

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado

---

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

---

TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA

---

Salud pública y calidad: un ejemplo de fortalecimiento de las prestaciones en un centro de salud reconstruido a partir de las voces cotidianas de un grupo de mujeres (2014-2015)

---

AUTORA: LIC. PAOLA ALEJANDRA BERIAS

DIRECTOR: DR. CARLOS ALTSCHUL

JULIO 2018

---

## I. Dedicatoria

*Para Adrián. Cómplice en la vida, sostén incondicional, mi gran amor.*  
*Para Bautista. Aprendizaje permanente, eterna inspiración, mi corazón de amor.*

## II. Dedicatoria

Durante el proceso de evaluación del presente trabajo de investigación, recibí la dolorosa noticia del fallecimiento del Dr. Carlos Altschul. Por muchas razones, pero en especial por la necesidad de poner en palabras lo que me provoca su ausencia en este momento, es que decido hacer esta pequeña dedicatoria en su memoria y como agradecimiento a su entrega y tiempo a este trabajo como tutor.

Tuve el privilegio de conocerlo allá por el año 2013 en el Programa Sumar, años más tarde, y por recomendación del Dr. Ricardo Schmukler, me acompañó como Director de tesis.

Un intelectual singular, un hombre dedicado al saber. Rompía con las estructuras tradicionales, te empujaba al campo, a la búsqueda incansable del relato de los actores en primera persona. Gozaba de grandes virtudes: sabía escuchar, tenía con una relación maravillosa con la palabra, reparaba en el detalle y reconocía las emociones.

Tenía muy buen humor, era gracioso, y de voz serena. Hacía de la conversación una hermosa ceremonia y de los momentos de trabajo un interesante encuentro.

Queda en mi, el recuerdo de las reuniones en su casa colmada de libros, el ventanal de su estudio que daba a un jardín lleno de plantas que te transporta a la calma como un paisaje de Monet y la gran oportunidad de haber contado con la valiosa guía de un intelectual profundamente admirable y de una humildad increíble.

Ante la ausencia repentina e inesperada del Dr. Altschul, como suele suceder en los momentos de difícil falta, tuve la ayuda incondicional de tres personas a quienes no puedo dejar de agradecerles:

Al Dr. Ricardo Schmukler, que rápidamente se puso a disposición para acompañarme tanto durante el proceso de evaluación, como en la defensa de la tesis.

Al Dr. Mauro Brangold, Responsable del Centro de Simulación del hospital El Cruce, que me acompañó con su valioso aporte desinteresado y su preocupación y valoración constante por el trabajo académico.

Finalmente, al Dr. Gabriel González Villa Monte, Director Ejecutivo del Hospital El Cruce, un gran hacedor público, un hombre de inmensa generosidad y fuertes valores, sin duda un buen amigo, que me acompañó y puso todo lo que estaba a su alcance para hacer posible el recorrido final de este trabajo.

## I. Agradecimientos

Son muchas las personas a las que debo agradecer su apoyo y contención para que este trabajo de investigación haya llegado a buen puerto. Por ello, quisiera expresar mi profundo agradecimiento, en especial a mi esposo Adrián y mi hijo Bautista, que me acompañaron todo este tiempo con amor y paciencia, entendiendo ausencias, nervios y crisis de todo tipo. A mi hermana Sol, por su humor, que me cambia la vida.

A mi Director, Carlos Altschul, por su valiosa tutoría y orientación. Por sus palabras de aliento y entusiasmo hacia lo distinto y complejo.

Al Dr. Ricardo Schmukler, por ayudarme a recuperar el interés perdido.

A la Lic. Marcela Orsini, por su tiempo y sus maravillosas conversaciones.

Al Dr. Martín Piazza, por ponerme a disposición todo lo que estuvo a su alcance.

A todo el personal de la UGSP de La Rioja, en especial a la Dra. Cristela Bozas y a la contadora Jimena Espinosa, sin ellas este trabajo no hubiera sido posible.

A todo el personal del CAPS “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja, en especial a su directora la Dra. Rosita Troncoso, que con profesionalismo y generosidad me permitieron ser parte de su historia.

Al Programa Sumar, por la inmensa oportunidad.

Al IRAM, por la información suministrada.

A Julián Chappa, por su dedicación, compromiso y enorme profesionalismo.

A Mi amiga Graciela Lietti, por leer mis borradores, por escucharme, por estar siempre ahí.

A Juan Pablo, mi analista, por ayudarme con mis preguntas y hacerme recordar que nada en la vida se logra sin esfuerzo.

Finalmente, a la Maestría, por el aliento, las oportunidades brindadas y toda la ayuda recibida.

## II. Resumen

El presente trabajo se propone entender e interpretar, a partir de un ejemplo, las razones que mejoran y fortalecen la calidad en la prestación en un Centro de Salud interpelado por el financiamiento por resultados, la cultura evaluativa proporcionada por el Programa Sumar y la gestión de la calidad basada en la Norma ISO 9001:2008.

La estrategia metodológica es de tipo cualitativo con un alcance descriptivo, de diseño no experimental. Estará basada en la combinación del análisis de la experiencia y la teoría<sup>1</sup> con la finalidad de partir de la interpretación de la cuestión para elaborar reflexiones teóricas basadas en el análisis de casos.

Se plantea como objetivo general comprender e interpretar las razones que mejoran y fortalecen la calidad en la prestación en el Centro de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja, a partir de la implementación de la Norma ISO 9001:2008 en la facturación de las prestaciones del Programa Sumar durante el período 2014-2015.

Se evidenció, a través del trabajo de campo y el análisis bibliográfico, que la efectividad en el método para garantizar la calidad en la prestación del servicio está dada por la existencia de un vínculo previo en el CAPS entre gestión por resultados y cultura evaluativa, que le introduce el Programa Sumar por medio del financiamiento por resultados. Asimismo, se pudo comprobar que la implementación de la Norma ISO 9001 en el Centro de Salud incorporó mejoras en el desempeño de los procesos pero, fundamentalmente, dejó en el imaginario social la idea de legitimidad y percepción de la calidad.

Su relevancia y valor radican en la generación de conocimiento empírico de un ejemplo de estudio exitoso en la calidad de la prestación a partir de la incorporación de una innovadora modalidad de gestión basada en una política de financiamiento por resultados que condiciona la asignación de recursos al logro de resultados de salud previamente establecidos, y la

---

<sup>1</sup> Algunos textos de metodología en ciencias sociales todavía suelen plantear que antes de iniciar un proyecto de investigación debe construirse un marco teórico o, al menos, partir de una teoría explícita y, en cierto modo, formalizada. Se supone que esa construcción teórica orientará el proceso de investigación, centrado en general en el desarrollo de un “caso”, en el que se trata de describir y explicar un proceso social más o menos acotado en términos históricos, temáticos y/o contextuales. La ruta sugerida por estos textos sería, entonces, partir de la teoría para iluminar el a menudo farragoso camino que debe transitarse en el desarrollo de un caso de estudio. Sin embargo, también podría optarse por la ruta inversa, es decir desarrollar uno o más casos y rematar la investigación planteando una o más reflexiones teóricas basadas en el análisis de casos (Oszlak, 2011, p. 5).

incorporación de un sistema de gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001 como validación de la calidad del servicio público.

Contar con información de estas experiencias y ponerlas a disposición de la propia gestión pública permitirá generar aprendizajes, transferencia de conocimientos y, fundamentalmente, contribuirá a reemplazar la improvisación que muchas veces existe en el Estado por experiencias exitosas que contribuyan a abordar nuevas demandas sociales.

**Palabras clave: calidad - gestión por resultados - cultura evaluativa - empoderamiento**

### III. Índice

<b>I. Dedicatoria</b> .....	2
<b>II. Dedicatoria</b> .....	3
<b>I. Agradecimientos</b> .....	4
<b>II. Resumen</b> .....	5
<b>III. Índice</b> .....	7
<b>IV. Introducción</b> .....	11
<b>V. Primera parte: Planteamiento del tema/problema</b> .....	13
<b>1. Planteamiento del tema</b> .....	14
<b>2. Pregunta de investigación</b> .....	21
<b>3. Objetivo general y objetivos específicos</b> .....	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.....	21
<b>4. Hipótesis</b> .....	21
<b>VI. Segunda parte: Marco teórico-conceptual</b> .....	23
Marco teórico.....	24
<b>1. La gestión de la calidad en la Administración pública</b> .....	24
Antecedentes: Nueva Gerencia Pública.....	24
La gestión de calidad, orígenes y principios.....	25
La calidad y la gestión pública.....	25
A. Calidad asociada a la legitimidad.....	25
B. Calidad como valor de la gestión pública.....	26
C. La calidad y la percepción social.....	26
La gran controversia: usuarios, clientes, contribuyentes o beneficiarios.....	27
La gestión de calidad en la Administración pública.....	27
Modelo Premio Nacional a la Calidad en Argentina.....	28
Ganadores del Premio Nacional a la Calidad (PNC) entre 1994 y 2017.....	30
Modelo Carta Compromiso con el Ciudadano en Argentina.....	30
Organismos que participan de la Carta Compromiso con el Ciudadano.....	33
Modelo de las Normas ISO.....	33
Sistemas de gestión de calidad basados en la Norma ISO 9001:2015. Aspectos conceptuales. Generalidades.....	35

Enfoque a procesos y el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA).....	36
Pensamiento basado en riesgos .....	37
Relación con otras normas de sistemas de gestión.....	38
Diferencia entre las Normas ISO 9001:2015 e ISO 9000:2001 .....	38
Diferencia entre la Norma ISO 9001:2015 y el modelo del Premio Nacional a la Calidad y Carta Compromiso con el Ciudadano .....	38
Organismos públicos que implementaron sistemas de gestión de calidad basados en la Norma ISO 9001 .....	39
<b>2. El sistema de salud argentino .....</b>	<b>39</b>
<b>El subsector público de salud .....</b>	<b>41</b>
<b>La seguridad social en salud: obras sociales .....</b>	<b>42</b>
<b>El subsector privado.....</b>	<b>43</b>
<b>3. El Plan Nacer/Programa Sumar: una innovadora política pública de financiamiento por resultados .....</b>	<b>44</b>
Antecedentes, surgimiento de la cuestión, toma de posición del Estado .....	44
Diseño, componentes y financiamiento del Plan Nacer/Programa Sumar bajo la estrategia de pago por desempeño y gestión por resultados.....	46
Arquitectura institucional.....	51
La autonomía de los establecimientos en la utilización de los recursos como motor de liderazgo y motivación del equipo de salud .....	52
Evaluación, monitoreo y auditorías: cultura evaluativa en el Plan Nacer/Programa Sumar	53
Monitoreo y auditorías .....	54
Marco conceptual .....	56
<b>1. El concepto de <i>calidad</i>.....</b>	<b>56</b>
Juran señala, además, que la administración para lograr calidad abarca tres procesos básicos: la planificación de la calidad, el control de la calidad y el mejoramiento de la calidad. Esta definición coloca el énfasis en los ingresos, y además plantea una tríada de procesos para alcanzar la calidad. ....	56
<b>2. El concepto de <i>ciudadano cliente</i> .....</b>	<b>60</b>
<b>3. El concepto de <i>sistema de gestión</i> .....</b>	<b>61</b>
<b>4. El concepto de <i>cultura evaluativa</i> .....</b>	<b>61</b>
<b>5. El concepto de <i>gestión por resultados</i> .....</b>	<b>63</b>
<b>6. El concepto de <i>empoderamiento</i> .....</b>	<b>65</b>
<b>VII. Tercera parte: Metodología.....</b>	<b>67</b>
Metodología empleada .....	68
Técnicas de recolección de datos y fuentes de información .....	69

Fuentes primarias .....	70
La observación .....	70
Las anotaciones o notas de campo .....	71
Las entrevistas .....	72
Cuestionario .....	72
Fuentes secundarias.....	73
Análisis de datos.....	74
Presentación de los datos empíricos.....	75
<b>VIII. Cuarta parte: Hallazgos/desarrollo/evidencia empírica .....</b>	<b>76</b>
El financiamiento por resultados como herramienta ordenadora para la mejora y la calidad en la prestación del servicio de salud pública .....	77
La autonomía de los establecimientos en la utilización de los recursos como factor de empoderamiento de los actores públicos.....	85
La autonomía de los establecimientos en la utilización de los recursos como factor de motivación en el desempeño de los actores públicos.....	90
El plan de producción y aplicación de fondos, una tecnología de gestión para la planificación	91
La cultura evaluativa en el Programa Sumar .....	92
Los aprendizajes devenidos a partir de la experiencia del financiamiento por resultados	96
Financiamiento de la salud asociado a metas sanitarias.....	98
<b>Capítulo II: Calidad bajo la Norma ISO 9001 en el Programa Sumar .....</b>	<b>100</b>
<b>Proceso de implementación y certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 en la UEC del Programa Sumar .....</b>	<b>100</b>
Fuente: Elaboración propia a partir de fuente secundaria de datos proporcionada por el Programa (informes de auditoría externa de calidad, emitidos por el organismo certificador IRAM).....	103
Proceso de implementación y certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 en once UGSP del Programa Sumar.....	103
<b>1. Cuadro 2: Procesos certificados bajo la Norma ISO 9001:2008 en UGSP - Programa Sumar .....</b>	<b>103</b>
Proceso de implementación y certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 en el CAPS “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja.....	106
<b>Capítulo III: El Centro de Atención Primaria de Salud “Islas Malvinas” de la ciudad de La Rioja como unidad de análisis del caso de estudio .....</b>	<b>107</b>
Historia del CAPS .....	107
Misión.....	108
Servicios y población a cargo.....	108

Financiamiento .....	108
Supuestos básicos que deja la implementación y certificación de la Norma ISO 9001:2008	
<b>IX. Quinta parte: Conclusiones/reflexiones finales</b> .....	<b>115</b>
En relación al vínculo preexistente entre financiamiento de gestión por resultados y cultura evaluativa en el Programa Sumar .....	116
En relación a los supuestos que deja la implementación de la Norma ISO 9001:2008 en el Centro de Salud “Islas Malvinas” .....	119
Conclusión general .....	119
Nuevos interrogantes .....	121
Reflexión final, implicancias y aporte del Trabajo Final de Maestría a la Administración pública .....	121
<b>X. Referencias bibliográficas</b> .....	<b>124</b>
<b>XI. Anexos</b> .....	<b>129</b>
1. <b>Anexo I - Glosario</b> .....	130
2. <b>Anexo II - Ganadores del PNC entre 1994 y 2017</b> .....	132
3. <b>Anexo III - Organismos públicos nacionales, provinciales y municipales con Cartas Compromiso vigentes al año 2017</b> .....	137
4. <b>Anexo IV - Organismos públicos nacionales, provinciales y municipales con procesos certificados bajo la Norma ISO 9001:2008/2015</b> .....	139
Fuente: Elaboración propia a partir de fuente secundaria de datos, proporcionada por el organismo certificador IRAM. ....	151
5. <b>Anexo V - Entrevistas y material fotográfico</b> .....	152

## IV. Introducción

El tema de esta investigación se enmarca en el ámbito del Centro de Atención Primaria de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja, cuyo objetivo consiste en prestar servicios de salud a su población a cargo.

Durante el período analizado (2014-2015), se implementó exitosamente un sistema de gestión de calidad bajo la Norma ISO 9001, con la finalidad de certificar el proceso de facturación de las prestaciones financiadas por el Programa Sumar. La efectividad en la implementación de este sistema dio paso a indagar el vínculo preexistente en la organización entre financiamiento de gestión por resultados y cultura evaluativa, y los supuestos que deja esta experiencia en el imaginario social a partir de la interpretación del relato de la experiencia transitada por los actores públicos.

El presente trabajo intenta comprender<sup>2</sup>, a partir de un ejemplo, las razones que mejoran y fortalecen la calidad en la prestación del Centro de Salud interpelado por el financiamiento por resultados, la cultura evaluativa y la gestión de la calidad basándose en la Norma ISO 9001:2008.

Los motivos que justifican esta investigación son:

El mejoramiento de la productividad administrativa, ya que constituye un nudo temático de investigación en el campo de la Administración pública (Oszlak, 1997).

La relevancia del tema de investigación radica en la vigencia de la “cuestión”, que como plantea Oszlak (2011) tiene que ver con analizar y comprender el comportamiento de los actores y sus instituciones, realizar una descripción e interpretación y en algunos casos predecir situaciones similares<sup>3</sup>.

El aporte al desarrollo de la disciplina y los antecedentes novedosos que implica conocer experiencias basadas en la gestión por resultados y calidad en la Administración pública.

La pertinencia en el área de conocimiento de la maestría y como aporte al debate de la cuestión, por tratarse de un tema de gestión, evaluación y calidad en la gestión pública.

La estructura de esta investigación se compone de la siguiente manera:

---

<sup>2</sup> Según Weber, requiere interpretar para entender.

<sup>3</sup> Piedra basal de la ciencia política (Oszlak, 2011, p. 5).

La primera parte, en donde se describe el planteamiento del tema/problema, la pregunta de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos y las hipótesis.

La segunda parte, por un lado el marco teórico, donde se aborda la gestión de la calidad en la Administración pública, el sistema de salud argentino y el Programa Sumar como una política pública innovadora de financiamiento por resultados. Por otro lado, se desarrollan los conceptos que circundan el tema de investigación y constituyen el marco conceptual para dicho tema.

La tercera parte desarrolla la metodología utilizada y la argumentación teórica de las elecciones metodológicas. Se detallan las técnicas de recolección de datos, las fuentes primarias y secundarias de información, las herramientas para la recolección de datos, las técnicas de análisis de datos y el esquema para la presentación de datos empíricos.

La cuarta parte contempla los hallazgos. Para una mejor comprensión de los mismos, está subdividida en capítulos en los cuales se plantean los hallazgos del trabajo en relación con el marco teórico propuesto y ordenados en función de los objetivos específicos.

En el capítulo I se describe la evidencia empírica que permite indagar el vínculo entre financiamiento de gestión por resultados y cultura evaluativa en el Programa Sumar, a partir del caso del CAPS “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja.

En el capítulo II, en función del análisis de datos, se expone el proceso de calidad bajo la Norma ISO 9001 a lo largo de toda la estructura Nación-provincias-efector en el Programa Sumar.

En el capítulo III se describe al Centro de Atención Primaria de Salud “Islas Malvinas” de la ciudad de La Rioja, que constituye la presente unidad de análisis.

En el capítulo IV se expresa la evidencia empírica que permite analizar y comprender los supuestos que deja la implementación de la Norma ISO 9001 en el Centro de Salud a partir de la interpretación del relato de la experiencia transitada por los actores públicos.

Finalmente, se presentan las conclusiones a las que se arribaron desde el análisis realizado en los capítulos antes mencionados.

**V. Primera parte: Planteamiento del tema/problema**

## 1. Planteamiento del tema

### Introducción

A partir del año 2012 estuve a cargo de la implementación de un Sistema de gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 en el Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación. En aquel momento, el Programa pretendía mejorar, desde el fortalecimiento de sus procesos principales, el desempeño vinculado a la gestión de los fondos, tanto en el ámbito nacional como provincial.

La decisión de optar por la Norma ISO 9001:2008 está fundamentada en su característica voluntaria que, a diferencia del Premio Nacional de la Calidad, permite una implementación escalonada y paulatina, continuando en este sentido con la experiencia de evolución gradualista que caracteriza al Programa<sup>4</sup>.

Durante el periodo 2012-2015 logramos llevar adelante un ambicioso plan de calidad, comenzando por la UEC<sup>5</sup> en ocho procesos, incluyendo su proceso principal (“Transferencias de Fondos Captados a las Provincias<sup>6</sup>”), además once UGSP<sup>7</sup> que voluntariamente consolidaron la certificación de las “Liquidaciones de pagos a efectores<sup>8</sup>” y, finalmente, un efector<sup>9</sup> certificó la “Facturación de prestaciones<sup>10</sup>”.

El plan de implementación estuvo pensado para comenzar desde Nación, luego replicarlo en las provincias y finalmente en los efectores, garantizando así la calidad a través de la certificación de la norma a lo largo de toda la cadena de gestión del ecosistema (Nación-provincias-efector).

La provincia de La Rioja es el lugar donde puede verse claramente este esquema escalonado de implementación. Luego de la certificación de la norma en la UEC se implementó y

---

<sup>4</sup> Sabignoso, Silva, Zerbino, Vallejos, Bazan, Zanazzi (2015). El Plan Nacer/Programa Sumar se introdujo gradualmente en todo el país en el marco de un contexto de marcadas desigualdades geográficas y sociales en la situación sanitaria de un numeroso conjunto poblacional. Además, esta implementación gradual tuvo en cuenta el país en su organización federal, respetando la autonomía de las provincias en la articulación de su sistema de salud, reservándose el rol de coordinación y rectoría.

<sup>5</sup> UEC: Unidad Ejecutora Central del Programa Sumar.

<sup>6</sup> Manual Operativo del Programa Sumar. Se define a las “transferencias capitadas” como el producto de un monto per cápita base por el número de beneficiarios que revistan la condición de “beneficiarios con cobertura efectiva básica” (nivel de cobertura sanitaria que cada beneficiario del Programa Sumar alcanza en el periodo de un continuo de 12 meses). El monto per cápita base es uniforme para todas las provincias participantes y su valor será equivalente a la suma de los valores que se establezcan para el financiamiento de los distintos conjuntos de prestaciones priorizadas destinados a los grupos poblacionales que integren la población elegible.

<sup>7</sup> UGSP: Unidad de gestión del sistema provincial de salud.

<sup>8</sup> Liquidación de pago a efectores: procedimiento administrativo que realiza la provincia (UGSP) para determinar el pago a liquidar a los efectores.

<sup>9</sup> La denominación “efector” se refiere a un establecimiento de salud.

<sup>10</sup> Facturación de prestaciones: procedimiento administrativo que realiza el efector para facturar las prestaciones al Programa Nacional.

se certificó la UGSP, y en una etapa siguiente se certificó el Centro de Atención Primaria de Salud “Islas Malvinas”.

### **Un experiencia que comienza a tejerse en la provincia de La Rioja**

Finalizado el proceso de implementación del sistema de gestión de calidad conjuntamente con las autoridades provinciales de la UGSP de la provincia de La Rioja, se abordó la última etapa del trabajo, denominada Auditoría de certificación<sup>11</sup>. En ese momento, un organismo certificador<sup>12</sup> evalúa el sistema, a las personas de la organización y otorga o no la certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001<sup>13</sup>.

Corría el mes de diciembre de 2014, una colaboradora de mi equipo y yo nos dirigíamos a realizar la última visita a la provincia luego de varios meses de trabajo, para acompañar a la UGSP en su auditoría. Así fue que llegamos a la provincia un domingo por la tarde en el único vuelo disponible, con el objetivo de estar presentes a primera hora de la mañana siguiente con el equipo provincial, para atender la visita del equipo auditor.

La Rioja es una provincia donde se mixtura el hermoso color de sus sierras con la tristeza que provoca la desigualdad y las inequidades que sufren sus pobladores. La ciudad se encuentra envuelta por un paisaje montañoso, construcciones coloniales y una plaza principal que le otorgan un aire de pueblo antiguo.

El tiempo en esa provincia norteña avanza con lentitud, más pausado que en otras ciudades de nuestro país, el calor es seco y el sol fuerte. Para cualquier extraño que llega por el motivo que fuere a esta ciudad, el calor se torna aplastante y agotador.

Allí estábamos entonces, a primera hora de la mañana, la coordinadora del Programa en la provincia —médica obstetra, una joven contadora responsable de la administración en la UGSP, comprometida con el trabajo de implementación de calidad en la provincia—, mi colaboradora y yo.

---

<sup>11</sup> La Auditoría de certificación es el acto por el cual las organizaciones públicas o privadas verifican si cumplen o no con todos los requisitos obligatorios para obtener la certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001.

<sup>12</sup> Un organismo de certificación (o certificador) es un organismo tercero habilitado que procede a la certificación.

<sup>13</sup> La certificación de calidad es el procedimiento mediante el cual un organismo brinda una garantía por escrito que un producto, un proceso o un servicio se halla conforme a los requisitos especificados.

A la hora estipulada se presentó la auditora de IRAM<sup>14</sup>. Mendocina, Licenciada en Administración, nos comentó que tenía experiencia en el sector privado y que ésta sería su primer auditoría en el sector público.

La auditoría se desarrolló durante dos días. La auditora relevó toda la documentación detalladamente, entrevistó a todos los actores de la UGSP, por momentos proponía mejoras pero nunca observaciones complejas. Cada una de nosotras, mientras tanto, controlaba que todo estuviera en orden y contestaba minuciosamente sus preguntas. Llegado el mediodía del martes, ya culminado su análisis, nos solicitó una reunión a la que asistimos sin demora.

Coincidimos en que se trataba de la reunión de cierre, por lo que la coordinadora de la UGSP decidió llevarla a cabo en su oficina. Una vez reunidas, la auditora nos miró y dijo:

No encuentro ninguna observación ni hallazgo. Debería cerrar mi informe aquí y decirles que están en condiciones de obtener la certificación, pero no logro entender qué es lo que hace finalmente este Programa, cómo es que funciona y qué impacto tiene para la gente, qué llega a un hospital de las tareas que realizan... Me gustaría ir a un efector y ver cómo funciona, para poder tener una opinión más sólida.

Sorprendida, miré rápidamente a la coordinadora, ya que eso no lo habíamos tenido en cuenta y no sabía si estaba dentro de las posibilidades. La coordinadora, sin sorpresa ni duda, dijo: “Sí, por supuesto”, y como si estuviera en su casa, sin levantarse del escritorio le ordenó a la secretaria que estaba en la oficina contigua: “Avisale a la directora del Islas Malvinas que vamos a verla... Llamá al chofer [para] que se prepare.”

Era el mediodía en La Rioja, la gente se protege del calor agobiante permaneciendo en sus casas, las calles se vacían y la única presencia en ellas son el viento caliente y el sol. Todo se cierra hasta la tarde, el calor es tan agobiante que no permite siquiera respirar. Subimos a la camioneta del Programa y nos dirigimos al Centro de Atención Primaria de Salud “Islas Malvinas”.

Hicimos varios kilómetros y arribamos al Centro de Salud, inmerso en un barrio muy humilde de casitas bajas. Descendimos y, en la puerta, parada con determinación, estaba la directora del Centro de Salud. Era una mujer de contextura pequeña, vestía un guardapolvo blanco, en uno de cuyos bolsillos se dejaban ver caramelos y un alfajor de maicena, mientras que de su cuello colgaba un estetoscopio. La directora es jujeña, había llegado hacía unos años a La

---

<sup>14</sup> Se define como “auditoría de IRAM” a una auditoría externa para la certificación.

Rioja para hacerse cargo de la Dirección del Centro de Salud. Era médica generalista, tenía la piel chocolate, ojos rasgados y un bello peinado.

La coordinadora de la UGSP hizo las presentaciones de rigor y sin mucho preámbulo dijo: “La auditora de calidad quiere saber qué hacemos en el Programa Sumar, ¿vos le podés explicar?”

Ella, con mucha tranquilidad, asintió con la cabeza y nos solicitó que la acompañáramos. Cruzamos la calle mientras el sol nos atravesaba, se detuvo al lado de una precaria casita de madera y con voz firme, como quien no quiere olvidar, dijo: “Este era el Centro de Salud antes del Programa Sumar y este es hoy, señalando al efector.”

Miró a la auditora y aclaró: “No quiero que lo tiren abajo, porque es el modo que tenemos todos de recordar desde dónde partimos.” Hizo un silencio, con una mano en el bolsillo tocaba el alfajor, como si quisiera asegurarse que seguía ahí, y continuó diciendo: “Acompañame que te muestro”.

Ingresamos, todo guardaba un orden, una razón. El hall central funcionaba como sala de espera, se ubicaba en el centro del edificio, como si su diseño hubiera estado pensado funcionalmente. Había mujeres y niños esperando ser atendidos, los chicos jugaban en unas mesas didácticas mientras que sus madres, en general adolescentes, esperaban su turno. Yo me encontraba caminando junto a la directora e indagué sobre la edad promedio de las madres. Ella, como quien rezara en voz baja, me dijo: “Entre once y diecisiete”. Seguimos adelante invadidas por el silencio, no supe qué decir.

El lugar se veía agradable, estaba pintado de blanco y resaltaban los colores divertidos de las mesas didácticas para los niños. Parecía pensado para que quien viniera una vez, volviese.

Durante dos horas recorrimos el Centro de Salud. La directora, minuciosamente y sin omitir un solo detalle, nos mostró todo lo que había podido comprar y hacer a partir de la disponibilidad de fondos propios<sup>15</sup> que generaba con el Programa Sumar. Nos contó que ella periódicamente se reunía con el personal médico y los agentes sanitarios para pensar cuál era el aporte de cada uno en el resultado final, para lograr incrementar la facturación del efector, cómo la planificaba y en qué se aplicarían esos fondos. Insistía en que el secreto era que la gente tuviera una atención de calidad y, además, que se hiciera un seguimiento para que regresaran a completar sus controles y tratamientos.

---

<sup>15</sup> Los efectores de la red pública de salud que se encuentran bajo convenio con el Programa realizan la provisión de prestaciones priorizadas y las facturan al Programa nacional, por lo que obtienen recursos adicionales a los presupuestarios.

Dejó claro que para lograr esto había formado un grupo de mujeres que cumplían el rol de agentes sanitarios, todas habían llegado al efector por tener un plan social. Ella entendió que debía valorizar el trabajo de estas mujeres. Las hizo vestir con un uniforme (un ambo rosa), que según su definición las identificaba con el trabajo en el efector y valorizaba su rol frente a la comunidad, y junto con ellas definió cuál sería la población en riesgo, qué porcentaje tenía cada una a cargo y cómo llevarían adelante el trabajo de seguimiento.

En síntesis, acercó el efector a la comunidad. Estas mujeres dibujaban en cartulinas las zonas a cargo y con nombre y apellido de cada mujer y niño en riesgo salían a visitarlos, los trasladaban para los controles y así se lograba facturar las prestaciones al Programa. La facturación se incrementaba mes a mes, permitiendo el crecimiento de los recursos propios.

La visita duró más de dos horas. Estas mujeres, la directora y las médicas del efector, nos daban una clase de cómo hacer bien las cosas en el Estado a través de la gestión por resultados<sup>16</sup>. Todas, a pesar del calor agobiante, escuchábamos con atención cada uno de los detalles. La directora, con una calidez maternal, transitaba cada rincón del Centro de Salud mostrando orgullosa los logros y contándonos cuáles eran sus objetivos por delante, mientras como testigos accidentales nos cruzábamos pacientes a los que ella saludaba por su nombre.

Culminada la recorrida, lo único que quedaba era felicitarla. Nadie hablaba de la auditoría, eso ya había pasado a un segundo plano. Las visitantes, visiblemente emocionadas, nos despedimos de esas mujeres con un sentimiento de admiración. Nos acompañó hasta la puerta, saludó y con tono despreocupado nos dijo mientras finalmente sacaba su alfajor del bolsillo: “Miren que yo también quiero certificar calidad en mi centro, ¿cuándo empezamos?”

El regreso en la camioneta nos sumió en el silencio, solo se escuchaba el suave ronroneo del motor, estábamos visiblemente cansadas. Supongo que todas pensábamos en esa médica de un barrio de La Rioja, como la historia de esos héroes anónimos que dejan la comodidad de su casa para aventurarse a desafíos desconocidos en un lugar donde lo único que sobra son necesidades. Ese día la UGSP logró la certificación de calidad y la auditora no necesitó hacer más preguntas.

Caía la tarde en La Rioja, volvimos al hotel agotadas, con el cuerpo quebrado por el calor. Al otro día debíamos regresar a Buenos Aires, pero yo ya no era la misma. Ese día comprendí

---

<sup>16</sup> La gestión por resultados puede definirse como el modelo que propone la administración de los recursos públicos centrada en el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en el plan de gobierno, en un periodo de tiempo determinado (Makon, 2000, p. 3).

que había otra forma de alcanzar la calidad y que tenía que ver con hacer bien las cosas en el Estado, a pesar de todo.

### **2.1.2. El Centro de Salud “Islas Malvinas”**

A comienzos del año 2015 contacté a la directora del Centro de Salud para comenzar las tareas de implementación del sistema de gestión de calidad en ese lugar. Hablamos por teléfono con gran entusiasmo, ella porque quería comenzar con las tareas de implementación y yo porque presentía que iniciaba un camino de profundo aprendizaje profesional y personal.

Acordamos la formación de un equipo implementador en el Centro de Salud, del que participaban la directora, personal del efector, la responsable de calidad de la UGSP, mi equipo y yo, quienes les daríamos soporte monitoreando el plan y los avances a distancia, con reuniones en la provincia que íbamos pactando a medida que el proyecto avanzaba.

Con el transcurso de los meses y el avance del plan las reuniones iban sumando interés, con mucho ingenio y compromiso superábamos las dificultades y limitaciones. Con el paso del tiempo comprendí que esas mujeres eran tozudas y la realidad no lograría doblegarlas con facilidad.

