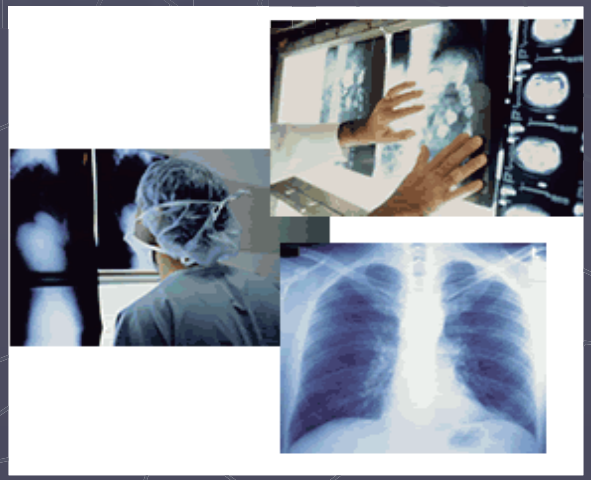
Calidad asistencial: conceptos, dimensiones y desarrollo operativo

Dr. Daniel Illanes Velarde

- Prestar una buena calidad asistencial consiste en conseguir hacer bien lo que se debe hacer en cada caso, en cada proceso que es atendido, hacerlo con el menor coste posible y de forma que queden satisfechos quienes reciben esa asistencia.

¿Qué es calidad?

- Hacer lo correcto, en forma correcta
- A tiempo, todo el tiempo
- Desde la primera vez
- Mejorando siempre
- Innovando siempre y
- Satisfaciendo a nuestros USUARIOS

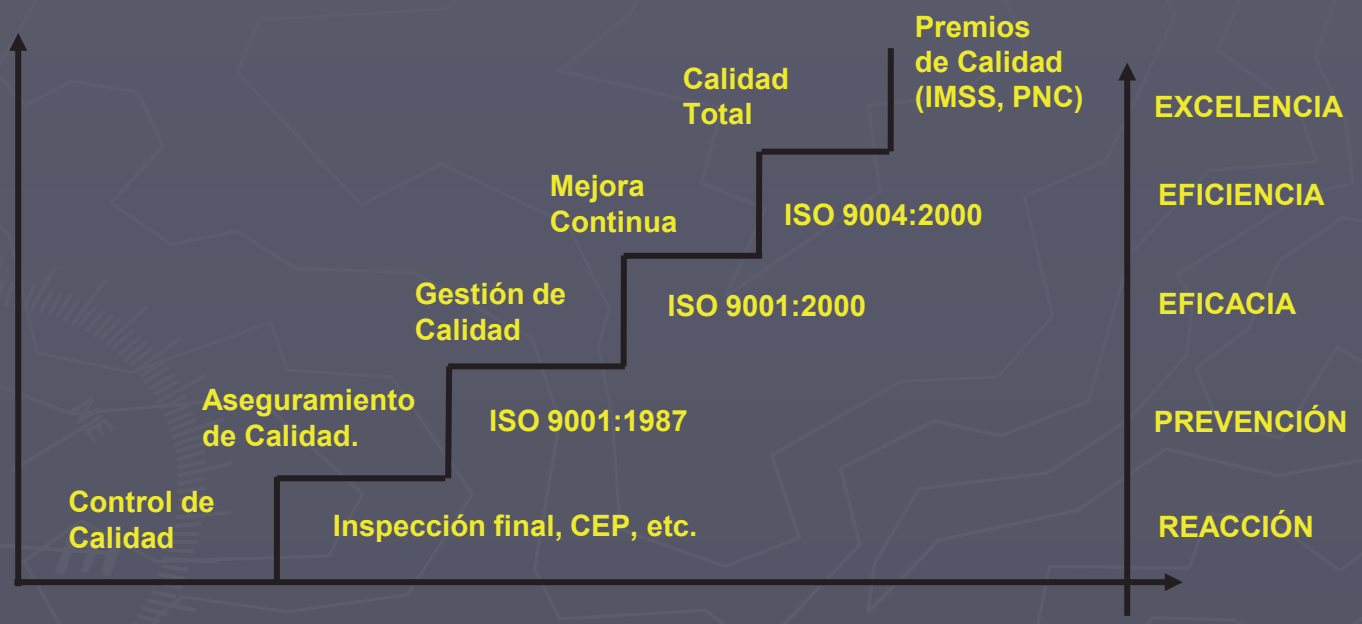


- Existen tres dimensiones:
- La **calidad científico-técnica**
  - Formación profesional
  - Capacidad resolutiva
  - Capacitación Continua
  - Escalafón profesional
  - Evaluación de desempeño
  - Recertificación

- La **calidad relacional** la capacidad del personal de salud para comunicarse con quienes reciben estos servicios, para ser tratados con empatía, tacto, sensibilidad y honestidad.

- La **calidad de la organización interna** del establecimiento:
  - La manera en que la institución brinda las condiciones y recursos, siguiendo los modelos de gestión que le permitan desarrollar los otros dos componentes.
- Comités técnicos
- Organización de la Calidad

EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD



Componentes del Sistema

PLANIFICACION DE LA CALIDAD

- Políticas de calidad
- Planes estratégicos y operativos con enfoque de calidad (acciones concretas)

CONTROL DE LA CALIDAD

Dirección Ejecutiva

Unidades de Calidad

Seguimiento del POA

Usuarios satisfechos y saludables

- Estandarización
- Auto evaluación
- Acreditación
- Auditoría Médica
- Evaluación de Tecnología

GARANTIA DE CALIDAD

Monitoreo de la Calidad

Información al usuario

Equipos de Mejora Continua.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

Ciclo PDCA – Mejoramiento Continuo de la Calidad

- Incluye las cuatro fases obligadas en la mejora de la calidad:
  - Fase de planificación: tener definido hacia dónde vamos (Plan).
  - Fase de implantación: hacer aquello que hemos planificado (DO).
  - Fase de evaluación o chequeo: comprobar si lo hemos conseguido (Check).
  - Actuar de nuevo: implantar las medidas de mejora o acciones correctoras (Act).

