

**UBA**  
Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Posgrado

**ASAP**  
Asociación Argentina de Presupuesto  
y Administración Financiera Pública

**DIRECTOR:** Cont. Marcos Makón  
**SUBDIRECTORA:** Mg. Emilia Lerner

**Trabajo final de investigación de la Carrera de Posgrado de Especialización en Gerencia por Resultados y Control de Gestión (cohorte primera: 2010).**

**PROFESOR SUPERVISOR:** Cdor. MAZAL ROBERTO

TÍTULO DEL TRABAJO

**IMPLEMENTAR TURNOS PARA LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES  
ARTICULADOS EN RED**

**Por**  
GONZALEZ SANDRA JOSEFINA

COHORTE (2010)

### DATOS PERSONALES

**Apellido y Nombre:** Sandra Josefina González

**Fecha de Nacimiento:** 09/09/73

**D.N.I.:** 23.286.236

**Domicilio:** Jardín América -Misiones

**Teléfono Particular:** 03743-461359 - Cel. 3743-445983

**Domicilio laboral:** Av. Aconcagua 575, c.p.3328, Jardín América

**Teléfono laboral:** 03743-461704,03743-461705

**Organismo:** Salud Pública

**Cargo:** Responsable Administrativo O.C.D. (Oficina de Comunicación a Distancia.)

### ESTUDIOS y TITULOS OBTENIDOS

**Nivel Secundario:** Polimodal en Humanidades y Ciencias Sociales.

**Nivel Terciario:** Auxiliar Técnico Contable, Tecnicatura Superior En Gestión De Políticas Públicas Alumna Regular.

**Nivel Universitario:** Diplomado en Gerenciamiento De Sistema de Salud, Alumna Regular de la carrera de Abogacía, Universidad Católica De Salta, U.G.N° 109, Posadas Misiones.

### **Resumen:**

El modelo de organización del Ministerio de Salud Pública Misiones, es el burocrático, estructurado en torno a la coordinación de los procesos de atención Primaria de la salud que hacen a la prevención, la producción en base de atención de pacientes y ejecución de programas

con conducción altamente jerarquizada, partiendo del supuesto de que el cumplimiento de lo establecido en el manual de procedimientos es condición suficiente para el logro de los objetivos. Para aportar a la toma de decisiones directivas, informar y dar cuenta del desempeño de la Organización de manera útil y comprensible para la salud de la población, se propone generar un conjunto de indicadores que permitan evaluar la totalidad de las dimensiones del desempeño: Eficacia, eficiencia, economía y calidad, a lo largo del proceso de generación de los servicios de atención. Definir las organizaciones en este caso los hospitales que conforman cada red local y regional, así como las carteras de servicios. Identificar nominadamente la población a cargo de Hospitales y redes. Diseñar e implementar procesos formales eficientes de atención integrada de los pacientes (referencia y contra referencia). Atención Vespertina, en los consultorios externos Establecer la asignación centralizada de turnos (call center con un 0800), fax, on line através de una página creada para facilitar la accesibilidad a los servicios del primer nivel de atención. Establecer la asignación de turnos de especialistas hospitalarios hacia el Hospital Agudos de Posadas por su nivel y disposición de las distintas especialidades. Mejorar la atención pre-hospitalaria de las urgencias e inclusión social a la población más vulnerable.

## Índice de Contenido

Carátula.....	1
Autor.....	2
Resumen.....	3
Índice de Contenido.....	4
Ámbito General y Problemática.....	5
1. Introducción.....	6
2. Contexto.....	8
3. Problemas que se plantean en este contexto.....	13
4. Elección del Tema a investigar.....	17
5. Antecedentes, consideraciones e hipótesis relacionadas con el tema.....	19
Propuesta.....	21
Desarrollo Analítico.....	23
Generación de Indicadores.....	27
Conclusiones.....	30
Bibliografía.....	33

## Ámbito general y problemática de la investigación

### 1.- Introducción:

Las reformas del Estado implementadas durante las últimas décadas, han prestado especial atención a la necesidad de transitar desde un modelo de gestión burocrático-tradicional caracterizado por un énfasis en los insumos de proceso de atención y hacia un modelo de gestión pública descentralizada orientada a los resultados al usuario paciente.

El principal objetivo de una gestión por resultados es entonces apoyar el proceso de formulación de planes y programas, centrando los esfuerzos hacia una adecuada asignación de los recursos, fijando criterios de atención, eficiencia y calidad de la salud pública.

*La Gestión por resultados es el modelo de administración de los recursos públicos centrado en el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en el plan de gobierno en este caso provincial para un determinado período de tiempo. Esto permite gestionar y evaluar el desempeño de las organizaciones del Estado en relación con políticas públicas definidas para atender las demandas de la sociedad.<sup>1</sup>*

*Se trata de una estrategia de gestión que se centra en el desempeño y el logro de efectos e impactos generados en la población.<sup>2</sup>*

Este modelo exige de las organizaciones de salud pública compromisos de desempeño que contribuyan de manera efectiva a la obtención de los resultados de política definidos por la gestión de gobierno.

---

<sup>1</sup> Makón, Marcos Pedro. El modelo de gestión por resultados en los organismos de la Administración Pública Nacional, V Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y la Administración Pública, Santo Domingo, 2000.

<sup>2</sup> OCDE, 2002.

*La exigencia por optimizar los niveles de eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, así como generar y fortalecer los mecanismos de atención primaria de la salud hacia los ciudadanos y la comunidad más vulnerable que requieren la atención en tiempo y forma son los fundamentos básicos que han tenido los gobiernos para impulsar el desarrollo de indicadores de desempeño en las instituciones públicas (hospitales).<sup>3</sup>*

*Los casos más notables de modernización de la gestión pública han hecho uso abundante de la transferencia de tecnologías de gestión de amplia difusión en organizaciones públicas y del sector social. Entre estas tecnologías están las prácticas asociadas al planeamiento estratégico, al análisis de políticas concebido como un ciclo que concluye en la evaluación de impactos y la gestión por resultados, introduciendo modalidades más atentas a productos que a procesos, a las consecuencias de la acción que al acatamiento de rígidas restricciones formales. Este énfasis en los impactos lleva a definiciones precisas de los aportes de quienes intervienen en la implementación de los distintos programas, posibilitando la introducción de figuras como los “contratos o compromisos de gestión en salud” y sistemas de gratificaciones en base a contribuciones efectivas actualmente implementado en el sistema de salud de los Misioneros. Además, se procura otorgar mayor flexibilidad a los diseños organizacionales de manera de responder a las especificidades de sus actividades y a las necesidades del usuario, reconociéndose el papel activo y estratégico de la función gerencial en los procesos descentralizados en torno a las políticas públicas de salud y en la articulación social<sup>4</sup>.*

---

3 Juan Cristóbal Bonnefoy y Marianela Armijo Indicadores de desempeño en el sector público Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES - serie manuales 45 año 2005 p9.