Los recursos humanos del efector presentaban una realidad diferente a los equipos con los que habíamos trabajado hasta el momento. La mayoría del personal administrativo y los agentes sanitarios no tenían conocimientos de computación ni poseían formación y/o cultura administrativa. A pesar de esta gran limitación logramos desarrollar e implementar los requisitos obligatorios de la norma, poniendo en marcha la imaginación y las herramientas que teníamos a mano. Desarrollamos una gran capacidad de adaptación para cumplir las metas que nos habíamos trazado.

Fuimos implementando técnicas de planificación en conjunto con los profesionales médicos y las agentes sanitarias, para incrementar la facturación y en este sentido lograr mejorar la tasa de cobertura de las “trazadoras”<sup>17</sup>. La directora hacía reuniones y analizaba con cada médico la cantidad de pacientes que atendían, las prestaciones que facturaban y de acuerdo a la

---

<sup>17</sup> Las “trazadoras” son indicadores sanitarios mediante los cuales se evalúa y retribuye el desempeño del sistema de salud provincial respecto de distintas dimensiones de la atención de la salud de la población objetivo (Reglamento Operativo, Programa Sumar, p. 9).

mejora de los rendimientos los médicos establecían prioridades sobre las adquisiciones de equipamiento para el efector.

Esta era una herramienta de incentivos que buscaba prestar un mejor servicio y hacer partícipes a los actores de la salud en la planificación de las necesidades apuntando a un servicio eficiente y de calidad.

De ese modo fueron surgiendo experiencias innovadoras. Por ejemplo, la nutricionista organizaba, con ayuda de las agentes sanitarias, actividades de captación de madres embarazadas y púerperas, haciendo lo propio también con los niños.

Para lograr que las madres se acercaran al Centro de Salud había implementado sorteos semanales de canastas con alimentos. Las agentes sanitarias repartían los números entre la población en riesgo, y una vez que se presentaban en el efector realizaban los controles de rutina y les ofrecían una charla sobre nutrición.

Las iniciaban con el pretexto del sorteo, para luego continuar con los controles de seguimiento y las clases de cocina saludable, dado que en La Rioja mucha gente no solo no se alimenta bien por las dificultades económicas sino también por la falta de conocimientos e información.

El personal administrativo encargado del proceso de facturación de las prestaciones al Programa había desarrollado un método para registrar los errores. Una vez que los resolvía, tomaba medidas correctivas para evitar que volviera a suceder y lo identificaba en una cartulina pegada en la pared. Así, al cabo de un tiempo se lograron disminuir los errores recurrentes a menos de la mitad.

Los meses fueron pasando y, para mi sorpresa y curiosidad, a pesar de las limitaciones fuimos implementando el sistema de gestión de calidad con herramientas y técnicas que permitían dar respuesta a problemas vinculados justamente a la calidad.

De este modo llegamos a la auditoría de certificación del Centro de Salud. Un año después la auditora estaba nuevamente con nosotras. Ese día todos en el Centro de Salud estaban expectantes, dispuestos a mostrar sus logros. La auditora preguntaba interesada en los detalles, en la conducta de la gente, en los resultados de todo el trabajo y en los objetivos por delante.

La auditoría culminó sin ninguna observación. Habíamos logrado cumplir con todos los requisitos obligatorios para certificar las normas de calidad. Reunimos a todo el personal del

efector para hacer el cierre, la auditora felicitó a todos por su trabajo y el encuentro culminó con un largo aplauso. En el aire podía percibirse el reconocimiento.

## **2. Pregunta de investigación**

Frente a este caso, podríamos decir que la Norma ISO 9001:2008 es una tecnología de gestión determinante para garantizar y fortalecer la calidad en cualquier organización, independientemente de otros factores. O bien intentar entender mejor el resultado de esta experiencia y preguntarnos, ¿qué es lo que hace distinta a esta organización y a las experiencias grupales transitadas por sus actores en la efectividad para garantizar y fortalecer la calidad en la prestación del servicio? ¿Cuál o cuáles son los supuestos básicos que deja esta experiencia entre los actores del Centro de Salud y el imaginario social luego de la implementación de este modelo de calidad?

## **3. Objetivo general y objetivos específicos**

### **Objetivo general**

El objetivo general consiste en comprender e interpretar las razones que mejoran y fortalecen la calidad en la prestación en el Centro de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja a partir de la implementación de la Norma ISO 9001:2008 en la facturación de las prestaciones del Programa Sumar, durante el período 2014-2015.

### **Objetivos específicos**

El primer objetivo específico es indagar el vínculo entre financiamiento de gestión por resultados y cultura evaluativa en el Programa Sumar, a partir del caso del Centro de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja. Por otra parte, también analizar y comprender los supuestos que deja la implementación de la Norma ISO 9001:2008 en el Centro de Salud, a partir de la interpretación del relato de la experiencia transitada por los actores públicos.

## **4. Hipótesis**

**Hipótesis 1:** Lo que distingue al Centro de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja de otra organización pública —en lo referido a la efectividad para garantizar la calidad en la prestación de servicios— es la existencia de un vínculo previo entre gestión por resultados y cultura evaluativa que le introduce el Programa Sumar. En otras palabras, la efectividad del método para garantizar la calidad en el servicio se encuentra condicionada por los factores previos existentes en el contexto organizacional.

**Hipótesis 2:** La implementación de la Norma ISO 9001:2008 en el Centro de Salud proporciona la idea de validación de la calidad como supuesto básico entre el imaginario de los actores públicos.

## **VI. Segunda parte: Marco teórico-conceptual**

## **Marco teórico**

Abordar la presente investigación amerita brindar un panorama acerca de la perspectiva teórica y conceptual del conocimiento existente y disponible del marco en el que se inscribe nuestro planteamiento del tema.

Con la decisión de proporcionar al lector una visión acerca de dónde se sitúa el planteamiento propuesto dentro del campo del conocimiento, se hace una revisión y toma de posición relativa a los aspectos relevantes a tomar en cuenta para su estudio, tales como la gestión de la calidad en la Administración pública, el sistema de salud argentino y el Programa Sumar como una política pública innovadora de financiamiento por resultados.

Además, y con la finalidad de considerar el tema de investigación, se exponen y desarrollan los conceptos que atraviesan el caso de estudio.

### **1. La gestión de la calidad en la Administración pública**

#### **Antecedentes: Nueva Gerencia Pública**

A finales de la década del ochenta se observa la introducción de tecnologías de gestión asociadas a la calidad, como parte de las reformas que se realizaron en la Administración pública a través de la Nueva Gerencia Pública (en adelante, NGP).

La concepción de la NGP se gestó en torno a los principios que tienen como base la orientación al cliente, la privatización y el mercado. Específicamente, la calidad puede observarse en la parte del aparato de sistematización de la NGP, que comprende el enfoque empresarial/gerencial (atención a resultados, mejora de la relación calidad/costo); así como en la gestión por resultados, la cual necesita de objetivos claramente asociados a metas, la formulación de estándares explícitos con medidas precisas de rendimientos, y la definición de indicadores de éxito expresados en términos cuantitativos (Vicher, 2011).

La NGP representa un cambio trascendental en la perspectiva tradicional de la Administración pública, hacia un sistema que coloca su énfasis en los resultados, que reclama mayor responsabilidad y flexibilidad institucional. Este cambio, no exento de controversias, obliga a asumir una posición en torno al futuro del sector público; y al respecto no caben dudas que éste será inevitablemente gerencial, tanto en la teoría como en la práctica (Hugues, 1994).

La introducción del paradigma gerencial expresa en tres planos la superación del modelo weberiano, manifestado como transformaciones en el Estado (Estrada, 2002). En primer lugar, atendiendo al acercamiento entre las técnicas de gestión del sector privado y el sector público; en segundo lugar el cambio de un modelo legal funcional a un estilo de gestión que focaliza en los resultados y, por último, a la mayor preocupación por la eficiencia, la calidad y la efectividad.

### **La gestión de calidad, orígenes y principios**

El primer país en adoptar la gestión de la calidad en diversos productos y servicios fue Japón, lo que le permitió liderar importantes sectores durante la segunda mitad del siglo XX (Guajardo Garza, 1996). El conocimiento sobre la administración de la calidad fue la estrategia que otorgaría a Japón la competitividad necesaria para conquistar los mercados mundiales. De ese modo, los especialistas en calidad aconsejaron orientar los esfuerzos relativos a la calidad hacia el desarrollo de la capacidad de los procesos, para añadir variedad a los productos ofrecidos pero sin elevar los costos.

Los nipones prestaron especial atención a esta oportunidad e impulsaron las investigaciones de diversas metodologías que apuntaran a obtener información acerca de los consumidores. La información obtenida les permitió diferenciar sus productos. De esta forma, los estudios de mercado y la investigación de la satisfacción del cliente pasaron a ser parte significativa de los programas de calidad y marcaron un cambio hacia el enfoque al cliente.

Tanto el paradigma de la NGP como el de la gestión de calidad parten de la preocupación por encontrar bases duraderas para fortalecer la competitividad y la eficiencia de las empresas e instituciones dentro de un nuevo contexto de competitividad, consumo y reconocimiento de la calidad como principio catalizador de la demanda, así como del reconocimiento social y la legitimidad gubernamental (Estrada, 2002, p. 3).

### **La calidad y la gestión pública**

#### **A. Calidad asociada a la legitimidad**

Partiendo de la premisa que gobernar implica eficacia para asegurar el resultado de las acciones del Estado, uno de los puntos centrales radica en que el desempeño de las instituciones sea eficaz.

En consecuencia, la eficacia es parte crucial de la legitimidad, específicamente de la legitimidad por resultados.

Por lo tanto, el desempeño no es un asunto trivial o intrascendente, sino que ocupa un lugar básico en el horizonte de los gobiernos, pues de él depende el reconocimiento o el desprestigio que los mismos pueden tener en el corto, mediano o largo plazo (Berrones, 2002).

Siguiendo con esta idea, podemos aseverar que los gobiernos y sus Administraciones públicas empezaron por adaptar la filosofía de la calidad total a fin de cambiar la imagen de ineficiencia del sector público y también para fortalecer la legitimidad del Estado (Estrada, 2002, p. 4).

Debido a ello, el desempeño que acrediten resulta fundamental para determinar si la confianza de los ciudadanos en sus instituciones tiende a multiplicarse o no. En ese sentido, el argumento sobre modernización es político, encierra una concepción del Estado y tiene por objeto legitimar un estilo de gobierno y un modelo de gestión.

### **B. Calidad como valor de la gestión pública**

La calidad no puede incorporarse a la Administración pública del mismo modo en que lo hace en la administración privada. Según Estrada, la Administración pública no puede limitarse a quedar atrapada en un proceso de imitación, sino que debe avanzar hacia una era de innovación que implique reconocer aquellos valores propios del sector público en el marco de la cultura administrativa y lograr adaptarlos.

Por consiguiente, resulta preciso no hablar de calidad como una simple tecnología de gestión importada del sector privado, sino adaptarla correctamente a partir del análisis de la lógica de funcionamiento de la Administración pública, con el objetivo de obtener una estrategia efectiva que responda a las expectativas y necesidades del sector.

La innovación debe ser entendida genéricamente como el proceso de implementación sostenible de nuevas políticas, productos institucionales, sistemas y tecnologías en el Estado (Schweinheim, 1998, p. 1).

### **C. La calidad y la percepción social**

Podemos decir que la calidad adquiere su dimensión social al tratarse en el imaginario social de un proceso de persuasión. En este sentido, el reto de la calidad es también recuperar la

credibilidad y la confianza de los ciudadanos en los servicios que prestan las Administraciones públicas. Por tanto, sin una percepción social de que hay mejores servicios, la calidad no resulta útil a los gobiernos. Podríamos afirmar que sin credibilidad no hay calidad (Estrada, 2002).

### **La gran controversia: usuarios, clientes, contribuyentes o beneficiarios**

El concepto de *calidad* se refiere al usuario con un tratamiento de cliente. Este ha provocado una controversia que en principio da lugar a pensar en que el tema de la calidad constituye una nueva relación entre la Administración pública y los ciudadanos.

Oszlak<sup>18</sup> plantea que los ciudadanos asumimos tres roles bien diferentes en relación con el Estado, los cuales nos identifican como contribuyentes, usuarios y votantes.

Esta nueva relación con el ciudadano supone la posibilidad, entre otras, de que dicho ciudadano asuma un nuevo rol de cliente-contribuyente capaz de decidir racionalmente en términos de la calidad de tal o cual servicio; el ciudadano se convierte así en vigilante de la gestión pública acompañado por nuevas figuras de la sociedad para institucionalizar la participación a través de consejos de usuarios, observatorios, comités, etc.

De esa forma, la estructura de derechos sobre la cual se basa la prestación de servicios públicos queda de lado, abriéndose paso el interés y la satisfacción individual.

### **La gestión de calidad en la Administración pública**

En el área de la Administración pública, la gestión de la calidad puede ser abordada a partir de tres modelos posibles (Malvicino, 2001): el modelo de calidad total, el de Carta Compromiso y el de las Normas ISO 9000.

El modelo de calidad total responde básicamente a los lineamientos de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM), que propone el seguimiento de un modelo de excelencia tanto para el sector público como para el privado. Asimismo, este modelo plantea atender las demandas del cliente, responsabilizar a todas las personas de la organización en

---

<sup>18</sup> Oscar Oszlak, “El delicado equilibrio en la relación entre los ciudadanos y el Estado”. Nota de opinión en el diario *La Nación*, 11 de noviembre de 2018. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/2099488-el-delicado-equilibrio-en-la-relacion-entre-los-ciudadanos-y-el-estado>.

satisfacerlas, reconocer la existencia de “clientes internos” y mejorar continuamente los procesos y resultados propuestos.

Los premios nacionales a la calidad del sector público —que promueven muchos de los gobiernos que han asumido la política de modernización del Estado— han adoptado este modelo de gestión para impulsar y premiar iniciativas de organizaciones públicas y privadas que toman a la gestión de la calidad como un nuevo estilo de reforma del Estado.

Los premios más conocidos en el ámbito internacional son *Business Award for Excellence* (Canadá), *Deming Award* (Japón), *Malcolm Baldrige National Quality Award* (Estados Unidos), *President's Quality Award* (Estados Unidos), *Federal Quality Improvement Award* (Estados Unidos, sector público) y el Premio Europeo de la Calidad (Unión Europea).

### **Modelo Premio Nacional a la Calidad en Argentina**

Bajo la premisa de que las organizaciones públicas debían enfrentar fuertes cambios con vistas a la mejora permanente de sus servicios a la sociedad, y la necesidad de introducir nuevas tecnologías informáticas y una nueva forma de gerenciar basadas en un enfoque en el usuario, la Gestión Total de Calidad surge entonces como una filosofía dentro de la cual se logran desarrollar técnicas de participación, conocimiento y satisfacción de las expectativas del ciudadano, además del aseguramiento de los procesos y sistemas de calidad instalados.

En nuestro país, el Premio Nacional a la Calidad se encuentra enmarcado bajo la Ley 24.127 y reglamentado por el Decreto 1513/1993, que establece su carácter simbólico y no económico. Las organizaciones públicas que pueden aspirar al premio son organismos y entes dependientes de los poderes nacionales o provinciales, unidades organizativas que dependen de los entes antes mencionados y empresas estatales.

La unidad, organismo o ente debe tener una misión organizacional definida por la Ley 24.127 y una planta mínima de veinte personas<sup>19</sup>, salvo el Poder Judicial de la Nación y las provincias. Asimismo, el postulante debe proveer productos o servicios a la comunidad o a otros entes públicos nacionales o internacionales.

---

<sup>19</sup> De acuerdo a las bases, se establecen cuatro categorías: categoría I (de 20 a 200 personas), categoría II (de 201 a 500 personas), categoría III (de 501 a 1000 personas), y categoría IV (más de 1000 personas).

De acuerdo a las bases y condiciones vigentes para poder participar del proceso de evaluación del premio, los organismos deben presentar un informe que describa el perfil del organismo, la justificación del proyecto y qué actividades realizaron para implementarlo.

Los proyectos ganadores son elegidos mediante un proceso que incluye la participación de un comité evaluador y una junta integrada por nueve jueces, que se renueva cada tres años. El proceso evaluador contempla:

- El otorgamiento de un puntaje a determinados aspectos de cada organismo: liderazgo, enfoque en el usuario, desarrollo del personal, procesos y planificación, y resultados de la calidad en la gestión.
- Teniendo en cuenta las calificaciones, el equipo de evaluadores se reúne con el fin de obtener un puntaje final. Los organismos que superen esta etapa con un puntaje considerable avanzan a la fase de visita.
- Los evaluadores realizan la visita al organismo con el fin de cotejar la información, elaborando posteriormente los respectivos informes de retroalimentación.
- La junta de jueces determina qué organismos están en condiciones de obtener el premio.
- Entrega de premios de manos del presidente de la Nación en Casa de Gobierno.

Por otra parte, los ganadores del premio tienen la obligación de:

- Organizar en su ámbito un comité integrado por los responsables de la gestión de calidad.
- Enviar a la Secretaría Técnica del Premio Nacional a la Calidad el informe anual de autoevaluación y editar un video institucional en el que se difunda el proyecto.
- Recibir las visitas de grupos interesados en conocer la iniciativa del organismo.
- Promover durante tres años la inscripción al curso de selección de evaluadores de tres agentes de la organización que hayan intervenido directamente en el proceso.

Además del Premio Nacional a la Calidad estipulado por la Ley 24.127, el Ministerio de Modernización puede otorgar a aquellos organismos que reúnan las condiciones:

- Un Premio a la Excelencia Continua (diploma) a aquella organización que gane el Premio Nacional a la Calidad por tercera vez, incluida la edición en la que se presente.
- Una Medalla a la Calidad en la Gestión Pública Nivel Oro a aquellas organizaciones que hayan obtenido un puntaje superior a los 551 puntos en la evaluación posvisita.
- Una Medalla a la Calidad en la Gestión Pública Nivel Plata a aquellas organizaciones que hayan obtenido un puntaje situado entre los 500 y los 550 puntos en la evaluación posvisita.
- Una Medalla a la Calidad en la Gestión Pública Nivel Bronce a aquellas organizaciones que hayan obtenido un puntaje situado entre los 400 y los 499 puntos en la evaluación posvisita.
- Un “Diploma de reconocimiento al desarrollo destacado en el componente” a aquellas organizaciones que se presenten a competir por cualquiera de los siguientes componentes del premio y obtengan un puntaje del 70% del que se indica como máximo en las bases del Premio Nacional a la Calidad: usuarios, procesos y personal.

### **Ganadores del Premio Nacional a la Calidad (PNC) entre 1994 y 2017**

Entre los años 1994 y 2017 más de cincuenta organizaciones públicas han resultado ganadoras del Premio Nacional a la Calidad y/o han recibido diplomas de reconocimiento por alguno de los aspectos que evalúa el premio. Puede consultarse el listado completo de los ganadores tanto del Premio Nacional a la Calidad como de Diplomas de Reconocimiento en el Anexo I —ganadores del PNC entre 1994 y 2017— del apartado Anexos del presente trabajo de investigación.

### **Modelo Carta Compromiso con el Ciudadano en Argentina**

El Programa Carta Compromiso con el Ciudadano se halla institucionalizado en Argentina a través del Decreto 229/2000. Se trata de una herramienta de mejora continua de la gestión destinada a organismos públicos que prestan servicios a la ciudadanía. Actualmente se encuentra bajo la órbita del Ministerio de Modernización del Estado.

Este programa de gestión de la calidad se plasma en un documento público en el que los organismos explicitan, entre otros aspectos, los derechos y obligaciones de los destinatarios de sus servicios, su forma de acceso y la calidad esperable de ellos, expresados en el cumplimiento de determinados compromisos y planes de avance.

Carta Compromiso apunta a mejorar la relación de las organizaciones públicas con los ciudadanos potenciando su derecho a ser escuchados, informados y respetados. Esta orientación hacia la transparencia y la apertura en la relación Estado-ciudadanos constituye un objetivo central del Programa.

El modelo de la Carta Compromiso con el Ciudadano reconoce que los ciudadanos deben recibir respuesta a sus necesidades, inquietudes y derechos por parte de los organismos públicos de manera persistente y organizada, dentro del marco Estado-ciudadanía.

El modelo propone desarrollar un Programa Carta Compromiso con la finalidad de mejorar la relación del Estado, en cuanto prestador de servicios y administrador, con los ciudadanos o últimos beneficiarios de la gestión de gobierno. Respecto a los ciudadanos, el modelo plantea como objetivos potenciar y garantizar su derecho a ser escuchados, informados, respetados y a recibir respuestas y/o soluciones ante sus reclamos.

Los destinatarios directos son los organismos que presten servicios a la ciudadanía, organismos de la Administración Pública Nacional (APN), organismos de los gobiernos provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entes reguladores de servicios y empresas prestadoras de los servicios públicos concesionados.

Los organismos deben manifestar la decisión de adherirse al Programa y solicitar asistencia técnica para su implementación, dado que comprende distintas etapas como la adhesión del organismo, elaboración del documento (Carta), la suscripción de la Carta, el monitoreo de los compromisos asumidos y la participación en la evaluación.

La adhesión al Programa Carta Compromiso con el Ciudadano la puede realizar cualquier organismo mediante una solicitud de adhesión o por invitación formal. En ambos casos, se formaliza la incorporación a partir de una solicitud de asistencia técnica para implementar el Programa.

La elaboración de la Carta Compromiso contempla tres instancias:

1. Relevamiento de la información del organismo: misión, objetivos, las acciones o procesos que se llevan a cabo para producir bienes o servicios y una breve descripción de los

mismos. En esta etapa, además, se relevan las modalidades de participación ciudadana y los principales canales de comunicación e información.

Luego se trabaja en forma específica en relación a los cuatro componentes que conforman el Programa: servicios esenciales, atención ciudadana, información y comunicación, participación ciudadana.

2. Definición de los compromisos de calidad: para cada componente se definen una serie de compromisos de calidad. Se explicitan las condiciones y el nivel de calidad ofrecidos para cada bien o servicio, como así también de los canales de comunicación y herramientas de participación.

En esta etapa, el organismo define los compromisos de calidad y los planes de mejora, que se ejecutarán en el plazo de vigencia de la Carta. Los compromisos y los planes de mejora se monitorean mediante la construcción de indicadores para cada uno de ellos.

3. Redacción y firma de la Carta Compromiso: se elabora el documento final, en el que es importante que la redacción sea clara y sencilla, evitando el uso de tecnicismos, o sea que debe utilizarse un lenguaje comprensible para la ciudadanía.

La construcción del documento representa el trabajo de los equipos en cuanto a las definiciones de los compromisos, planes y estrategias de comunicación y de participación ciudadana, junto con el diseño del monitoreo.

Una vez suscripta la Carta, se inicia el seguimiento y monitoreo de los compromisos asumidos, cuyo resultado se vuelca al Tablero de Monitoreo de los Compromisos (TMC). El tablero tiene como objetivo ofrecer información permanente sobre el grado de ejecución de los compromisos y el logro de los resultados. Es un instrumento fundamental para la toma de decisiones de cara al proceso de mejora continua, ya que permite, a partir de los datos obtenidos, identificar oportunidades de mejora e iniciar acciones correctivas.

La evaluación del Programa Carta Compromiso con el Ciudadano, que se realiza una vez al año, es una herramienta que sirve para determinar el nivel de desarrollo del Programa en la organización. Esta instancia permite llevar a cabo un proceso de retroalimentación en el que se identifican los aspectos a mejorar de la gestión.

La evaluación consta de cuatro capítulos:

1. Evaluación de desarrollo: indica el progresivo y efectivo cambio en la cultura de la organización, centrado en la calidad.
2. Evaluación de cumplimiento: mide el grado de cumplimiento de los compromisos y los planes de mejora de todos los componentes.
3. Evaluación de las herramientas de consulta al ciudadano: constata la calidad técnica de la encuesta de satisfacción que emplea el organismo.
4. Evaluación de calidad de la atención: registra si la organización evidencia mejoras en la fase específica de la atención al público.

Los organismos evaluados participan de la premiación del Programa Carta Compromiso con el Ciudadano, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en el Plan Anual de Evaluación y Premiación.

### **Organismos que participan de la Carta Compromiso con el Ciudadano**

Hasta el año 2017 se contabilizan alrededor de 20 organismos nacionales y siete provinciales y municipales con compromisos vigentes con los ciudadanos. Puede consultarse el detalle de los organismos públicos nacionales, provinciales y municipales con Carta Compromiso con el Ciudadano vigentes al año 2017 en el Anexo II (apartado Anexos del presente trabajo de investigación).

### **Modelo de las Normas ISO**

El modelo de las Normas ISO 9000, sigla que identifica a la *International Organization for Standardization*, se ocupa de la “gestión de la calidad”. Se trata de una serie de estándares internacionales que especifican los requisitos para el diseño y valoración de la calidad en la gestión, con el propósito de asegurar que las organizaciones proporcionen productos y servicios que satisfagan requerimientos. El modelo ISO 9000 se basa en el principio de prevención de la no conformidad<sup>20</sup> en todas las etapas de desarrollo del producto/servicio.

---

<sup>20</sup> Definido por la Norma ISO 9000, “no conformidad” es el incumplimiento de un requisito.

Estas normas necesitan que las organizaciones definan un sistema basado en la mejora continua<sup>21</sup>, poniendo especial atención en los procesos y no solo en los productos/servicios, ya que la forma en que una organización gestione eficazmente sus procesos afectará sus productos y/o servicios finales.

Es por eso que la familia de las Normas ISO 9000 no son estándares de producto sino estándares de gestión de procesos, y establecen requerimientos acerca de lo que la organización debe hacer para gestionar efectivamente los procesos que influyen en la calidad.

En esencia, este modelo pretende asegurar que la organización cuenta con políticas y procedimientos adecuados para dar satisfacción a las expectativas de sus clientes y garantizar la eficacia en los procesos de producción de productos y/o servicios a través de un enfoque basado en procesos.

Su estructura se asienta en un esquema de requisitos que el sistema debe satisfacer para cumplir con esta norma voluntaria. Asimismo, es implementada por decisión propia por las organizaciones públicas y privadas con un alcance de los procesos involucrados a definir por la organización que la implementa y avalada por organismos de certificación externa, los más conocidos en nuestro país son IRAM (Instituto Argentino de Normalización y Certificación) y Bureau Veritas Argentina, entre otros.

La familia de las Normas ISO 9000 citada a continuación se ha elaborado para asistir a las organizaciones de todo tipo y tamaño en la implementación de sistemas eficaces de gestión de calidad:

- Norma ISO 9000: describe los fundamentos y especifica la terminología de los sistemas de gestión de calidad.
- Norma ISO 9001: especifica los requisitos para los sistemas de gestión de calidad aplicables a toda organización que voluntariamente quiera demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que sean aplicables. Tiene como objetivo aumentar la satisfacción de los clientes.
- Norma ISO 9004: establece directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de calidad. Tiene como objetivo la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas.

---

<sup>21</sup> Definido por la Norma ISO 9000, “mejora continua” es la actividad recurrente en virtud de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

- Norma ISO 19011: proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de calidad y gestión ambiental.

Todas estas normas juntas forman un conjunto coherente de normas de sistemas de gestión de calidad que facilitan la comprensión e implementación del sistema.

### **Sistemas de gestión de calidad basados en la Norma ISO 9001:2015. Aspectos conceptuales. Generalidades**

De acuerdo a la Norma IRAM-ISO 9000 (Fundamentos y vocabulario), un sistema de gestión de calidad es aquella parte del sistema de una organización enfocada en el logro de resultados para satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas.

La decisión de implementar un sistema de gestión de calidad bajo la Norma ISO 9001:2015 es una decisión estratégica para una organización, que puede ayudarle a mejorar su desempeño y a trabajar sobre la mejora continua y sostenida en el tiempo.

Entre los beneficios potenciales que puede traer aparejados la implementación de la Norma, podemos mencionar los siguientes:

- Proporcionar regularmente productos y/o servicios que satisfagan los requisitos de los clientes, los legales y reglamentarios.
- Facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción de los clientes.
- Abordar los riesgos y oportunidades.
- Capacidad para demostrar la conformidad con los requisitos.

Esta norma internacional se basa en los principios de la gestión de calidad descritos en la Norma ISO 9000 (Norma ISO 9000, 2001, pp. 5-6):

- Enfoque al cliente: las organizaciones dependen de sus clientes, y por lo tanto deben comprender las necesidades actuales y futuras de esos clientes, satisfacer sus requisitos y esforzarse incluso por superar las expectativas de dichos clientes.
- Liderazgo: los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

- Participación del personal: el personal, en todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- Enfoque basado en procesos: un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- Enfoque de sistema para la gestión: identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- Mejora continua: la mejora continua del desempeño global de una organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: las decisiones se basan en el análisis de los datos y la información.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Por otra parte, esta Norma emplea el enfoque a procesos, que incorpora el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos.

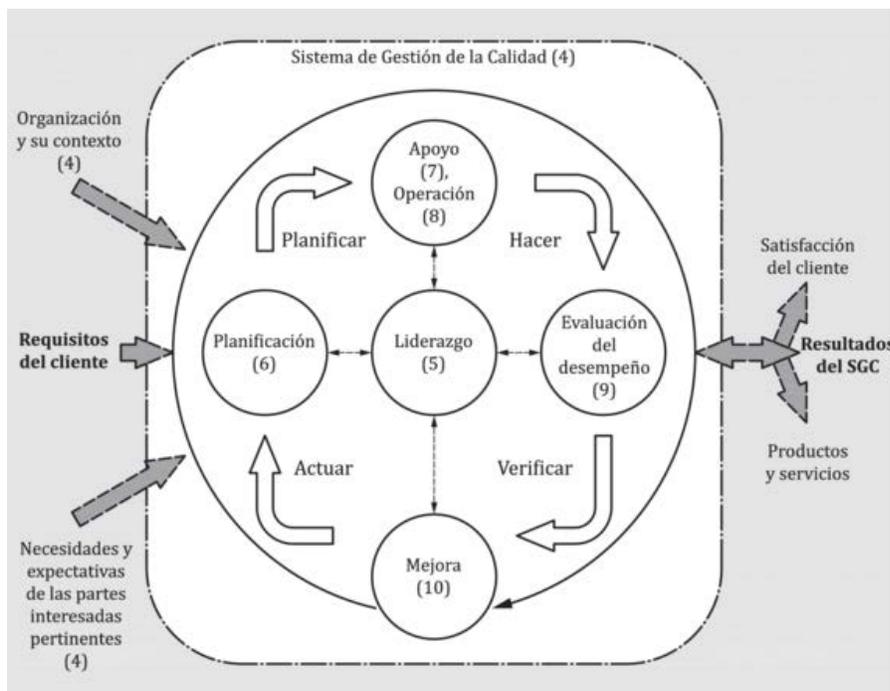
### **Enfoque a procesos y el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA)**

El enfoque a procesos implica la definición y gestión sistemática de los procesos y sus interacciones con el fin de alcanzar los resultados previstos de acuerdo con la política de calidad y la dirección estratégica de la organización. De acuerdo al método que propone la Norma, la gestión de los procesos y el sistema en su conjunto pueden optimizarse utilizando el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA), con un enfoque global del pensamiento basado en riesgos dirigido a aprovechar las oportunidades y prevenir los resultados no deseados.

El enfoque a procesos en un sistema de gestión de calidad permite la comprensión y la coherencia en el cumplimiento de los requisitos, la consideración de los procesos en términos de valor agregado, el logro de un desempeño eficaz del proceso y la mejora de los procesos con base en la evaluación de datos e información. A continuación se describe sintéticamente el ciclo PHVA:

- Planificar: establecer los objetivos del sistema y sus procesos y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización, e identificar y abordar los riesgos y oportunidades.
- Hacer: implementar lo planificado.
- Verificar: realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, objetivos, requisitos y actividades planificadas e informar sobre los resultados.
- Actuar: tomar acciones para mejorar el desempeño cuando sea necesario.

**Ilustración 4: Ciclo PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar)**



Fuente: Norma ISO 9001:2015 (página ix).

### **Pensamiento basado en riesgos**

Establece que las organizaciones necesitan planificar e implementar acciones para abordar los riesgos y las oportunidades. Asimismo, la Norma no establece ningún requisito en cuanto a métodos formales para la gestión del riesgo, dejando en manos de la organización la metodología a utilizar.

Finalmente, no todos los procesos de un sistema de gestión de calidad representan el mismo nivel de riesgo en términos de capacidad de la organización para cumplir sus objetivos, y los efectos de la incertidumbre no son los mismos para todas las organizaciones.

### **Relación con otras normas de sistemas de gestión**

Como se explicó anteriormente, la Norma ISO 9001:2015 permite a una organización utilizar el enfoque a procesos en conjunto con el ciclo PHVA y el pensamiento basado en riesgos, para integrar su sistema de gestión de la calidad con los requisitos de otras normas de gestión, a saber:

- ISO 9000: Sistema de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabularios. Proporciona una referencia esencial para la comprensión e implementación adecuada de esta norma internacional.
- ISO 9004: Gestión para el éxito sostenido en una organización - Enfoque de gestión de la calidad. Proporciona orientación para las organizaciones que eligen ir más allá de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

Esta norma internacional no incluye requisitos específicos de otros sistemas de gestión de calidad, como aquellos para la gestión ambiental, la gestión de la salud y seguridad ocupacional o la gestión financiera. Para varios sectores se han desarrollado normas específicas, basadas en los requisitos de esta norma internacional.