Evaluación de la calidad en servicios hospitalarios

1912. American College of Surgerons (ACS)

- A iniciativa del Dr. Codman, Massachusets General Hospital, que perdió su trabajo por intentar que en la atención de todos los pacientes se exigiera el cumplimiento de una serie de estándares mínimos.
- Estándares mínimos asumidos por la ACS consistían en cinco reglas que dieron lugar al llamado «Programa de estandarización de los hospitales»:
  - calificación del personal, calidad de la documentación clínica, uso de la documentación clínica, tratamiento que recibía el enfermo, revisión de la asistencia por colegas (*peer review*).

Como medir la calidad?...

- Avedis Donabedian:
  - Componente Estructural: Estructura física, medios, RRHH, organización interna y normas de funcionamiento.
  - Proceso Asistencial: Asistencia de los pacientes, documentación clínica.
  - Resultados Obtenidos: Individual y General, Estadísticas, encuestas, auditorias.

Como medir la calidad?...

- Barquim:
  - La estructura: Planta física, equipo, RRHH, finanzas
  - El contenido:Expediente clínico, hospitalización y consulta externa, urgencias, unidades, auditajes, enfermería
  - El proceso: Flujos, Rutas críticas (PERT), ocio
  - El resultado: Tasas (mortalidad, incapacidad, rehabilitación, satisfacción, mala praxis, complicaciones, readaptación)
  - El efecto: Adecuación, accesibilidad, disponibilidad, amplitud poblacional.

Indicadores de Calidad de Atención Médica

- ESTRUCTURA:
  - Organización funcional (Manual de funciones y procedimientos)
  - Organización estructural (Organigrama)
  - Recursos Humanos (Administrativos y asistenciales)
    - Cantidad y Calidad
  - Recursos Físicos
    - Planta, dotación, insumos, equipos e instrumental
  - Recursos financieros
    - Funcionamiento e inversión
  - Sistema de Información

Indicadores de Calidad de Atención Médica

- PROCESOS:
  - Prestación de Servicios:
    - Recursos humanos
    - Recursos físicos
    - Recursos económicos
  - Recepción de Servicios:
    - Actividades intermedias
    - Actividades finales
  - Costos:
    - Productividad
    - Rendimiento

Indicadores de Calidad de Atención Médica

- RESULTADOS:
  - Actividades Intermedias:
    - Laboratorio clínico, Imagenología, Endoscopias, Electromedicina, Anatomía patológica, Otros exámenes
  - Actividades finales:
    - Consultas realizadas, Cirugías ambulatorias, Egresos hospitalarios, Urgencias atendidas, Cobertura, Concentración, Costo beneficio, Costo por actividades intermedias y finales.

¿Que evaluar en Estructura?

- Recursos Humanos
- Instalaciones físicas
- Equipamiento
- Insumos
- Expediente clínico
- Atención y quejas
- Comités
- Organización y métodos
- Gobierno

Indicadores de Estructura. Bolivia INASES

- **Organización.**
  - Organigrama.
  - Área de reclamos y derechos del paciente.
- **Recursos Humanos.**
- Categoría del personal.
- Tipos de contrato.
- Carga Horario
- Turno.
- Capacitación del personal.
- Temas de capacitación.

•Relación Nª de camas por 1000 asegurados.
•Relación de médicos por 1.000 asegurados.
•Relación de Lic. en enfermería por médicos.
•Relación de Aux. de enfermería por médicos
•**Infraestructura**
•Consultorios: Turnos. Estado
•**Equipamiento.**
•**Recursos económicos.**

Acreditación de Servicios de Salud

Dr. Daniel Illanes Velarde

2017

Conceptos básicos

- **Acreditación:**
  - *Es el procedimiento de **evaluación** de los **recursos institucionales**, **voluntario**, **periódico** y **reservado**, que **tiende a garantizar la calidad de atención** a través de **estándares previamente aceptados.***
  - *Un establecimiento asistencial **"acredita" o es "acreditado"** cuando el **ordenamiento y organización** de sus **recursos y actividades** conforman un **proceso** cuyo resultado final busca una **atención médica asistencial de calidad.***

- El proceso de la acreditación consiste en ***someter a una evaluación a la entidad solicitante***, de acuerdo a requisitos de la normativa internacional, luego de la cual se deja constancia por escrito de la cobertura de servicios para la cual está acreditada la entidad y lapso de tiempo de validez de esta autorización. (IBNORCA)

Conceptos básicos

- ***Habilitación:***
  - *Es un **procedimiento de la autoridad sanitaria** jurisdiccional o quien ella delegue.*
  - *Se efectúa habitualmente por una vez, previo a la puesta en funcionamiento del efecto y define las **condiciones mínimas** estructurales que deben poseer "dichos establecimientos".*

Conceptos básicos

- **Categorización**:
  - *Es la tabla o **clasificación** de los **efectos ambulatorios y de internación** de acuerdo con el criterio que se adopte (complejidad, riesgos de atención u otros) que **permite definir niveles de atención**, según complejidad y permitiendo configurar una red de servicios en los Sistema Locales de Salud (SILOS)*

Programas de Acreditación

- La participación voluntaria,
- La no dependencia del Estado,
- La participación de los prestadores en su desarrollo y financiación,
- Estándares multidisciplinarios,
- Autoevaluación preparatoria,
- Evaluación por grupos de expertos,
- “Devolución" formal y red de apoyos (sobre las conclusiones) para los participantes, y
- Seguimiento sistemático.

Fin de la acreditación

- Mejoramiento de prestación de servicios
- Satisfacción de los Usuarios

La Ruta Crítica de la Acreditación

- Se entiende como **todo el proceso** que una institución de salud experimenta, desde el momento de tomar la decisión de solicitar la evaluación para la acreditación, hasta la decisión final de la acreditación y su seguimiento.
- **El punto de partida del proceso es la evaluación interna**, que se convierte en un instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, eficacia, eficiencia, economía, legalidad y mejoras de los sistemas de la institución.