4 Dr. Roberto Martínez Nogueira - Estado, Administración Pública y Sociedad.

## 2.- Contexto:

Estamos frente a un conjunto complejo de déficits históricos que se han acumulado, que es la derivación de pacientes articulados en red hacia los distintos niveles de atención desde una oferta-demanda de considerable magnitud.

La realidad es que existen dificultades de acceso y de calidad de atención en pacientes adultos “enmarcan” una situación que requiere un esfuerzo gubernamental e institucional y social de magnitudes inéditas, con las consiguientes movilizaciones de recursos y modificaciones en la gestión que esta problemática requiere.

Aún cuando es posible advertir mejoras en la reducción de algunos déficits de atención hacia las distintas especialidades del sector adulto donde el paciente en cuestión es atendido en los distintos niveles de menor complejidad y derivado hacia un nivel de mayor complejidad y que hemos logrado notar actualmente que algunos servicios donde las carencias son aún más estructurales a nivel social y afectados demográficamente.

Las visiones políticas “alternativas”, a nivel municipal favorecen esquemas independientes que terminan restando esfuerzos a una tarea difícil pero no han brindado solución actual.

A lo anterior se agrega la enorme complejidad para estructurar burocracias públicas eficientes y eficaces, especialmente respecto de los recursos profesionales de mayor calificación.

Los insuficientes regímenes de incentivos, la ausencia de capacitación y perfeccionamiento permanente y sobre todo las inflexibilidades para constituir “equipos de trabajo” y “grupos de tareas” conspiran severamente en contra de esta modernización institucional que se propone.

Como complemento negativo a lo anterior, escasamente existe “carrera profesional de mérito” y se abusa de los cargos directivos de confianza, dificultándose seriamente la continuidad profesional de las instituciones.

La profesionalización de un “servicio civil” en los servicios públicos, con régimen de exigencias formativas y exámenes de habilitación, sistemas de concursos públicos y selección calificada en los altos niveles de la administración, son parte de los desafíos que se comienzan a observar en la región como indispensables. Y en el caso de nuestra provincia, se ha expresado en el Sistema de Alta Dirección Pública.

El financiamiento adicional estructural requiere una “nueva escala” si se quiere enfrentar buena parte de las consideraciones previas.

El liderazgo en esta gestión que se propone es fundamental, llegándose a generar formas de compromiso institucional inédito. Un buen complemento con un régimen pecuniario que se considere incentivos por metas y que refuerce la acción del “grupo de trabajo” suele acompañar innovaciones exitosas y notables, que por lo general el recurso humano comprende y respalda.

Referidos al amplio conjunto prestaciones directas sanitarias, de acciones de prevención y de control sanitario para la eventual derivación a establecimientos especializados, estos servicios se radican habitualmente en consultorios de Hospitales, Sic, Caps. Que son establecimientos de amplio número y distribución poblacional en el ámbito urbano como regional.

Y que Constituyen el “primer foco de atención o prevención sanitaria” que juega un rol esencial en todos los enfoques modernos sanitarios.

Se trata de servicios “eminente locales”, fundados en su cercanía a la población demandante, y suponen dotaciones importantes de personal capacitado técnica y administrativamente, auxiliar, equipamientos e instalaciones.

Supone que la cercanía con la población y sus organizaciones vecinales constituyen una posibilidad efectiva de cooperación, lo que agregaría eficacia a los programas sanitarios, especialmente aquellos que consultan modalidades preventivas sanitarias.

Estos servicios esenciales “de orden primario” forman parte del sistema o la red general sanitaria y suponen para la eficacia general una coordinación pormenorizada entre sí.

La productividad o eficiencia de estos servicios radicará en los costos unitarios por prestaciones equivalentes a la atención del usuario-paciente, la coordinación en los sistemas de derivación, el “desahogo” relativo de los establecimientos especializados y una cooperación con la ciudadanía de jardín América y sus demás efectores zonales de las distintas colonias aledañas y mejorara también estándares sanitarios.

Teniendo en cuenta Institucionalmente, las unidades de salud primaria pueden ser dependencias sectoriales del sistema sanitario central o de un servicio sectorial en un ámbito territorial de una región. Existen realidades en que estos servicios se encuentran administrados por una institucionalidad local (como los Municipios en Misiones en la mayoría de los casos) y en esos puntos se conforma una descentralización más que una desconcentración estrictamente. .

Los servicios a que me refiero son eminentemente públicos y gratuitos o cuasi gratuitos para el conjunto mayoritario de la población.

La prestación privada de estos servicios es minoritaria y se vincula al mercado, principalmente a través de seguros privados en el caso de nuestra provincia tenemos el seguro provincial de salud.

La atención básica o primaria de salud constituye uno de los servicios esenciales más requeridos por los ciudadanos y es, muy probablemente en opinión de los expertos consultados, una materia que tradicionalmente ha sido vista en enfoques descentralizados, a lo menos, desde el punto de vista de “la localidad”, la cual ejerce una influencia significativa en la provisión eficaz del servicio.

Así, se da la circunstancia histórica que muestra que justamente cuando se plantea la construcción de un sistema nacional de salud único, integrado y descentralizado, es cuando están en el mayor

auge las tesis contrarias a las regulaciones estatales, la gratuidad y la universalización de las prestaciones sanitarias.

El predominio de ideas privatizadoras ó a lo menos de políticas focalizadas y selectivas de ese período es la principal paradoja.