### **Diferencia entre las Normas ISO 9001:2015 e ISO 9000:2001**

La Norma ISO 9000:2001 plantea que la diferencia entre ambas radica en su campo de aplicación. Es decir que la familia de las Normas ISO 9000 proporciona requisitos para los sistemas de gestión de calidad y orientación para la mejora del desempeño, mientras que la evaluación de los sistemas de gestión de calidad determina el cumplimiento de dichos requisitos.

### **Diferencia entre la Norma ISO 9001:2015 y el modelo del Premio Nacional a la Calidad y Carta Compromiso con el Ciudadano**

Los modelos del PNC (Premio Nacional a la Calidad) y la CCC (Carta Compromiso con el Ciudadano) contienen criterios que permiten la evaluación comparativa del desempeño de las organizaciones y son aplicables a todas las actividades y partes interesadas de la misma. Estos

criterios de evaluación proporcionan la base para que una organización pueda comparar su desempeño con el de otras similares.

En cambio, el modelo de la Norma ISO 9001 establece requisitos para la evaluación del desempeño y cumplimiento de los resultados de una organización determinada, asimismo estos requisitos son aplicables a aquellos procesos especificados por la propia organización.

Si bien los tres modelos poseen gran permanencia en la Administración pública actual —y sin dejar de reconocer la importancia de cada uno de ellos— en el trabajo de investigación nos interesa centrarnos en el modelo de la Norma ISO, en el que basó su implementación y certificación el Sistema de gestión de calidad del Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación.

### **Organismos públicos que implementaron sistemas de gestión de calidad basados en la Norma ISO 9001**

De acuerdo a información proporcionada por el Instituto Nacional de Normalización y Certificación<sup>22</sup> (IRAM), hasta el año 2017 unos 233 organismos públicos mantienen vigentes sus certificaciones de los sistemas de gestión de calidad basados en la Norma ISO 9001:2015. Puede consultarse el detalle de dichos organismos en el Anexo III (apartado Anexos del presente trabajo de investigación).

## **2. El sistema de salud argentino**

La República Argentina es un país federal con descentralización de la responsabilidad del cuidado de la salud en las provincias o jurisdicciones. De acuerdo a la Constitución Nacional, las provincias cuentan con autonomía y son responsables del cuidado de la salud de la población. Bajo esta concepción, la oferta de cobertura abarca los sistemas públicos provinciales, las obras sociales nacionales, las obras sociales provinciales, varias decenas de sistemas de medicina prepaga, seguros privados de salud y gran cantidad de mutuales, además del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) (Cavedo, Leiblich, 2015).

---

<sup>22</sup> Si bien existen otros organismos externos de certificación como por ejemplo Bureau Veritas Argentina, en este trabajo de investigación se tomará como referencia a IRAM por tratarse de uno de los referentes del sector público y además el que auditó y certificó el Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación.

A través del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA.)<sup>23</sup>, se formulan las políticas sanitarias en forma consensuada entre las provincias y la Nación. En la práctica, el CO.FE.SA. ha tenido desde su creación hasta el año 2001 una escasa incidencia en las decisiones provinciales o nacionales en salud. Asimismo, desde la gestión del Dr. Ginés González García, en enero del año 2002 el Consejo comienza a adquirir un protagonismo y capacidad de influencia sin precedentes<sup>24</sup> (Tobar, 2003, p. 4).

En su Artículo 2º, el Decreto N° 22.373/1981 establece como misión de dicho órgano la de coordinar el desarrollo sectorial en materia de salud en todo el país. Por otro lado, el mismo artículo especifica como funciones del CO.FE.SA.:

a) Apreciar los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y de cada región en particular;

b) Determinar las causas de tales problemas;

c) Analizar las acciones desarrolladas y revisar las concepciones a que responden, para establecer la conveniencia de ratificarlas o modificarlas;

d) Especificar postulados básicos, capaces de caracterizar una política sectorial estable de alcance nacional y recomendar cursos de acción aconsejables para su instrumentación;

e) Compatibilizar globalmente las tareas inherentes a la diagramación y ejecutar los programas asistidos, conducidos por la autoridad sanitaria nacional y la de cada jurisdicción a fin de lograr coincidencias en los criterios operativos, en la aplicación de los recursos disponibles y en la selección de métodos de evaluación, estimulando la regionalización y/o la zonificación de los servicios;

f) Contribuir al desarrollo de un sistema federal de salud.

El Ministerio de Salud de la Nación es responsable de establecer objetivos y políticas del sector, de ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme a las directivas que imparte el Poder Ejecutivo Nacional, interviniendo en los aspectos relacionados con la elaboración, distribución y comercialización de productos vinculados directamente con la salud por intermedio de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

---

<sup>23</sup> En enero de 1981 se crea el Consejo Federal de Salud Argentino (CO.FE.SA.) a través del Decreto N° 22.373 que, desde entonces, constituye el espacio formal de encuentro y articulación de los poderes interjurisdiccionales del país. El Decreto 22.373 no solo crea al CO.FE.SA. sino que también lo regula, incluso hasta el día de hoy.

<sup>24</sup> Ver actas del Consejo Federal de Salud: <https://www.argentina.gob.ar/salud/cofesa/actas>.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es el ente de regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud (seguridad social). Tiene como misión supervisar, fiscalizar y controlar a las obras sociales y a otros agentes del sistema, con el objetivo de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a beneficiarse de las prestaciones de salud establecidas en la legislación. Asimismo, los beneficiarios son todos aquellos ciudadanos comprendidos en el Sistema Nacional del Seguro de Salud a través de sus agentes: obras sociales, mutuales inscriptas y otras entidades adheridas al sistema.

En síntesis, el sistema de salud está segmentado en tres subsectores: el público, el de obras sociales y el privado, que coexisten paralelamente.

### **El subsector público de salud**

El subsistema público de salud en Argentina tiene cobertura en todo el territorio nacional y, por tratarse de un país federal, se encuentra organizado en los tres niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal.

La responsabilidad por los servicios públicos de salud es de las provincias, y las autoridades sanitarias provinciales poseen competencias en todo lo relativo a la fiscalización del funcionamiento de los servicios y administración de las instituciones y establecimientos públicos, formación y capacitación de los recursos humanos en el sector, coordinación intersectorial, regulación de actividades vinculadas con la investigación, entre otras funciones, todas dentro de sus respectivas jurisdicciones (Cavedo, Leiblich, 2015).

El subsistema público de salud brinda atención de primer, segundo y tercer nivel a sus habitantes. La atención primaria, con algunas dificultades de alcance en determinadas zonas y grupos vulnerables, se encuentra extendida en todo el país. Las provincias brindan atención a quienes no son afiliados a las obras sociales ni tienen seguro privado, que por lo general son los más humildes.

El subsistema público se compone de los subsistemas de salud de las 23 provincias y el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cada uno está organizado según sus propias leyes y marcos regulatorios, aunque en su mayoría se estructuran en base a redes de salud estructuradas a partir de regiones sanitarias. Estas regiones disponen de una red de atención primaria de la salud (primer nivel de atención) compuesto esencialmente por Centros de Atención Primaria (CAPS) y

hospitales de segundo y tercer nivel de atención. Resulta interesante mencionar que no siempre dichas redes funcionan como tales<sup>25</sup> (Cortez, Romero, 2013).

En Argentina el acceso a la salud es universal y gratuito<sup>26</sup>. Sin embargo, la población que es demanda natural y básica del sector público es generalmente la que carece de cobertura de seguros asistenciales obligatorios (obras sociales) o voluntarios (prepagas). Como se explicó anteriormente, los CAPS (Centros de Atención Primaria) son las instituciones encargadas de la Atención Primaria de la Salud - APS, y funcionan como puerta de entrada al sistema sanitario, al igual que los hospitales públicos.

La Nación es responsable del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores.

### **La seguridad social en salud: obras sociales**

Las obras sociales representan a un esquema de múltiples seguros sociales de afiliación obligatoria. Son similares a lo que en otros países se denominan Fondos de Enfermedad y se financian mediante contribuciones obligatorias obrero/patronales (y de pensionados).

Según la Organización Panamericana de la Salud, en Argentina la seguridad social está compuesta por aproximadamente 280 obras sociales nacionales (OSN); otras obras sociales como las correspondientes al personal de las FF.AA., seguridad y universitarias; 24 obras sociales provinciales (OSP) y el PAMI (jubilados y pensionados). Estas son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales activos (se incluye a los monotributistas); y pasivos y sus grupos familiares. También resulta relevante destacar la existencia del PROFE (Programa Federal de Salud), un seguro público que brinda cobertura médica a los beneficiarios de pensiones no contributivas.

---

<sup>25</sup> Según el Banco Mundial, los servicios de salud del primer nivel de atención no en todos los casos funcionan como puerta de entrada al sistema de atención médica, ni tampoco existe un esquema de continuidad de cuidados que oriente, facilite e instrumente la derivación de los pacientes que lo requieran, puesto que tampoco se han consolidado servicios de Referencia y Contrarreferencia. Esta situación es más marcada en las zonas rurales, en las cuales se observa una limitada cantidad de recursos humanos y medicinas, lo cual afecta la efectividad de la oferta de servicios. En este contexto, algunos proyectos lanzados recientemente por el Ministerio de Salud de la Nación —el Programa Sumar y el Programa Funciones Esenciales de Salud Pública II (FESP II)— buscan promover una mejor organización del sistema público de salud.

<sup>26</sup> La Constitución Nacional, reformada en 1994, establece —en su Artículo 75, inciso 22— el derecho de todos los ciudadanos a la salud.

La Superintendencia de Servicios de Salud es el ente de regulación y control de las obras sociales nacionales, y su principal objetivo consiste en asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población.

### **El subsector privado**

Lo componen un conjunto de empresas de afiliación voluntaria que cobran una mensualidad (o prima) a sus afiliados, brindándoles a cambio acceso a una red de servicios médicos y al conjunto de prestaciones establecidas por regulación nacional a través del PMO (Programa Médico Obligatorio), y son las mismas que rigen para las obras sociales nacionales.

Estas son conocidas como empresas de medicina prepaga, y si bien existen y operan en todo el país, se registra una fuerte concentración de la demanda en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense. Están conformadas mayormente por los prestadores de servicios médico-asistenciales, los financiadores o empresas de seguros médicos, laboratorios de especialidades medicinales, empresas de equipamiento e insumos médicos, farmacias y centros de diagnóstico además de las instituciones privadas responsables de la formación de los recursos humanos en las distintas especialidades médicas y no médicas que se desempeñan en el sector.

Según la Organización Panamericana de la Salud, en el sector privado asegurador hay organizaciones y planes asistenciales de diversas características que —en términos generales y particularmente en las grandes ciudades— se orientan a la población de mayores ingresos.

Las aseguradoras privadas o empresas de medicina prepaga pueden ser sociedades comerciales, asociaciones civiles con o sin fines de lucro, fundaciones que actúan en la órbita de la Inspección General de Justicia (IGJ) y mutuales o cooperativas bajo la órbita del Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual (INACYM).

Estas empresas son reguladas por la Ley N° 26.682 de Medicina Prepaga. Actualmente se encuentra en vigor la Ley N° 24.754, que obliga a las prepagas a garantizar una cobertura igual a la vigente para las obras sociales.

Además, en el sector salud argentino existe un amplio mercado de prestadores médicos privados que venden servicios a los seguros médicos, sean estos sin fines de lucro (obras sociales) o privados (prepagas) y en algunos casos cobran copagos a la población beneficiaria.

### **3. El Plan Nacer/Programa Sumar: una innovadora política pública de financiamiento por resultados**

#### **Antecedentes, surgimiento de la cuestión, toma de posición del Estado**

El crecimiento de la nueva pobreza a mediados de los años noventa como consecuencia del aumento del desempleo y el subempleo. La recesión económica de los últimos años extendió el universo de la pobreza a niveles sin precedentes, el aumento de la población con necesidades básicas insatisfechas y con ingresos económicos insuficientes es un hecho notorio en todo el territorio nacional (Redondo, 2001, p. 7).

La fuerte crisis económica y política que estalló en diciembre del año 2001 profundizó los niveles de pobreza en todo el país<sup>27</sup>:

El 57,5% de los argentinos, lo que suma 20.815.000 de personas, vive en hogares pobres. Y de ese total, 9.955.000 son indigentes, informó ayer el INDEC. Estas cifras — corresponden a la encuesta de octubre pasado— marcan un nuevo récord ya que superan las de la medición anterior de mayo de 2002 del 53% de pobreza (19,1 millones de personas).<sup>28</sup>

Durante la presidencia de De la Rúa la pobreza aumentó nuevamente y alcanzó en octubre de 2001 el 35,4%, meses antes de que renunciara en diciembre de ese año. Sin embargo, tras la sucesión de tres presidentes en una semana, en mayo de 2002, ya bajo el mandato de Eduardo Duhalde (PJ) la pobreza siguió aumentando y llegó al 49,7 por ciento.<sup>29</sup>

Inevitablemente, esta situación tuvo impacto en diferentes indicadores de salud, fundamentalmente se observó una tendencia ascendente de la mortalidad infantil, que en 2003 llegó a valores de 16,5/1000 nacidos vivos a nivel nacional. Sumado a ello, la caída en el empleo provocó que alrededor del 60% de la población estuviera fuera del sistema de seguro de salud, aumentando fuertemente la carga de prestación de los servicios de este sector sobre los gobiernos

---

<sup>27</sup> Si se toma como unidad de análisis los hogares, estas proporciones de población pobre correspondían, por una parte, al 28,1% del total de los hogares pobres del país por reunir ingresos monetarios por debajo de la línea de pobreza y, por la otra, al 15,1% de hogares con necesidades básicas insatisfechas (Redondo, 2001, p. 10).

<sup>28</sup> Diario *Clarín*, 1º de febrero de 2003. Recuperado de [https://www.clarin.com/economia/nivel-pobreza-vez-alto-578-poblacion\\_0\\_S1ife5GICte.html](https://www.clarin.com/economia/nivel-pobreza-vez-alto-578-poblacion_0_S1ife5GICte.html).

<sup>29</sup> Sitio web *Chequeado.com*, 2 de octubre de 2016. “¿Cómo evolucionó la pobreza con cada presidente?”, Matias Disanti y Martín Slipczuk. Recuperado de <http://chequeado.com/el-explicador/como-evoluciono-la-pobreza-con-cada-presidente/>.

provinciales, responsables de la atención pública de la salud en sus jurisdicciones. Concretamente, en el año 2000 dos tercios de las muertes infantiles en el país eran neonatales. A su vez, 6 de cada 10 defunciones de niños recién nacidos correspondían a causas evitables mediante un adecuado control del embarazo, una atención adecuada del parto, y un diagnóstico y tratamiento precoz. En todas las jurisdicciones provinciales por lo menos la mitad de las muertes de niños respondían a causas evitables<sup>30</sup>.

Frente al surgimiento de esta cuestión en la agenda pública y como resultado de la toma de posición del Estado<sup>31</sup>, en el año 2004 el gobierno nacional implementó el Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial (PISMIP) —conocido como Plan Nacer— para mejorar los resultados de salud materno-infantil.

Con la visión de contribuir a garantizar el ejercicio del derecho a la salud, la misión era implementar un modelo innovador de gestión en salud, que fortaleciera los sistemas de salud. En resumen, los objetivos del Plan Nacer consistían en incrementar el acceso y la calidad en servicios priorizados, con equidad y contribuyendo al descenso de la morbimortalidad materno-infantil.

Para cumplir con estos objetivos se estableció una priorización de prestaciones, grupos poblacionales y financiamiento basado en resultados.

El Programa se implementó con una estrategia de evolución gradualista<sup>32</sup>, comenzando en el año 2004 en las nueve provincias de la región Norte del país mediante una estrategia que se propuso disminuir brechas de acceso y calidad fortaleciendo la oferta respecto a un conjunto de servicios de salud materno-infantil, que fueron consagrados a través de un Plan de Servicios de Salud explícito, y la consolidación de Seguros Provinciales Públicos de Salud. En el año 2007 el Programa se extendió a todo el país, dando inicio a una etapa de expansión de cobertura

---

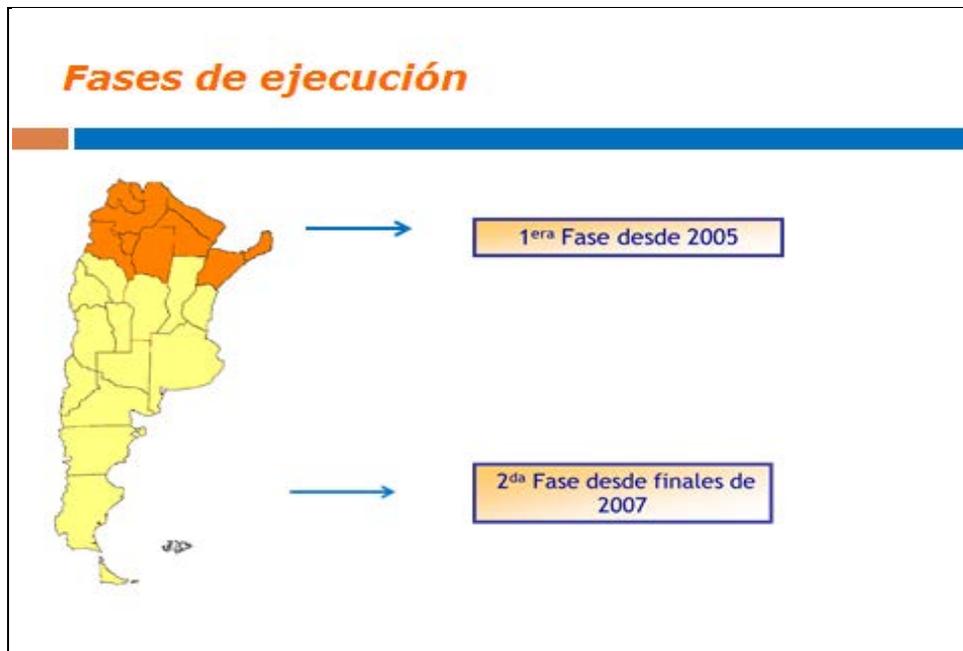
<sup>30</sup> Documento de divulgación de resultados 2013, evaluación de la motivación de los equipos de salud con estrategia de conocimiento propuesto por el Plan Sumar.

<sup>31</sup> Oszlak (2006). Cada cuestión incluida en la agenda estatal crea una *tensión* que sólo desaparece cuando es removida de la agenda, ya sea porque el problema subyacente se ha *resuelto* o porque el tema se aplaza temporalmente para ser abordado en el futuro. En cualquier caso, el Estado debe tomar una posición sobre el tema antes que cualquier cuestión pueda resolverse o postergarse para su futura resolución. Las políticas públicas son simplemente la secuencia de posiciones tomadas por las instituciones gubernamentales y burocráticas (por ejemplo la Legislatura, la Presidencia, las agencias del gobierno central, las empresas públicas) que actúan en nombre del Estado, con relación a las cuestiones incluidas en la agenda pública.

<sup>32</sup> Sabignoso, Silva, Zerbino, Vallejos, Bazan, Zanazzi (2015). El Plan Nacer/Programa Sumar se introdujo gradualmente en todo el país en el marco de un contexto de marcadas desigualdades geográficas y sociales en la situación sanitaria de un numeroso conjunto poblacional. Además, esta implementación gradual tuvo en cuenta el país en su organización federal, respetando la autonomía de las provincias en la articulación de su sistema de salud, reservándose el rol de coordinación y rectoría.

prestacional y poblacional de manera gradual y sostenida. A partir del año 2012, como consecuencia de sucesivas ampliaciones, la cobertura del Programa Sumar alcanzó a hombres y mujeres sin cobertura explícita de salud, desde su nacimiento hasta los 64 años de edad.

### **Ilustración 1 - Evolución gradual de la ejecución e implementación del Plan Nacer/Programa Sumar**



Fuente: Presentación del Programa (año 2013).

### **Diseño, componentes y financiamiento del Plan Nacer/Programa Sumar bajo la estrategia de pago por desempeño y gestión por resultados**

La estrategia implementada por el Plan Nacer/Programa Sumar<sup>33</sup> para fortalecer el subsector público de salud se inició con la formación de Seguros de Salud Materno-Infantil Provinciales (SMIP), destinados a otorgar cobertura de salud a mujeres embarazadas, puérperas y niños y niñas menores de 6 años sin cobertura explícita de salud.

<sup>33</sup> El Plan Nacer se financió a través de un Programa de Préstamos Adaptable: la primer etapa en las provincias del NEA y NOA (Fase I) constituyó el APL I BIRF AR-7225 de US\$ 135,8 millones; mientras que la segunda etapa, para el resto del país, constituida por el APL II (Fase II) fue financiada a través del préstamo BIRF AR-7409 por US\$ 300 millones. Por su parte, el Programa Sumar —la ampliación y continuación del Plan Nacer— es financiado por el préstamo BIRF AR-8062 por un monto de US\$ 400 millones, a la vez que desde la Nación se desembolsan US\$ 40 millones. Se estima que las provincias en el marco del Programa Sumar invertirán la suma de US\$ 35 millones.

Para establecer la población objetivo se evaluaron estadísticas vitales, estudios de carga de enfermedad, estadísticas epidemiológicas y encuestas de salud, entre otras fuentes. Como resultado del análisis, se priorizó la población materno-infantil focalizada en las nueve provincias del Noreste y Noroeste argentino<sup>34</sup>, las jurisdicciones que presentaban los indicadores sociales y de salud más desfavorables.

La implementación del Programa tuvo tres elementos distintivos para la gestión por resultados como ordenador del quehacer público:

1. La formulación de un plan de servicios de salud explícito dirigido inicialmente a la población materno-infantil, centrada en los servicios preventivos y de baja complejidad, conocido como Paquete Básico de Servicios (PBS). Con el transcurso del tiempo y sucesivas ampliaciones, la cobertura del Programa alcanzó a hombres y mujeres sin cobertura explícita de salud desde su nacimiento hasta los 64 años de edad.
2. La introducción de incentivos monetarios y no monetarios y el pago por desempeño para estimular la provisión de las prestaciones priorizadas por parte de los establecimientos públicos de salud.
3. El monitoreo y evaluación de los resultados alcanzados.

Desde sus inicios, el Programa promovió la creación e implementación de Seguros Provinciales de Salud en las nueve jurisdicciones, que actúan como unidades de compra del PBS en los establecimientos que conforman las redes sanitarias o de prestación del servicio de salud (CAPS).

Las transferencias de recursos entre la Nación y las provincias se definieron en base a un esquema de pago por desempeño, orientado a garantizar la cobertura efectiva y maximizar la calidad de los servicios priorizados del PBS. El 100% del financiamiento de la cápita del Programa en principio estuvo a cargo de la Nación, para luego pasar a ser cofinanciado bajo un sistema incremental y gradual por las provincias, manteniendo siempre una mayor participación en dicho cofinanciamiento por parte de la Nación, permitiéndole conservar su rol de conducción en la estrategia iniciada por el Plan Nacer.

---

<sup>34</sup> Catamarca, Chaco, Corrientes, Formosa, Jujuy, Misiones, Santiago del Estero, Salta y Tucumán.

Con el objetivo de fortalecer la atención primaria de la salud del Ministerio de Salud de la Nación, el Programa promueve el desarrollo de la red de atención, en especial el primer nivel de atención (CAPS) y las maternidades, a partir de:

- Generar la posibilidad de transferir recursos financieros a los efectores en proporción a la facturación de las prestaciones priorizadas por el Programa.
- Proporcionar la oportunidad para que los miembros de los efectores puedan recibir incentivos económicos, en función de lo autorizado por cada provincia (siempre respetando la autonomía provincial), a partir de los fondos que reciben del Programa.
- Fundamentalmente, *empoderar* a los propios efectores para que sean ellos los responsables y ordenadores del gasto.

La transferencia de estos recursos adicionales proporcionada por el Programa al sistema de salud contempla desde el principio y en su diseño dos tipos de relaciones:

La primera, el gobierno nacional y las provincias, donde la Nación transfiere —bajo la modalidad del Programa— recursos a las provincias mediante una cápita de aproximadamente 55 pesos argentinos<sup>35</sup> per cápita por mes. El 60% de ese monto se transfiere por la población elegible inscrita con cobertura universal<sup>36</sup>, y el 40% restante se integra a partir del cumplimiento de una serie de resultados sanitarios medidos a partir de indicadores de desempeño denominados “trazadoras<sup>37</sup>”. Esta serie de indicadores permiten monitorear y evaluar de forma integral el desempeño del proyecto en los diferentes grupos sobre los cuales trabaja el Programa. Originalmente, la matriz de trazadoras estaba compuesta por 10 indicadores —hasta extenderse a 14 en la actualidad—, midiendo y evaluando la efectividad en la detección y cuidado del embarazo, control del niño sano y vacunación, entre otras situaciones y condiciones de salud.

## **Ilustración 2 - Trazadoras sanitarias del Programa Sumar**

---

<sup>35</sup> El monto de 55 pesos argentinos es el último monto ajustado al momento de cierre de este trabajo de investigación (junio 2018).

<sup>36</sup> En los inicios del Programa, el 60% del valor de la cápita se transfería a las provincias en función de la nominalización del paciente, con el correr del tiempo y en función de trabajar en la mejora continua del sistema, esa nominalización se ha enriquecido con una condicionalidad adicional, exigiéndose que la provincia reporte al menos una prestación del cuidado básico en los doce meses previos a la liquidación del pago.

<sup>37</sup> Las “trazadoras” son indicadores sanitarios mediante los cuales se evalúa y retribuye el desempeño de salud del sistema provincial respecto de distintas dimensiones de la atención de la salud de la población objetivo (Reglamento operativo, Programa Sumar, p. 9). En la primera fase del Programa fueron 10 trazadoras o indicadores, en la segunda 14.

# TRAZADORAS

COBERTURA UNIVERSAL  
DE SALUD - **sumar**



	<p><b>1 ATENCIÓN TEMPRANA DE EMBARAZO</b> Proporción de mujeres embarazadas elegibles para el Seguro Público de Salud con al menos un control prenatal antes de la semana 13 de gestación.</p>		<p><b>8 COBERTURA DE INMUNIZACIONES A LOS 24 MESES</b> Proporción de niños de 24 meses elegibles para el Seguro Público de Salud con aplicación de vacunación Cuádruple Bacteriana (o en su defecto vacuna quintuple) y vacuna antipoliomielítica entre los 15 y 24 meses.</p>
	<p><b>2 SEGUIMIENTO DE EMBARAZO</b> Proporción de mujeres embarazadas elegibles para el Seguro Público de Salud con seguimiento de embarazo.</p>		<p><b>9 COBERTURA DE INMUNIZACIONES A LOS 7 AÑOS</b> Proporción de niños de 7 años elegibles para el Seguro Público de Salud con aplicación de vacunación triple bacteriana, triple viral (o en su defecto doble viral) y vacuna antipoliomielítica entre los 5 años y los 7 años.</p>
	<p><b>3 EFECTIVIDAD DEL CUIDADO NEONATAL</b> Proporción de niños elegibles para el Seguro Público de Salud con peso al nacer entre 750grs. y 1500grs. y con sobrevida a los 28 días desde el nacimiento.</p>		<p><b>10 SEGUIMIENTO DE SALUD DEL ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS</b> Proporción de adolescentes de 10 a 19 años elegibles para el Seguro Público de Salud con seguimiento de salud.</p>
	<p><b>4 SEGUIMIENTO DE SALUD DEL NIÑO MENOR DE 10 AÑOS</b> Proporción de niños menores de 10 años elegibles para el Seguro Público de Salud con seguimiento de salud.</p>		<p><b>11 PROMOCIÓN DE DERECHOS Y CUIDADOS EN SALUD</b> Proporción de adolescentes entre 10 y 14 años elegibles para el Seguro Público de Salud con acceso a información sobre el cuidado en salud.</p>
	<p><b>5 EQUIDAD INTRAPROVINCIAL EN EL SEGUIMIENTO DE SALUD DE MENORES DE 10 AÑOS</b> Resultado equitativo a nivel provincial en la Trazadora IV «Seguimiento de salud del niño menor de 10 años».</p>		<p><b>12 PREVENCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO</b> Proporción de mujeres elegibles para el Seguro Público de Salud de 25 a 64 años con lesiones de alto grado o carcinoma de cuello uterino diagnosticados en el último año.</p>
	<p><b>6 CAPACIDAD DE DETECCIÓN DE CASOS DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN EL MENOR DE 1 AÑO</b> Proporción de niños elegibles para el Seguro Público de Salud con diagnóstico de cardiopatía congénita y reporte al Centro Coordinador de Derivaciones, antes del año de vida.</p>		<p><b>13 CUIDADO DEL CÁNCER DE MAMA</b> Proporción mujeres elegibles para el Seguro Público de Salud hasta 64 años con diagnóstico de cáncer de mama efectuado en el último año.</p>
	<p><b>7 PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL</b> Proporción de adultos de 50 a 64 años elegibles para el Seguro Público de Salud con screening de cáncer colorrectal.</p>		<p><b>14 EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LOS CASOS DE MUERTES INFANTILES Y MATERNAS</b> Evaluación del Proceso de atención de los casos de muertes materno-infantiles elegibles para el Seguro Público de Salud.</p>

Fuente: Manual de trazadoras, Programa Sumar.

Las transferencias de las cápitas de la Nación a las provincias son depositadas en la cuenta exclusiva del Seguro Provincial de Salud, creada en cada una de las jurisdicciones. Las provincias, a su vez, utilizan estos recursos para pagarle a los establecimientos las prestaciones facturadas por ellos. Asimismo, las provincias han firmado un convenio —denominado Convenio Marco— con el gobierno nacional, en el cual se comprometen a que los fondos adicionales aportados por el Programa *no pueden* reemplazar los recursos públicos provinciales invertidos previamente en salud como consecuencia de la incorporación de esta nueva fuente, sino que deben ser *complementarios*.

La segunda, también regulada por el funcionamiento del “pago por desempeño”, es la relación entre el Seguro Provincial de Salud (SPS) y los establecimientos de salud. Los Seguros Provinciales transfieren fondos a los efectores en función de las prácticas incluidas en el PBS que brindan a la población a cargo. Los SPS compran servicios del PBS a un precio que es definido por cada una de las provincias. La fijación de precios funciona también como una herramienta para incentivar la prestación de los servicios del PBS que resultan más relevantes para el seguro.

De esta manera, y por medio de dicha relación, se transfieren recursos a los efectores bajo la modalidad de “pago por prestación”. Las provincias pagan a los prestadores públicos por las prestaciones que éstos otorgan mediante un sistema de pago por servicio; esos ingresos son adicionales a los que los prestadores reciben en su presupuesto histórico y son ideados para cubrir las brechas de cobertura efectiva identificadas. La decisión de aplicación de estos fondos obtenidos por desempeño son definidos por los recursos humanos que forman parte de los establecimientos de salud, permitiendo el empoderamiento de los actores como motor de liderazgo. A partir de diferentes modelos participativos, la decisión se toma en función de sus prioridades y necesidades específicas, respetando los lineamientos generales definidos por la autoridad sanitaria de la cual dependen, y aplicando los fondos en las categorías acordadas por las provincias y municipios.

### Ilustración 2: Esquema de financiamiento



Fuente: Presentación del Programa (año 2013).

## **Arquitectura institucional**

En cuanto a la arquitectura institucional del Programa Sumar (Lengyel, Curcio, Beccaria, Calameri, 2012), a través de la cual se lleva adelante el modelo de gestión por resultados, contempla tres niveles. El primero es el nacional (Ministerio de Salud, Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios) representado por la Unidad Ejecutora Central (UEC), que elabora las regulaciones necesarias para el funcionamiento del Programa, establece las metas y transfiere recursos.

El segundo son las provincias, donde se conforman las Unidades de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP), las cuales son responsables de la actualización de los registros de beneficiarios, la valorización del nomenclador de las prestaciones, la contratación y compra de prestaciones priorizadas a su red de efectores y el establecimiento de objetivos sanitarios.

En el marco de la modalidad de transferencia establecida en el Plan, las provincias reciben el 60% de una base capitada en función de la nominalización de la población con cobertura efectiva, y el 40% restante en función del cumplimiento progresivo de los objetivos sanitarios reflejados en 14 indicadores (trazadoras sanitarias).

El tercer nivel está compuesto por las redes de efectores a nivel provincial, que actúan regidas por compromisos de gestión, adquieren prestaciones priorizadas bajo la modalidad de pago por prestación y se diferencian entre sí por el nivel de complejidad de las prestaciones que están en condiciones de ofrecer. En efecto, integran esta red unidades con diferentes capacidades (hospitales de diversa complejidad y Centros de Atención Primaria de la Salud - CAPS) y, por ende, distintos objetivos y funciones en el sistema de salud.

Los efectores de la red pública de salud, que se encuentran bajo convenio con el Programa, realizan la provisión de prestaciones priorizadas y las facturan al Programa nacional, por lo que obtienen recursos adicionales.

El marco normativo del Plan está dado principalmente por dos tipos de instrumentos: los convenios que se suscriben entre la UEC y las provincias, y los compromisos de gestión, acordados entre las UGSP y los efectores.