AUTOEVALUACIÓN

INFORME DE LA AUTOEVALUACIÓN

SOLICITUD DE LA ACREDITACION

PREPARACION DE LA EVALUACION

EVALUACIÓN EXTERNA

INFORME DE EVALUACIÓN DE LOS ESTANDARES

DECISIÓN DE LA ACREDITACION

NOTIFICACION Y/O APELACION

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN

La Autoevaluación

- La autoevaluación es un proceso interno que se lleva a cabo en la misma Institución. Es una reflexión participativa y en profundidad sobre la realidad de la institución en relación con la calidad.
- En ella pueden distinguirse como fases:
  - La recolección de información, la reflexión / valoración de esa información y, finalmente, la elaboración del informe de auto evaluación donde se exponen y discuten los hallazgos, conclusiones y propuestas de mejora.

Fases del Proceso

- **Fase de Información y Sensibilización**; como eje transversal
- Fase de **asignación de responsables** del proceso; para la planificación y conducción
- Fase de **Planificación y organización**
  - Unidad de Evaluación y Gestión de Calidad
  - Comisiones de Evaluación
- Fase de **elaboración del diseño del modelo**
- Fase de **Ejecución del modelo**
- **Productos** de la Autoevaluación
  - Informe Técnico
  - Plan de Mejoramiento

La calidad en Bolivia

- La promoción de la calidad en Bolivia, está a cargo del **Sistema Boliviano de Normalización, Metrología, Acreditación y Certificación- Sistema NMAC,** instituido por el Decreto Supremo 24498 de 17 de febrero de 1997.
- El **Sistema NMAC** tiene como entidades operativas,
  - Al Instituto Boliviano de Normalización y Calidad – IBNORCA;
  - Al Organismo Boliviano de Acreditación – OBA
  - Al Instituto Boliviano de Metrología –IBMETRO

Certificación de Sistemas

- Sistemas de Gestión de la Calidad **ISO 9000** se refieren a la forma de llevar a cabo la Gestión de la Calidad y montar los correspondientes Sistemas de Calidad y Mejora Continua en una organización.
- La norma **ISO 9001:2000** enfatiza la importancia de identificar, implementar, gestionar y mejorar continuamente la eficacia de los procesos
- La Norma **ISO 9004** persigue la mejora de la organización en si misma y la búsqueda de la excelencia.
- Sistema de Gestión Medio Ambiente **ISO 14000**
- La Norma **OHSAS 18001** es una herramienta reconocida en Seguridad y Salud Ocupacional.

MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

MANUAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico Normativos

LA PAZ - BOLIVIA
2008

PUBLICACION 57

MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

GUÍA DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico Normativos

LA PAZ - BOLIVIA
2008

PUBLICACION 60

5. ACREDITACIÓN

5.1 DEFINICIÓN

La Acreditación es el resultado de un proceso de evaluación continuo, dinámico, obligatorio y confidencial, que en base a estándares establecidos evalúa estructura, procesos y resultados de la atención a los pacientes y de la gestión de los establecimientos de salud, con el fin de promover la calidad en la oferta de servicios en condiciones de confiabilidad. Al mismo tiempo, determina la situación real del establecimiento, proponiendo medidas de corrección y ajuste a toda situación que así lo requiera, orientados al mejoramiento progresivo y sostenido de la calidad para satisfacer de la mejor manera las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

5.2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer un sistema de evaluación y acreditación que contribuya a la mejora continúa y sostenida de la calidad de atención de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

5.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer estándares mínimos obligatorios como instrumentos y parámetros de evaluación y acreditación.
- Establecer la autoevaluación periódica y sistemática que involucre a todo el personal del establecimiento de salud.
- Identificar necesidades para mejorar progresivamente la calidad de atención e imagen institucional, a través del proceso de acreditación.

6.1.2. COMITE DEPARTAMENTAL DE ACREDITACIÓN

El Comité Departamental de Acreditación es la instancia de coordinación interinstitucional conformada por representantes del Servicio Departamental de Salud, INASES, Sector Privado (estos tres con formación en Acreditación de Servicios de Salud), Gobierno Municipal, Colegios Profesionales del área de salud, Organización Social en Salud del nivel Departamental, cuyas atribuciones son:

- Planificar las acciones logísticas y operativas necesarias a fin de cumplir con los objetivos de acreditación
- Elaborar el cronograma de visita a los establecimientos para el cumplimiento del proceso de evaluación-acreditación
- Coordinar la conformación y gestión de los Equipos técnicos de Evaluación.
- Elaborar el Dictamen de Acreditación, para su aprobación por la Comisión Nacional de Acreditación.
- Organizar el seguimiento de la ejecución del plan de mejora continua de la calidad de los establecimientos evaluados.
- Capacitar a los Gestores de calidad de los Establecimientos de Salud.

7.1. REQUISITOS BASICOS

Los requisitos básicos son las condiciones mínimas referidas a accesibilidad, infraestructura y servicios básicos que deben estar presentes en forma obligatoria antes de iniciar un proceso de acreditación; su ausencia implica la imposibilidad de ingresar a dicho proceso; estas condiciones serán verificadas en el proceso de autoevaluación.

Estos requisitos básicos están referidos a:

- El establecimiento debe tener por lo menos un año de funcionamiento continuado.
- Señalización externa e interna
- La infraestructura del establecimiento debe estar en buenas condiciones de presentación: paredes pintadas y limpias, no descascaradas o con revoque deteriorado, sin humedad ni goteras.
- Superficies lisas en áreas de circulación restringida.
- Ausencia de polvo, basura, animales domésticos y vectores
- Ausencia de escombros, muebles y equipos dados de baja en dependencias y terrenos aledaños al establecimiento.
- Disponibilidad de servicios básicos (energía eléctrica, agua potable y medio de comunicación).
- En establecimientos de Segundo y Tercer nivel de atención, tanques de reserva de agua y motor para restablecer la energía eléctrica en caso de corte de servicios.
- Personal con identificación, uniforme pulcro y limpio.
- Instalaciones para circulación vertical de camillas y sillas de rueda (rampas, ascensores) en establecimientos de más de una planta.