Por otra parte, ello mismo explica las dificultades para llevar a la práctica los derroteros de universalización, descentralización y fortalecimiento estadual y municipal del sistema único de salud.

La Constitución de 1988 proclamó el derecho universal a la salud y ubicó esta temática en su perspectiva primigenia. Lo fundamental, desde el interés de esta investigación, es que se asumió la descentralización como un eje estratégico del sistema sanitario a construir. Así es como los principios de universalidad, equidad e integralidad de la prestación de los servicios de salud son acompañados por una descentralización que establece una jerarquización entre prestaciones y supone un adecuado control social participativo y que actualmente se está ejecutando en nuestro país y provincia puntualmente la provincia de Misiones..

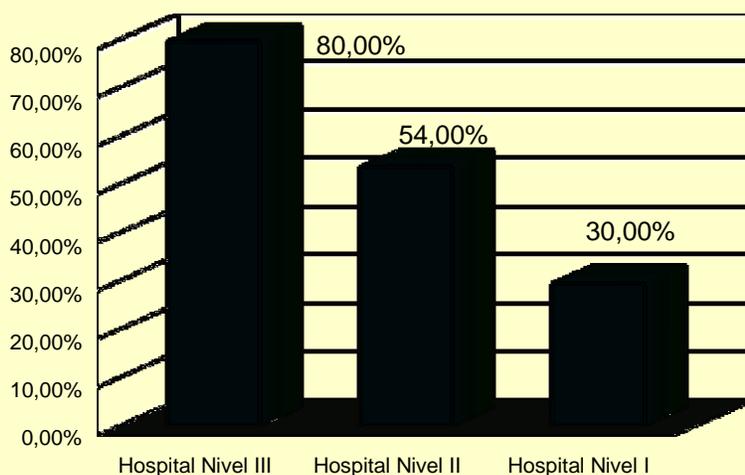
### **3.- Problemas que se plantean en este contexto**

## **POBLACION DE MISIONES**

**1.101.593**

■ Zona Capital	<b>324.756</b>
■ Zona Norte Paraná	<b>197.193</b>
■ Zona Centro Uruguay	<b>188.658</b>
■ Zona Noreste	<b>141.850</b>
■ Zona Centro Paraná	<b>131.329</b>
■ Zona Sur	<b>117.807</b>

## **PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS EN HOSPITALES 2011**



### Red Sanitaria Pública:

A partir del 2008 Misiones cuenta con VI Zonas de Salud



- Zona Capital
- Zona Sur
- Zona Centro Paraná
- Zona Centro Uruguay
- Zona Norte Paraná
- Zona Noreste

#### RED PÚBLICA DE SALUD

Cantidad de camas en Hospital : 1528  
Cantidad de Médicos : 2800  
Cantidad de Enfermeros(as) 1990

CANTIDAD HOSPITALES:  
Nivel I (Bajo riesgo) 30  
Nivel II (mediano riesgo) 7  
Nivel III (Alto riesgo) 5  
Cantidad de CAPS 332

Hay una evidente necesidad que es la implementación de turnos adultos del Hospital descentralizado articulado en red, ya que los pacientes adultos hoy se ven imposibilitados de acceder al turno requerido por el médico tratante hacia las distintas especialidades que no sea de manera personal viajando al hospital de Nivel III, que se encuentra en la ciudad de Posadas

capital de la provincia, donde con frecuencia accede tarde al servicio , o no cuentan con los medios económicos para viajar 2 veces: 1° vez es para empadronarse en el hospital de nivel III y sacar el turno y la 2° vez es para ya acceder al turno y por relato de los mismos pacientes en cuestión no se van mas y vuelven a la consulta clínica y se los nota ambulando por el hospital generando consulta con distintos médicos clínicos.

Como estrategia se desarrollara una comunicación fluida con los distintos efectores involucrados en la red, en función de un plan de comunicación ministerial. Se determinarán los procesos que brindan la identidad a los hospitales provinciales de acuerdo a su misión, y sobre ellos, se desarrollará una imagen que caracterice a las oficinas de comunicación a distancia adultos.

De un modelo hospital céntrico y con hegemonía médica, a un modelo basado en la estrategia de referencia y contra referencia donde se va lograr la nominalización del paciente adulto y la conformación de equipos multidisciplinarios de trabajo dentro de cada núcleo.

De un modelo fraccionado y discontinuo, a una atención con prestaciones integrales y continuas.

De esperar que los pacientes enfermos lleguen al hospital de nivel III por sus propios medios y con dificultad para acceder al turno con el especialista, a participar pro activamente (provocando el cambio) no sólo para facilitar la accesibilidad y que las necesidades sanitarias se expresen en demanda, sino además para formar parte de todo espacio local y regional que contribuya a la educación para la salud, la promoción de entornos y hábitos de vida saludables y la prevención de las enfermedades.

El Hospital de Jardín América Misiones, administra varios programas de complejidad y servicios orientados a la atención primaria de la salud.

El Gerenciamiento de los Programas está a cargo del Consejo de Administración (cuerpo colegiado conformado por funcionarios políticos director ejecutivo, gerente asistencial y gerente administrativo), quienes toman todas las decisiones, existe definición explícita de los resultados esperados y del perfil de producción pública necesario para alcanzarlos.

El personal está comprendido en LA CARRERA SANITARIA PROVINCIAL LEY 2693 Y DECRETOS REGLAMENTARIOS 3090 Y 914/ 94 el convenio colectivo laboral, existe carrera administrativa, se utiliza Convenio Marco del empleado público y la contratación del personal es sin concurso de selección.

Se han definido las misiones, funciones y perfiles para los distintos cargos de la estructura Institucional, y se requieren actividades de perfeccionamiento y capacitación como requisitos para el ascenso, se aplican incentivos y estímulos ligados a incrementos sostenidos en la productividad.

En el organismo, se establece un Sistema de Monitoreo y Evaluación de parte de una auditoría externa. Los controles internos son esencialmente normativos, concebidos para verificar el apego a las normas y procedimientos, evitando los abusos y sancionando las transgresiones. Al haber metas definidas en cuanto a las distintas ejecuciones de los programas se puede verificar que se hayan alcanzado las mismas.