El sistema de monitoreo y evaluación es el modelo de gestión de financiamiento por desempeño, en tanto que la propia definición de resultados de desempeño implica la configuración de un mecanismo de monitoreo que sirve para empoderar a la Nación y a las provincias en su capacidad de rectoría de todo el esquema de intervención.

## **La autonomía de los establecimientos en la utilización de los recursos como motor de liderazgo y motivación del equipo de salud**

Una de las características novedosas y distintivas que incorpora el Plan Nacer/Programa Sumar a la gestión de la salud pública es el empoderamiento de los establecimientos de salud, permitiendo que la decisión de aplicación de los fondos obtenidos por desempeño sean definidos por los recursos humanos del mismo en base a distintos modelos participativos. Esta disposición se encuentra regulada por normas y objetivos de gestión enfocados a alcanzar las metas establecidas previamente.

El modelo de uso de fondos que establece el Programa tiene en cuenta las necesidades de la población y la programación de los servicios, con el objetivo de satisfacer las demandas.

Los efectores deciden sobre los insumos y servicios requeridos por la población, conociendo sus características demográficas y sanitarias. El diseño operativo del modelo de uso de fondos posee las siguientes metas u objetivos:

- Mejorar el desempeño de los efectores a través de incentivos monetarios y no monetarios y dispositivos de monitoreo, que pueden ser utilizados para incrementar la eficacia, eficiencia y sensibilidad de los servicios de salud ante las necesidades de la población.
- Satisfacer las necesidades de salud de la población y las expectativas de los usuarios.
- Descentralizar y reducir las trabas administrativas generadas por modelos jerárquicamente estructurados.

El Programa posee una rectoría sobre la aplicación y utilización de fondos, asimismo se desarrolla en un sistema político federal complejo, que es tenido en cuenta en su diseño. La función de compra en el modelo de uso de fondos incorpora la relación entre los distintos niveles gubernamentales como un factor estratégico en la implementación de la política pública.

Por todo esto el Programa, como política pública que promueve resultados en salud con equidad, ha identificado en la transferencia de fondos a los establecimientos que brindan las prestaciones priorizadas el disparador crítico de tales resultados. Los procesos de transferencia de recursos a los establecimientos públicos y el uso de fondos definido por los equipos de salud de manera participativa son una novedad en el sector de salud pública en la Argentina.

Haciendo uso de la autonomía que el Programa permite, son los propios equipos de salud de todo el país los que deciden cómo invertir los recursos recibidos para su centro u hospital:

equipamiento, infraestructura, insumos, recursos humanos, capacitación, entre otros. Las provincias pueden aplicar hasta el 50% de los fondos recibidos por el Programa Sumar en incentivos económicos al personal, siempre que la provincia o el municipio lo autoricen.

En resumen, el esquema de transferencia implementado por el Programa permite que los recursos lleguen a los establecimientos de salud y en particular a sus equipos, y son éstos los que —haciendo uso de su autonomía— pueden definir la aplicación de dichos fondos adicionales en el marco de las prioridades y normas provinciales y/o municipales, según corresponda. Esta innovadora característica del Programa tiene un gran impacto de empoderamiento de los equipos de salud, debido a que representa una oportunidad de mejora de sus desempeños por contar con asistencia financiera *adicional* (dado que los centros de salud siguen recibiendo su financiamiento por presupuesto), y un desafío porque deben profundizar el diálogo institucional tanto hacia dentro del establecimiento como con el resto de los actores del sistema de salud, a fin de lograr un uso más eficiente de los mismos.

Los fondos adicionales recibidos por los establecimientos de salud pueden utilizarse en distintas categorías y subcategorías de gasto (predefinidos por la Nación) y de acuerdo al marco normativo de los gobiernos. Este uso de los fondos implica un ejercicio previo de planificación de la producción y del uso de los mismos que le permite a los establecimientos ordenar acciones, establecer prioridades, definir metas y objetivos, adoptar las mejores estrategias y utilizar más eficientemente los recursos disponibles.

### **Evaluación, monitoreo y auditorías: cultura evaluativa en el Plan Nacer/Programa Sumar**

Desde su innovador diseño, el Programa introdujo valores asociados a la evaluación. En su concepción se visualiza el convencimiento general acerca de la necesidad de aplicar métodos sistemáticos para mejorar la gestión y conocer los resultados obtenidos.

Al menos dos características particulares del diseño del Programa evidencian la existencia de elementos básicos de una cultura evaluativa. Por un lado, su modelo de financiamiento en función de desempeños, contemplado en su diseño, implicó la necesidad de generar y fomentar elementos propios de una organización que se evalúa permanentemente (monitoreo y auditorías). Por el otro, los requerimientos de constitución de una agenda de evaluación de impacto explicitados en los documentos fundacionales del Programa.

## **Monitoreo y auditorías**

Desde sus inicios, el Programa instrumentó un sistema de registros, auditoría y evaluación, que permite asegurar la rendición de cuentas y la definición de responsabilidades claramente definidas. Cada factura emitida por los establecimientos de salud contiene los datos personales del beneficiario del servicio, y solo pueden facturarse los servicios incluidos en el PBS provistos a las personas inscriptas en el Programa. El plan implementó un sistema de auditorías a los prestadores, con el objetivo de asegurar que lo reportado se corresponde con los servicios brindados y en caso de que esto no fuese así, establece dentro de sus procedimientos la instancia de multas y débitos.

Al mismo tiempo, el esquema de monitoreo y evaluación rigurosa permite observar los resultados alcanzados y servicios efectivamente obtenidos. El mecanismo de desembolso a partir del concepto de *pago por resultados* permite monitorear y supervisar la evolución del Programa mediante diversos indicadores de monitoreo. Los dispositivos de auditoría y monitoreo implican a su vez una herramienta de gestión, ya que generan datos a nivel región, provincia, departamento y efector; permitiendo el seguimiento nominado de la atención que recibe la población alcanzada por el Programa.

Las trazadoras constituyen una herramienta central para evaluar los resultados del Programa en materia de salud, de manera multidimensional. El esquema de trazadoras hace posible la implementación de un mecanismo de incentivos para mejorar la calidad en los procesos y resultados sanitarios en base a indicadores seleccionados de salud materno-infantil (indicadores que se evalúan cuatrimestralmente en base a las metas definidas en compromisos anuales establecidos por acuerdos entre el nivel nacional y cada jurisdicción provincial). En su primera formulación el esquema incluyó 10 trazadoras, en la segunda fase del Programa Sumar fueron 14. El cumplimiento de las trazadoras condiciona el pago de los ingresos adicionales.

Para fortalecer el monitoreo, el Programa cuenta con un área de Supervisión de Gestión, que complementa las auditorías financieras cotejando ciertos procesos (control del cofinanciamiento, planes de salvataje en provincias con problemas, elaboración de instrumentos que son utilizados por otras áreas, por ejemplo el tablero de control que permite realizar un seguimiento de todos los indicadores centrales del Programa y verlos en sus diferentes niveles que, inclusive, puede englobar el nivel del propio establecimiento) devino en un espacio con una amplia variedad de mecanismos de monitoreo a su cargo (tableros indicativos de la marcha de

una actividad o acción, visitas a las provincias para supervisar la gestión, auditoría de la planificación de los desvíos frente a lo originalmente planificado y ejecutado y la utilización de los fondos y el desarrollo de “planes de objetivos operativos” dirigidos a recomponer la situación de una gestión en problemas).

Siguiendo la misma tónica, el Área Médica también fue adquiriendo creciente complejidad, ampliándose a cuatro subáreas de monitoreo (de cobertura prestacional, de resultados, de supervisión y auditoría, y de programas especiales).

El monitoreo que lleva a cabo este área es constante y tiene su probable punto neurálgico en la nominalización de la población, que es fundamental para el monitoreo específico y focalizado del Programa. En efecto, no solo están nominalizadas las personas —lo que permite su rastreo permanente— sino que es posible el seguimiento de las historias de salud, posibilitando la evaluación de la cobertura de salud recibida puntualmente, como asimismo la cobertura a lo largo de su historia clínica.

En cuanto a la evaluación del Programa, incluye desde su diseño la evaluación permanente del organismo internacional financiador (Banco Mundial), a ello se le suman otros instrumentos de evaluación tales como auditorías internas; evaluaciones concurrentes (de las que han participado instituciones académicas y expertos nacionales e internacionales); evaluaciones de medio término; estudios por parte del equipo del propio Programa; estudios específicos externos; evaluaciones de impacto a nivel provincial (Corrientes y Misiones); y fundamentalmente una evaluación de impacto que se inició en el año 2011.

## Marco conceptual

### 1. El concepto de *calidad*

Abordar el concepto de *calidad* requiere necesariamente retomar a los autores pioneros en el tema (Deming, Juran, Crosby, Ishikawa, Feigenbaum, entre otros).

Deming (1988) plantea que la dificultad en definir *calidad* reside en traducir las necesidades futuras de los usuarios en características mensurables, solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará. Esto no es fácil, y tan pronto como uno se siente exitoso, encuentra rápidamente que las necesidades del cliente han cambiado y que la competencia ha innovado, hay nuevos materiales para trabajar, algunos mejores que los anteriores, otros peores, otros más baratos, otros más caros... ¿Qué es calidad? Calidad puede estar definida solamente en términos del agente. ¿Quién es el juez de la calidad? En la mente del operario, produce calidad si toma orgullo en su trabajo. La mala calidad, según este agente, significa la pérdida del negocio o de su trabajo. La buena calidad, piensa, mantendrá a la compañía en el negocio. Todo esto es válido en industrias de bienes y servicios. La calidad para el Gerente de Planta significa obtener las cifras resultantes y conocer las especificaciones. Su trabajo es también el mejoramiento continuo de los procesos y el liderazgo.

Esta definición de calidad de Deming sitúa la mirada en la satisfacción del cliente, estableciendo además diversos grados de calidad.

Juran (2001) considera que la calidad consiste en dos conceptos diferentes, uno que afirma que dicha calidad está orientada a los ingresos, y consiste en aquellas características del producto que satisfacen necesidades del consumidor y, como consecuencia de eso, producen ingresos. En este sentido, una mejor calidad generalmente cuesta más. El otro, que la calidad estaría orientada a los costos y consistiría en la ausencia de fallas y deficiencias. En este otro sentido, una mejor calidad generalmente cuesta menos.

Juran señala, además, que la administración para lograr calidad abarca tres procesos básicos: la planificación de la calidad<sup>38</sup>, el control de la calidad<sup>39</sup> y el mejoramiento de la

---

<sup>38</sup> Planificación de la calidad: enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a las especificaciones de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de dicha calidad (Norma ISO 9000:2000, p. 14).

<sup>39</sup> Control de calidad: parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos (Norma ISO 9000:2000, p. 14).

calidad<sup>40</sup>. Esta definición coloca el énfasis en los ingresos, y además plantea una tríada de procesos para alcanzar la calidad.

Crosby (1979) plantea que el primer supuesto erróneo es que calidad significa bueno, lujoso, brillo o peso. Según su mirada, la palabra “calidad” es usada para darle el significado relativo a frases como “buena calidad”, “mala calidad” y “calidad de vida”. Por esa razón define calidad como conformidad con requerimientos. Estos, plantea, deben estar claramente establecidos para que no haya malentendidos.

Además, desde su perspectiva las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos. La no conformidad detectada es una ausencia de calidad, por consiguiente los problemas de calidad se convierten en problemas de no conformidad y la calidad se convierte en definición.

Esta definición de calidad hace hincapié en la medición de todas las características de un producto o servicio que satisfagan los criterios de especificación. Plantea, además, la necesidad de conocer cuáles son los requerimientos que deben establecerse como características mensurables de los productos y servicios. Requiere establecer especificaciones numéricas.

Ishikawa (1985) plantea el compromiso con el control de calidad en orden de manufacturar productos con la calidad que pueda satisfacer los requerimientos del cliente. El mero hecho de contar con estándares nacionales no es la respuesta, esto es simplemente insuficiente. Plantea además que los estándares industriales japoneses o los estándares internacionales establecidos por la IEEE no son perfectos porque poseen muchos atajos. Los clientes no necesariamente están satisfechos con un producto que cumpla con estos estándares. Debemos tener en mente que los requerimientos del cliente cambian año a año.

Generalmente, aún cuando los estándares industriales cambien, esto no asegura que estén alineados con los requerimientos del cliente. Es preciso colocar el énfasis en la orientación hacia el cliente. Aquí ha sido aceptado por los productores el hecho de pensar que le están haciendo un favor al cliente al venderle sus productos, a esto lo llamamos un tipo de operación “por producto”. Lo que propone Ishikawa es un sistema de “mercadeo interno”, en el que los requerimientos del cliente son analizados. En términos prácticos, propone que los industriales

---

<sup>40</sup> Mejoramiento de las calidad: parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos (Norma ISO 9000:2000, p. 14).

estudien las opiniones y requerimientos del cliente y los tomen como referencia cuando diseñen, produzcan y vendan sus productos. Cuando desarrolle un nuevo producto, el fabricante deberá anticipar los requerimientos y necesidades del cliente.

Plantea también la importancia de cómo interpretar el término *calidad*. De manera somera, calidad significa *calidad del producto*. Más específicamente, calidad es *calidad del trabajo*, *calidad del servicio*, *calidad de información*, *calidad de proceso*, *calidad de la gente*, *calidad del sistema*, *calidad de la compañía*, *calidad de objetivos*, etc.

Esta definición impone los principios de control de calidad y aseguramiento de la calidad, dejando en claro que la prueba de alta calidad es la satisfacción de cualquier cambio en las expectativas del cliente. Los puntos sobresalientes de esta definición son que la calidad es equivalente a la satisfacción del cliente y el precio de un producto o servicio es una parte importante de la calidad.

Feigenbaum (1994) plantea que la calidad es una determinación del cliente o una determinación del ingeniero, ni de marketing ni del gerente general. Está basada en la experiencia actual del cliente con los productos o servicios, comparada con sus requerimientos, establecidos o no establecidos, conscientes o inconscientes, técnicamente operacionales o enteramente subjetivos. Y siempre representando un blanco móvil en un mercado competitivo. Plantea que la calidad del producto o servicio puede ser definida como todas las características del producto y servicio provenientes de marketing, ingeniería, manufactura y mantenimiento que estén relacionadas directamente con las necesidades del cliente.

En esta definición, Juran destaca la satisfacción del cliente y plantea que la calidad es multidimensional. Debe estar definida comprensivamente.

Según la Norma ISO 9000 (Fundamento y vocabularios, p. 12), calidad es el grado en el que el conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos.

Ahora bien, estos conceptos de calidad fueron desarrollados en el ámbito privado y asociados principalmente a las empresas industriales. En los últimos años —y como ya advertimos con la llegada de la Nueva Gerencia Pública— se introduce el concepto en la Administración pública, asociada a la mejora de la eficacia y eficiencia de la burocracia estatal. En ese sentido el concepto fue adaptado por diversos autores e instituciones.

Según Malvicino, se trata de una nueva vertiente de exigencias, requisitos, metodologías de trabajo, presentación de productos, etc. que viene operando como un instrumento de

diferenciación de bienes y servicios y, a su vez, como una manera de discriminar nichos de mercado e incluso imponer condiciones de los sectores más concentrados y poderosos a los sectores con menos capacidad de negociación (Malvicino, 2001, p. 3).

Por otra parte, plantea que el concepto de *calidad* sea entendido como la capacidad de un bien o servicio de satisfacer las necesidades explícitas o implícitas del usuario inmediato o último beneficiario de ese bien, es decir el ente (persona física o jurídica) final por el cual se justifica una acción y el que, a su vez, justifica la existencia del proveedor de dicho bien o servicio (Malvicino, 2001, p. 4).

Para Guillermo Schweinheim, los procesos de modernización de las Administraciones públicas han verificado también la tendencia al desarrollo de los valores de calidad y orientación a la satisfacción del cliente y el ciudadano. En la medida en que estos enfoques dan lugar a sistemas de mejora continua de procesos internos, se constituyen en un fuerte estímulo a la creatividad y la innovación en las Administraciones públicas. Programas de calidad, premios a la calidad, premios a la innovación, cartas compromiso con el ciudadano o de servicio constituyen acciones deliberadas que al intervenir en la cultura organizacional la orientan hacia la innovación (Schweinheim, 1998, p. 15).

De estas definiciones se desprenden elementos devenidos de los conceptos desarrollados por los pioneros descritos anteriormente, tales como requisitos, satisfacción, necesidades, control, medición, entre otros. Una buena síntesis de todas las perspectivas se halla en la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública: establece que la calidad en la gestión pública constituye una cultura transformadora que impulsa a la Administración pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Agrega, además, que la calidad en la gestión pública debe medirse en función de la capacidad para satisfacer oportuna y adecuadamente las necesidades y expectativas de los ciudadanos, de acuerdo a metas preestablecidas alineadas con los fines y propósitos superiores de la Administración pública y de acuerdo a resultados cuantificables que tengan en cuenta el interés y las necesidades de la sociedad. La concepción de la calidad ha ido evolucionando e incorporando nuevos aspectos hasta conformar una aproximación holística e integradora de la gestión, donde cobran especial importancia todas las partes interesadas en sus diferentes formas de relación, así como la sostenibilidad y la corresponsabilidad social.

Finalmente, establece que la calidad en la gestión pública puede y debe ser constantemente mejorada, buscando elevarla a niveles de excelencia, es decir obtener resultados sostenibles, con tendencias crecientes de mejora, y que tales resultados se comparen favorablemente con los más destacados referentes nacionales e internacionales (Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, 2008, pp. 7-8).

## 2. El concepto de *ciudadano cliente*

Según Malvicino, la irrupción del ciudadano como unidad de referencia del servicio público —y no la burocracia irrepresentativa como beneficiaria primaria de la gestión pública— ubica el tema en el campo de la gestión de la calidad. Asimismo, plantea que la integración del concepto *ciudadano cliente* no debe limitarse al simple correlato del consumidor que opera en cualquier mercado genérico. Existen otras instancias que en consonancia con las distintas vertientes de relación del ciudadano con el Estado hacen que esta relación sea mucho más compleja y generadora de compromisos recíprocos más ricos y determinantes (Malvicino, 2001, p. 4).

Richards sostiene que *cliente* es un término que mucha gente utiliza, aunque la forma en que lo definen en la práctica probablemente varíe. Los clientes de los servicios públicos pueden ser definidos simplemente como los receptores inmediatos del servicio, en vez de —como ocurre en el sector privado— ser definidos como *compradores*. Esta definición nos conduciría a una visión del desarrollo del servicio como una transacción privada entre quienes prestan el servicio y los receptores.

También afirma que puede haber una definición más amplia de *cliente* para incluir el concepto de *ciudadano* allí donde los intereses de un grupo mucho más amplio forman parte de la transacción (Richards, 1994, p. 15).

Para López Camps (1998; citado por Malvicino, 2001, p. 4) existen hasta siete categorías relacionales entre el ciudadano y el Estado que caracterizan a aquel como beneficiario de prestaciones públicas, consumidor, “prosumidor” (consumidor y productor), usuario, comprador, contribuyente y regulado.

Según Oszlak, en nuestra relación con el Estado los ciudadanos asumimos tres roles bien diferentes<sup>41</sup> que nos identifican como contribuyentes, usuarios-clientes y votantes. Como

---

<sup>41</sup> “El delicado equilibrio en la relación entre los ciudadanos y el Estado”, nota de opinión en el diario *La Nación* (Buenos Aires) del 11 de enero de 2018.

contribuyentes, aportamos al fisco una parte de nuestros recursos para financiar el presupuesto público, que en principio el gobierno gasta en producir una gran variedad de servicios y bienes públicos: seguridad, educación, salud, infraestructura urbana, entre muchos otros; y a cambio, ya como usuarios-clientes (o sujetos de regulación), la máquina estatal nos entrega diversos productos.

En todos los casos la definición *cliente* en la Administración pública establece una nueva relación con el ciudadano, donde a través de la calidad aparece la necesidad de establecer y conocer cuáles son sus requisitos, expectativas y necesidades.

### **3. El concepto de *sistema de gestión***

Para la Norma ISO 9000:2000, *sistema de gestión* es un sistema<sup>42</sup> para establecer y lograr la política y los objetivos de una organización. Asimismo, según la misma norma, *sistema de gestión de calidad* es un sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

Hintze denomina *sistemas de gestión* a los que conforman los procesos de trabajo y, por lo tanto, implican actividades en las cuales se utilizan recursos para producir resultados. En otras palabras, son los sistemas mediante los cuales se manejan y gestionan los recursos y el dinero (Hintze, 1999, p. 8).

La Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública define *sistemas de gestión normalizados* como el desarrollo de un proceso de evaluación<sup>43</sup> y mejora continua<sup>44</sup>. En dicho sentido, se recomienda la adopción de modelos que contemplen la gestión integrada de la calidad, el medio ambiente y la salud y seguridad laboral. La certificación externa de los servicios públicos puede prestigiarlos ante la sociedad.

### **4. El concepto de *cultura evaluativa***

---

<sup>42</sup> Según la Norma ISO 9000:2000 (Fundamentos y vocabulario), *sistema* es un conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan.

<sup>43</sup> Conjunto de operaciones que permiten determinar el valor de una magnitud.

<sup>44</sup> Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplir los requisitos.

Formular e implementar políticas es la esencia de la actividad del Estado (Oszlak, 1980, p. 8). Una característica fundamental del ciclo de políticas públicas<sup>45</sup> es la instancia de evaluación que permite la revisión y el monitoreo de problemas y políticas, de modo tal que resulta necesario e imprescindible que en su diseño se prevean distintos mecanismos para llevar adelante evaluaciones sistemáticas entre el desempeño observado y los objetivos planteados (Sabignoso, Silva, Zerbino, Vallejos, Bazan, Zanazzi, 2015, p. 491).

Siguiendo este razonamiento, los diferentes mecanismos de evaluación no deberían ser entendidos como procesos aislados sino como un insumo que oriente la acción y un proceso permanente de aprendizaje y mejora que acompaña el ciclo de las políticas públicas. Una organización que implementa y gestiona políticas públicas en las que sus integrantes participan y obtienen provecho de los procesos de aprendizaje devenidos de los mecanismos de evaluación y de las experiencias grupales transitadas es una “organización que aprende”. Dicho de otro modo, ha incorporado en su desempeño un nuevo componente dinamizador: la *cultura evaluativa* (Sabignoso, Silva, Zerbino, Vallejos, Bazan, Zanazzi, 2015, p. 491).

El concepto *cultura organizacional* permite explicar las diferencias en el modo de hacer las cosas entre distintas organizaciones. Según Schein (1990, p. 5), se puede definir *cultura* como a) un patrón de suposiciones básicas; b) inventado, descubierto o desarrollado por un grupo dado; c) mientras aprende a lidiar con sus problemas de adaptación externa e integración interna; d) que han funcionado lo suficientemente bien como para ser considerados válidos y, por dicha razón; e) les enseñe a los nuevos miembros la forma correcta de percibir, pensar y sentir en relación con aquellos problemas.

Al analizar esta definición podemos arribar a la idea de que los aprendizajes devenidos de las experiencias grupales transitadas forjan las características específicas que tomará la cultura de una organización. Según Schein (1990, p. 5), cuanto más extensa e intensa sea la historia compartida por los miembros de una organización, más sólidos serán estos supuestos básicos que subyacen en las relaciones entre ellos y sus medios.

Sobre la idea anterior, resulta interesante relacionar este concepto de Schein con el de *cambio profundo*, asociado al aprendizaje que plantea Senge. La siguiente es una definición de Peter Senge, que permite ampliar esta idea: “En el cambio profundo, hay aprendizaje. La

---

<sup>45</sup> Oszlak (1980, p. 1). Tales políticas son vistas como un conjunto de sucesivas tomas de posición del Estado frente a cuestiones socialmente problematizadas.

organización no se limita a hacer algo nuevo; crea capacidad de hacer las cosas distintas; en efecto, crea capacidad para cambio continuo” (Senge, 2000, p. 14).

La construcción de una cultura evaluativa, como parte de la cultura organizacional, se basa en los mismos conceptos. Es producto de la acción, reflexión y aprendizaje continuo, y se hace visible cuando se manifiestan contenidos asociados con la evaluación en la práctica cotidiana de la organización. La cultura evaluativa es en sí misma un reflejo del compromiso de la organización con la autoevaluación permanente y el aprendizaje institucional. Cada organización posee su propia valoración de la evaluación, que determinará qué se evaluará, cómo y qué utilización se le dará a los aprendizajes que se identifiquen en el proceso.

## **5. El concepto de *gestión por resultados***

Según Marcos Makón, la *gestión por resultados* puede definirse como el modelo que propone la administración de los recursos públicos centrada en el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en el plan de gobierno, en un período de tiempo determinado. Siguiendo su definición del concepto, agrega que la gestión por resultados permite gestionar y evaluar la acción de las organizaciones del Estado con relación a las políticas públicas definidas para atender las demandas de la sociedad.

Esta definición pone énfasis en la medición del desempeño de la gestión pública, con gran relevancia de la producción pública: productos y resultados. Los organismos públicos, responsables de una determinada producción pública, utilizan insumos financieros, humanos y materiales asignados a través del presupuesto, para la producción de bienes y servicios (productos) destinados a la consecución de objetivos de política pública (resultados) (Makón, 2000, p. 3).

De esta definición se desprende la necesidad de establecer prioridades en una institución identificando productos, beneficiarios y resultados basados en indicadores de desempeño. Asimismo, esta afirmación implica la conveniencia de la utilización de la planificación estratégica como una herramienta que permite la implementación del modelo.

Siguiendo a Makón, otro elemento relevante de este modelo son los compromisos de resultados de gestión para formalizar y efectivizar el vínculo y la articulación entre la alta dirección y las gerencias operativas.

En síntesis, según el autor, que las gerencias operativas se comprometan a cumplir las metas y a dar cuenta de los resultados obtenidos. De este modo el modelo se hace autosustentable en la medida que existan indicadores de la gestión gerencial en el marco de un sistema de seguimiento y monitoreo de la gestión, y un sistema de incentivos que premie el buen desempeño y, recíprocamente, castigue los incumplimientos.

Según el Dr. Federico Tobar, mientras que en la década pasada predominaron los enfoques administrativos centrados en estructuras y procesos —en particular en su reingeniería—, durante los últimos años viene adquiriendo protagonismo la propuesta de incorporar modelos de gestión por resultados, que desplazan el eje hacia los fines de las instituciones.

Siguiendo su pensamiento, la gestión por resultados no consiste en un modelo único y uniforme sino en un conjunto de premisas y herramientas que pueden incorporarse de forma flexible y progresiva, pero que en todos los casos requiere (Tobar, 2010, p. 60):

- Recuperar la planificación desde el Estado (en lugar de librar el destino de los servicios a los designios de una “mano invisible”).
- Recuperar el protagonismo de la política pública: definiendo no solo las funciones del Estado sino también las prioridades de gobierno en cada gestión o mandato.
- Poner el eje en la creación de valor público, fundamentalmente a través de la construcción de ciudadanía y aumento de la competitividad de la economía.
- Incorporar herramientas de evaluación y monitoreo para medir el nivel de avance hacia los objetivos trazados.

La gestión por resultados, continúa Tobar, introduce la lógica de “lo que se mide se hace”, es decir que sin evaluación no hay gestión por resultados. La siguiente frase del Dr. Federico Tobar sintetiza el modelo de gestión por resultados y aporta una mirada novedosa sobre el financiamiento público en salud:

La financiación de la salud se puede vincular al logro de objetivos sanitarios. Tenemos buenos ejemplos de ello, tanto en el caso de los efectores como en el de los aseguradores. Quienes cumplan de forma adecuada con las líneas de cuidados priorizados, quienes consoliden la responsabilidad nominada de la población a cargo de los servicios, quienes armen sus redes de servicios con criterios de derivación y seguimiento adecuados; merecen ser premiados (Tobar, 2010, p. 24).

Un buen ejemplo de lo que plantea Tobar es el Plan Nacer/Programa Sumar, que implementó una política pública en el sector salud de Argentina desde el año 2004, la cual consiste en una estrategia que promueve la gestión orientada a resultados que los gobiernos de la Nación y las provincias identificaron como una manera efectiva de dar respuestas a las urgencias sanitarias que emergieron en el marco de la crisis del año 2001<sup>46</sup>. Para lograr sus objetivos, el Programa utiliza en cada jurisdicción un modelo de financiamiento basado en resultados y una estrategia de creación y desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud, formalizados a través de compromisos de gestión bajo la figura de convenios marco.

El Programa se articula con un sistema de salud preexistente (sistema presupuestario), que garantiza la continuidad de la atención pública. Para ello se propone reforzar la cobertura pública de salud aportando financiamiento para cerrar brechas de cobertura y calidad de los servicios de salud disponibles para la población.

## **6. El concepto de *empoderamiento***

Según la Real Academia Española, *empoderar* hace referencia a conceder poder. En ese sentido podríamos decir que el concepto alude a autorizar, permitir, o dar poder a algo o alguien para realizar algo.

Según Rappaport (1987), el *empoderamiento* es un proceso por el cual las personas, organizaciones y comunidades logran control sobre sus asuntos, sin dejar a un lado la facultad para realizar sus acciones. El término *facultado* significa que uno tiene libertad de actuar y además es responsable por los resultados (Blanchard, 1996, p. 94).

Por su parte, Sánchez (1996) define el concepto como el proceso o mecanismo por medio del cual las personas, organizaciones o comunidades adquieren control o dominio sobre temas de interés o asuntos que le son propios. Según Daft (1998) es la libertad que los empleados sienten cuando son facultados y se les delega poder.

Estas definiciones del concepto *empoderar* están relacionadas con el sentido que le otorga el Programa Sumar, según lo establecido en su Manual operativo: implica proporcionar capacidad de decisión a los efectores en la responsabilidad y ordenamiento del gasto de acuerdo a

---

<sup>46</sup> De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la estrategia del Plan Nacer/Programa Sumar da contenido explícito al derecho a la salud mediante la definición de prestaciones priorizadas para diversos grupos poblacionales sin cobertura formal.

necesidades y objetivos. La siguiente es una cita de un documento de investigación<sup>47</sup> del Programa Sumar, donde se puede divisar el espíritu de la definición del concepto:

Una de las herramientas con las que cuenta el Plan Nacer para promover el cambio y la mejora en la gestión de la salud pública es el empoderamiento de los establecimientos de salud, permitiendo que la decisión de aplicación de los fondos obtenidos por desempeño sean definidos por los recursos humanos del mismo en base a distintos modelos participativos.

---

<sup>47</sup> Documento de divulgación de resultados 2013: Evaluación de la motivación de los equipos de salud con la estrategia de gerenciamiento propuesta por el Plan Nacer.

## **VII. Tercera parte: Metodología**

## **Metodología empleada**

Esta investigación adoptó el enfoque de tipo cualitativo, ya que las preguntas de investigación se enfocan en analizar los factores que hacen distinta a esta organización y a las experiencias grupales transitadas por sus actores en la efectividad para garantizar y fortalecer la calidad bajo un modelo voluntario de implementación y los supuestos básicos que deja esa experiencia entre estos y el imaginario social luego de la aplicación de este modelo de calidad. En este sentido, y para que resulte posible la investigación, fue necesario indagar en la normativa, en la agenda de investigación, la bibliografía y a los responsables vinculados con el Centro de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja, el Programa Sumar y su contexto.

El método cualitativo seleccionado es el adecuado en este trabajo de investigación, ya que permite comprender los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto (Hernández Sampieri, 2015, p. 358).

Para Punch (2014; citado por Hernández Sampieri, 2015, p. 358) el enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados.

Se recurrió a un diseño no experimental con el propósito de observar los fenómenos tal como se dan en un contexto natural, para luego analizarlos. Para decirlo de otra manera, en un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza (Hernández Sampieri, 2015, p. 152).

En este trabajo se analizaron distintas variables que podrían explicar la efectividad del CAPS “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja para garantizar y fortalecer la calidad bajo un modelo voluntario de implementación y los supuestos básicos que deja esta experiencia.

Las variables que se tuvieron en cuenta fueron: gestión por resultados como ordenador del hacer público, empoderamiento de los actores como motor del liderazgo, cultura evaluativa como el conocimiento devenido de las experiencias grupales transitadas por los integrantes del Centro de Salud a partir del financiamiento por resultados del Programa Sumar, y validación social de la calidad como supuesto básico entre el imaginario de los actores públicos.

Las técnicas de recolección de datos y análisis utilizadas en el presente trabajo fueron principalmente las entrevistas abiertas y la observación. Asimismo, se analizaron documentos

secundarios como la normativa interna del Programa Sumar (Manual operativo), documentos de la agenda de investigación del Programa Sumar y otra documentación relacionada con el planteo del tema.

La unidad de análisis de este trabajo de investigación fue el Centro de Atención Primaria de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja, con financiamiento por resultados del Programa Sumar.

### **Técnicas de recolección de datos y fuentes de información**

En primer término, para definir el marco teórico-conceptual y delimitar el objeto de estudio se recurrió a libros, publicaciones académicas, trabajos de la agenda de investigación del Programa Sumar y publicaciones de organismos internacionales.

En segundo término, se realizó un análisis profundo de la normativa interna del Programa Sumar (Manual operativo, manuales de procedimientos, convenios de préstamos, acuerdos de gestión, entre otros). Además, se consultaron planes de implantación de calidad, certificaciones de calidad e informes de auditoría de calidad.