Dictamen de Acreditación

ESTABLECIMIENTO ACREDITADO: Cuando cumple todos los estándares obligatorios.

ESTABLECIMIENTO ACREDITADO CON EXCELENCIA: Cuando el establecimiento cumple con todos los estándares obligatorios y los opcionales.

ESTABLECIMIENTO ACREDITADO CONDICIONADO: Cuando cumple entre el 75% y 99% de los parámetros de evaluación obligatorios. El establecimiento deberá elaborar y cumplir en un plazo determinado con un plan de mejora para el cumplimiento de los estándares obligatorios.

ESTABLECIMIENTO NO ACREDITADO: Cuando cumple menos del 75% de los parámetros de evaluación obligatorios. El establecimiento deberá elaborar y cumplir en un plazo determinado con un plan de mejora para el cumplimiento de los estándares obligatorios.

El Comité Departamental de Acreditación, en base al informe presentado por el Equipo Técnico Evaluador emitirá el Dictamen de Acreditación para su aprobación por la Comisión Nacional de Acreditación.

La acreditación se otorgará por tres (3) años, al cabo de los cuales deberá ser renovada, a través de un nuevo proceso de Acreditación.

La facultad de dar a conocer oficial y públicamente el resultado de la evaluación, quedará exclusivamente a cargo de la Comisión Nacional de Acreditación.

Estándares centrados en la atención del paciente:

1. Accesibilidad y continuidad de la atención (ACA)
2. Evaluación del paciente (atención inicial) (EDP)
3. Atención al paciente (AAP)
4. Derechos del paciente y su familia (DPF)
5. Educación y comunicación al paciente y su familia (EPF)

Estándares de gestión del establecimiento de salud:

1. Gobierno, liderazgo y dirección del establecimiento(GLD)
2. Formación y calificación del personal (FCP)
3. Gestión y mejora de la calidad (GMC)
4. Sistema de vigilancia epidemiológica en establecimientos de salud:

a. Prevención y control de las infecciones relacionadas con establecimiento de salud (CIES)
b. Manejo de residuos generados en establecimientos de salud (MRES)
c. Bioseguridad e higiene laboral (BIOS)
d. Gestión de la información (GIN)

5. Gestión y seguridad de las instalaciones (GSI)

ACA1. El establecimiento tiene un proceso de admisión de pacientes.(OBLIGATORIO)

Parámetros de evaluación	Medios de verificación	SI	NO	Observaciones
1. Para estandarizar el proceso de admisión se utilizan normas y procedimientos	Verificar existencia de: •·Manual de organización y funciones •·Manual de procesos, Operaciones y procedimientos •·Reglamento de vigencia de Derechos en la Seguridad Social •·Reglamento de admisión de los seguros públicos vigentes			
2. El personal conoce y sigue las normas y los procedimientos	•·Entrevista al personal del área de admisión			
3. La admisión urgente de pacientes se regula a través de normas y procedimientos	•Verificar en: •·Manual de organización y funciones •·Manual de Procesos, Operaciones y procedimientos			
4. La observación de pacientes se regula a través de normas y protocolos	•·Verificar existencia de Normas y Protocolos de atención			
5. Cuando no hay espacio disponible en el servicio o unidad, la gestión de los pacientes se regula a través de las normas y los procedimientos establecidos.	•Verificar existencia de: •·Manual de procesos, Operaciones y procedimientos •·Formulario de referencia			

NO.	ESTÁNDAR	NIVEL II		
	ALTA, REFERENCIA Y SEGUIMIENTO			
15	En el reglamento de manejo del expediente clínico existe un procedimiento para dar el alta o referir pacientes.	OBLIGATORIO		
16	El establecimiento coordina con otros profesionales y otros establecimientos de salud para garantizar referencia oportuna y adecuada o la necesidad de otro tipo de apoyo posterior al alta.	OBLIGATORIO		
17	.los pacientes y su familia reciben instrucciones de seguimiento comprensibles en el momento de la referencia o del alta.	OBLIGATORIO		
18	Los expedientes clínicos de los pacientes incluyen una copia del informe del alta (epicrisis), resumen de egreso (nota de alta) o la nota de alta solicitada.	OBLIGATORIO		
19	Existe un procedimiento de referencia de pacientes a otros establecimientos de salud para atender las necesidades de continuidad de la atención.	OBLIGATORIO		
20	El establecimiento de origen se asegura que el establecimiento de destino puede atender las necesidades de atención del paciente a referir y firma acuerdos o convenios de manera formal para garantizar la continuidad de atención.	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL
21	El establecimiento de destino recibe un informe por escrito del estado clínico del paciente y de las intervenciones realizadas por el establecimiento de origen.	OBLIGATORIO		
22	Durante el traslado, un médico supervisa el estado del paciente.	OBLIGATORIO		
23	El proceso de traslado se documenta en el expediente clínico del paciente.	OBLIGATORIO		
24	El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte de éste.	OPCIONAL	OPCIONAL	

AUDITORIA MEDICA

Dr. Daniel Illanes Velarde

Normas de atención
Normas técnico científicas.
Normas Administrativas

Sistema de Calidad

AUDITORIA MEDICA ESTA ENCARGADA DE FACILITAR EL **PROCESO DE COMPARACION** ENTRE LA CALIDAD OBSERVADA – DESEMPEÑO Y RESULTADOS Y LA CALIDAD DESEADA – NORMAS Y OBJETIVOS

AUDITORIA MEDICA ES UN INSTRUMENTO DE LA CALIDAD

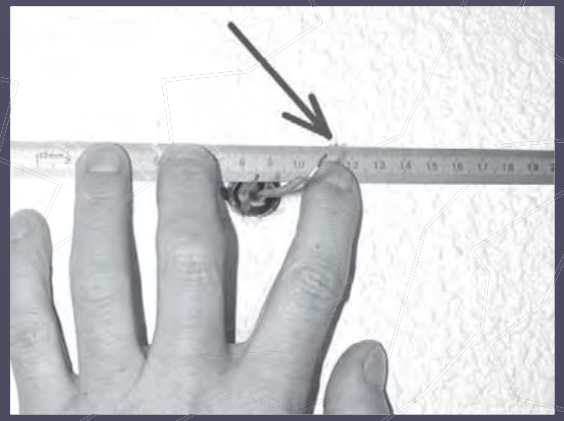
PREVENTIVA.
CORRECTIVA.
PEDAGOGICA.