#### 4.- Elección del Tema a investigar

La Nueva Gestión Pública de hospitales de los distintos niveles de atención busca promover el rol del estado promocionando la salud a través de las políticas públicas con un estado presente, descentralizando y orientando su gestión a resultados, flexibilizando las estructuras y los

procedimientos, creando competencia y capacidad de elección, proporcionando servicios de calidad, mejorando la accesibilidad, la participación, estableciendo estándares de servicio e indicadores de desempeño, mejorando la gestión de los recursos humanos, optimizando el uso de las tecnologías de la información y aumentando el grado de la gerencia pública.

La Gestión por Resultados, tal como lo señala el Lic. Aníbal Jorge Sotelo Maciel, se asienta sobre cinco macroprocesos:<sup>5</sup>

- 1). Planificación estratégica: Proceso mediante el cual se define el rumbo de las políticas del Estado a través de sus programas y se precisan sus resultados, generados en el usuario, paciente pasivo en distintos niveles y ámbitos, así como las medidas de política, las acciones de regulación y el perfil de producción pública necesarios para alcanzarlos
- 2). Presupuesto basado en desempeño de atención nominalizada de pacientes: Proceso mediante el cual se asignan los recursos requeridos para consumir la atención de la población a cargo sobre la base de criterios que privilegian las prioridades políticas de salud de la población y el desempeño de las organizaciones articulados en red.
- 3). Administración de Recursos: Moderna administración de los recursos humanos y edificios descentralizada y flexible, que posibilite a los agentes afectados al servicio a un adecuado desempeño de sus funciones para el logro de sus metas.
- 4). Monitoreo y Evaluación: Procesos de seguimiento sistemático de resultados, en base a datos estadísticos de atención y apreciación del desempeño institucional.

---

<sup>5</sup> Lic. Aníbal Jorge Sotelo Maciel -ASAP - Posgrado en gerenciamiento por resultados y control de gestión- Curso 2010 - Marco conceptual de la gestión por resultados

5). Control de Gestión: Sistema de control de gestión ex post caracterizado por:

- a. un control interno orientado a apoyar el logro de los objetivos institucionales.
- b. la instrumentación sistemática de auditorías externas integrales hacia los distintos niveles de atención, con énfasis en resultados.

Se trata de un modelo de gestión que exige de las organizaciones públicas en este caso puntual el hospital de área programática jardín América de autogestión de Nivel II y los demás niveles de atención de la provincia compromisos de desempeño que contribuyan de manera efectiva a la obtención de los resultados definidos por la gestión de la calidad de atención.

Es el plan de gobierno el que brinda el marco estratégico imprescindible para la gestión con sus recursos disponibles dando la posibilidad a través de los distintos programas. En este marco, las organizaciones definen su propia producción institucional y programan recursos para obtenerla. El desempeño institucional esperado, los bienes, servicios y actividades que ellas deben generar en un determinado período de tiempo en cantidad de pacientes atendidos, calidad y costo adecuados, es el que se requiere para el logro de los resultados.

Para el logro de las metas de atención, el modelo requiere de una administración de los recursos reales, basada en procesos explícitos de asignación de responsabilidades y sistemas articulados en red hacia el interior de las organizaciones en los distintos niveles de atención.

La comparación entre desempeño esperado y efectivo es, por ello, un componente central del modelo de gestión por resultados. El desarrollo e implementación de sistemas de medición de desempeño permitirán a la organización, por un lado, evaluar y mejorar permanentemente la gestión y, por otro los compromisos asumidos.

En virtud de lo expuesto, **se propone generar un conjunto de indicadores de gestión basados en la atención del paciente que permitan evaluar la totalidad de las dimensiones del**

**desempeño: eficacia, eficiencia, economía y calidad, a lo largo del proceso de generación de los bienes y servicios.**

### **5.- Antecedentes, consideraciones e hipótesis relacionadas con el tema a tratar.**

En el hospital sabemos satisfacer las necesidades de urgencia, las básicas donde se soluciona en guardia emergencia, consultorio externo se trabaja con la detección temprana de las distintas patologías por ej. El H.P.V. LA V.D.R.L. EL H.Y.V.la Diabetes, la Hipertensión ,las enfermedades coronarias y la Cardiovascular, el calendario de vacunas, el servicio de odontología donde funciona mañana y tarde, las medicaciones, se encuentra habilitado el servicio de farmacia en horario mañana y tarde donde se les provee todas las medicaciones para las distintas patologías, amparados por programas nacionales como ser Remediar o Misión Salud que es provincial, y con la oficina de comunicación a distancia donde con la O.C.D.se logran los turnos a las distintas especialidades hacia un hospital de nivel III y en conexión directa con el Hospital Garrahan apadrinado por la Fundación Garrahan y están protegidos los niños hasta 15 años.

Con este proyecto se lograría:

1. Garantizar la atención temprana del paciente
2. Asegurar la derivación del usuario-paciente hacia las distintas especialidades
3. Contar con los medios informáticos y edificios para mantener determinado servicio.

Consideraremos como hipótesis que la demanda de pacientes con necesidades urgentes de atención hacia los niveles III, donde accederán al especialista que el nivel de ejecución serán en un plazo de 6 seis meses.

### **Propuesta:**

Hay una evidente necesidad que es la Implementación de turnos Adultos del Hospital Descentralizado Articulado en Red. ya que los pacientes adultos hoy se ven imposibilitados de acceder al turno requerido por el médico tratante para las distintas especialidades que no sea de manera personal viajando al hospital de Nivel III, que está en Posadas muchas veces llegan tarde, o no cuentan con los medios económicos para viajar 2 veces: 1° vez es para empadronarse en el hospital de nivel III y sacar el turno y la 2° vez es para acceder al turno y por relato de los mismos pacientes en cuestión no se van mas y vuelven a la consulta clínica y se los nota ambulando por el hospital generando consulta con distintos médicos clínicos. Y como estrategia se desarrollara una comunicación fluida con los distintos efectores involucrados en la red, en función de un plan de comunicación ministerial. Se determinarán los procesos que brindan la identidad a los hospitales provinciales de acuerdo a su misión, y sobre ellos, se desarrollará una imagen que caracterice a las oficinas de comunicación a distancia adultos. (O.C.D.A.)