En el cuadro que aparece a continuación, se describen las técnicas de recolección y las fuentes de información propuestas en función de los objetivos específicos:

<b>Objetivo específico</b>	<b>Técnica de recolección y fuentes</b>
<p>Indagar el vínculo entre financiamiento de gestión por resultados y cultura evaluativa en el Programa Sumar, a partir del caso del Centro de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja.</p>	<p style="text-align: center;">Fuentes primarias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación.</li> <li>• Entrevistas abiertas con actores claves de la organización.</li> </ul> <p style="text-align: center;">Fuentes secundarias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis e interpretación de normativa interna del Programa Sumar.</li> <li>• Análisis de investigaciones del</li> </ul>

	Programa Sumar vinculadas con el tema.
<p>Analizar y comprender los supuestos que deja la implementación de la Norma ISO 9001:2008 en el Centro de Salud, a partir de la interpretación del relato de la experiencia transitada por los actores públicos.</p>	<p>Fuentes primarias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación.</li> <li>• Entrevistas abiertas con actores claves de la organización.</li> </ul> <p>Fuentes secundarias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis e interpretación de planes de implementación, certificaciones de calidad, informes de auditoría interna y externa.</li> <li>• Análisis e interpretación normativa interna u otros documentos del CAPS “Islas Malvinas” y la UGSP de la provincia de La Rioja (Manual de calidad, política de calidad, objetivos, metas).</li> </ul>

## Fuentes primarias

### La observación

En la investigación cualitativa necesitamos estar entrenados para *observar*, que es distinto de *ver* (que es lo que hacemos cotidianamente). Es una cuestión de grado. Y la observación investigativa no se limita al sentido de la vista, sino a todos los sentidos (Hernández Sampieri, 2015, p. 399). Siguiendo este razonamiento y el método que propone el autor, el proceso de observación se llevó adelante mediante la inmersión total en el ambiente, teniendo en cuenta las siguientes pautas:

- Se identificaron los lugares específicos donde se recolectaron los datos.

- Se observó lo que ocurre en el ambiente (desde lo más ordinario hasta cualquier suceso inusual o importante). Aspectos explícitos e implícitos, sin imponer puntos de vista y tratando, en la medida de lo posible, de evitar el desconcierto o interrupción de actividades de las personas. Tal observación intentó ser holística o integral y se tomó en cuenta el contexto social.
- Se intentó desde el comienzo adquirir el punto de vista “interno” de los participantes respecto de cuestiones que se vinculan con el planteamiento del problema. Luego, se tuvo una perspectiva más analítica o de un observador externo.
- Se recabaron datos sobre los conceptos, lenguaje y maneras de expresión, historias y relaciones de los participantes.
- Intentaron determinarse procesos sociales fundamentales en el ambiente, y su operatoria.
- Se tomaron notas, generando datos en forma de apuntes, mapas, esquemas, cuadros, diagramas y fotografías, en la medida en que fue posible.
- Se elaboraron las primeras descripciones del ambiente.
- Se intentó reflexionar sobre el propio papel, las alteraciones que provocó nuestra presencia y las vivencias, que también fueron una fuente de datos.

### **Las anotaciones o notas de campo**

- Se realizaron registros y anotaciones durante los eventos o sucesos vinculados con el planteamiento del tema. En los casos en que no pudo hacerse, se efectuaron lo más pronto posible después de los hechos.
- Las notas fueron registradas de manera separada por entrevista en el punto Observaciones.
- En la medida de lo posible, de cada hecho o período se anotaron fecha y hora correspondiente.
- En la medida de lo posible, se grabaron audios, así como también se tomaron fotografías, elaborándose diagramas sobre el contexto o ambiente (y en ocasiones sus “movimientos” y los de los participantes observados).
- En ocasiones, en las anotaciones se incorporaron palabras propias, sentimientos y conductas. Además, se registraron ideas propias, comentarios y observaciones.

## **Las entrevistas**

El período de observación fue organizado y llevado adelante con el apoyo de entrevistas. Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional con muestra disponible y accesible.

La entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta que la cuantitativa. Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados) (Hernández Sampieri, 2015, p. 403). En este sentido, se entrevistó a los responsables del CAPS “Islas Malvinas”, a seis integrantes del staff de trabajo y a dos informantes claves de la provincia de La Rioja, la coordinadora y la responsable de calidad de la UGSP, con la finalidad de obtener sus percepciones, ideas y pensamientos en relación al tema de estudio.

Las personas entrevistadas se seleccionaron de acuerdo a accesibilidad de cada uno y a su conocimiento y su rol en la organización de acuerdo al objeto de investigación.

Finalmente, en todos los casos, se informó a los actores entrevistados sobre los objetivos del presente trabajo, con la finalidad de obtener el consentimiento para participar de la investigación, así como también el carácter anónimo de las entrevistas, aclarándose que sus comentarios e información proporcionada en el contexto del presente trabajo tendrán una finalidad científica y académica.

## **Cuestionario**

Respecto al cuestionario de las entrevistas, se indagó fundamentalmente acerca de la existencia en la organización de un vínculo entre gestión por resultados y cultura evaluativa introducida a partir del financiamiento por resultados del Programa Sumar. Además, se indagó sobre los supuestos básicos que dejó en los actores públicos la implementación del sistema de gestión de calidad bajo la Norma ISO 9001.

Se confeccionaron dos guías de entrevistas, la primera para entrevistar a los informantes claves con responsabilidad de conducción tanto en el CAPS como en la UGSP. La segunda para entrevistar al personal del CAPS.

Los actores fueron entrevistados en todos los casos cara a cara, durante los días 15 y 16 de mayo de 2018, el tiempo de la entrevista fue variando de acuerdo al rumbo que tomaba la conversación. En ningún caso se envió la guía de entrevista por correo electrónico.

En las guías de entrevistas se incluyeron preguntas en su mayoría abiertas para indagar en los objetivos específicos 1 y 2. Esto se debe a que se consideró que las preguntas abiertas permiten a los actores entrevistados describir más detalladamente lo que tienen en mente y aportar información adicional para la comprobación de la hipótesis (Hernández Sampieri, 2015).

Los cuestionarios de las entrevistas originales fueron sufriendo cambios durante el proceso de trabajo de campo, debido fundamentalmente a la necesidad de profundizar y ampliar cuestiones que fueron apareciendo, tales como nuevos conceptos que emergían de la evidencia empírica.

## **Fuentes secundarias**

En relación a las fuentes secundarias que se utilizaron para abordar los objetivos específicos, se realizó un análisis de contenido de la documentación que se describe a continuación:

- Manual operativo<sup>48</sup> del Programa Sumar (Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud, Préstamo BIRF N° 8062-AR) y Financiamiento Adicional del Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud (Préstamo BIRF N° 8516-AR): Este manual es la guía de ejecución del Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud y del Financiamiento Adicional del Proyecto de Desarrollo de los Seguros Públicos Provinciales de Salud.
- Documento de divulgación de resultados<sup>49</sup> Plan Nacer/Programa Sumar 2013: Evaluación de la motivación de los equipos de salud con la estrategia de gerenciamiento propuesto

---

<sup>48</sup> El Manual operativo es un documento interno del Programa Sumar donde se detalla el diseño, funcionamiento y normativa del Programa. Se detallan además sus procesos y estructura para su funcionamiento. Este es elaborado por el Programa y aprobado con no objeción por parte del Banco Mundial.

<sup>49</sup> Los documentos de divulgación de resultados del Programa Sumar son investigaciones de carácter cualitativo y cuantitativo, coordinadas desde el Programa y en conjunto con instituciones académicas y de investigación con la finalidad de profundizar en la comprensión de los determinantes de resultados fortaleciendo los procesos de aprendizaje organizacional. Entre las universidades e instituciones que han realizado trabajos en el marco de la agenda de estudios e investigación se encuentran: Universidad Nacional de La Plata (UNLP), Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), Universidad I-Salud, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Universidad de Buenos Aires, Especialistas de evaluación del Banco Mundial, Instituto de Salud Pública de México (INSP), Institute For Health Metrics and Evaluation (IHME), Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAI),

por el Plan Nacer. Análisis de desempeño del modelo innovador de inversión de fondos por los propios establecimientos en el marco del Plan Nacer. Documento de la agenda de investigación del Programa Sumar realizado en conjunto entre el Programa Sumar, la Universidad I-Salud y la consultora Gestión y Analogía.

- Documento de divulgación de resultados Plan Nacer/Programa Sumar 2013: El Plan Nacer y sus efectos en la satisfacción de los usuarios de los sistemas de salud provinciales. Documento de la agenda de investigación del Programa Sumar realizado en conjunto entre el Programa Sumar, la firma Estudio Villares y MFG Consultores.
- Documento de divulgación de resultados - Trabajo específico N° 2: Monitoreo, luego aprendo. Los aprendizajes en la implementación de relaciones intergubernamentales basadas en desempeño del sector de salud. La experiencia argentina a través del Plan Nacer. Documento de la agenda de investigación del Programa Sumar realizado en conjunto entre el Programa Sumar y FLACSO.
- Documento de divulgación de resultados del Programa Sumar: Generación de una cultura evaluativa en el sector salud. Principales resultados de la agenda de estudios y evaluación del Plan Nacer/Programa Sumar. Documento de la agenda de investigación del Programa Sumar.
- Manual de calidad del CAPS “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja: Este manual expresa la política de calidad elaborada por el efector, sus objetivos de calidad, metas e indicadores.

Finalmente, resulta importante mencionar que fueron analizadas fuentes secundarias de datos para la elaboración del marco teórico, tales como manuales de procedimientos, convenios de préstamos, acuerdos de gestión, planes de implementación de calidad, certificaciones de calidad emitidas por IRAM (organismo certificador), e informes de auditoría interna y externa.

### **Análisis de datos**

En el análisis de los datos, la acción esencial consiste en que recibimos datos no estructurados a los cuales nosotros les proporcionamos una estructura. Los propósitos centrales del análisis

cualitativo son: 1) explorar los datos; 2) imponerles una estructura (organizándolos en unidades y categorías); 3) describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones; 4) descubrir los conceptos, categorías, temas y patrones presentes en los datos, así como sus vínculos, a fin de otorgarles sentido, interpretarlos y explicarlos en función del planteamiento del problema; 5) comprender en profundidad el contexto que rodea a dichos datos; 6) reconstruir hechos e historias; 7) vincular los resultados con el conocimiento disponible; y 8) generar una teoría fundamentada en los datos (Hernández Sampieri, 2015, p. 418).

Siguiendo la estructura propuesta por el autor, el primer trabajo con los datos fue un proceso de exploración que permitió identificar temas, conceptos y hallazgos para luego estructurarlos en unidades y categorías, avanzando en el proceso de análisis.

Para el caso de las preguntas abiertas, se analizaron las respuestas y se clasificaron en temas similares, obteniendo patrones generales de respuesta.

### **Presentación de los datos empíricos**

En relación a las entrevistas, fueron citadas de acuerdo al formato establecido por la American Psychological Association (APA). El nombre de los actores entrevistados fue reemplazado por números cardinales, con el objeto de proteger su identidad. En el Anexo V se adjuntan las entrevistas realizadas.

Durante la inmersión, el investigador recaba materiales, reflexiona con los participantes, escucha, analiza el ambiente y como producto de las reflexiones esboza conceptos (Hernández Sampieri, 2015).

Siguiendo al autor, las transcripciones de las entrevistas y de las notas del proceso de observación se realizaron identificando y tomando en cuenta palabras, frases claves del entrevistado, sensaciones, emociones y contexto ambiental, entre otros. Además, las transcripciones fueron realizadas inmediatamente después de haber efectuado la entrevista, intentando reproducir el testimonio con la máxima fidelidad posible.

## **VIII. Cuarta parte: Hallazgos/desarrollo/evidencia empírica**

### **Capítulo I: Financiamiento por resultados y cultura evaluativa**

En el presente capítulo se expone la evidencia empírica surgida durante el proceso de recolección de datos, con el propósito de indagar el vínculo entre financiamiento por resultados y cultura evaluativa en el Programa Sumar, a partir del caso del CAPS “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja.

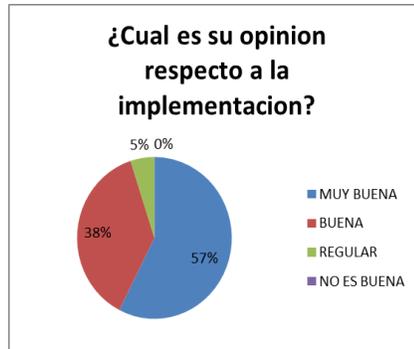
En relación a las entrevistas realizadas —y que fueron citadas en este capítulo y los siguientes—, resulta importante aclarar que los nombres de los entrevistados fueron reemplazados por números cardinales, con la premisa de proteger sus identidades.

### **El financiamiento por resultados como herramienta ordenadora para la mejora y la calidad en la prestación del servicio de salud pública**

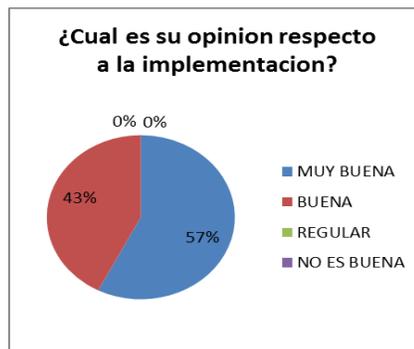
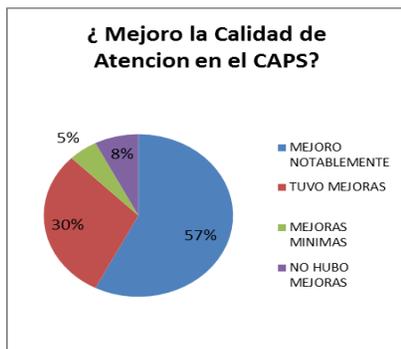
Retomando los conceptos desarrollados en el marco teórico del presente trabajo, en el sistema de Salud pública interactúan tres sectores: el público, el de obras sociales y el sector privado. El caso particular del sector público se diferencia de los otros dos sistemas por realizar una provisión directa del servicio de salud en la red de hospitales y CAPS periféricos, provinciales y municipales. Estos operan como un sistema abierto, acepta en forma gratuita la demanda espontánea de toda la población y su financiamiento descansa fundamentalmente en el presupuesto (fondos públicos), la provisión de servicios de salud para la población sin cobertura recare dentro de este sistema.

En este contexto, durante el trabajo de campo se pudo observar que el financiamiento por resultados del Plan Nacer/Programa Sumar impactó positivamente en el ordenamiento de la mejora y la calidad en la prestación del servicio de salud pública. En lo que respecta a la Calidad de Atención, según los datos que arrojan las encuestas de calidad realizada por el CAPS en el año 2014 y 2015, aumento la percepción de calidad en la atención de un 42% a un 57% .

Asimismo, respecto a la consulta sobre si la implementación del Programa Sumar mejoró la calidad de la atención, en ambos periodos casi el 100% afirmó que ha sido Buena o Muy Buena.



Fuente: Informe de encuestas al público en general (CAPS Islas Malvinas), Año 2014.



Fuente: Informe de encuestas al público en general (CAPS Islas Malvinas), Año 2015.

Por otra parte, en referencia a la calidad de la atención la encuesta de embarazadas realizadas durante los periodos 2014 y 2015 arrojan datos positivos en relación a la calidad en la atención, en la organización y funcionamiento del CAPs.



Fuente: Informe de encuestas a embarazadas (CAPS Islas Malvinas), Año 2014. Total embarazadas encuestadas (40).



Fuente: Informe de encuestas a embarazadas (CAPS Islas Malvinas), Año 2015. Total embarazadas encuestadas (38).

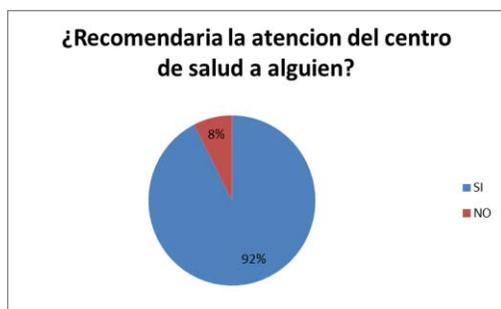


Fuente: Informe de encuestas a embarazadas (CAPS Islas Malvinas), Año 2014. Total embarazadas encuestadas (40).



Fuente: Informe de encuestas a embarazadas (CAPS Islas Malvinas), Año 2015. Total embarazadas encuestadas (38).

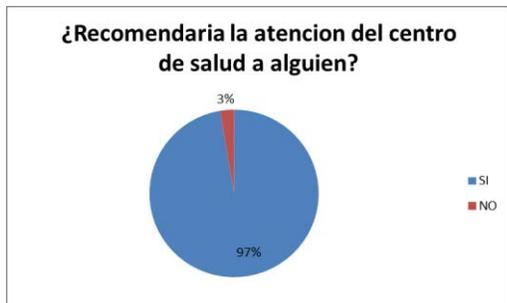
Otro dato importante que surge de la encuesta a embarazadas es que en ambos períodos ante la pregunta si recomendarían el CAPS, casi la totalidad de las encuestadas responde afirmativamente.



Fuente: Informe de encuestas a embarazadas (CAPS Islas Malvinas), Año 2014. Total embarazadas encuestadas (40).

La mayoría de las encuestadas recomendaría la atención el CAPS, por las razones que exponemos a continuación:

- Por la buena atención
- Por la buena atención y limpieza
- Porque son amables y atentos
- Porque cuenta con los recursos necesarios
- Porque, comparado con otros centro de salud, la atención es de mejor calidad
- Tiene un servicio médico muy atento
- Es muy recomendable
- Porque es un buen centro de salud
- Porque brindan un muy buen servicio
- Porque son muy responsables
- Porque es muy buena la atención del personal médico y brindan toda la amabilidad y su tiempo.



Fuente: Informe de encuestas a embarazadas (CAPS Islas Malvinas), Año 2015. Total embarazadas encuestadas (38).

Las razones por la que recomendaría al CAPS son:

- Por la buena atención
- Porque nunca tuve problemas para la atención.
- Porque es buena la atención ginecológica.
- Atiende las necesidades básicas de la comunidad.
- Tiene especialistas y atención gratuita.
- Supero expectativas y buena atención.

Al analizar las respuestas obtenidas del personal entrevistado durante el trabajo de campo, vinculadas a si el financiamiento por resultados contribuyó a la mejora de la calidad en la prestación del servicio, se observan los siguientes patrones comunes de respuestas:

Cinco de nueve entrevistados consideraron que el financiamiento por resultados contribuye a la calidad de la prestación porque es un ordenador del hacer público. Durante las entrevistas los protagonistas daban cuenta de la importancia que significo el aprendizaje de planificar a partir de las necesidades. A continuación se citan párrafos de las entrevistas que expresan esta idea.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Me acuerdo que la primera factura que emitimos del Centro de Salud fue por \$ 1.700, ¡y para mí era un montón de plata...! ¡un montón de plata! A partir de ahí debíamos tomar por meta que cada mes sea más y sea más... Entonces, ¿ahí qué hice yo? Para poder trabajar con el equipo me reuní con ellos y los invitaba al Programa. No fue una bajada de decir ‘ustedes tienen que hacer esto y esto y esto para que podamos crecer’, los invitaba y les decía: ‘El Programa

funciona así, el nomenclador contempla esto, si lo hacemos podemos mejorar nuestra situación, el dinero está, el trabajo está.”

Además manifestó:

“Mirá, en principio éramos 17 personas trabajando, actualmente somos 41. ¿Cómo pasamos de esos 17/18 que éramos a los que somos hoy? Fuimos formándonos, creyendo en el Programa de manera tal que cada integrante que se fue sumando fue amoldándose a nuestra forma de trabajo.”

Por su parte, el entrevistado N° 5 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Ahora, por ejemplo, estamos trabajando en los talleres, no es mucho lo que se paga por taller pero cada persona que se factura también suma y entonces entre todos aumentamos los recursos para atender mejor a la gente y estar más cómodos en nuestro lugar de trabajo. Porque sabemos que es para nuestro beneficio, obtenemos las herramientas que necesitamos, la población se siente cómoda, podemos dar respuestas y soluciones a lo que se nos presenta.”

Por su parte, el entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Sí, considero que sí, porque permite trabajar con líneas de cuidado, permite establecer líneas base en base [sic] a la política sanitaria. O sea se alinea la política sanitaria con la acción pública.”

Por su parte, el entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Yo creo que el tener prestaciones priorizadas, obviamente existen porque son las más importantes, pero creo que todas las prestaciones que se realizan a una persona en el sistema público son importantes, porque es el contacto que tiene la persona con el Centro de Salud, entonces si bien tenemos priorizadas, hay otras que no están priorizadas pero que para nosotros son importantes porque a partir de ellas captamos a la persona, ya sabe que tiene que venir al Centro de Salud, ya tienen un control realizado, lo vacunamos... ¿me entendés? Para nosotros cualquier prestación es importante.”

Cinco de nueve entrevistados consideraron que el financiamiento por resultados contribuye a la calidad de la prestación, porque es un ordenador en el uso eficiente del gasto. A continuación se citan párrafos de las entrevistas.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Esto lo necesitamos urgente, esto puede esperar un poquito, las comodidades nuestras como equipo fueron esperando, pero después comprendimos que era necesario mejorar todo. Por ejemplo, los calores intensos que hay en La Rioja en el verano son terribles, entonces era realmente inhumano tener la parte administrativa sin aire acondicionado, ellos tienen que estar en la atención al público, tienen que aguantar un montón de cosas y siempre con una sonrisa a flor de piel con la comunidad, y es imposible mantenerla con más de 40°C... es imposible. Dijimos: necesitan tener un aire acondicionado acá y nosotros necesitamos otra cosa, pero el aire no puede faltar acá, ellos se merecen trabajar cómodos para dar un servicio de calidad.”

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

La coordinadora no toma decisiones en forma arbitraria, sino que todo es consensuado, acordado. Entre todo el equipo se establece cuáles son las prioridades, cuáles son las necesidades, cada área presenta sus necesidades y después entre todo el equipo se llega a un acuerdo, a un consenso sobre las prioridades, lo cual favorece mucho el trabajo en equipo, porque a veces me pasaba en otras instituciones que pedíamos lo que necesitábamos pero las cosas nunca llegaban o nos mandaban cosas que no necesitábamos.”

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Y... para nosotros es muy bueno. Ese día que hacemos la planificación, todos opinamos. Y bueno, se ven las prioridades, se explica por qué es prioritario esto o aquello y todos los años, si la persona considera que yo necesito ese elemento en mi área, lo vuelve a poner y así. La coordinadora siempre dice: ‘En algún momento se te comprará’, y vemos cómo de a poco vamos solucionando y teniendo todo lo que se necesita.”

El entrevistado N° 6/7 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Sí, por supuesto, mucho. Nosotros estábamos en una casita todos amontonados, de esa forma compramos todo lo que tenemos, nosotros no teníamos nada. Con el trabajo de todos generamos los fondos y compramos todo. Decidimos, bueno... qué compramos ahora... qué hacemos primero... así. Qué es lo más importante.”

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Todo el mundo se apropia, todo el mundo entiende que tiene poder de decisión pero también tiene responsabilidad sobre la decisión. Es muy solidario el gasto, por ejemplo en vez de comprar sillas se compra un instrumento que es más importante para tratar a los pacientes, en vez de poner cortinas en el área de vacunación se compra la heladera y en ese sentido ellos saben que van a poder tener lo que piden si trabajan y facturan.”

Ocho de nueve entrevistados consideraron que el financiamiento por resultados contribuye a la calidad de la prestación porque es un ordenador del gasto en función de las necesidades y prioridades de los Centros de Salud para prestar el servicio. A continuación se citan párrafos de las entrevistas.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“La diferencia es tener la libertad de decidir en función de las necesidades, por eso funciona Sumar, porque cada Centro de Salud puede administrar sus fondos y decidir qué necesita. Yo no creo que si sacan el Programa Sumar y lo maneja el ministerio no sé si vamos a seguir funcionando tan bien [sic].”

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Entre todo el equipo se establece cuáles son las prioridades, cuáles son las necesidades, cada área presenta sus necesidades y después entre todo el equipo se llega a un acuerdo, a un consenso sobre las prioridades, lo cual favorece mucho el trabajo en equipo, porque a veces me pasaba en otras instituciones que pedíamos lo que necesitábamos pero las cosas nunca llegaban o nos mandaban cosas que no necesitábamos.”

El entrevistado N° 3 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Y eso es muy importante, porque participan todas las áreas con sus necesidades y en una puesta en común nos ponemos de acuerdo en las prioridades para mantener un buen nivel de calidad en el servicio. Pero generalmente se consigue comprar todo lo que se pide, porque ya hace tanto tiempo que está funcionando este sistema que no nos faltan muchas cosas.”

El entrevistado N° 4 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Ese tipo de comunicación, esa manera de aportar ideas entre todos nos permite dar prioridad a lo más importante, a lo más urgente. A mí me da la impresión que al conocer cada uno lo que se necesita en cada área, es más acertado y la decisión es más rápida.”

El entrevistado N° 5 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Hay personas que vienen por primera vez y dicen: ‘Qué bueno que tienen aire acondicionado o que tengan computadoras, o que los consultorios estén equipados con todo lo necesario’. Como por ejemplo kinesiología, el rincón del niño donde está la terapia ocupacional, en fin, todos nos beneficiamos.”

El entrevistado N° 6/7 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Sí, por supuesto, mucho. Nosotros estábamos en una casita todos amontonados, de esa forma compramos todo lo que tenemos, nosotros no teníamos nada. Con el trabajo de todos generamos los fondos y compramos todo. Decidimos, bueno... qué compramos ahora... qué hacemos primero... así. Qué es lo más importante.”

El entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Pero es bueno el sentido de pertenencia que tiene el trabajo, porque ellos tienen la libertad de exponer cuáles son las necesidades que tienen en su espacio de trabajo y son escuchados, sienten que se les otorga una determinada prioridad. Yo creo que eso es fundamental, tanto en el trabajo en equipo como para la gestión.”

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Creo que esto de la innovación, de dejar de financiar la oferta y empezar a financiar desde la demanda, creo que eso es lo más innovador que tiene el Programa. Entonces el centralismo del manejo de los recursos desaparece, y cada efector tiene un empoderamiento donde él puede hacer uso del dinero que recibe por atender [a] su población a cargo, donde en base a la planificación de las necesidades de las zonas donde vive la gente, ellos pueden mejorar la atención de esa gente. Por ejemplo: si hay muchos cardiópatas, o si hay muchos viejitos, o si hay muchos diabéticos, ellos planifican con esos fondos campañas de capacitación, contratan profesionales para hacer insulinizaciones o ponen gente para enseñar a insulinar pacientes, o sea lleva adelante toda una movida que desde el centralismo no la ves, sí lo ves con una planificación local porque conocen a su gente. Porque acá en La Rioja, que somos un pueblito, cuando una persona entra a un Centro de Salud, le dicen: ‘¿Cómo le va, Juancito? ¿La atención cómo la ve?’. Porque acá se conocen todos, esa persona sabe a qué Centro de Salud va, todo eso es una experiencia muy buena que sale a partir del financiamiento por resultados y es a través de la demanda. Porque con el financiamiento tradicional financiás la oferta, es otra lógica. Es decir, ¿quién financia la oferta? El sistema de salud. Entonces, el sistema de salud dice: ‘¿Qué compramos? Tantas jeringas, tantas camillas’. Y a lo mejor los Centros de Salud no necesitan eso. Es un cambio de paradigma, es la demanda a partir de las necesidades la que te interroga permanentemente.”

Durante el trabajo de campo, se pudo observar y percibir en el ambiente, en el relato en primera persona de los entrevistados y durante el funcionamiento de las actividades del CAPS, que el financiamiento por resultados proporcionado por el Programa Sumar actúa como una herramienta ordenadora del hacer público y del uso eficiente del gasto, que impacta

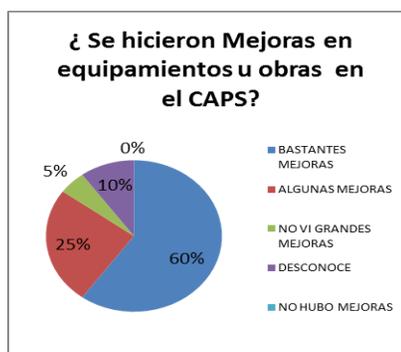
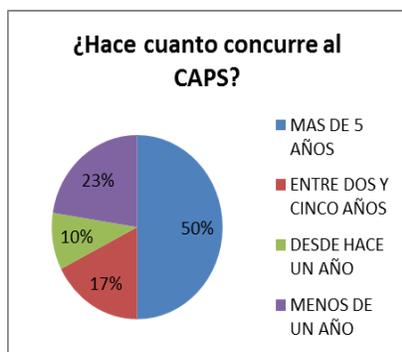
inevitablemente en la calidad de la prestación del servicio. Se pudo observar un ambiente amigable con los pacientes, un lugar que invita a volver, un espacio pensado para que los pacientes puedan ser tratados con respeto y calidad, atendiendo las necesidades de los niños y las madres, fundamentalmente.

### **La autonomía de los establecimientos en la utilización de los recursos como factor de empoderamiento de los actores públicos**

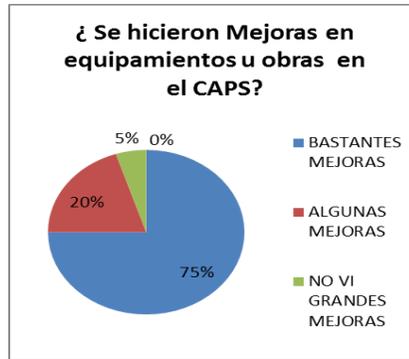
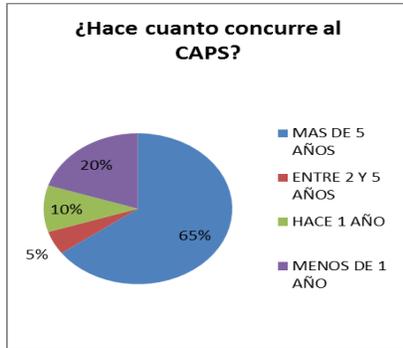
Recuperando nuevamente el concepto de autonomía como factor de empoderamiento de los actores públicos, se observa que el factor clave de la experiencia del Programa Sumar es el protagonismo que supuso en los equipo de salud para fortalecer sus facultades y habilidades, hacer sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de sus consecuencias.

De acuerdo al trabajo de campo, la autonomía de los establecimientos en la utilización de los recursos tuvo un fuerte impacto en el empoderamiento de los equipos de salud, se pudo observar y percibir en los entrevistados que empoder es confiar y también un gran gesto de optimismo, la confianza amplio las posibilidades de decisión de las autoridades provinciales y de los equipos de salud garantizó, la disponibilidad de los recursos e impuso mejoras en el desempeño.

Lo expresado anteriormente se pudo comprobar en los resultados de las encuestas de calidad llevadas adelante por el CAPS durante los años 2014 y 2015, de las que se desprende que se realizaron mejoras en el equipamiento y la infraestructura del CAPS durante el tiempo que asiste al Centro de salud.

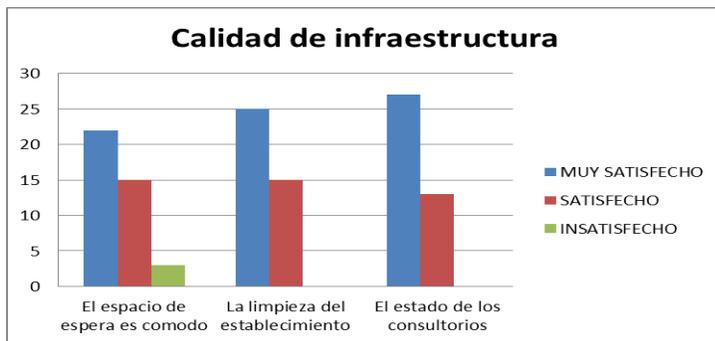


Fuente: Informe de encuestas al público en general (CAPS Islas Malvinas), Año 2014.

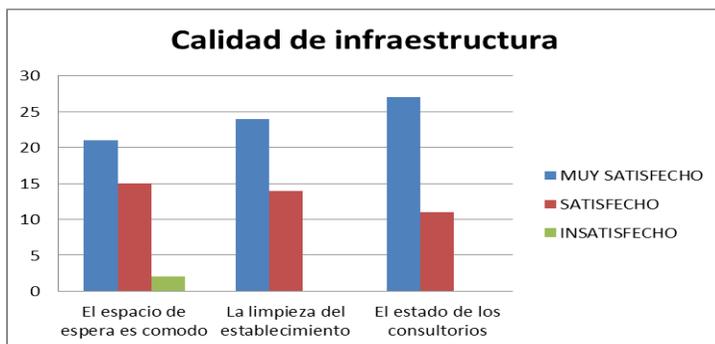


Fuente: Informe de encuestas al público en general (CAPS Islas Malvinas), Año 2015.

Por otra parte, en referencia a la calidad de la infraestructura, la encuesta de embarazadas realizadas durante los períodos 2014 y 2015 arrojan datos positivos en relación a la calidad y comodidad del espacio para la espera, la limpieza del establecimiento y el estado de los consultorios.