Auditoria médica

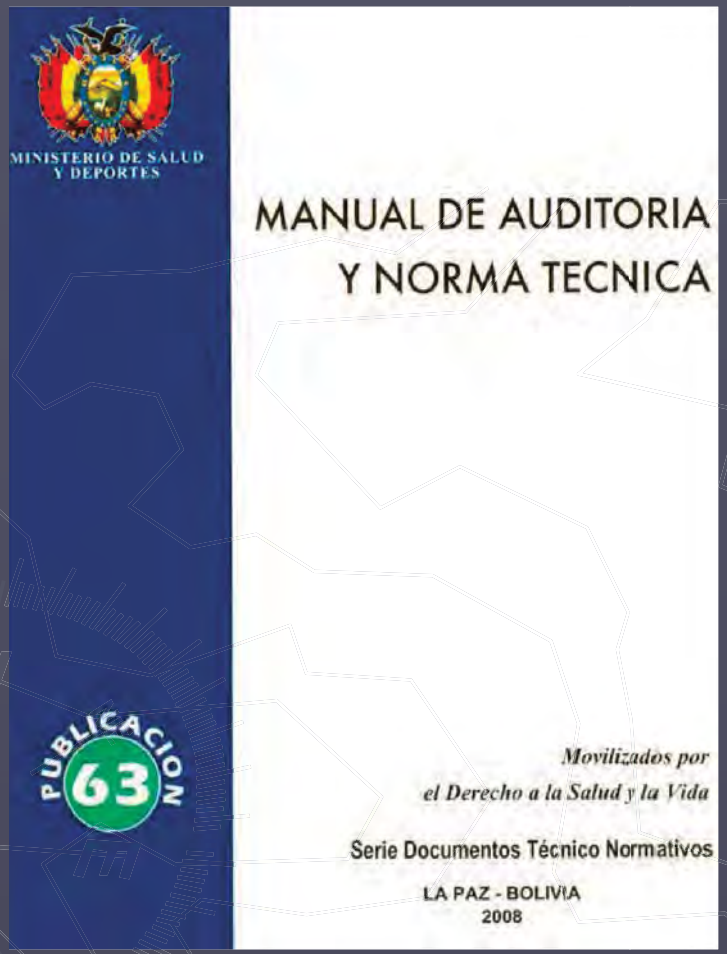
historia clínica

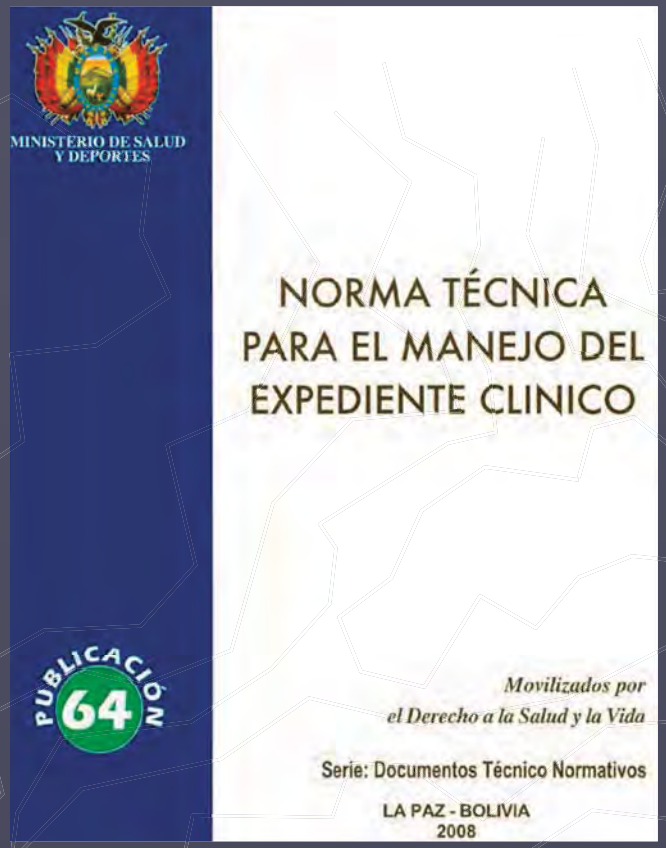
La HISTORIA CLINICA es el documento:

TECNICO
CIENTIFICO
LEGAL
ADMINISTRATIVO



- Eficiencia
- Eficacia
- Efectividad
- Pertinencia Lógico Científica.
- Impacto de Procedimientos