Por otro lado una función valorativa que consiste en añadir a la información un “juicio de valor” basado en antecedentes objetivos por diagnósticos sobre si el desempeño hacia la solución inmediata es o no el adecuado.

Teniendo presente que los indicadores a utilizar deben cubrir los aspectos significativos del desempeño, privilegiando los objetivos más relevantes de la institución, se propone generar un conjunto reducido de indicadores de gestión entre los distintos niveles de atención. Se generarán algunos indicadores esenciales (aquéllos que miden directamente el logro de los objetivos definidos para cada institución) y otros complementarios relacionados con las actividades desarrolladas por las áreas operativas que serán de gran apoyo para cada O.C.D.A. (oficina de comunicación a distancia Adultos) la Dirección ejecutiva que confluyen al logro de los objetivos generales del organismo.

**Desarrollo Analítico ESTE PUNTO NO ESTÁ TÉCNICAMENTE DESARROLLADO**

Los criterios orientadores de la gestión por resultados de los organismos públicos, enfatizan el uso de metodologías que les permitan centrarse en aspectos relevantes y estratégicos para el cumplimiento de la misión y en la vinculación entre la asignación de recursos y el desempeño Institucional.

Por ello el modelo requiere la identificación clara de objetivos a lograr con el uso de los recursos, así como el establecimiento de metas e indicadores de desempeño que puedan medir el cumplimiento de dichos objetivos.

Tal como señala Ballart, conceptualmente la evaluación, se inserta en el marco teórico del análisis de las políticas públicas, en este caso particular ya sería una agenda publica relevante para el estado a nivel institucional en la medida que ésta persigue producir solución inmediata al paciente con los criterios de atención primaria de la salud y lograr resultados gracias a los diagnósticos y datos estadísticos que tenga alguna relevancia, información útil que permita resolver problemas concretos.<sup>6</sup>

La evaluación de la gestión en el ámbito público, es la “medición sistemática y continua en el tiempo de los resultados obtenidos por las instituciones públicas y la comparación de dichos resultados con aquellos deseados o planeados, con miras a mejorar los estándares de desempeño de la institución”.<sup>7</sup>

Según la Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas, “Un indicador es una unidad de medida que permite el seguimiento y evaluación periódica de las variables clave de

---

6 Ballart, Xavier (1992), “¿Cómo evaluar programas y servicios públicos?: Aproximación sistemática y estudio de caso”. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid.

7 OCDE/PUMA (1998), Best Practices Guidelines for Evaluation. Policy Brief N°5. París.

una organización, mediante su comparación en el tiempo con los correspondientes referentes externos o internos”.<sup>8</sup>

El sistema de indicadores del Perú consigna que “Los indicadores de desempeño son instrumentos de medición de las principales variables asociadas al cumplimiento de los objetivos, que a su vez constituyen una expresión cualitativa o cuantitativa concreta de lo que se pretende alcanzar con un objetivo específico establecido. (...) La evaluación del desempeño se asocia al juicio que se realiza una vez culminada la acción o la intervención. Busca responder interrogantes claves sobre cómo se ha realizado la intervención, si se han cumplido los objetivos (concretamente, la medida en que éstos han sido cumplidos), el nivel de satisfacción de la población objetivo, entre otras. En suma, se busca evaluar cuán bien o cuán aceptable ha sido el desempeño de determinado organismo público con el objetivo de tomar las acciones necesarias para perfeccionar la gestión”.<sup>9</sup>

La evaluación del desempeño de las organizaciones públicas, se analiza desde el punto de vista de los resultados finales o impacto de la acción de la entidad en el cumplimiento de su misión, en términos de la eficiencia, eficacia, calidad, y economía.

El concepto de eficacia se refiere al grado de cumplimiento de los objetivos planteados, es decir en qué medida la institución como un todo, o un área específica de ésta está cumpliendo con sus objetivos estratégicos, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello.

---

<sup>8</sup> Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas. AECA, 2002

<sup>9</sup> Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, 2000

La eficacia es un concepto que da cuenta sólo del grado de cumplimiento de las metas establecidas. En muchos programas al diseñar las metas u objetivos de una institución se agregan conceptos de: cobertura, focalización, capacidad de cubrir la demanda y el resultado final.

La eficacia puede ser considerada tanto del punto de vista tradicional como la comparación de los resultados obtenidos con los esperados, como también, como una comparación entre los resultados obtenidos y un óptimo factible, de forma tal que este concepto coincida con la propia evaluación de programa.

El concepto de eficiencia describe la relación entre dos magnitudes físicas: la producción física de un bien o servicio y los insumos que se utilizaron para alcanzar ese nivel de producto. La eficiencia puede ser conceptualizada como “producir la mayor cantidad de servicios o prestaciones posibles dado el nivel de recursos de los que se dispone” o, bien “alcanzar un nivel determinado de servicios utilizando la menor cantidad de recursos posible”.

Indicadores de eficiencia son los orientados a medir la productividad media de los factores: cuantas unidades de producto en este caso cantidad de pacientes se obtienen en promedio por cada unidad de factor. Una vez determinado el valor del indicador de eficiencia, ya sea de producto medio o costo medio, es necesario aplicar un análisis respecto de los resultados logrados.

La calidad del servicio es una dimensión específica del desempeño que se refiere a la capacidad de la institución para responder en forma rápida y directa a las necesidades de sus usuarios pacientes. Son extensiones de la calidad factores tales como: oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad en la entrega de los servicios, comodidad y cortesía en la atención.

**Visión:** La visión, en un horizonte que abarca los próximos meses es la de convertir al organismo en la opción más conveniente para el paciente en estado de vulnerabilidad de lograr la

atención de un Hospital de Nivel I y II a un Nivel III donde lograría el acceso hacia las distintas especialidades que tengan las jurisdicciones (local, regional y Provincial)

**Misión:** De considerarlo un paciente, a definirlo como una persona a satisfacer; evaluando permanentemente las nuevas necesidades de cuidado de la salud, el nivel de accesibilidad, la calidad de la atención y el impacto sanitario y social local y regional de las acciones que se realizaran. De considerarlo un beneficiario pasivo a reconocerlo como ciudadano activo con derechos activos, cuya opinión debe ser tomada en cuenta por los funcionarios a cargo de tal ejecución. De cumplir normas y procedimientos, a gerenciar este proyecto con evaluación por resultados, planificando las alternativas para el logro de las metas siempre en beneficio del usuario Paciente.