Fuente: Informe de encuestas al público en general (CAPS Islas Malvinas), Año 2014.



Fuente: Informe de encuestas al público en general (CAPS Islas Malvinas), Año 2015.

Al analizar las respuestas obtenidas vinculadas a si la posibilidad de tener libertad en la decisión de aplicación de fondos es motor de empoderamiento de los actores públicos, se observan los siguientes patrones comunes de respuesta:

Siete de nueve entrevistados consideraron que la autonomía en la utilización de los recursos es un factor de empoderamiento como motor de liderazgo. A continuación se citan párrafos de las entrevistas.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“¡Claro que sí! No existe mejor gestión que con metas claras y al mismo tiempo autofinanciarse uno mismo, porque uno sabe las necesidades que tiene y entonces dice: ‘Bueno, a ver, necesitamos oxímetros, no tengo detector de latidos... falta esto, necesitamos lo otro’. Eso hace que la calidad de la atención y el mejoramiento para la comunidad nuestra esté mejor.”

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“La coordinadora no toma decisiones en forma arbitraria, sino que todo es consensuado, acordado. Entre todo el equipo se establece cuáles son las prioridades, cuáles son las necesidades, cada área presenta sus necesidades y después entre todo el equipo se llega a un acuerdo, a un consenso sobre las prioridades, lo cual favorece mucho el trabajo en equipo, porque a veces me pasaba en otras instituciones que pedíamos lo que necesitábamos pero las cosas nunca llegaban o nos mandaban cosas que no necesitábamos.”

El entrevistado N° 3 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Tenemos un ejercicio, fuimos aprendiendo, primero era: ¿Vos qué necesitás? Y después ya se pone un afiche en la administración en cierta época del año, donde todos vamos incorporando nuestras necesidades y luego se hace una reunión con todo el personal y ahí se van viendo las prioridades, con la participación de todos, y eso hace que nuestro trabajo sea distinto, porque tenemos participación. Antes esas eran decisiones que se tomaban desde el ministerio, en cambio aquí somos nosotros —los que prestamos el servicio— los que definimos lo que se necesita, de acuerdo a las necesidades que vemos en el consultorio.”

El entrevistado N° 6/7 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Y nos da el poder de decidir lo que se necesita, que aparte del coordinador hay más gente que sabe lo que hace falta. Y la Doctora acá hace participar a todos, podría decidir ella y ya está, pero no, todos somos importantes.”

El entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Cuando el efector o el Centro de Salud deciden sobre la aplicación de los fondos a través de la herramienta del PAF, que se hace anualmente y presentan aquí, yo creo que juegan las variables emocionales de la gente, la gente se siente parte de la organización para la que trabaja. Si yo en 30 días facturo a final de mes sé que soy parte de esa decisión, o sea una de las partes, porque lo define todo el equipo.”

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Todos los meses de marzo de cada año nos juntamos con los efectores y hacemos una planificación. O sea, les mostramos los datos de cómo fue el año pasado, les mostramos la potencialidad que tienen en relación a su población

a cargo y en base a eso hacemos un estudio de posibles ingresos que pueden tener y ellos determinan en qué van a gastar la plata. Entonces, ¿cómo se hace? El coordinador reúne a todo el Centro de Salud, a todas las personas desde el de ordenanza hasta el último médico, se juntan todos y cada área pide lo que necesita, se hace una lista en base a eso, nosotros hacemos un costeo y en base a ese costeo vamos al Centro de Salud y les decimos: ‘Miren, no alcanza con la plata que ustedes tienen para comprar todo’. Y cuando se sientan para discutir cuáles van a ser las prioridades, ahí vos ves el liderazgo y la solidaridad del gasto. Porque dicen, por ejemplo: ‘No me compres el magneto que es más importante el ecógrafo para los latidos fetales...’, por decirte un ejemplo. Entonces comienzan a ceder entre ellos y obviamente el que coordina todo es el coordinador [sic], que es quien ejerce el liderazgo ahí y no hay peleas, a todos se los atiende y establece una justicia para que no salgan perjudicados.”

Siete de nueve entrevistados (78%) consideraron que la autonomía en la utilización de los recursos es un factor de empoderamiento como motor de trabajo en equipo. A continuación se citan párrafos de las entrevistas.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Acá ponemos cada área: enfermería, nutrición, terapia ocupacional, en fin... todas las áreas y dejo ese afiche 15 días colgado en la administración y pongo ahí la fecha de la reunión para definir esto.

Entonces ellos acá escriben todas las necesidades que tienen, por área. Cuando hacemos la reunión empezamos a ver, por ejemplo, ambo[s]: la mayoría pidió acá, para trabajar, y ahí discutimos. ¿Compramos los ambos? Decidimos si compramos ambos. Aquí piden pilas recargables. ¿Para qué? Cada uno defiende lo que pide y entre todos decidimos si compramos eso o no.”

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“La coordinadora no toma decisiones en forma arbitraria, sino que todo es consensuado, acordado. Entre todo el equipo se establece cuáles son las prioridades, cuáles son las necesidades, cada área presenta sus necesidades y después entre todo el equipo se llega a un acuerdo, a un consenso sobre las prioridades, lo cual favorece mucho el trabajo en equipo, porque a veces me pasaba en otras instituciones que pedíamos lo que necesitábamos pero las cosas nunca llegaban o nos mandaban cosas que no necesitábamos.”

El entrevistado N° 3 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Tenemos un ejercicio, fuimos aprendiendo, primero era: ¿Vos qué necesitás? Y después ya se pone un afiche en la administración en cierta época del año, donde todos vamos incorporando nuestras necesidades y luego se hace una reunión con todo el personal y ahí se van viendo las prioridades, con la participación de todos, y eso hace que nuestro trabajo sea distinto, porque tenemos participación. Antes esas eran decisiones que se tomaban desde el ministerio, en cambio aquí somos nosotros —los que prestamos el servicio— los que definimos lo que se necesita, de acuerdo a las necesidades que vemos en el consultorio.”

El entrevistado N° 6/7 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Y nos da el poder de decidir lo que se necesita, que aparte del coordinador hay más gente que sabe lo que hace falta. Y la Doctora acá hace participar a todos, podría decidir ella y ya está, pero no, todos somos importantes.”

El entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Los coordinadores de los CAPS se sienten empoderados, se sienten reconocidos en sus necesidades y sienten que son ellos el motor que puede generar la resolución de esas necesidades. Entonces piensan: ‘Bueno, necesitamos tal equipamiento, facturemos y registremos de manera de llegar a fin de año y poder tener ese equipamiento que tanto nos hace falta.’”

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“El coordinador reúne a todo el Centro de Salud, a todas las personas desde el de ordenanza hasta el último médico, se juntan todos y cada área pide lo que necesita, se hace una lista en base a eso, nosotros hacemos un costeo y en base a ese costeo vamos al Centro de Salud y les decimos: ‘Miren, no alcanza con la plata que ustedes tienen para comprar todo’. Y cuando se sientan para discutir cuáles van a ser las prioridades, ahí vos ves el liderazgo y la solidaridad del gasto. Porque dicen, por ejemplo: ‘No me compres el magneto que es más importante el ecógrafo para los latidos fetales...’, por decirte un ejemplo. Entonces comienzan a ceder entre ellos y obviamente el que coordina todo es el coordinador [sic], que es quien ejerce el liderazgo ahí y no hay peleas, a todos se los atiende y establece una justicia para que no salgan perjudicados.”

Siete de nueve entrevistados consideraron que la autonomía en la utilización de los recursos es un factor de empoderamiento para la toma de decisiones. A continuación se citan párrafos de las entrevistas.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Esta herramienta le permite al equipo de trabajo reflexionar. Luego hacemos una lista de las cosas que finalmente definimos que tenemos que comprar: instrumental médico, artículos de librería, muebles, entre otros, y luego hacemos una lista con las prioridades. Aquí ponemos qué vamos a comprar primero, qué vamos a comprar después. Así lo venimos haciendo todos los años.”

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Aquí se hace todo consensuado, todo es en equipo. La Doctora en ese sentido sociabiliza la participación a cada uno de los integrantes del Centro y eso empodera al equipo, de alguna manera nos empoderamos individual y grupalmente.”

El entrevistado N° 3 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Luego se hace una reunión con todo el personal y ahí se van viendo las prioridades, con la participación de todos, y eso hace que nuestro trabajo sea distinto, porque tenemos participación.”

El entrevistado N° 6/7 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Y nos da el poder de decidir lo que se necesita.”

El entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Los coordinadores de los CAPS se sienten empoderados, se sienten reconocidos en sus necesidades y sienten que son ellos el motor que puede generar la resolución de esas necesidades. Entonces piensan: ‘Bueno, necesitamos tal equipamiento, facturemos y registremos de manera de llegar a fin de año y poder tener ese equipamiento que tanto nos hace falta.’”

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Todo el mundo se apropia, todo el mundo entiende que tiene poder de decisión pero también tiene responsabilidad sobre la decisión.”

### **La autonomía de los establecimientos en la utilización de los recursos como factor de motivación en el desempeño de los actores públicos**

Debido a su normativa interna, la provincia de La Rioja no permite la aplicación de fondos a incentivos monetarios al personal. Asimismo, se destaca la existencia de la capacitación como incentivos no monetarios para promover la motivación y el desempeño entre los trabajadores de la salud.

Al analizar las respuestas obtenidas durante el trabajo de campo, si bien no se preguntó específicamente por la motivación, puede percibirse a través de sus relatos y sus expresiones que —en la mayoría de los casos— se destacan y se valoran como elementos motivadores los incentivos no monetarios provenientes del financiamiento por resultados, como por ejemplo la posibilidad de realizar capacitaciones con recursos del Programa, los uniformes (ambos) que los identifica con la tarea que realizan y que son necesarios para el trabajo, el contar con los insumos y el equipamiento indispensables para desarrollar su tarea y la mejora del lugar físico en donde llevan a cabo su trabajo.

Las siguientes son algunas de las manifestaciones referidas al tema, proporcionadas por los entrevistados.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“La gente se siente apoyada, siente que el Centro Primario a través del [Programa] Sumar satisface las necesidades que tiene en su formación. Sienten que no están acá solo para que venga la gente y no les den nada, no. Sienten un reconocimiento y eso es lo que yo quiero.” [...] “Las capacitaciones, el ambo que usan para trabajar, que los valoriza frente a la comunidad.”

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“A mí me estimula poder participar de las decisiones, tener un consultorio equipado, tener un espacio, contar con la tecnología.”

El entrevistado N° 4 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Porque hice un curso de capacitación en Barcelona, España. El Programa me pagó la inscripción y yo tuve la buena ventura de sacar un crédito para poder viajar y asistir al Congreso Internacional de Enfermería, fui la única representante de APS La Rioja.”

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Esta es una provincia que no puede pagar incentivos monetarios a las personas, porque nuestra Ley de Administración pública lo prohíbe, hay provincias que sí lo pueden hacer. Entonces los profesionales nuestros integrantes de los equipos de salud no reciben incentivos monetarios, sí reciben otro tipo de incentivos: el ambo, tener todo el equipamiento médico que necesitan y de calidad, se les pagan las capacitaciones que ellos solicitan para que puedan mejorar el desempeño que puedan tener como profesionales dentro del Centro y obviamente que trabajan para eso, porque ellos mejoran el Centro de Salud.”

Por otra parte, se analizó el indicador de capacitación durante el periodo 2014 y 2015. En ambos casos se desprende que la meta establecida por el CAPS fue superada, teniendo en cuenta estos resultados y el relato de los actores resulta un elemento motivador del equipo de trabajo.

### **Indicador de Capacitaciones**

Este indicador fue definido por el CAPS como el cociente entre el personal capacitado y el total de personal del CAPS a capacitar. A los fines de este indicador el personal de servicios generales no es contemplado a raíz de que el mismo no requiere por sus funciones capacitaciones en materia de salud o bien, administrativas.

También cabe destacar, que sucede en muchos periodos que una misma persona se capacita en más de una temática, sin embargo solo se considera para su cálculo el número de personas capacitadas y no a si las veces que ella lo hace en el periodo bajo análisis.

Meta establecida para el indicador de capacitaciones: alcanzar un promedio anual de capacitación superior al 20 %

Los resultados de la medición arrojan un promedio anual de capacitación para el 2014 de 30,39%, mientras que para el año 2015 un 43,53%. Ambas superan ampliamente las metas establecidas.

### **El plan de producción y aplicación de fondos, una tecnología de gestión para la planificación**

Al analizar las respuestas obtenidas durante el proceso de entrevistas, si bien no se preguntó específicamente a los entrevistados por esta tecnología de gestión, surgió naturalmente por parte de ellos en las conversaciones. En todos los casos, correspondientes a las nueve personas entrevistadas, se destaca que es una herramienta de vínculo, de comunicación entre los actores

del establecimiento de salud, que permite el diálogo, la solidaridad y el trabajo en equipo para definir la aplicación del gasto.

Las siguientes son algunas de las manifestaciones referidas al tema, proporcionadas por los entrevistados.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“La incorporamos en el año 2010. Esta herramienta nos permite definir (usamos un afiche) que cada área ponga sus necesidades. Desde computadoras, pasando por equipamiento médico hasta cortinas, y entre todos definen el orden de prioridades, en base a urgencias, en base a necesidades, en base a la demanda de los pacientes. Esa herramienta democrática hace que todo el equipo se sienta parte. Se sienten parte, porque yo no decido sola.”

El entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Yo creo que esta forma de trabajar tiene un efecto multiplicador, porque si yo veo que soy parte de la decisión, que me dan un espacio para expresar qué es lo que necesito, con qué prioridad lo necesito y después eso viene a mi área (necesito una compu y llega), eso a mí me motiva y multiplica el esfuerzo para seguir facturando y produciendo, y así creo que tiene un efecto multiplicador.”

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Entonces comienzan a ceder entre ellos y obviamente el que coordina todo es el coordinador [sic], que es quien ejerce el liderazgo ahí y no hay peleas, a todos se los atiende y establece una justicia para que no salgan perjudicados.”

### **La cultura evaluativa en el Programa Sumar**

La experiencia del Programa Sumar introduce en el CAPS “Islas Malvinas”, desde el comienzo, la necesidad de aplicar métodos sistemáticos de medición para mejorar la gestión y conocer los resultados alcanzados, pero además, establecer indicadores que permitieran incrementar la facturación y desarrollar un sistema de mejora continua que fortalezca el aprendizaje institucional.

En este sentido se tomaron dos indicadores que permiten evidenciar esta cuestión: la facturación total y los débitos médicos. Como se expuso en el marco teórico los efectores de la red pública de salud, que se encuentran bajo convenio con el Programa, realizan las prestaciones priorizadas y las facturan al Programa Nacional, por lo que obtienen recursos adicionales. El indicador que permite medir la facturación está definido como el cociente entre la facturación mensual del CAPS y la facturación mensual potencial. Dicha facturación potencial surge del análisis realizado por el Área de Planificación Estratégica del Programa Sumar teniendo en

cuenta variables como la población a cargo, prestaciones del nomenclador que puede brindar de acuerdo a su complejidad, entre otras.

El CAPS estableció como meta para el período 2014/2015, incrementar los niveles de facturación de cara a alcanzar el máximo potencial de ingresos para el CAPS, nunca menor al 30% sobre la facturación potencial promedio anual.

De acuerdo al informe de indicadores del sistema de gestión de calidad para el año 2014 el promedio de facturación asciende a un 48,52% y para el año 2015 el mismo arrojaba un promedio de facturación de 71,30 %, superando ampliamente el objetivo anual planteado y mejorando notablemente de un año al otro.

Los resultados descriptos anteriormente resultan interesante relacionarlos con los resultados de los débitos médicos.

El Programa implementó un sistema de auditorías a los prestadores, con el objeto de asegurar que lo reportado se corresponda con los servicios brindados y en caso de que esto no fuese así, establece dentro de sus procedimientos la instancia de multas y débitos. El indicador que permite medir los débitos médicos está definido como el cociente entre los débitos por prestaciones que realiza la UGSP o bien la ACE (Auditoría Externa Concurrente) y la facturación mensual del CAPS.

El CAPS estableció como meta para el período 2014/2015 disminuir los débitos por auditorías médicas en pos de aumentar los recursos disponibles para el CAPS, nunca superiores al 10% promedio anual.

De acuerdo al informe de indicadores del sistema de gestión de calidad para el año 2014 el promedio de débitos por auditorías asciende a un 0,05 % y para el año 2015 el mismo indicador arrojaba un promedio de débitos de 0,02 %. Dicho valor se encuentra muy por debajo de lo establecido por la meta, pero además muestra que el proceso de evaluación permitió subir la efectividad en la facturación al año siguiente teniendo en cuenta la mejora continua del proceso y evitando débitos por errores.

Lo descripto anteriormente se puede observar en el relato de los propios actores del centro de salud, al analizar las respuestas obtenidas vinculadas a si el Sistema de Medición & Monitoreo del Programa Sumar y la certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001 contribuyeron a la

generación de una cultura evaluativa organizacional, se observan los siguientes patrones comunes de respuestas:

Nueve de nueve entrevistados consideraron que el Programa Sumar promovió una cultura evaluativa como el conocimiento devenido de las experiencias grupales transitadas por los actores públicos. A continuación se citan párrafos de las entrevistas.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Sí, fuimos aprendiendo entre todos. Y digo entre todos porque a pesar que yo hice mi residencia como médica generalista, todo esto que yo aprendí en la conducción, lo aprendí en el camino, a mí no me enseñaron a coordinar en la residencia, yo lo fui aprendiendo en el camino y quizá sea mi signo de Libra, de la balancita, de ir equilibrando las cosas, de tener cintura, de ir sorteando los obstáculos, de ir negociando, porque en esto hay que negociar, acá no puede ser blanco o negro, no llegás a ningún lado así, tiene que haber tintes grises y esos tintes grises han sido los que a mí me han favorecido a poder trabajar en equipo, sin perder la línea del respeto, yo siempre he sido ‘la Doctora’, ‘la coordinadora’, ya el tuteo para mí es saltar un poquito la línea, aquí nadie me tutea... en la calle sí, por ahí con alguno de mis colegas médicos, puede ser que me tuteen, pero acá no. Nos hablamos con respeto, yo creo que eso hace que podamos trabajar en equipo, coordinados y con respeto.”

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“¡Seguro! Yo vengo de un área del ministerio donde el financiamiento era de tipo tradicional y los materiales eran escasos, por lo que la calidad de trabajo —por más esfuerzo que hiciéramos, por más compromiso y responsabilidad profesional—, se dificulta mucho la tarea. Entonces se nota mucho la diferencia, cuando tenés un buen equipamiento, buena infraestructura, todo mejora muchísimo... la atención, el desempeño nuestro.”

El entrevistado N° 3 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Aprendimos a trabajar en equipo, y ese aprendizaje lo vamos pasando, aprendimos a participar todos en las decisiones, a comprometernos, el aporte de cada uno va al resultado final.”

El entrevistado N° 4 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Aprendimos que todo el equipo es parte de las decisiones que se toman y también es responsable de esas decisiones. Porque no podés decir ‘no sé qué pasa en Enfermería’. No... todo el mundo sabe. Yo sé lo que pidió la Doctora y para qué, lo que piden las chicas de psicología, y así. Todos saben cuál es su aporte al resultado final.”

El entrevistado N° 5 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Mirá, uno crece como parte de un equipo, como parte de un grupo de personas. Permanentemente modifica, se actualiza, te simplifica las cosas y trabajamos más distendidos, porque hay cosas que podés simplificar y, además, estás tranquilo que hay una devolución permanente de tu trabajo.”

El entrevistado N° 6/7 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Nos forma más como personas y mejoramos como Centro, si tenemos un resultado malo nos permite proponernos mejorarlo.”

El entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Nosotros acá en la UGSP tenemos gente que ingresó en el año 2007, cuando el Programa comenzó a funcionar en La Rioja, y es gente que se ha ido formando, es gente muy capacitada, es gente que ha viajado a Buenos Aires a capacitarse, que ha recibido capacitaciones de gente de Buenos Aires, que han hecho capacitaciones en articulación con universidades; entonces que el cumplimiento de objetivos y el constantemente capacitar [sic] a la gente promueve la incorporación de nuevas herramientas de gestión, y eso es totalmente motivante y satisfactorio. Porque nosotros cada año esperábamos a ver qué herramienta nueva iba a venir para comenzar a implementar. Entonces cada año era un aprendizaje nuevo; supongamos, en el 2011 vino la herramienta de PAF, en el 2013 vino la Norma ISO 9001, entonces con el aporte de cada área nos nutríamos en equipo de cada herramienta nueva.”

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“El descreimiento fue hasta que pagamos la primer factura y fuimos la primera vez a auditar y que además le hacíamos dos tipos de auditorías, controlábamos administrativamente y sanitariamente... prestacionalmente, que tengan abierta Historia Clínica, que la atención sea con calidad, que los registros estén completos; o sea insistíamos en muchas cosas y hacíamos un diagnóstico de cada Centro, lo importante del monitoreo y auditoría porque nos permitía el diagnóstico para saber qué faltaba... le falta capacitación, hay que enseñarles a llevar Historia Clínica, entonces se nos abría un abanico de acciones que teníamos que hacer con los Centros de Salud importantes y a la vez ellos se sentían atendidos, importantes y al día de hoy nos exigen la devolución de los monitores porque aprendieron a usarlo de insumo para la mejora... ellos te preguntan: ‘¿Cómo estoy?’. Ellos no lo ven como que le ponemos una pata encima [sic]. ¡No, al contrario! Yo inclusive digo que son auditorías pedagógicas porque vamos, auditamos y les explicamos qué han hecho mal y qué han hecho bien. Y a eso le sumamos los resultados de las evaluaciones y los indicadores.”

Nueve de nueve entrevistados consideraron que el Programa Sumar promovió una cultura evaluativa que les permitió actuar, reflexionar, mejorar y aprender.

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Exacto, y fortalecer aquellas cosas que estén faltando y también ver los logros que se van obteniendo... eso estimula mucho, así que para nosotros es muy positivo. En mi caso particular, en la psicopedagogía, la evaluación es un corte necesario y fundamental, justamente si le damos sentido al insumo y al proceso de retroalimentación es fundamental. No solo lo medible [sic], lo cuantificable, sino también la parte cualitativa.”

El entrevistado N° 3 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Sí, claro. Es que vamos viendo los errores. Esas evaluaciones nos sirven para ver qué tenemos que ir cambiando, para mejorar la calidad de atención en el servicio. Aprendimos a trabajar en equipo, y ese aprendizaje lo vamos pasando, aprendimos a participar todos en las decisiones, a comprometernos, el aporte de cada uno va al resultado final.”

El entrevistado N° 4 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Para mí no es un control, yo sé que debo manejarme de esa manera, sé que mis registros deben ser intachables. Genera un autocontrol. Todos trabajamos para mejorar.”

El entrevistado N° 5 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Con los resultados podés armar una estrategia, por ejemplo con esto que surgió como sugerencia de la Norma ISO 9001 de hacer encuestas con la gente. Eso nos ha servido bastante para saber qué piensa la población y qué debemos trabajar, en base a eso se armaron los talleres, en base a eso hemos modificado varias cosas.”

El entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Mirá, yo recuerdo una anécdota del año 2008. Yo era la encargada de hacer los pagos, estaba en el área de Administración en esa época y el área de Auditoría era la que liquidaba los expedientes. Recuerdo un expediente en el día 50 —que era el día que se vencía—, que las chicas vinieron desesperadas... parecía que traían un enfermo grave: ‘Ay, este expediente se vence, hoy es el día 50’. Recuerdo hacer el cheque corriendo y llevarlo al banco como quien lleva un enfermo al hospital, para no tener una multa. Recuerdo ese compromiso no solo mío sino de toda la gente del equipo, de saber que el día 50 es el último día para pagar y si no había una multa, y eso estaba mal.”

### **Los aprendizajes devenidos a partir de la experiencia del financiamiento por resultados**

Dentro de los hallazgos destacados en el trabajo de campo aparece el aprendizaje desarrollado por el equipos de salud a partir de la incorporación del financiamiento por resultados. Se pudo comprobar a partir de la observación durante el trabajo de campo, que el aprendizaje desarrollado viene del propio hacer. Sus protagonistas tienen amplitud de miras, se percibe cuando hablan sobre la seguridad de que saben que se puede, están convencidos de que cada vez encuentran las soluciones: comienzan con una idea y si deben modificarla, se rectifican porque se revitalizan en el hacer sostenido. Conforman una coalición que comparten el interés por la salud pública. Eso los une.

Esto se puede ver al analizar las respuestas obtenidas frente a la pregunta “¿Qué aprendieron?”, en todos los casos se destacaron conceptos tales como:

El aprendizaje vinculado a desarrollar capacidades para trabajar en equipo, para implementar e incorporar nuevas herramientas y tecnologías de gestión, para conocer el propósito de su tarea, para ser solidarios con el trabajo del otro, para poner en valor la necesidad de la continuidad de los equipos técnicos de gestión en la Administración pública, y para convertir el aprendizaje en un modo compartido de hacer las cosas, entre otras.

Las siguientes son algunas de las manifestaciones referidas al tema, proporcionadas por los entrevistados.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Aprendimos a trabajar en equipo. Aprendimos a conocer por qué trabajamos así y para lograr qué. No a ir en forma automática... tengo que llenar esta planilla, esta otra y no entender para qué. Entonces... hacemos esto porque queremos lograr esto [sic]. El principio y el fin, eso aprendimos.”

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Muchísimo. Para mí es totalmente nueva esta forma en el sector público. Es nuevo en todo sentido, yo desconocía esta metodología de trabajo, esta forma de financiamiento, esto en otro lado nunca se vio... no, no. Estoy todavía

incorporando conocimientos, sigo aprendiendo, porque como te digo hace dos años que estoy acá y todo es nuevo. Tuve que aprender a trabajar con el sistema, pero tengo mucho aprendizaje... siento que es un aprendizaje constante, diario te diría, siempre estamos con algo nuevo.”

El entrevistado N° 3 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Aplicar un método que nos permita hablar a todos de la misma forma, a tener un mismo sentido de trabajo, a trabajar todos en común para la gente, para el bienestar de la población.”

El entrevistado N° 4 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Aprendimos a que todo el equipo es parte de las decisiones que se toman y también es responsable de esas decisiones. Porque no podés decir ‘no sé qué pasa en Enfermería’. No... todo el mundo sabe. Yo sé lo que pidió la Doctora y para qué, lo que piden las chicas de psicología, y así. Todos saben cuál es su aporte al resultado final.”

El entrevistado N° 5 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Y... a organizar la manera de trabajar, a simplificar el trabajo, viste que a veces se usa papelito para esto, papelito para lo otro, y quizás con una sola planilla alcanza. Y también a esforzarte por los resultados. Aprendí a mostrar lo que he hecho y a mejorar mi trabajo todo el tiempo, a tener cultura de rendir cuentas sobre mi trabajo para mejorarlo.”

El entrevistado N° 6/7 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Y... mucho, no sería lo mismo trabajar aquí que en otro lado.” [...] “Aprendimos a trabajar en equipo, y eso es mucho.”

El entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Mirá, yo aprendí una manera de trabajar. Yo entré a la UGSP veinte días antes de recibirme y aprendí a trabajar por objetivos, yo aprendí que mi tarea tenía un plazo de inicio y un plazo de finalización, que mi tarea impactaba en cierta manera en el conjunto, en todo el equipo. Yo hoy en todos los ámbitos de trabajo, trabajo por objetivos. Aprendí eso, establecer metas, pautas, el saber que hay un marco legal donde se establecen los plazos, los tiempos, los derechos y obligaciones, entonces eso desde mi punto de vista me enseñó a trabajar siempre por un resultado y saber cuáles son los beneficios o consecuencias de llegar o no a los objetivos. Creo que los efectores han aprendido lo mismo.”

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Es otra mirada que debe tener el sistema de salud y que le exige a los efectores una aptitud mucho más proactiva hacia su población que la que tenían antes. Y financiar por resultados... ya te digo, el dinero que ellos reciben significa un empoderamiento enorme y, además, el circuito de pagos que nosotros trabajamos cuando comenzamos a implementar el Plan Nacer primero y el Sumar después, hizo con reuniones con el Tribunal de Cuentas provincial para evitar toda la burocracia que tenía que pasar un expediente adentro del ministerio. Nosotros hicimos una administración mucho más acotada y que la aprobó el Tribunal de Cuentas. Entonces, en el ministerio un expediente demora suponte... un año en salir la compra... mientras acá demora con el Sumar... a lo sumo un mes y medio.

Desburocratizamos sin perder el control, yo acá tengo en la organización una delegación del Tribunal de Cuentas provincial que nos controla continuamente, que nos audita todas las transferencias que hacemos a los efectores, porque una vez que llega la plata a las cuentas escriturales de los efectores, ya pasa a ser de las provincias. Entonces ahí audita el Tribunal de Cuentas cuánta plata llegó y qué hicieron los efectores con ella.

Eso fue cuando negociábamos con el Tribunal de Cuentas para poder agilizar el circuito de compras, fue una condición que nos puso el Tribunal y yo dije: ‘Encantada de la vida’. ¿Qué más quiero yo que manejo fondos públicos que sea todo transparente y tenerlos de veedores acá adentro?”

### **Financiamiento de la salud asociado a metas sanitarias**

A través del Plan Nacer/Programa Sumar se pudo trabajar la identificación de los pacientes y el establecimiento de metas sanitarias priorizadas a través de las denominadas trazadoras. El número de beneficiarios actuales era de 12.787.232 y de 18.279.984 de beneficiarios históricos a diciembre de 2015. Además, de 7.515 de establecimientos conveniados en todo el país, un total de prestaciones financiadas desde el 2005 a octubre 2015 que ascendió a 99.044.619, un total de monto por co financiamiento por las provincias de \$ 497.313.619 y un total de fondos transferidos de 2005 a diciembre 2015 de \$ 3.440.821.833. En 2015 se alcanzó la tasa de mortalidad materno infantil de 0,97%, siendo esta la más baja de la historia Argentina y el Programa Sumar fue un gran contribuyente para su logro. En 2016 se llegó a 10 mil operaciones de cardiopatías congénitas, a través de la red que comenzó a operar en el 2010.

Fueron consultados tres actores claves del Programa en relación a si resulta posible el financiamiento de la salud asociado a metas sanitarias. Asimismo, en los tres casos coincidieron en que sí, y que además esto conlleva grandes beneficios al sistema y a la calidad en la prestación del servicio. Las siguientes son manifestaciones de los entrevistados en torno a este tema.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“¡Claro que sí! No existe mejor gestión que con metas claras y al mismo tiempo autofinanciarse uno mismo, porque uno sabe las necesidades que tiene y entonces dice: ‘Bueno, a ver, necesitamos oxímetros, no tengo detector de latidos... falta esto, necesitamos lo otro’. Eso hace que la calidad de la atención y el mejoramiento para la comunidad nuestra esté mejor.

Por ejemplo, el otro día me reuní con gente de Salta, yo le contaba de nuestra experiencia con el Programa, que disponíamos de nuestro dinero y ellos me contaban que pidieron al ministerio que les compraran estufas... ¡estufas! Estamos hablando de tener estufas en un consultorio... ¡Eso es algo que no va, porque atendemos niños...! Podemos tener un accidente. Pero bueno, el caso es que como no tenían estufas les enviaron... ¡sillas!

Ellos le dijeron: ‘Les pedimos estufas’. Y les contestaron: ‘Bueno, no hay Doctora, pero le mandamos sillas...’. Esas son las cosas que pasan cuando la decisión de la aplicación de los fondos está centralizada en los ministerios.”

El entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Yo creo que sí se puede hacer, acompañado de otro tipo de financiamiento. Pero el financiamiento por objetivos genera otro vínculo con el dinero, con la manera de obtener el dinero y con el trabajo, y esto es muy importante para el equipo. Y eso siempre acompañado de una enseñanza de gestión, de proceso, de liderazgo, porque es un esquema

que te exige estar todo el tiempo motivando, de modo tal de evitar que la gente se desmotive. Hay que ir sacando los problemas que surgen en todo proceso, creo que es una gran herramienta combinada con el financiamiento tradicional.”

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Yo creo que sí, que se puede hacer, porque nosotros aquí trabajamos un eje estratégico que es el de sectores priorizados, donde a 52 efectores priorizados les hacíamos un monitoreo más cercano, les poníamos objetivos, metas que tenían que cumplir, trabajamos con población a cargo, conocíamos la población que tenía ese Centro de Salud, le podíamos decir, por ejemplo: ‘Controlaste este mes 7 embarazadas y tenés 20 sin controlar, salí y buscalas’. Y luego, a fin de año, era como que se armaba una competencia sana entre todos esos priorizados, porque cada cuatro meses le mandábamos los resultados con el ranking con quién está trabajando bien y quién no lo está haciendo tan bien. Obviamente que se pagaban las prestaciones que realizaban y eso significaba que recaudaban más dinero, a fin de año le dábamos un premio al efector que había trabajado más, ese premio salía de aquí del Programa Sumar, de los gastos que tiene el fondo rotatorio que nos da el ministerio. Ese premio era a elección de ellos, o le dábamos la señalética del Centro de Salud, el cartel de entrada, o la pintura para que pinten el establecimiento, uniformes, o hacíamos bordar los nombres al uniforme; en definitiva, ellos elegían qué querían y obviamente se esforzaban muchísimo para alcanzar los objetivos.”