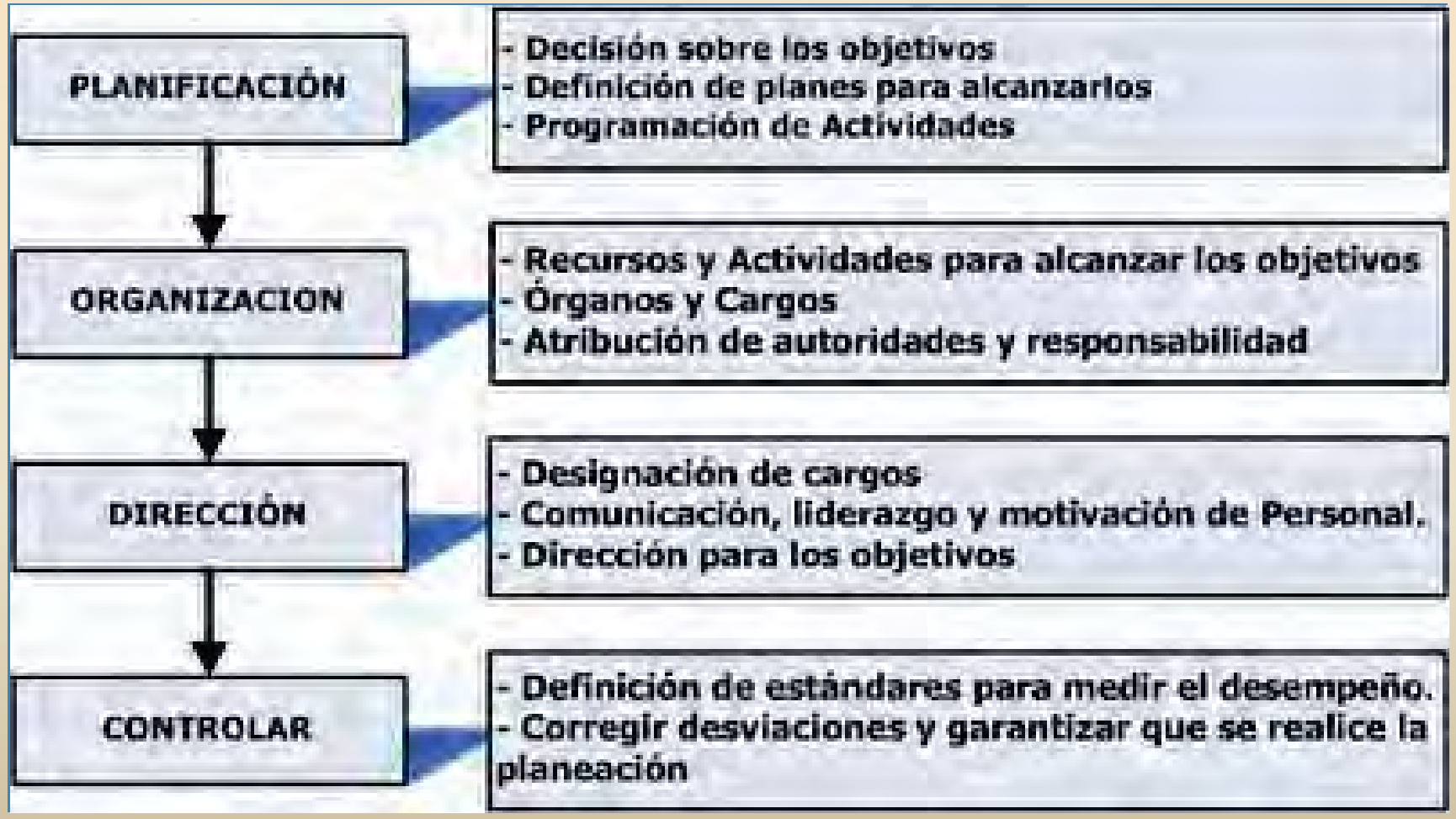

MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES
MANUAL DE AUDITORIA
Y NORMA TECNICA
PUBLICACION
63
Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida
Serie Documentos Técnico Normativos
LA PAZ - BOLIVIA
2008


MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES
NORMA TÉCNICA
PARA EL MANEJO DEL
EXPEDIENTE CLINICO
PUBLICACIÓN
64
Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida
Serie: Documentos Técnico Normativos
LA PAZ - BOLIVIA
2008

PLANIFICACION ESTRATEGICA

Dr. José Pedro Ribera

PROCESO ADMINISTRATIVO



PORQUÉ PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

- Usuarios cada vez más informados
- Competencia profesional
- Limitación de recursos para producción
- Tamaño y complejidad de las organizaciones
- Orientación del servicio al usuario

Partes del Proceso de la Planificación

1. **FINES** = Diseñar los procedimientos para tomar Decisiones.
2. **REALIZACIÓN**= Especificar metas y objetivos
3. **MEDIOS** = Elegir políticas, programas, procedimientos y prácticas para alcanzar los objetivos
4. **RECURSOS**= Determinar los tipos y cantidades de Recursos necesarios para alcanzar los objetivos.
5. **CONTROL**= Diseñar un proceso para prever y detectar los errores o fallas del plan

Niveles de la planificación

Tipo de planificación	Para qué sirve?	Qué se obtiene?
Estratégica	Exige a la organización precisar lo que quiere ser y hacer	Visión, Misión, Análisis FODA y objetivos estratégicos
Programática	Establece las tácticas de cómo se obtendrán los objetivos estratégicos	Estrategias, tácticas, resultados e indicadores de impacto
Operativa	Establece las actividades que se deben alcanzar en el corto plazo.	Actividades, tareas, responsables, costos, metas y cronograma

Planificación programática

Establece las estrategias y tácticas que permitirán alcanzar los objetivos estratégicos. Articula el nivel estratégico con el nivel operativo

Planificación operativa

Es una etapa de la planificación que tiene como objetivo lograr la identificación y asignación de metas, actividades, recursos y responsables, para que en un plazo determinado (generalmente un año) se puedan conseguir los objetivos institucionales.

Planificación Operativa Anual = POA

La Planificación Estratégica

- “Es la gestión fundamental y vital que determina el futuro a largo plazo de una organización, partiendo de su presente, de su realidad, de sus potencialidades y limitaciones, tanto externas como internas”.

- “Es una herramienta de la gerencia, para concebir un futuro deseable para una empresa y utilizar los medios disponibles para llegar a él”.

- “Es el proceso de plantear los objetivos y organizar las acciones en el tiempo”.

Kotler P.