De una **oferta basada en gestión** la de generar el turno a través de la red para las distintas especialidades que requiera el paciente relativo de cada servicio u especialidad, **a una oferta guiada por la necesidad y demanda de la población**, que es conocida nominalmente y segmentada según riesgo.

Para ello los **objetivos estratégicos** del organismo deben propender a:

**Actitud frente a la comunidad desde el efector:** de considerarlo como sujeto pasivo de las acciones sanitarias, a promover intensamente su atención adecuada en tiempo y forma ya que el paciente que llega a este servicio será ya concretamente en busca de solución inmediata y a la vez mediata **a través de la oficina de comunicación a distancia** asentada en la institución hospital , tanto en la atención, como en el logro del turno mediato, con creciente empoderamiento y construcción constante del personal afectado para cumplir el rol , de considerarlo un paciente, a definirlo como una persona a satisfacer el nivel de accesibilidad y la calidad de la atención y el

impacto sanitario y social de las acciones que se realizan, de considerarlo un beneficiario pasivo a reconocerlo como ciudadano activo con derechos , cuya opinión debe ser tomada en cuenta.

**Metas de Gestión:** Considerando que las metas de gestión constituyen la expresión concreta de los logros que se pretenden alcanzar en el período, se proponen las siguientes metas:

De un modelo hospital céntrico y con hegemonía médica, a un modelo basado en la estrategia

De referencia y contra referencia donde se va lograr la nominalización del paciente adulto y la conformación de equipos multidisciplinarios de trabajo dentro de cada núcleo. De un modelo fraccionado y discontinuo, a una atención con prestaciones integrales y continuas. De esperar que los pacientes enfermos lleguen al hospital de nivel III por sus propios medios y con dificultad para acceder al turno con el especialista, a participar pro activamente (provocando el cambio) no sólo para facilitar la accesibilidad y que las necesidades sanitarias se expresen en demanda, sino además para formar parte de todo espacio local y regional que contribuya a la educación para la salud, la promoción de entornos y hábitos de vida saludables y la prevención de las enfermedades.

El tiempo máximo de ejecución será de 6 seis meses, y los responsables de la ejecución serán los Directores Ejecutivos de los hospitales de Nivel I, Nivel II Y Nivel III de atención de la provincia de Misiones.

De una baja comunicación de la cartera de servicios disponibles para el adulto a lograr ser atendido por los distintos especialistas y prestaciones que brinda el centro sanitario, a una amplia comunicación formal, interna y externa, desde las distintas oficinas habilitadas de comunicación a distancia de cuáles son los servicios y las prestaciones.

Desde una operación de abajo hacia arriba tubular, acrítica y sin procesamiento, a una operación en forma piramidal, confluyendo la información desde los niveles operativos, agregando datos y construyendo indicadores válidos para la toma de decisiones, en los distintos niveles del procesos de turnos y de acuerdo a las urgencia siempre con criterio medico.

De un control cuantitativo en el logro de metas físicas, a un sistema de evaluación periódico específico por unidad de servicio en las distintas patologías, en este caso el turno logrado, que analice la eficiencia, la efectividad y la calidad, comparando estadísticamente, los diagnósticos presuntivos y hacia que especialista logro ser atendido.

**Planes de Acción:** Se enunciarán una serie de planes de acción necesarios para el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

De una oferta basada en la necesidad de atención de cada especialista requerido, a una oferta guiada por la necesidad y demanda de la población adulta, de cada hospital del interior que es conocida nominalmente y segmentada según riesgo y la comunicación va ser dinámica, descentralizada por medio de los distintos niveles de atención de cada hospital.

Con este proyecto se ha re-definido su estrategia en términos del valor agregado que la Institución en este caso el hospital aporta a su entorno de municipio, comunidad, sociedad, usuario- paciente. En ese valor agregado está dado por la especificidad de la necesidad de que la salud pública, este presente como política de estado y de gobierno con mirada hacia la prevención y llegar a tiempo a cada diagnostico y de necesidad-satisfacción lo que representa el conocimiento de una institución como la salud pública de un hospital, su know how. No es posible siquiera pensar en una estructura organizacional hospitalaria basada en el conocimiento de la salud y prevención de las enfermedades con límites de accesos a los distintos especialistas sin antes tener un paciente –usuario satisfecho por su atención y detección temprana

por un especialista adecuado a su necesidad. El impacto va ser a corto plazo y va estar reflejada en la satisfacción del paciente que va lograr su turno y se va notar en la demanda de atención en consultorio externo de cada hospital de nivel II donde el paciente de ambula con su patología sin tener un tratamiento y control específico.

### **Generación de Indicadores:**

Los indicadores de desempeño son medidas que describen cuan bien se están desarrollando los objetivos de un programa, un proyecto y/o la gestión de una institución.

Un indicador establece lo que será medido a lo largo de varias escalas o dimensiones, sin especificar un nivel determinado de desarrollo. La definición anterior implica que el indicador es una parte del problema y los niveles esperados de desempeño o metas a lograr son otra parte.

Weiss<sup>10</sup> (1998) recomienda diferenciar el concepto de “medición de variable” respecto del concepto “indicador”. Por ejemplo, “número de pacientes fuera de la atención” sería una medición sobre la cual no podemos pronunciar sobre si ésta es buena o mala por sí sola, sin embargo un indicador de esta medición es la “cantidad de atención por diagnóstico” al cual normalmente se espera que tenga una evolución hacia la producción.

Un indicador es una medición ordinal que tiene siempre una dirección o rumbo esperado. “En evaluación usualmente sabemos de forma adelantada hacia donde queremos que nuestro indicador se dirija. En efecto si nosotros no sabemos, ni nos interesa de que manera esperamos que el indicador se mueva, entonces es un indicador pobre”, (Weiss, 1998).