Finalmente, aparecen como temas pendientes en torno a este caso de estudio que se hallan mencionados en las entrevistas, las dificultades que presentan la disparidad salarial y las diferencias en la contratación del personal y la falta de reconocimiento de los beneficios del financiamiento por resultados por parte de los actores ministeriales.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Observar los resultados de salud de su comunidad. Yo entiendo que es difícil, tengo dos personas que cobran \$ 1.600 cada una, pero el trabajo es ese, trabajar con la comunidad. Pero sumamos la vocación, con los resultados de ver que tu trabajo hace a la mejora de la comunidad y además la flexibilidad... Si no podés hacer las cinco casas del día porque tenés hijos, visitame a la gente que está en riesgo.”

“Lo único que me dificulta trabajar con ellos no es en lo que tienen que hacer, es la disparidad económica que tiene cada uno, uno es de planta permanente, el otro de planta transitoria, el otro es de un plan social, el otro tiene una beca, el otro tiene una tutoría...”

En otra parte de la entrevista realizada, el entrevistado N° 1 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Falta reconocimiento del ministerio, ¿pero sabés cuál es mi única meta? Mi única meta es no irme del Centro de Salud como coordinadora sin haber dejado una huella, no quiero que pasen diez años y no se acuerde nadie de mí... trascender... pero trascender con ellas, con el equipo... no importa si desde el ministerio no pasa nada... a veces me han llamado del ministerio para ir a trabajar allá pero yo sigo siendo de acá, yo soy de la trinchera, yo sigo siendo indio, los caciques están allá. Lo primero que tiene que existir para ser indio es pasión... pasión por lo que uno hace... si no existe pasión... vos estás controlando el reloj y no ves la hora de irte. Hay gente que me pregunta: ‘¿Te pagan más por hacer eso?’, y yo les digo: ‘No, pero mejora mi gestión’. Y me dicen: ‘Yo, ni loco’. Entonces yo pienso: ‘No me puedo comparar con ellos, tienen la mente muy chiquita... yo elijo seguir volando alto... Trabajá en silencio, que el ruido lo harán tus actitudes’, le digo al equipo.”

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Creo que el Programa Sumar es una gran experiencia para transitar ese camino, pero obviamente tendríamos que trabajar un poco más y el Programa debería ser una política pública reconocida, una política de Estado bajada del poder político con fuerza, de que a partir de ahora vamos a trabajar en esto y no hay vuelta atrás, que se tome una decisión y que se haga, tiene que ser parte de un consenso político a largo plazo. El Sumar tiene las herramientas, la experiencia de haber trabajado en el sector público y puede colaborar muchísimo en la implementación de la cobertura universal, pero en esta provincia nos dejaron afuera. Así que no sé cómo implementarán la cobertura universal sin tomar nuestra experiencia.”

## **Capítulo II: Calidad bajo la Norma ISO 9001 en el Programa Sumar**

En el presente capítulo, se expone a partir del análisis de datos el proceso de calidad bajo la Norma ISO 9001 a lo largo de toda la estructura Nación-provincias-efector en el Programa Sumar.

### **Proceso de implementación y certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 en la UEC del Programa Sumar**

En el año 2012 el Programa Sumar dio comienzo a la implementación de un sistema de gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001:2008. En aquel momento se pretendía mejorar, a partir del fortalecimiento de sus procesos principales, el desempeño vinculado a la gestión de los fondos, tanto en el ámbito nacional como provincial.

La decisión de optar por la Norma ISO 9001:2008 está fundamentada en su característica voluntaria que, a diferencia del Premio Nacional a la Calidad, permite una implementación escalonada y paulatina, continuando en este sentido con la experiencia de evolución gradualista que caracteriza al Programa<sup>50</sup>.

Durante el período 2012-2016 llevaron adelante un ambicioso plan de calidad — comenzando por la UEC<sup>51</sup>— en ocho procesos, incluyendo su proceso principal (“Transferencias de fondos captados a las provincias<sup>52</sup>”).

---

<sup>50</sup> Sabignoso, Silva, Zerbino, Vallejos, Bazan, Zanazzi (2015). El Plan Nacer/Programa Sumar se introdujo gradualmente en todo el país en el marco de un contexto de acentuadas desigualdades geográficas y sociales en la situación sanitaria de un numeroso conjunto poblacional. Además, esta implementación gradual tuvo en cuenta el país en su organización federal, respetando la autonomía de las provincias en la articulación de su sistema de salud, reservándose el rol de coordinación y rectoría.

<sup>51</sup> UEC: Unidad Ejecutora Central del Programa Sumar.

<sup>52</sup> Manual operativo del Programa Sumar. Se define a las “transferencias capitadas” como el producto de un monto per cápita base por el número de beneficiarios que revistan la condición de “beneficiarios con cobertura efectiva básica” (nivel de cobertura sanitaria que cada beneficiario del Programa Sumar alcanza en el período de un continuo de 12 meses). El monto per cápita base es uniforme para todas las provincias participantes y su valor será equivalente a la suma de los valores que se establezcan para el

En el mismo sentido, once UGSP<sup>53</sup> voluntariamente consolidaron la certificación de las “Liquidaciones de pagos a efectores<sup>54</sup>” y, finalmente, un efector<sup>55</sup> certificó la “Facturación de prestaciones<sup>56</sup>”.

La estrategia de implementación estuvo pensada para comenzar desde Nación, luego replicarla en las provincias y finalmente en los efectores, garantizando así la calidad a través de la certificación de la norma a lo largo de toda la cadena de gestión del ecosistema (Nación-provincias-efector).

El plan de implantación contemplaba en una primera instancia tres objetivos principales:

El primero consiste en la conformación de un equipo implementador formado por los responsables y personal referente del área; el segundo, designar un representante de la dirección o responsable de calidad que se encargará de la coordinación del equipo implementador y, finalmente, hacer un análisis de brecha. En esencia, este análisis de brecha era una evaluación que consistía en comparar los requisitos y principios de referencia de la norma con la aplicación real en el Programa. La intención era detectar claramente esas diferencias para llevar adelante un plan de acción que permita la implementación.

Detectada la brecha y el punto de inicio de las acciones, en una segunda instancia se estableció un plan de implementación compuesto por las siguientes acciones: capacitación y formación en calidad bajo la Norma ISO 9001 de todos los actores de la organización, implantación de los requisitos obligatorios de la norma y de aquellos que no eran obligatorios pero resultaban de importancia para la organización, auditorías internas que permitieran ver el grado de avance durante la implementación, y revisiones por la dirección que permitiesen analizar el grado de avance y hacer ajustes de los desvíos.

Finalizado el plan de implantación, el Instituto Argentino de Normalización y Certificación (IRAM) fue el organismo certificador elegido por el Programa para llevar adelante el proceso de certificación, valga la redundancia.

Dicho proceso de certificación contempló dos instancias, una primera auditoría externa de certificación donde se evaluaba el cumplimiento de los requisitos obligatorios de la Norma.

---

financiamiento de los distintos conjuntos de prestaciones priorizadas destinados a los grupos poblacionales que integren la población elegible.

<sup>53</sup> UGSP: Unidad de Gestión del Sistema Provincial de Salud.

<sup>54</sup> Liquidación de pago a efectores: procedimiento administrativo que realiza la provincia (UGSP) para determinar el pago a liquidar a los efectores.

<sup>55</sup> La denominación “efector” se refiere a un establecimiento de salud.

<sup>56</sup> Facturación de prestaciones: procedimiento administrativo que realiza el efector para facturar las prestaciones al Programa nacional.

Finalizada esta, el Programa disponía de un tiempo determinado para resolver las observaciones y enviarlas al organismo certificador para su aprobación.

Aprobada la primera instancia de certificación, se realizó una segunda auditoría externa donde se entrevistó a la gente del Programa, a fin de evaluar su conocimiento del sistema implementado, su conocimiento del Programa, de las tareas que realizaba y de su contribución en el cumplimiento de los objetivos y metas de la organización. Concluida esta tarea, el auditor elevaba el informe al Comité de calidad de IRAM para proceder a su certificación.

Desde su inicio, el compromiso y liderazgo de la dirección con el proyecto, el funcionamiento del equipo de implementación compuesto por integrantes de la organización, y las evaluaciones permanentes y corrección de los desvíos hicieron posibles los resultados.

En los cuadros siguientes se muestran las certificaciones obtenidas por el Programa, producto de este plan de implementación aplicado durante el período 2014-2016.

**Cuadro 1: Procesos certificados bajo la Norma ISO 9001:2008 en la UEC - Programa Sumar**

Unidad	Año	Ubicación geográfica	Certificado y Norma	Alcance
Unidad Ejecutora Central	2012	CABA	Certificación ISO 9001:2008	Transferencia por resultados sanitarios del Programa Sumar, que implica la liquidación y el pago capitado ajustado por desempeño de la Nación a las provincias.
Unidad Ejecutora Central	2013	CABA	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Transferencia por resultados sanitarios del Programa Sumar, que implica la liquidación y el pago capitado ajustado por desempeño de la Nación a las provincias.
Unidad Ejecutora Central	2014	CABA	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Transferencia por resultados sanitarios del Programa Sumar, que implica la liquidación y el pago capitado ajustado por desempeño de la Nación a las provincias.
Unidad Ejecutora Central	2014	CABA	Ampliación Alcance Certificado ISO 9001:2008	Gestión de los RR.HH. del Programa Sumar.
Unidad Ejecutora Central	2014	CABA	Ampliación Alcance Certificado ISO 9001:2008	Gestión de comunicación interna y externa del Programa Sumar.
Unidad Ejecutora Central	2015	CABA	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Transferencia por resultados sanitarios del Programa Sumar, que implica la liquidación y el pago capitado ajustado por desempeño de la Nación a las provincias.

<b>Unidad Ejecutora Central</b>	2015	CABA	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Gestión de los RR.HH. del Programa Sumar.
<b>Unidad Ejecutora Central</b>	2015	CABA	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Gestión de comunicación interna y externa del Programa Sumar.
<b>Unidad Ejecutora Central</b>	2015	CABA	Ampliación Alcance Certificado ISO 9001:2008	Gestión legal del Programa Sumar.
<b>Unidad Ejecutora Central</b>	2015	CABA	Ampliación Alcance Certificado ISO 9001:2008	Transferencia de bienes y servicios del Programa Sumar.
<b>Unidad Ejecutora Central</b>	2015	CABA	Ampliación Alcance Certificado ISO 9001:2008	Control de gestión de las desviaciones en el proceso de cardiopatías congénitas.
<b>Unidad Ejecutora Central</b>	2015	CABA	Ampliación Alcance Certificado ISO 9001:2008	Gestión de las acciones de capacitación.
<b>Unidad Ejecutora Central</b>	2016	CABA	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008, con modificación de alcance	Realización de transferencias capitadas a las provincias por resultados sanitarios y todos los procesos de conducción y apoyo correspondientes, orientados al fortalecimiento de los sistemas provinciales de salud pública.

Fuente: Elaboración propia a partir de fuente secundaria de datos proporcionada por el Programa (informes de auditoría externa de calidad, emitidos por el organismo certificador IRAM).

### Proceso de implementación y certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 en once UGSP del Programa Sumar

#### 1. Cuadro 2: Procesos certificados bajo la Norma ISO 9001:2008 en UGSP - Programa Sumar

Unidad	Año	Ubicación geográfica	Certificado y Norma	Alcance
Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Entre Ríos	2013	Entre Ríos	Certificación ISO 9001:2008	Recepción de documentación para el pago, hasta la notificación a los efectores conveniados.

<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de La Rioja</b>	2013	La Rioja	Certificación ISO 9001:2008	Servicio de pago a efectores <i>on line</i> Sumar La Rioja.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Tucumán</b>	2013	Tucumán	Certificación ISO 9001:2008	Gestión de la facturación y pago a efectores. Seguimiento y medición de trazadoras.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Buenos Aires</b>	2014	Buenos Aires	Certificación ISO 9001:2008	Servicio de pago de prestaciones a efectores desde la recepción del expediente hasta la notificación.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Chaco</b>	2014	Chaco	Certificación ISO 9001:2008	Desde la recepción de la planilla de prestaciones o la novedad de la carga hasta la notificación de pago al efector de las prestaciones del Plan de Servicio de Salud del Programa Sumar Chaco.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Jujuy</b>	2014	Jujuy	Certificación ISO 9001:2008	Proceso de pago y notificación de prestaciones ambulatorias y prestaciones de alta complejidad no catastróficas a los efectores del Programa Sumar en la provincia de Jujuy.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Misiones</b>	2014	Misiones	Certificación ISO 9001:2008	Desde la recepción de la factura hasta la notificación del pago para efectores del Programa Sumar.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de San Luis</b>	2014	San Luis	Certificación ISO 9001:2008	Servicio de recepción de cuasifactura, procesamiento, aprobación y notificación de pago a efectores.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Entre Ríos</b>	2014	Entre Ríos	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Recepción de documentación para el pago, hasta la notificación a los efectores conveniados.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de La Rioja</b>	2014	La Rioja	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Servicio de pago a efectores <i>on line</i> Sumar La Rioja.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Tucumán</b>	2014	Tucumán	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Gestión de la facturación y pago a efectores. Seguimiento y medición de trazadoras.

<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Chubut</b>	2015	Chubut	Certificación ISO 9001:2008	Pago de servicios de salud desde la recepción de la cuasifactura de efectores que utilizan el Sistema de Gestión Prestacional (SI.GE.P.) hasta la notificación de la transferencia.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Santiago del Estero</b>	2015	Santiago del Estero	Certificación ISO 9001:2008	Recepción de la documentación para la liquidación de prestaciones hasta la notificación del pago a efectores.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Buenos Aires</b>	2015	Buenos Aires	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Servicio de pago de prestaciones a efectores desde la recepción del expediente hasta la notificación.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Chaco</b>	2015	Chaco	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Desde la recepción de la planilla de prestaciones o la novedad de la carga hasta la notificación de pago al efector de las prestaciones del Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar Chaco.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Jujuy</b>	2015	Jujuy	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Proceso de pago y notificación de prestaciones ambulatorias y prestaciones de alta complejidad no catastróficas a los efectores del Programa Sumar en la provincia de Jujuy.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Misiones</b>	2015	Misiones	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Desde la recepción de la factura hasta la notificación del pago para efectores del Programa Sumar.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de San Luis</b>	2015	San Luis	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Servicio de recepción de cuasifactura, procesamiento, aprobación y notificación de pago a efectores.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Entre Ríos</b>	2015	Entre Ríos	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Recepción de documentación para el pago, hasta la notificación a los efectores conveniados.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de La Rioja</b>	2015	La Rioja	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Servicio de pago a efectores <i>on line</i> Sumar La Rioja.
<b>Unidad de Gestión del Seguro Provincial de Salud (UGSP) - Prov. de Tucumán</b>	2015	Tucumán	Mantenimiento Certificado ISO 9001:2008	Gestión de la facturación y pago a efectores. Seguimiento y medición de trazadoras.

Fuente: Elaboración propia a partir de fuente secundaria de datos proporcionada por el Programa (informes de auditoría externa de calidad, emitidos por el organismo certificador IRAM).

La provincia de La Rioja es el lugar donde puede verse claramente este esquema escalonado de implementación. Luego de la certificación de la norma en la UEC se implementó y se certificó la UGSP de la provincia de La Rioja, y en una etapa siguiente se certificó el Centro de Atención Primaria de Salud “Islas Malvinas”, también de la provincia de La Rioja, garantizando bajo la certificación de calidad todo la arquitectura institucional Nación-provincia-efector.

**Proceso de implementación y certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 en el CAPS “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja**

**Cuadro 3: Proceso certificado bajo la Norma ISO 9001:2008 en el CAPS “Islas Malvinas” - Provincia de La Rioja**

Unidad	Año	Ubicación geográfica	Certificado y Norma	Alcance
Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) Islas Malvinas - Pcia. de La Rioja	2015	La Rioja	Certificación ISO 9001:2008	Admisión del beneficiario, hasta el cierre y presentación de la facturación en el Programa Sumar.

Fuente: Elaboración propia a partir de fuente secundaria de datos proporcionada por el Programa (informes de auditoría externa de calidad, emitidos por el organismo certificador IRAM).

### **Capítulo III: El Centro de Atención Primaria de Salud “Islas Malvinas” de la ciudad de La Rioja como unidad de análisis del caso de estudio**

En el presente capítulo, a partir del análisis de datos, se describe al Centro de Atención Primaria de Salud “Islas Malvinas” de la ciudad de La Rioja, que constituye la presente unidad de análisis.

#### **Historia del CAPS**

El CAPS “Islas Malvinas” funciona desde el año 1993 en el Barrio Islas Malvinas de La Rioja capital. El siguiente es el relato de su directora, en el que cuenta sus comienzos y en las condiciones que prestaban servicios a la comunidad:

Al principio el CAPS funcionaba en la escuela del barrio, esta institución nos cedía un espacio de su edificio, el cual se encontraba en muy malas condiciones, sin privacidad y con muy poco espacio físico, solo se disponía de un consultorio, una cocina que solíamos usarla de enfermería, un baño y una pequeña sala de espera. Los agentes sanitarios realizaban su trabajo fuera del lugar, utilizando piedras a modo de asientos y cuando llovía se ubicaban en el baño o en el pequeño pasillo, de esa manera funcionamos varios años.

Luego fue trasladado a una construcción pequeña ubicada entre la escuela primaria y el club, justo enfrente de la capilla del barrio (lugar donde se encuentra actualmente el CAPS), rodeado de viviendas precarias y habitadas por personas en su mayoría con necesidades básicas insatisfechas, pisos de tierra, aguas servidas, techos de chapa, cubiertas por plásticos, e inclusive se compartía tanque de agua con una casa contigua. Las calles que rodeaban el CAPS eran de tierra, por lo que la limpieza realizada previamente a la atención solo duraba unos minutos.

Con el paso del tiempo, en el año 2006, logramos que se comenzara la construcción de un nuevo edificio y se mejoraran las viviendas precarias. Durante la construcción del edificio, el centro vecinal del barrio prestó su predio para el funcionamiento del CAPS por varios meses. Luego se trasladó al edificio donde hoy funciona el Área de Zoonosis, sobre la calle Chacha Peñaloza (entre el club y la escuela), pero el lugar no era el más adecuado por la falta de espacio físico, por lo que debió recurrirse a separar en turnos para llevar adelante las respectivas actividades de cada una de las áreas.

Finalmente, terminada la obra, es inaugurado el edificio en el que hasta la actualidad funciona nuestro CAPS.

Con la llegada del Plan Nacer/Programa Sumar, y a través de los fondos propios que generábamos con la facturación, se incorporaron mejoras edilicias y de equipamiento (computadoras, estetoscopios, otoscopios, tensiómetros, etc.), permitiendo de esta manera incrementar aún más la calidad en la atención.

## **Misión**

El CAPS tiene como misión implementar y mejorar la estrategia de atención primaria promoviendo el trabajo en equipo, interdisciplinario, integrando redes intersectoriales que estimulen la participación comunitaria, prestando servicios con el propósito de contribuir a resolver los problemas y necesidades de la salud de su población a cargo, brindando accesibilidad y cobertura universal.

## **Servicios y población a cargo**

En la actualidad presta servicios de medicina general, tóco ginecología, odontología, kinesiología, nutrición, psicología, terapia ocupacional, enfermería y trabajo en el terreno con los agentes sanitarios.

Su población a cargo ronda aproximadamente los 12.000 habitantes, los cuales están divididos en siete barrios de los cuales cuatro se hallan cubiertos con agentes sanitarios. Asimismo, para los tres restantes cuentan con una estrategia de urgencia definida.

El entrevistado 1 (entrevista personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Aproximadamente 12.000 habitantes, siete barrios a cargo, de los cuales solo cuatro tengo cubiertos, el resto está descubierto, es decir no tengo agentes sanitarios. Pero es una población a cargo, si yo tengo una embarazada ahí o una familia en riesgo hay un agente sanitario que se va a acercar, o sea no es que no sepamos nada de ellos. Si tenemos algo que nos llama la atención, se designa un agente sanitario para esa familia.”

En relación a las características de la población, si bien hay diferencia en las edades, en general se trata de personas con necesidades básicas insatisfechas.

El entrevistado 1 (entrevista personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“La población es diferente en cada barrio, en general es gente con muchas necesidades.”

## **Financiamiento**

El Centro de Salud cuenta con dos tipos de financiamiento. El primero es el financiamiento presupuestario (tradicional), que es aquel aprobado presupuestariamente por la provincia, con el cual debería garantizarse el funcionamiento. El segundo es financiamiento por resultados, proveniente del Programa Sumar, producto de la facturación de prestaciones priorizadas por el Programa. Con este financiamiento se cubren todas las necesidades de insumos y equipamiento médico necesarios para prestar un servicio de calidad.

La aplicación de los fondos obtenidos por resultados a través del Programa Sumar son planificados por el equipo de salud del CAPS a través de la herramienta PPAF (Plan de Producción y Aplicación de Fondos). De los nueve entrevistados, ocho coinciden en que esta herramienta les permite definir necesidades, prioridades y un uso racional de los recursos a través de una metodología de planificación y aplicación del gasto participativa y democrática. Las siguientes son manifestaciones surgidas del trabajo de campo.

El entrevistado 1 (entrevista personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“La herramienta PAF<sup>57</sup> es una herramienta que nos enseñó a usar el Programa Sumar, es una herramienta democrática del equipo para planificar el uso de fondos.

La incorporamos en el año 2010. Esta herramienta nos permite definir (usamos un afiche) que cada área ponga sus necesidades. Desde computadoras, pasando por equipamiento médico hasta cortinas, y entre todos definen el orden de prioridades, en base a urgencias, en base a necesidades, en base a la demanda de los pacientes. Esa herramienta democrática hace que todo el equipo se sienta parte. Se sienten parte, porque yo no decido sola.”

El entrevistado 2 (entrevista personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“La coordinadora no toma decisiones en forma arbitraria, sino que todo es consensuado, acordado. Entre todo el equipo se establece cuáles son las prioridades, cuáles son las necesidades, cada área presenta sus necesidades y después entre todo el equipo se llega a un acuerdo, a un consenso sobre las prioridades.”

El entrevistado 3 (entrevista personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Participan todas las áreas con sus necesidades y en una puesta en común nos ponemos de acuerdo en las prioridades para mantener un buen nivel de calidad en el servicio.”

El entrevistado 4 (entrevista personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Ese tipo de comunicación, esa manera de aportar ideas entre todos nos permite dar prioridad a lo más importante, a lo más urgente. A mí me da la impresión que al conocer cada uno lo que se necesita en cada área, es más acertado y la decisión es más rápida.”

El entrevistado 5 (entrevista personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

---

<sup>57</sup> PAF: Plan de Aplicación de Fondos.

“Y... para nosotros es muy bueno. Ese día que hacemos la planificación, todos opinamos. Y bueno, se ven las prioridades, se explica por qué es prioritario esto o aquello y todos los años, si la persona considera que yo necesito ese elemento en mi área, lo vuelve a poner y así. La coordinadora siempre dice: ‘En algún momento se te comprará’, y vemos cómo de a poco vamos solucionando y teniendo todo lo que se necesita.”

El entrevistado 6 (entrevista personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Y nos da el poder de decidir lo que se necesita, que aparte del coordinador hay más gente que sabe lo que hace falta. Y la Doctora acá hace participar a todos, podría decidir ella y ya está, pero no, todos somos importantes.”

El entrevistado 8 (entrevista personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Cuando el efector o el Centro de Salud deciden sobre la aplicación de los fondos a través de la herramienta del PAF, que se hace anualmente y presentan aquí, yo creo que juegan las variables emocionales de la gente, la gente se siente parte de la organización para la que trabaja. Si yo en 30 días facturo a final de mes sé que soy parte de esa decisión, o sea una de las partes, porque lo define todo el equipo.

Pero es bueno el sentido de pertenencia que tiene el trabajo, porque ellos tienen la libertad de exponer cuáles son las necesidades que tienen en su espacio de trabajo y son escuchados, sienten que se les otorga una determinada prioridad. Yo creo que eso es fundamental, tanto en el trabajo en equipo como para la gestión.”

Finalmente, el entrevistado 9 (entrevista personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“¿Cómo se hace? El coordinador reúne a todo el Centro de Salud, a todas las personas desde el de ordenanza hasta el último médico, se juntan todos y cada área pide lo que necesita, se hace una lista en base a eso, nosotros hacemos un costeo y en base a ese costeo vamos al Centro de Salud y les decimos: ‘Miren, no alcanza con la plata que ustedes tienen para comprar todo’. Y cuando se sientan para discutir cuáles van a ser las prioridades, ahí vos ves el liderazgo y la solidaridad del gasto. Porque dicen, por ejemplo: ‘No me compres el magneto que es más importante el ecógrafo para los latidos fetales...’, por decirte un ejemplo. Entonces comienzan a ceder entre ellos y obviamente el que coordina todo es el coordinador [sic], que es quien ejerce el liderazgo ahí y no hay peleas, a todos se los atiende y establece una justicia para que no salgan perjudicados.”

## **Capítulo IV: Supuestos que deja la experiencia de la Norma ISO 9001**

En el presente capítulo se expresa la evidencia empírica que permite analizar y comprender los supuestos que deja la implementación de la Norma ISO 9001 en el Centro de Salud, a partir de la interpretación del relato de la experiencia transitada por los actores públicos.

### **Supuestos básicos que deja la implementación y certificación de la Norma ISO 9001**

La implementación y certificación de la Norma ISO 9001 en el Centro de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja fue parte de un proceso escalonado de implementación que comenzó en la UEC, continuó en las provincias —la UGSP de La Rioja fue la primer provincia en certificar un proceso— y el CAPS (siendo este el único en el país que, con financiamiento del Programa Sumar, certificaba su proceso de facturación de los fondos obtenidos por resultados).

Durante el trabajo de campo se indagó a los entrevistados sobre los supuestos básicos que dejó esta experiencia en el imaginario de los actores públicos. Al analizar las respuestas obtenidas vinculadas a lo que les aportó o les dejó el proceso de implementación y certificación de la Norma ISO, se observan los siguientes patrones comunes de respuesta:

Nueve de nueve entrevistados consideraron que esta experiencia les aportó como resultado legitimidad y calidad en el imaginario social. A continuación se citan párrafos de las entrevistas.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“De alguna manera esto nos legitimaba, no es lo mismo que venga alguien de afuera y que lo diga.”

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Trabajamos mejor y nos habilita ante la sociedad que lo hacemos mejor... ambas cosas.”

El entrevistado N° 3 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Nos legitimó también, al ser el único Centro que tiene la certificación, llama la atención.”

El entrevistado N° 4 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Nos legitima para afuera.”

El entrevistado N° 5 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Además hay muchas personas que han opinado y se quedan admiradas porque certificamos... como diciendo: ‘¿Cómo puede ser que un Centro de Salud pública haya hecho eso?’. Y entonces uno se siente... no sé... piensa ‘qué

bueno que nos vean así'. Aun cuando no saben bien qué es, entonces preguntan y nosotros les decimos, y bueno, nos felicitan... y es lindo eso."

El entrevistado N° 6/7 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

"Credibilidad para afuera [...] pero nos ven distinto con esto. Porque no solo los pacientes, sino que vienen médicos de otros lados, 'porque tienen todo ustedes, y están certificados'. Nos ven distintos."

El entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

"Mirá, lo más fuerte que yo visualicé es el reconocimiento y cómo toda la gente se sentía reconocida. Es decir, si bien siempre nos reconocían, no es que no, pero que venga el IRAM y te digan que vos estás haciendo un gran trabajo y que vos cumplís con determinadas pautas de calidad fue muy motivante para toda la gente... muy muy motivante."

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

"Para nosotros fue muy importante que una entidad con el renombre de IRAM venga a auditar con normas que son internacionales, y obviamente para nosotros es importante."

Para nosotros fue una validación interna y en el ministerio despertó una envidia terrible porque fue algo que yo quería hacer desde el principio. Para nosotros fue un desafío, incluso la primer auditoría estábamos muy nerviosos, nos habíamos reunidos todos en la sala de situación [sic], habíamos explicado a todos de qué se trataba, que debíamos estar todos compenetrados en lo que era el Programa, que todos debíamos decir lo mismo, que teníamos que trabajar en forma conjunta, estábamos todos preparados para dar respuesta. Después fuimos acostumbrándonos y estábamos un poco más cancheros."

Ocho de nueve entrevistados consideraron que esta experiencia les dejó como resultado la percepción de "calidad" en el imaginario social.

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

"Trabajamos mejor y nos habilita ante la sociedad que lo hacemos mejor... ambas cosas."

El entrevistado N° 3 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

"Está la percepción de que somos distintos, ¿por qué otros no y nosotros sí? La gente dice 'hacen bien las cosas', a diferencia de otros lugares que no lo tienen."

El entrevistado N° 4 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

"Aunque nosotros siempre hemos estado identificados como el equipo más trabajador, esto nos visibiliza más."

El entrevistado N° 5 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

"Aun cuando no saben bien qué es, entonces preguntan y nosotros les decimos, y bueno, nos felicitan... y es lindo eso."

El entrevistado N° 6/7 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Porque no solo los pacientes, sino que vienen médicos de otros lados, ‘porque tienen todo ustedes, y están certificados’. Nos ven distintos. A la gente le gusta el lugar, tienen dónde sentarse para esperar... bueno, ven todo distinto.”

El entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Fue como un reconocimiento social. El día de la auditoría estábamos todos nerviosos y cuando estábamos esperando los resultados, estábamos mandando mensajes todos para saber cómo nos habíamos ido [sic]. Y cuando nos fue bien, todos nos sentimos parte de ese logro. Entonces yo creo que vino en cierta manera a dar el broche de oro al trabajo de todos los días. A validar para afuera lo que hacíamos.”

Siete de nueve entrevistados consideraron que esta experiencia les aportó una mejora en los procesos, como valor de la calidad en la gestión pública.

El entrevistado N° 1 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Así fue como comenzamos a trabajar, si bien yo venía trabajando en la organización de la institución a través de todo lo aprendido con la incorporación del Programa Sumar, no habíamos incorporado indicadores que me midan mi calidad interna. Entonces la Norma ISO 9001 me incorporó los indicadores, me permitió ver cómo podía valorar yo mi calidad de atención y mejorar en algunos aspectos para el equipo: cómo es esto del reconocimiento de la capacitación. O sea, nos dio legitimidad social pero, además, nos ayudó a mejorar aspectos vinculados a la gestión.”

El entrevistado N° 2 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Internamente facilita el trabajo y por ende la calidad de la atención. Tenemos registros, trabajamos con la tecnología, con la computadora, en cada consultorio... bueno, eso es ya más que positivo y a su vez esto se visibiliza respecto de la comunidad en general.”

El entrevistado N° 3 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Nos aportó ciertas estructuras que por ahí no la[s] teníamos. Hacíamos las cosas, pero no teníamos una guía por ejemplo. Esto nos permitió regularnos de otra forma.”

El entrevistado N° 5 (comunicación personal, 15 de mayo de 2018) manifestó:

“Aprender a trabajar de manera más organizada.”

El entrevistado N° 8 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“También nos incorporó la velocidad del cambio. Nosotros cuando empezamos con la Norma ISO 9001 teníamos un sistema de gestión, la ISO permitió que sea más veloz la incorporación de las cosas al sistema, porque teníamos objetivos que necesitaban de la velocidad de los datos —suponete, saber el total facturado—, entonces incorporamos el módulo de administración al sistema. No eran cosas que no se hacían, se hacían, pero por ahí el proceso de cambio era un poco más lento, porque el saber que en diciembre tenías que tener todos los objetivos, bueno... eso te ponía metas más cortas.”

El entrevistado N° 9 (comunicación personal, 16 de mayo de 2018) manifestó:

“Yo creo que nos mejoró los procesos, porque por ejemplo nosotros facturábamos papel y pasamos al formato digital. Nos ayudó a ir más rápido, nosotros por reglamento operativo tenemos que pagar a los 50 días porque si no corren las multas y al certificar todo el proceso de expedientes de cómo iban a circular dentro de la UGSP nos ayudó

un montón, entonces nos ayudó a simplificar, vimos que había un montón de áreas donde pasaba el expediente y que luego de analizarlo nos tenían que pasar [sic] que no era necesario que lo hicieran, así se agilizó muchísimo desde lo administrativo y se acortaron los tiempos de pago, hoy pagamos a los 10 días y ese plazo todavía podemos mejorarlo. En eso nos ayudó mucho.”

Finalmente, en distintas oportunidades, los entrevistados destacaron que con la implementación de esta tecnología de gestión fue posible la desburocratización de la gestión sin perder el control de los procesos.

## **IX. Quinta parte: Conclusiones/reflexiones finales**

Comencé este trabajo de investigación preguntándome sobre dos cuestiones acerca de las cuales me interpelaba este tema de estudio. La primera, ¿qué hacía distinta a esta organización, el Centro de Atención Primaria “Islas Malvinas” y a las experiencias grupales transitadas por sus actores en la efectividad para garantizar y fortalecer la calidad en la prestación del servicio?; y la segunda, ¿cuáles eran los supuestos básicos que dejaba la experiencia de implementar y certificar calidad bajo la Norma ISO 9001 en el imaginario social de esta organización pública? A continuación se detallan las conclusiones obtenidas en función de los objetivos planteados.