DIFERENCIA PE - PO

Planificación Estratégica

- Largo plazo
- Que hacer y como hacer en el plazo largo
- Énfasis en la búsqueda de permanencia de la institución en el tiempo
- Grandes lineamientos (general)
- Incluye: misión, visión de futuro, valores corporativos, objetivos, estrategias y políticas

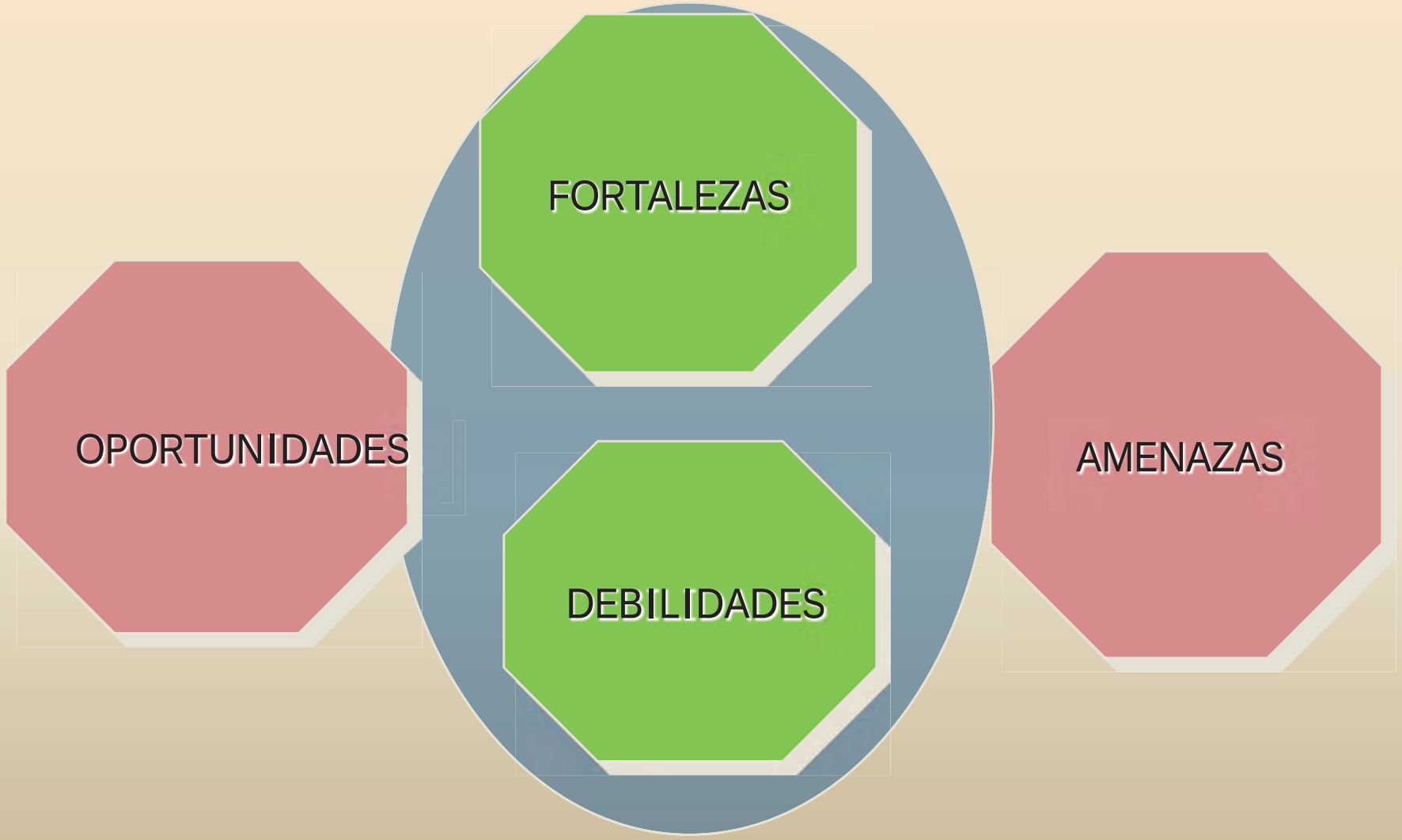
Planificación Operativa.

- Corto y mediano plazo
- Que, como, cuando, quien, donde y con qué
- Énfasis en los aspectos del "día a día"
- Desagregación del plan estratégico en programas o proyectos especifico)
- Incluye: objetivos y metas, actividades, plazos y responsables

Enfoque Estratégico

- Donde estamos ?
- A donde queremos ir ?
- Como llegar allá ?

ANALISIS FODA



MATRIZ DE ESTRATEGIAS
(SURGE DEL DIAGNOSTICO INTERNO Y DEL ANALISIS DEL ESCENARIO EXTERNO)

	Fortalezas (F) 1.- 2 .- Lista de 3 .- Fortalezas 4.- 5.-	**Debilidades (D)** 1.- 2 .- Lista de 3 .- Debilidades 4.- 5.-
Oportunidades (O) 1.- 2 .- Lista de 3 .- Oportunidades 4.- 5.-	**Estrategias (FO)** **1.-** **2 .- Uso de fortalezas** **3 .- para aprovechar** **4.- Oportunidades** **5.-**	**Estrategias (DO)** **1.-** **2 .-Vencer debilidades** **3.- aprovechando** **4.- Oportunidades** **5.-**
Amenazas (A) 1.- 2 .- Lista de 3 .- Amenazas 4.- 5.-	**Estrategias (FA)** **1.-** **2 .- Usar fortalezas para** **3. evitar Amenazas** **4.-** **5.-**	**Estrategias (DA)** **1.-** **2 .- Reducir al mínimo** **3 .-debilidades y evitar** **4.- Amenazas** **5.-**

El FODA, busca respuesta a las preguntas:

a. ¿Quiénes somos?
b. ¿Dónde estamos ahora?
c. ¿Hacia dónde nos dirigimos?
d. ¿Qué sucede en el mundo que nos rodea?
e. ¿ Cómo nos afecta?
f. ¿Qué rumbo deberíamos tomar?
g. ¿Qué hacer para alcanzar la Visión?