El criterio general de elegibilidad de proyectos es que los beneficios esperados superen a los costos esperados y por lo tanto se incrementen los recursos a disposición de la sociedad.

---

<sup>10</sup> Weiss, Carol (1998), “Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies, (2nd Edition), Prentice Hall, New Jersey.

Finalmente, la disposición de muchas posibilidades permite perfeccionar el análisis incremental y la aplicación de los criterios de ABC para obtener un óptimo condicionado, limitado a las posibilidades planteadas eficientes y viables (con solución socialmente)<sup>11</sup>.

Paso a exponer la siguiente información relevante para este proyecto.

TOTAL CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS POR ESTABLECIMIENTO Y AREA PROGRAMÁTICA AÑO 2012							
ZONA SANITARIA	Establecimientos	C.Externo	Guardia	Total por Efector	Area Prog.	Aldeas Aborígenes	TOTAL POR ZONA
ZONA SUR	Hosp. Nivel I de Concepción	16.717	9.451	26.168	9.032		278.135
	Hosp. Nivel II de Apostoles	30.399	13.659	44.058	31.417		
	Hosp. Nivel I de San José	7.457	5.380	12.837	7.300		
	Hosp. Nivel I de San Javier	15.727	4.260	19.987	15.372		
	Hosp. Nivel II Leandro. N. Além	25.715	28.943	54.658	35.887		
	Hosp. Nivel I Cerro Azul	13.455	1.858	15.313	5.247		
	<b>Subtotal</b>	<b>109.470</b>	<b>63.551</b>	<b>173.021</b>	<b>104.255</b>	<b>859</b>	
Z. C. PARANA	Hospital Nivel I de Candelaria	16.028	18.083	34.111	13.444		304.282
	Hosp. Nivel I Corpus	11.306	1.464	12.770	801		
	Hosp. Nivel I San Ignacio	12.454	11.499	23.953	24.767		
	Hosp. Nivel II Pto. Rico	25.156	8.848	34.004	42.211		
	Hosp. Nivel I Capioví	9.190	4.340	13.530	4.369		
	Hosp. Nivel I G. Roca	13.067	4.593	17.660	3.426		
	Hosp. Nivel II Jardín América	27.136	18.163	45.299	30.460		
	<b>Subtotal</b>	<b>114.337</b>	<b>66.990</b>	<b>181.327</b>	<b>119.478</b>	<b>3.477</b>	
Z.C.URUGUAY	Hosp. Nivel III Oberá	51.847	32.926	84.773	77.164		358.807
	Hosp. Colonia Aurora	8.815	s/inf	8.815	1.320		
	Hosp. Panambi	5.959	s/inf	5.959	2.552		
	Hosp. Nivel I Campo Viera	15.483	7.488	22.971	1.023		
	Hosp. Nivel I 25 de Mayo	7.002	6.558	13.560	9.339		
	Hosp. Nivel I A. Del Valle	23.892	13.737	37.629	14.126		
	Hosp. Nivel I Alba Posse	10.371	2.142	12.513	8.799		
	Hosp. Nivel I Campo Grande	16.058	9.320	25.378	1.333		
	Hosp. Nivel I 2 de Mayo	18.118	7.921	26.039	3.173		

<sup>11</sup> Ángel Ginestar, "Pautas para identificar, formular y evaluar proyectos"

	<i>Subtotal</i>	157.545	80.092	237.637	118.829	2.341	
<b>Z. NORTE PARANA</b>	Hosp. Nivel I Montecarlo	19.054	14.185	33.239	20.320		389.921
	Hosp. Nivel I Pto. Piray	16.858	7.389	24.247	946		
	Hosp. Nivel III Eldorado	65.996	47.699	113.695	51.783		
	Hosp. Nivel I Col. Delicia	6.552	5.309	11.861	495		
	Hosp. Nivel II Iguazú	32.064	16.554	48.618	11.238		
	Hosp. Nivel I Esperanza	12.011	9.053	21.064	34.321		
	Hosp. Nivel I Libertad	9.952	3.345	13.297	2.057		
	<i>Subtotal</i>	162.487	103.534	266.021	121.160	2.740	
<b>ZONA NORESTE</b>	Hos.Nivel I Almirante Brown(Andresito)	23.630	7.076	30.706	7.305		246.949
	Hosp. Nivel I Bdo de Irigoyen	24.101	12.427	36.528	222		
	Hosp. Nivel I San Antonio	15.185	10.217	25.402	5.386		
	Hosp. Nivel I San Pedro	25.459	20.595	46.054	12.561		
	Hosp.Nivel II San Vicente	20.609	13.114	33.723	s/inf		
	Hosp. Nivel I El Soberbio	34.090	8.302	42.392	4.218		
		<i>Subtotal</i>	143.074	71.731	214.805	29.692	
<b>ZONA CAPITAL</b>	Hosp.Esc.Nivel III de Agudos Dr. Ramon Madariaga	95.831	71.146	166.977			714.283
	Hosp.Nivel III Materno Neonatal	36.110	14.656	50.766			
	Hosp. Pcial Nivel III de Pediatría	42.292	40.635	82.927			
	Hosp. Psiquiátrico Dr. R. Carrillo	2.731	1.218	3.949	321.077	0	
	Hosp. Enf. Trans. Dr. P. Baliña	6.494		6.494			
	Unidad Geriátrica	4.216		4.216			
	Hosp. Nivel I Pdas. Oeste Dr. R. Favalaro	33.035	17.121	50.156			
	Hospital Nivel II FATIMA	12.408	15.313	27.721			
	<i>Subtotal</i>	233.117	160.089	393.206	321.077	0	
<b>TOTAL CONSULTAS MEDICAS AÑO 2012</b>		920.030	545.987	#####	814.491	11.869	#####

Observaciones:

Establecimientos con problemas para el envío de información completa y oportuna son:

Hospital de Corpus	Área Programática Apóstoles
Hospital Puerto Esperanza	Área Programática San Vicente
Hospital de Bernardo de Irigoyen	Área Programática Puerto Iguazú
Hospital de San Pedro	Área Programática Puerto Libertad

Nota:

Recopilado y confeccionado por Tec.Carmen Oviedo.-

## CONCLUSIONES

La gestión pública ha evolucionado en las últimas décadas desde un modelo burocrático tradicional al enfoque por resultados. El nuevo modelo no se centra exclusivamente en los insumos del proceso ni en el control externo, sino que se enfoca en los impactos de la acción pública, donde lo relevante se focaliza en los resultados y en las dimensiones de eficiencia, calidad y economía de los procesos que los generan.