¿POR QUÉ DESARROLLAR UN PLAN ESTRATÉGICO?

El desarrollo de un plan estratégico produce beneficios relacionados con la capacidad de realizar una gestión más eficiente, liberando recursos humanos y materiales, lo que redunda en eficiencia productiva y en una mejor calidad de vida y trabajo para los miembros de la organización.

LOS CONTENIDOS DE LA PLANIFICACION ESTRATEGICA

1. Visión
2. Misión
3. Valores
3. Objetivos
4. Estrategias
5. Plan de acción
6. Presupuesto.

VISION

La visión es una imagen mental viva, representa un estado futuro deseable que buscamos crear, sirve de guía para la toma de decisiones y compromete para la acción.

PREGUNTAS QUE DEBE RESPONDER LA VISION

¿ Qué tipo de institución queremos ser - o crear - en el futuro?
¿ A dónde aspiramos llegar en el largo plazo?
¿ Cómo me gustaría vernos en el futuro?
¿ Están contenidas las aspiraciones máximas de la institución?
¿ Cuándo queremos que ocurra?
¿ Incorpora el gran objetivo?
¿ Incluye las relaciones con el grupo de interés?

VALORES

Los valores para efectos del Plan Estratégico los podemos agrupar como:

- Valores individuales: Valores inherentes a las personas.
- Valores organizacionales: Valores de carácter organizacional.

Su construcción o identificación debe responder a la pregunta:
¿ Qué valores deben cultivar prioritariamente las personas que laboran en la institución, de manera individual y colectiva?

MISION

La misión es una descripción breve de la razón de ser de la organización

PREGUNTAS QUE DEBE RESPONDER LA MISION

¿ Por qué existe la institución?
¿ Qué función desempeña la institución?
¿ A quiénes satisface?
(grupos de usuarios, ámbito geográfico, mercado)
¿ Qué se satisface? (necesidad de los usuarios)
¿Cómo se satisface?
(productos, servicios, ventajas comparativas)

EJEMPLOS DE VISIÓN Y MISIÓN

FACULTAD DE MEDICINA – UMSS

VISIÓN

Somos una institución reconocida por la sociedad boliviana, por su excelencia en la formación de recursos humanos en salud, con elevado sentido humanista y comprometida activamente con la construcción de la salud de la región y del país.

MISIÓN

Formar profesionales de calidad, capacitados científica e integralmente para responder a las necesidades de la región, a través de la investigación, la promoción de la salud, la formación contínua, y la interacción social, incorporando en estos procesos las nuevas tecnologías.

EJEMPLOS DE VISIÓN Y MISIÓN

Misión de la Coca Cola

Refrescar al mundo en cuerpo, mente y espíritu.

Visión

Ofrecer al mundo una cartera de marcas de bebidas que se anticipan y satisfacen los deseos y las necesidades de las personas

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

MISION:

Brindar servicios de salud con un equipo innovador de profesionales competentes y altamente comprometidos con el usuario, en la resolución de los problemas de salud incluyendo los de alta complejidad, con estructura y tecnología de punta, a través de un modelo de atención único e integrado a la red de servicios que promueve a la formación y desarrollo de recursos humanos y generación del conocimiento.

VISION

Ser una institución líder en atención de la salud, nacional e internacional, con los más altos estándares de calidad, incorporando los recursos humanos, materiales y nuevas tecnologías, para la mejor atención, basados en la mejor evidencia.

PLANEACION OPERATIVA

Las características más sobresalientes de la planeación operacional son:

- Se da dentro de los lineamientos sugeridos por la planeación estratégica y táctica.
- Es conducida y ejecutada por los jefes de menor rango jerárquico
- Trata con actividades normales programables
- Sigue procedimientos y reglas definidas con toda precisión
- Cubre periodos reducidos
- Su parámetro principal es la eficiencia

PLANEACIÓN OPERATIVA

- La PO es de corto plazo
- La PO cubre tareas – operaciones individuales
- La PO es "Lo que se hace" y "cómo se hace"
- La PO respalda las acciones cotidianas

Presupuestos

Programas

Procedimientos

Reglamentos

El Proceso de la Planificación Operativa

PLAN ESTRATEGICO

LINEAMIENTO DE POLITICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	OBJETIVOS ESPÉCIFICOS	ACCIONES-ESTRATEGIA	INDICADORES	BASAL	METAS 2011
VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES	4. CONTROLAR LA TUBERCULOSIS LA INFECCION POR EL VIRUS DEL VIH EL SIDA Y LA MALARIA.	4.1 Reducir la transmisión de las ITS-VIH.	Diagnostico y tratamiento de ITS mediante Manejo Sindromico y Etiológicos.	N° de casos ITS con tratamiento x100 / N° de ITS diagnosticadas	60%	90%
		4.2 Reducir la transmisión vertical y sífilis	Tamizaje de Elisa HIV y VDRL	N de gestantes con tamizaje de elisa HIV Y VDRL x 100/ total de gestantes programadas	100%	100%
		4.3 Controlar la incidencia de todas las formas de Tuberculosis y BK+	Fortalecer la identificación del sintomático respiratorio, el diagnostico y tratamiento precoz.	N° casos TB BK+ todas sus formas * 100000/población asignada	76*100000	82*100000
			Acceso a la prevención y tratamiento integral y de calidad contra la Tuberculosis	N° sintomáticos respiratorio examinados*100/N° atenciones >15 años	3,5%	4,6%
		4.4 Brindar información de TB que asegure estilos de vida saludables para la prevención y evitar la discriminación	Entrenamiento del personal de salud para manejo de TB en orientación y consejería	N° abandonos y transferencias sin confirmar*100/ N° Total de pacientes diagnosticados con Tuberculosis	5%	2%
		4.5 Control de Malaria	Garantizar la identificación de casos y el tratamiento gratuito y oportuno.	N° de casos autóctonos de Malaria / Población total en área de Riesgo x 1000	0	100%

MUCHAS GRACIAS