Las instituciones públicas, no cuentan con la “última línea del balance” que tienen las instituciones privadas a través de los beneficios o pérdidas de su gestión, por lo que a diferencia del sector privado los parámetros para identificar el cumplimiento de resultados requiere construir medidas explícitas de lo que se considera un buen desempeño.

La evaluación se relaciona estrechamente con el proceso de planificación y programación institucional. En este sentido la posibilidad de pronunciarse sobre los resultados (lo que se logró), asume la existencia de objetivos (lo que se esperaba lograr), los cuales deben ser establecidos en términos de metas concretas posibles y susceptibles de ser medidas a través de indicadores.

El establecimiento de los objetivos y metas de una institución es apoyado en la mayor parte de los casos por la aplicación de procesos de planificación estratégica con mayor o menor grado de formalización. Tal como consigna (Anthony, 1998)<sup>12</sup> “planificación estratégica es el proceso que

---

<sup>12</sup> Anthony, Robert (1998), “El Control de Gestión” Marco, Entorno Proceso”. Harvard Business School. Ed. Deusto, Barcelona.

se sigue para determinar las metas de una organización y las estrategias que permitirán alcanzarlas” y desde esa perspectiva, la planificación estratégica fija los límites dentro de los cuales tiene lugar el control y evaluación de gestión.

El desarrollo de indicadores de gestión en una institución se justifica en la medida que éstos se insertan a lo largo de toda la organización y permiten informar sobre lo estratégico y los aspectos claves de la gestión. Sin embargo, debe considerarse que también son el soporte para evaluar lo que está pasando con los procesos y los aspectos operativos que contribuyen a los resultados finales. Es así como el proceso de construcción de indicadores de desempeño lleva de manera inherente la implementación de un sistema de control de gestión y de información para la gestión, que permita hacer el seguimiento de las metas y su cumplimiento en el conjunto de la organización.

La presente propuesta asume como válidos los objetivos estratégicos señalados así como los planes de acción formulados y, basados en estos supuestos, se generan una serie de indicadores de gestión, que se espera sirvan como aporte para quienes conducen la institución concretamente el Director de la Institución y su equipo de administrativo.

Debe tenerse en cuenta que la selección y construcción de indicadores de evaluación del desempeño avanza sustantivamente cuando los organismos públicos son capaces de formular ejercicios de planificación estratégica que priorizan los recursos y la atención del mejoramiento de la gestión sobre aquellos productos que son claves para el cumplimiento de la misión institucional. Este proceso es una construcción colectiva en la que deben involucrarse todas las áreas del organismo.

La solidez del plan y su viabilidad nunca es tan fuerte como para reemplazar la capacidad de la dirección del plan para tomar decisiones en la situación real de implementación. Por ello si el

actor que implementa el plan no ha previsto sistemas de evaluación y control de su desarrollo, carecerá de información para tomar decisiones apropiadas y oportunas.

## BIBLIOGRAFÍA

Anthony, Robert (1998), “El Control de Gestión” Marco, Entorno Proceso”. Harvard Business School. Ed. Deusto, Barcelona.

Ángel Ginestar , “Pautas para identificar, formular y evaluar proyectos” 2da edición Ed. Macchi

Juan Cristóbal Bonnefoy, Marianela Armijo “Indicadores de Desempeño en el Sector Público” - Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES - Manual N° 45 (2005).

G. Baca Urbina “Evaluación de Proyectos – Análisis y Administración del Riesgo” - 2da edición Mac Graw Hill.

Nassir Sapag Chain, Reinaldo Sapag Chain “Preparación y Evaluación de Proyectos” – 4ta edición Mac Graw Hill.

Carlos Mallo, José Merlos “Control de Gestión y Control Presupuestario” – Mac Graw Hill.

Carlos Matus “Los Tres Cinturones del Gobierno, Gestión, Organización y Reforma” – Fondo Editorial Altadir.

Carlos Matus “Chimpace, Machiavello, Ghandi” – Fondo Editorial Altadir.

Santiago Lazzati “El Proceso Decisorio Enfoque, Método y Participación” – Editorial Machi.

Santiago Lazzati “Anatomía de la Organización” – Editorial Machi.

Juan Cristóbal Bonnefoy “Los Indicadores de Evaluación del desempeño: Una herramienta para la gestión por resultados en América Latina”, Boletín N° 13 del ILPES.

“Guía para la Construcción de Indicadores de Desempeño en los Servicios Públicos”, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda de Chile, 1995.

Indicadores de Gestión para Entidades Públicas. Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas. AECA, España. 2002 Documento N°16, Madrid

Ballvé,A.M. “Tablero de Control”, Ed. Macchi, 2000, Argentina.

Kaplan R. S./Norton D. P., “Cuadro de Mando Integral”, ed. Gestión 2000, SA, Esp. Barcelona, 1997.

Lorino P., “El Control de gestión estratégico”, ed. Marcombo, 1993.

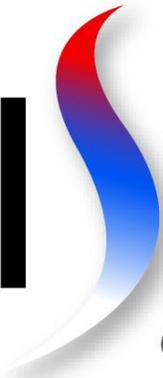
Roser Fernández i Alegre - Jaume Tort i Bardolet “Experiencia en la implantación de cuadros de mando en el Servei Català de la Salut” IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 - 5 Nov. 2004.

Kaplan, Robert et David Norton “Cómo Utilizar el Cuadro de Mando Integral para Implantar y Gestionar su Estrategia.” Gestión 2000, Barcelona, 2001.

**Decreto 939/2000**  
**CRÉASE EL RÉGIMEN DE HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN**  
**DESCENTRALIZADA**



Ministerio de Salud  
PRESIDENCIA DE LA NACION

**MI**  **SIONES**  
*crecer más, crecer en paz*