### **En relación al vínculo preexistente entre financiamiento de gestión por resultados y cultura evaluativa en el Programa Sumar**

El Plan Nacer/Programa Sumar planteó desde sus inicios una innovadora forma de financiamiento para lograr la calidad en la prestación del servicio. Con esta finalidad se estableció una priorización de prestaciones, grupos poblacionales y financiamiento basado en resultados, asociando pagos con metas sanitarias. Este mecanismo se utilizó para las transferencias monetarias desde Nación a los seguros provinciales de salud, y a su vez desde estos a los establecimientos de salud (efectores y/o CAPS).

En tal sentido, se evidencia que el financiamiento por resultados funciona como herramienta ordenadora del hacer público, del uso eficiente del gasto, entendiendo por ello a la definición del gasto en función de las necesidades y prioridades para prestar el servicio de salud. Esto genera un impacto directamente proporcional en la mejora y la calidad de la prestación del servicio de salud pública.

El esquema de transferencias que plantea el Programa establece que los fondos lleguen a los establecimientos (efectores/CAPS) y en particular a los equipos de salud, y son estos los que —haciendo uso de su autonomía— definen la aplicación de dichos fondos adicionales provenientes del financiamiento por resultados. Se evidencia que esta característica esencial del Programa tiene un fuerte impacto en el empoderamiento de los equipos de salud, por tratarse de una oportunidad para adquirir lo que necesitan y así prestar el servicio y también un desafío, dado que deben promover el diálogo y el trabajo en equipo para garantizar el uso racional de los fondos.

Por ello, se evidencia que este rasgo distintivo que proporciona el Programa es un factor de empoderamiento como motor de liderazgo de los actores públicos, dado que estos pueden

alinear la acción detrás de un objetivo a lograr que resulta “palpable” para todo el equipo de salud. Asimismo, la autonomía en la aplicación de los recursos impulsa el trabajo en equipo para la toma de decisiones, haciendo del resultado una meta alcanzada y al mismo tiempo una responsabilidad de todos. Además, pudo evidenciarse que la autonomía en el uso y aplicación de los fondos resulta un factor motivador en el desempeño de los actores públicos, dado que los incentivos no monetarios —tales como las capacitaciones con recursos del Programa, los ambos necesarios para el trabajo, el contar con los insumos y el equipamiento necesarios para desarrollar su tarea y la mejora del espacio físico del trabajo— motivan a los integrantes del Centro de Salud para mejorar constantemente su desempeño.

Los fondos recibidos provenientes del financiamiento por resultados del Programa Sumar pueden utilizarse en distintas categorías de gasto, de acuerdo al marco normativo de los gobiernos provinciales. Este uso de los fondos implica un ejercicio y una metodología de planificación de la producción y aplicación de los fondos que les permite a los establecimientos ordenar acciones, establecer prioridades, necesidades, definir metas, objetivos, adoptar estrategias y utilizar eficientemente los recursos disponibles (PPAF, 2014, p. 2).

Oportunamente, el área de planificación estratégica de la UEC del Programa Sumar identificó la necesidad de generar una tecnología de gestión que permitiese planificar la producción prestacional<sup>58</sup> y la facturación del plan de servicios de salud, por un lado, y la aplicación de los fondos<sup>59</sup> generados por el establecimiento, por el otro. Con ese objetivo crearon el Plan de Producción y Aplicación de Fondos (PPAF).

---

<sup>58</sup> En este componente, los establecimientos planifican —a partir de los precios de las prestaciones definidos por los Seguros Provinciales de Salud— la producción prestacional detallada de cada servicio conforme a la capacidad prestacional, la capacidad de reporte y facturación, al logro sanitario alcanzado en cada uno de ellos en el periodo anterior y de acuerdo a los esfuerzos que prevén realizar, obteniéndose de esta manera la estimación de los recursos adicionales a recibir (PPAF, 2014, pp. 3-4).

<sup>59</sup> Este componente reconoce en los equipos de salud que trabajan en los distintos establecimientos la capacidad de gestionar el uso de los fondos en función de sus preferencias basadas en las necesidades detectadas en los efectores. Esta mayor flexibilidad en el manejo de los recursos potencia la eficiencia y oportunidad en el gasto y genera espacios de participación entre los equipos de los establecimientos. En la planificación del uso de los fondos, los establecimientos deben decidir acerca del destino de los mismos y explicitar la finalidad sanitaria que persiguen, es decir con qué propósito sanitario se realizará el uso de dichos fondos. Este ejercicio de planificación promueve la interacción e involucramiento de los equipos de salud, generando espacios de discusión y búsqueda de consensos y fortaleciendo la sinergia de los equipos. En este sentido, el diseño del Programa desde el nivel central prevé las siguientes categorías de aplicación de los fondos: incentivos al personal (en el caso que la provincia lo permita), locación de obra y/o servicios, insumos, inversiones, mantenimiento, capacitación, cesión (PPAF, 2014, p. 4).

Si bien no se indagó a los entrevistados acerca de esta tecnología de gestión, se evidenció a partir del relato de los mismos que resultó una herramienta de vínculo, comunicación entre los actores del establecimiento de salud, que permite el diálogo, la solidaridad y el trabajo en equipo para definir la aplicación del gasto.

La experiencia del Programa Sumar muestra que el proceso evaluativo en una organización debe comenzar con el convencimiento general sobre las necesidades de aplicar métodos sistemáticos para mejorar la gestión y conocer los resultados alcanzados.

Como se expresó en el marco teórico del presente trabajo de investigación, la cultura es un concepto que hace referencia a las convicciones, creencias y valores que se encuentran arraigados y son compartidos entre los miembros de un grupo (Schein, 1990). Asimismo, la formación de una cultura evaluativa como parte integrante de la cultura organizacional es producto de la acción, reflexión y aprendizaje continuo, que se hacen visibles cuando aparecen en las prácticas cotidianas de las organizaciones contenidos asociados a la evaluación (Sabignoso, 2015).

Siguiendo estas reflexiones, se evidenció la existencia de una cultura evaluativa en los actores públicos como el conocimiento devenido de las experiencias grupales transitadas por todos los integrantes del efector y la UGSP, e introducida por el Programa Sumar. Asimismo, pudo comprobarse que ésta permitió a todos y cada uno desarrollar un ejercicio metodológico para actuar, reflexionar, mejorar y aprender continuamente.

Se evidenció el aprendizaje desarrollado por los equipos de salud a partir de la incorporación del financiamiento por resultados, como un novedoso modelo de gestión que implicó un proceso de cambio cultural, generado a partir del desarrollo de nuevas destrezas estratégicas y administrativas en los actores públicos. Este cambio cultural proporcionó el aprendizaje para trabajar en equipo, para implementar e incorporar nuevas herramientas y tecnologías de gestión, para conocer y entender el propósito de las tareas, para ser solidarios con el trabajo del otro, para poner en valor la necesidad de la continuidad de los equipos técnicos de gestión en la Administración pública y, fundamentalmente, para convertir el aprendizaje en un modo compartido de hacer las cosas.

Se constató, con gran énfasis por parte de los actores claves entrevistados, que en la Argentina es posible el financiamiento de la salud asociado a metas sanitarias.

## **En relación a los supuestos que deja la implementación de la Norma ISO 9001:2008 en el Centro de Salud “Islas Malvinas”**

Es destacable en este aspecto la importancia de la gradualidad en la implementación del Programa Sumar. Como se mencionó en el marco teórico del presente trabajo, el Programa Sumar se ha caracterizado por la gradualidad en el desarrollo de sus instrumentos y objetivos. Su lógica se fundamenta en el reconocimiento de la existencia de espacios para el aprendizaje institucional en todas las instancias en que se implementa. Como ejemplo de ello, se demostró que el proceso de implementación de la Norma ISO 9001:2008/2015 fue introducido paulatinamente por intermedio de consensos con autoridades provinciales y locales, y perfeccionado a partir de nuevos desafíos y mejoras potenciales.

A través de dicha dinámica, el proceso de implementación de la Norma ISO 9001 se planeó gradualmente en toda la cadena del Programa, comenzando por la UEC, siguiendo por las UGSP —que voluntariamente se incorporaron al plan— y finalmente a los efectores. El caso de la provincia de La Rioja permite observar este esquema gradualista.

Pudo constatarse mediante la observación y el relato de los actores del Centro de Atención Primaria “Islas Malvinas” que esta organización tomó y realizó grandes esfuerzos para aprender e incorporar a su funcionamiento el financiamiento por resultados del Programa Sumar. Éste les permitió desarrollar aprendizajes colectivos que sin lugar a dudas fueron profesionalizando al equipo de trabajo, además de mejorar sus condiciones de trabajo para prestar el servicio vinculadas a la infraestructura, el equipamiento y los materiales.

A partir del relato de los actores públicos consultados en el CAPS “Islas Malvinas” y la UGSP de La Rioja, pudo comprobarse que el proceso de certificación de la Norma ISO 9001 dejó en el imaginario social la idea de legitimidad y percepción de la calidad. Además, se destacó la mejora en los procesos que les proporcionó la Norma ISO 9001 como tecnología de gestión para la calidad.

### **Conclusión general**

El Centro de Atención Primaria de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja es un caso para observar desde la práctica y la acción, que nos permite reflexionar sobre un novedoso modelo de gestión pública. Es, sin duda, una evidencia de que se pueden hacer las cosas bien en el Estado poniendo el foco en los resultados y la calidad. La siguiente es una reflexión de Carlos

Altschul, que sintetiza muy bien esta cuestión: “Lo que hacen es ‘partir del para quienes’, armar en función de las necesidades, en oposición a la actitud tradicional, llamada científica, que parte de ‘qué hacer’. Instalan una filosofía de la acción, pese a las restricciones y a las rivalidades que arrastra la estructura tradicional” (Altschul, 2017, p. 130).

El presente trabajo de investigación permitió comprobar y ampliar las hipótesis iniciales, indagando tanto en la bibliografía, en el análisis de datos y el análisis del relato cotidiano en primera persona de esas mujeres atravesadas por esta intensa experiencia de acción pública.

En rigor, lo que distingue al CAPS de otra organización pública —en lo referido a la efectividad para garantizar la calidad en la prestación del servicio— es la existencia de un vínculo previo entre gestión por resultados y cultura evaluativa que le introduce el Programa Sumar. En otras palabras, la efectividad del método elegido para garantizar la calidad se encuentra condicionada por los factores previos existentes en el contexto organizacional: gestión por resultados como ordenador del hacer público y del uso eficiente del gasto en función de necesidades y prioridades; empoderamiento de los actores como motor de liderazgo y del trabajo en equipo para la toma de decisiones. Finalmente, cultura evaluativa como el conocimiento devenido de las experiencias grupales transitadas por estas mujeres a partir de una metodología de trabajo proporcionada por el financiamiento por resultados del Programa Sumar que les permitió actuar, reflexionar, mejorar y aprender.

Como vimos, en este contexto la implementación de la Norma ISO 9001 en el Centro de Salud incorporó mejoras en el desempeño de los procesos pero, fundamentalmente, dejó en el imaginario social la idea de legitimidad y percepción de la calidad. Sin lugar a dudas, como se expresó en el marco teórico, el reto de la calidad es también recuperar la credibilidad y confianza de los ciudadanos en el servicio que prestan las organizaciones públicas.

Concluyendo, se evidenció que es posible el financiamiento de la salud asociado a metas sanitarias. En este sentido, es lícito destacar que resulta un tema relevante en la discusión de la gestión pública y que el Programa Sumar es una experiencia sostenida en el tiempo que permite demostrar con resultados que es factible mejorar la calidad del servicio de la salud pública a través del financiamiento por resultados. Demuestra, además, cómo puede hacerse y cuál es el camino que debería transitarse.

## **Nuevos interrogantes**

A partir del trabajo de campo realizado, surgieron otros interrogantes que ameritan un análisis complementario. Uno de ellos reside en la existencia de una enorme disparidad salarial y las múltiples diferencias en el tipo de contratación del personal de la salud. Este es un factor complejo y que en el caso bajo análisis no se encuentra encaminado hacia una solución.

Otro interrogante a plantear es la falta de reconocimiento y la fuerte resistencia sobre el financiamiento por resultados y las tecnologías de calidad por parte de los actores ministeriales provinciales y nacionales. Los equipos de salud que trabajan con esta nueva forma de gestión, en muchas oportunidades no son reconocidos como parte de la estructura estatal tradicional.

## **Reflexión final, implicancias y aporte del Trabajo Final de Maestría a la Administración pública**

Si verdaderamente creemos que la salud es un derecho humano, los hacedores de políticas públicas, los funcionarios públicos, los trabajadores de la salud, los intelectuales y la sociedad en general deben trabajar en consecuencia. En nuestro país, la gestión pública vive en un tiempo “presente continuo”. Resulta necesario pensar estratégicamente, comprender y aceptar que la urgencia política no justifica la falta de planificación, control y pensamiento sistémico acerca del hacer público. En este sentido, como dice Oszlak: “El cortoplacismo que nos ha caracterizado por tantos años —sobre todo en períodos de fuerte inestabilidad política—, es un enemigo de la planificación. Es un rasgo cultural de esta sociedad y también del Estado” (Oszlak, 2007).

En rigor, el progreso en el ámbito de la salud, como en muchos otros, depende de que en la gestión pública se reemplace la improvisación por la paciente construcción de las instituciones colocando todos los esfuerzos intelectuales, materiales y financieros detrás de la concreción de propósitos y objetivos comunes que apunten a la calidad de la prestación del servicio.

Esta construcción y consolidación de las instituciones públicas requieren financiamiento, estrategias, equipos técnicos formados y sostenidos en el tiempo, todo esto sin condicionamientos por parte de los cortos períodos de gobierno. Sin duda, esto amerita un gran acuerdo a largo plazo sin pensar en las urgencias políticas del momento, con la disposición de hacer con los que piensan distinto y trabajar para un futuro donde exista lugar para todos.

El sistema de salud resulta de vital importancia para el desarrollo humano de un país. En la actualidad, las autoridades del Ministerio de Salud se plantean como desafío la Cobertura Universal de Salud (CUS), por lo cual es necesario promover políticas y programas encaminados a esto, es decir asegurando que todas las personas puedan recibir los servicios que necesitan sin exponerse a dificultades financieras. Algunos de los retos con los que deberán lidiar son la inmensa complejidad de nuestro sistema de salud, los múltiples intereses contrapuestos, una notable resistencia al cambio y, fundamentalmente, los grandes problemas presupuestarios derivados de la actual necesidad de reducción del déficit fiscal.

En estas condiciones no se puede improvisar, resulta necesario y urgente tomar las buenas experiencias del pasado, discutir las, mejorarlas, fortalecerlas, pero sobre todo mirar de dónde venimos para saber adónde vamos.

En nuestro país, El Plan Nacer/Programa Sumar transitó un proceso de transformación del sistema público de salud a través de una novedosa estrategia sostenida en el tiempo. Este mejoró los resultados de cobertura y calidad de los servicios públicos para la población sin obra social y fortaleció la capacidad institucional del Ministerio de Salud con una estrategia de gestión y financiamiento por resultados atada a metas y objetivos sanitarios, con un fuerte Sistema de Medición & Monitoreo y, además, enmarcado en un régimen de multas y débitos.

Se implementó bajo una estrategia gradual, partiendo en el año 2004 en las provincias del Norte incluyendo a mujeres embarazadas, niños y niñas menores de 6 años, incrementando su cobertura geográfica, poblacional y prestacional; en 2015 extendió su cobertura a 15 millones de personas de 0 a 64 años de todo el país. A través de una importante agenda de investigación, un responsable análisis de gestión producto de su Sistema de Medición & Monitoreo —el cual incluía diferentes instancias de evaluación, un premio internacional y todo un sistema de gestión de calidad certificado bajo la Norma ISO 9001 por un ente certificador externo—, demostró que es posible hacer bien las cosas en el Estado, aportando además una inmensa experiencia en la gestión de cambios complejos y hacer con quienes piensan distinto<sup>60</sup>.

Estoy convencida que el Programa Sumar puede ser el aprendizaje sostenido en el tiempo para iniciar el camino hacia la cobertura universal de salud en nuestro país, pero para que eso suceda el proceso para transitarlo requiere experiencia, profundo conocimiento del sistema de

---

<sup>60</sup> Títulos de las dos últimas obras del Dr. Carlos Altschul: *Gestionar cambios complejos* (2016) y *Hacer con quienes piensan distinto: el desafío del afecto societario* (2017).

salud, apertura, compromiso, capacidad para conectar con los otros —con esos que piensan distinto— y crear entre todos sentido de trascendencia. Sin duda, se trata de construir el andar con una mirada sensible y espíritu estadista por parte de quienes detentan responsabilidad de gestión.

Finalmente, me gustaría concluir esta reflexión con una frase de Jostein Gaarder: “Si no sabemos en todo momento adónde vamos, puede resultar útil saber de dónde venimos”.

## X. Referencias bibliográficas

Altschul, C. (Dir.). (2016). *Gestionar cambios complejos: Cuentas y cuentos de liderazgo transformacional*. Buenos Aires: Edicon.

\_\_\_\_\_ (2017). *Hacer con quienes piensan distinto: El desafío del afecto societario*. Buenos Aires: Edicon.

Benavides Velasco, C. A. y Quintana García, C. (2003). *Gestión del conocimiento y calidad total*. Madrid: Díaz de Santos.

Blanchard, K. y otros (1996). *Empowerment. Tres claves para el proceso de facultar a los empleados en su empresa*. Bogotá: Norma.

Bonnefoy, J. C. y Armijo, M. (2005). *Indicadores de desempeño en el sector público*. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social-ILPES. Recuperado de [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5611/S05900\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5611/S05900_es.pdf)

Carta Iberoamericana de calidad en la gestión pública (2008). Aprobada por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado, San Salvador (El Salvador), 26 y 27 de junio. Recuperado de [http://observatorioserviciospublicos.gob.do/baselegal/carta\\_iberamericana\\_de\\_calidad.pdf](http://observatorioserviciospublicos.gob.do/baselegal/carta_iberamericana_de_calidad.pdf)

Cavedo y Leiblich (2015). *Sector Salud. Proyecciones 2016-2025*. Buenos Aires: Cámara Argentina de la Construcción. Recuperado de [www.camarco.org.ar/File/GetPublicFile?id=3661](http://www.camarco.org.ar/File/GetPublicFile?id=3661)

CLAD (2008). *Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública*. Recuperado de [http://observatorioserviciospublicos.gob.do/baselegal/carta\\_iberamericana\\_de\\_calidad.pdf](http://observatorioserviciospublicos.gob.do/baselegal/carta_iberamericana_de_calidad.pdf)

Consejo Federal de Salud (s. f.). *Ley 22.373 - Su creación*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=B699435F508864CEE29D96A0CD4C931A?id=195911>

Crosby, P. (1979). *Quality is Free*. New York: McGraw Hill.

Daft, R. (1998). *Teoría y Diseño Organizacional*. México: Thomson.

Decreto 1513/1993 (1993). Declaración de interés nacional el premio instituido por la Ley N° 24.127, Premio Nacional a la Calidad en el Sector Privado y en la Administración Pública, Argentina.

Decreto 229/2000 (2000). Creación del Programa Carta Compromiso con el Ciudadano, Argentina.

Deming, E. W. (1986). *Out of the Crisis*. Massachusetts: MIT Press.

\_\_\_\_\_ (2014). *Calidad, productividad y competitividad. La salida a la crisis*. Madrid: Díaz de Santos.

Entrevista a Oscar Oszlak (2007). *El Estado, la sociedad y las políticas públicas en Argentina*. Centro Nueva Tierra. Recuperado de <http://www.oscaroszlak.org.ar/entrevistas.php>

Estrada Moyado, F. (2002). *Gestión pública y calidad: hacia la mejora continua y el rediseño de las instituciones del sector público*. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043302.pdf>

Feigenbaum, A. V. (1994). *Control total de la calidad*. México: Continental.

FLACSO Argentina (2013). *Documento de trabajo específico N° 2. Monitoreo, luego aprendo. Los aprendizajes en la implementación de relaciones intergubernamentales basadas en desempeños del sector salud. La experiencia argentina a través del Plan Nacer*. Buenos Aires: FLACSO. Recuperado de <http://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2013/10/Monitoreo-y-evaluaci%C3%B3n-de-Plan-Nacer.pdf>

Guajardo Garza, E. (1996). *Administración de la calidad total*. México: Pax.

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. (Eds.). (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). Buenos Aires: McGraw Hill.

Hintze, J. (1999). *Control y evaluación de gestión y resultados*. Recuperado de <http://www.top.org.ar/Documentos/HINTZE,%20Jorge%20-%20Control%20y%20evaluacion.pdf>

Hughes, O. E. (1996). *La nueva gestión pública*. Recuperado de [http://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/71617/mod\\_resource/content/1/Modulo%201%20-%20Hughes.pdf](http://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/71617/mod_resource/content/1/Modulo%201%20-%20Hughes.pdf)

Ishikawa, K. (1985). *¿Qué es Control Total de la Calidad? El modelo japonés*. Madrid: Prentice Hall.

Juran, J. M. (2001). *Manual de calidad, Tomo I*. Madrid: McGraw Hill.

Lengyel, Miguel et al. (2013). *Documento de trabajo específico N° 2. Monitoreo, luego aprendo. Los aprendizajes en la implementación de relaciones intergubernamentales basadas en desempeños del sector salud. La experiencia argentina a través del Plan Nacer*. Recuperado de

<http://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2013/10/Monitoreo-y-evaluaci%C3%B3n-de-Plan-Nacer.pdf>

Ley de Ministerios, Decreto 828/2006 (2006). Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/117720/norma.htm>

Ley 24.127 (1992). Premio Nacional a la Calidad, Argentina.

Makón, M. (2000). *El modelo de gestión por resultados en los organismos de la administración pública nacional*. Documento presentado como ponencia en el V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública, República Dominicana. Recuperado de <http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000000/MAKON,%20Marcos%20-%20El%20modelo%20de%20gestin%20por%20resultados.pdf>

Malvicino, G. (2001). *La gestión de la calidad en el ámbito de la administración pública. Potencialidades para un cambio gerencial*. Recuperado de <http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000000/MALVICINO,%20Guillermo%20-%20La%20gestion%20de%20la%20calidad.pdf>

Mayne, J. (2008). *Building an Evaluative culture for Effective Evaluation and Results Management*. ILAC Working Paper N° 8. Roma: Institutional Learning and Change Initiative.

Ministerio de Salud de la Nación (2013). *El Plan Nacer y su efecto en la satisfacción de los usuarios en el sistema de salud provincial. Documento de divulgación de resultados/2013*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/el-plan-nacer-y-su-efecto-en-la-satisfaccion-de-los-usuarios-de-los-sistemas-de-salud-provinciales.pdf>

Montgomery, Douglas C. (2004). *Control estadístico de la calidad* (3ª ed.). Madrid: Limusa.

Norma IRAM-ISO 9000 (2001). Organización Internacional para la Normalización.

Norma IRAM-ISO 9001:2008 (2008). Organización Internacional para la Normalización.

Norma IRAM-ISO 9001:2015 (2015). Organización Internacional para la Normalización.

Organización Panamericana de la Salud - Naciones Unidas - CEPAL (2011). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina*. Recuperado de <http://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf?ua=1>

Oszlak, O. (1980). *Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas*. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un-dpadm/unpan040090.pdf>

\_\_\_\_\_ (1997). *La administración pública como área de investigación: La experiencia argentina*. Recuperado de <http://oscaroszlak.org.ar/images/articulos-espanol/la%20adm%20pub%20como%20area%20de%20inv%20la%20exp%20arg.pdf>

\_\_\_\_\_ (2006). *Burocracia estatal: política y políticas públicas*. Recuperado de <http://oscaroszlak.org.ar/images/articulos-espanol/Buroc%20est%20pol%20y%20pols%20pub.pdf>

Plan Nacer (2013). *El aumento de la utilización de los servicios de salud materno-infantil en la población sin seguro médico*. Recuperado de <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13289?locale-attribute=es>

Programa Premio Nacional a la Calidad (s. f.). *Modelo de evaluación de un sistema de calidad en el sector público de las bases para el otorgamiento del Premio Nacional a la Calidad en la administración pública*. Documento interno, Ministerio de Modernización. Recuperado de [https://pnc.argentina.gob.ar/documentos/modelo\\_evaluacion.pdf](https://pnc.argentina.gob.ar/documentos/modelo_evaluacion.pdf)

Programa Sumar (2005). *Manual operativo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Programa Sumar, Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Evaluación de la motivación de los equipos de salud con la estrategia de gerenciamiento propuesto por el Plan Nacer. Documento de divulgación de resultados 2013*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/evaluacion-de-la-motivacion-de-los-equipos-de-salud-con-la-estrategia-de-gerenciamiento-propuesta-por-el-plan-nacer.pdf>

\_\_\_\_\_ (2014). *Plan de producción y aplicación de fondos. Una herramienta innovadora de gestión de resultados y recursos para los establecimientos*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/plan-produccion-aplicacion-fondos.pdf>

\_\_\_\_\_ (2015). *Generación de una cultura evaluativa en el sector salud: principales resultados de la agenda de estudios y evaluación del Plan Nacer/Programa Sumar*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/generacion-cultura-evaluativa-sector-salud.pdf>

\_\_\_\_\_ (2015a). *Generación de una cultura evaluativa en el sector salud: principales resultados de la agenda de estudios y evaluación del Plan Nacer/Programa Sumar*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/generacion-cultura-evaluativa-sector-salud.pdf>

\_\_\_\_\_ (2015b). *Lecciones aprendidas y desafíos futuros bajo nuevos esquemas de salud en la Argentina. La experiencia conjunta Plan Nacer y Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación y Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP)*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Ramio, C. (1999). *Teoría de las organizaciones y la administración pública*. Madrid: Tecnos.

\_\_\_\_\_ (2005). *Instituciones y nueva gestión pública en América Latina*. Barcelona: Fundación CIDOB.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*.

Redondo, N. (2001). *Pobreza y reproducción social a fines de la convertibilidad*. Buenos Aires: Departamento de investigación Institucional/UCA. Recuperado de <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo32/files/04-pob-rep-soc-conv-2002.pdf>

Riccheri y Tobar (2003). *El Consejo Federal de Salud Argentino (CO.FE.SA.)*. Recuperado de <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/seminario2509/COFESA-Tobar.pdf>

Richards, S. (1994). *El paradigma del cliente en la gestión pública*. Recuperado de [https://revistasonline.inap.es/index.php?journal=GAPP&page=article&op=view&path\[\]=3&path\[\]=3](https://revistasonline.inap.es/index.php?journal=GAPP&page=article&op=view&path[]=3&path[]=3)

Sánchez, A. (1996). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: Editorial Universidad de Barcelona.

Schein, E. H. (1990). *Organizational Culture*. Recuperado de [http://ciow.org/docsB/Schein\(1990\)OrganizationalCulture.pdf](http://ciow.org/docsB/Schein(1990)OrganizationalCulture.pdf)

Schweinheim, G. F. F. (1998). *Innovación en administración, gestión y políticas públicas: ¿Es idéntico a modernización?* Recuperado de [www.cedet.edu.ar/.../Innovación%20en%20administración-%20Schweinheim.doc](http://www.cedet.edu.ar/.../Innovación%20en%20administración-%20Schweinheim.doc)

Senge, P. (2007). *Más allá de la quinta disciplina. La Danza del Cambio*. Barcelona: Gestión 2000.

Superintendencia de Servicios de Salud (s. f.). *Manual del beneficiario de obras sociales*. Recuperado de [https://www.sssalud.gob.ar/novedades/archivosGSB/documentos/manual\\_beneficiario.pdf](https://www.sssalud.gob.ar/novedades/archivosGSB/documentos/manual_beneficiario.pdf)

Tobar, F. (2010). *¿Qué aprendimos de las reformas de Salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuesta para Argentina*. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes. Recuperado de [http://www.fsg.com.ar/facebook/ediciones\\_pdf/que\\_aprendimos\\_de\\_las\\_reformas\\_de\\_salud.pdf](http://www.fsg.com.ar/facebook/ediciones_pdf/que_aprendimos_de_las_reformas_de_salud.pdf)

Uvalle Berrones, R. (2002). *Los fundamentos institucionales de la gestión pública*. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043511.pdf>

Vicher-García, M. (2011). *Utilidad o futilidad: calidad e ISOs en la administración pública*. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-14352012000300007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352012000300007)

Vieytes, R. (2009). *Sistema de calidad basado en clientes/ciudadanos en organizaciones de ciencia y tecnología de la administración pública argentina*. Recuperado de [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/870/SISTEMA\\_DE\\_CALIDAD\\_Vieytes.pdf?sequence=3](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/870/SISTEMA_DE_CALIDAD_Vieytes.pdf?sequence=3)

## **XI. Anexos**

## 1. Anexo I - Glosario

**ANMAT:** Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica.

**APN:** Administración Pública Nacional.

**BIRF:** Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento.

**CAPS:** Centro de Atención Primaria de Salud.

**CCC:** Carta Compromiso con el Ciudadano.

**CO.FE.SA.:** Consejo Federal de Salud Argentino.

**FESP:** Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública.

**FF.AA.:** Fuerzas Armadas.

**IGJ:** Inspección General de Justicia.

**INACYM:** Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual.

**IRAM:** Instituto Argentino de Normalización y Certificación.

**MSAL:** Ministerio de Salud de la Nación.

**MSP:** Ministerio de Salud Provincial.

**NGP:** Nueva Gerencia Pública.

**OSN:** Obras Sociales Nacionales.

**OSP:** Obras Sociales Provinciales.

**PAMI:** Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

**PBS:** Paquete Básico de Servicios.

**PDSPPS:** Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud.

**PISMIP:** Proyecto de Inversión de Salud Materno-Infantil Provincial, conocido como Plan Nacer.

**PMO:** Programa Médico Obligatorio.

**PNC:** Premio Nacional a la Calidad.

**PPAF:** Plan de Producción y Aplicación de Fondos.

**PROFE:** Programa Federal de Salud.

**SSS:** Superintendencia de Seguros de Salud.

**TMC:** Tablero de Monitoreo de los Compromisos.

**UEC:** Unidad Ejecutora Central.

**UGSP:** Unidad de Gestión del Seguro Provincial.



## 2. Anexo II - Ganadores del PNC entre 1994 y 2017

<b>AÑO</b>	<b>PREMIO NACIONAL A LA CALIDAD</b>	<b>DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO</b>
1994	Municipalidad de Maipú, provincia de Mendoza.	
	Hospital Zonal de Agudos General Manuel Belgrano, provincia de Buenos Aires.	
1995	Municipalidad de Rafaela, provincia de Santa Fe.	
	Facultad Regional Concepción del Uruguay, Universidad Tecnológica Nacional, provincia de Entre Ríos.	
1995	Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Carlos Pereyra, provincia de Mendoza.	
	Hospital Naval Buenos Aires Cirujano Mayor Dr. Pedro Mallo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.	
1997	Municipalidad de Diamante, provincia de Entre Ríos.	Reconocimiento a la Mejora Continua. Municipalidad de Palpalá, provincia de Mendoza.
		Hospital Humberto J. Notti, provincia de Mendoza.
1998	Subsecretaría de Minería, M.E.YO.YS.P. de la Nación.	
	Facultad Regional de San Rafael - UTN, provincia de Mendoza.	
1999	Instituto Nacional de Tecnología Industrial. Secretaría de Industria, Comercio y Minería - Ministerio de Economía y Obras y Servicios	

	Públicos.	
2000		Reconocimiento a la Mejora Continua. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), Ministerio de Salud de la Nación.
2001	Facultad de Ingeniería - Universidad Nacional de Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires.	
2002	Hogar de Ancianos San Martín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.	
2003	Instituto Nacional de Medicamentos (INAME), Ministerio de Salud de la Nación.	
2004	Municipalidad de Maipú, provincia de Mendoza.	Reconocimiento a la Mejora en el Liderazgo. Superintendencia de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nación.
		Reconocimiento a la Mejora en el Enfoque en el usuario. Biblioteca Nacional de Maestros, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.
2005	Superintendencia de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nación.	Reconocimiento a la Mejora en el Criterio 1. Liderazgo: Juzgado Nacional de Primera Instancia del Trabajo N° 77, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
2006	Juzgado Nacional de Primera Instancia del Trabajo N° 77, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.	Reconocimiento a la Mejora. Unidad de atención integral San Rafael (ANSES), Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
	Tribunal de Cuentas, provincia de Mendoza.	
2007	Unidad de atención integral San Rafael (ANSES). Ministerio de Trabajo, Empleo y	Reconocimiento a la Mejora. Secretaría de Turismo de la

	Seguridad Social.	Nación.
2008	Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 74, Poder Judicial de la Nación.	Reconocimiento a la Mejora. Juzgado Civil y Comercial N° 3 del Departamento Judicial de San Martín, Poder Judicial de la provincia de Buenos Aires.
2009		Reconocimiento a las acciones implementadas en el camino a la excelencia en el liderazgo, el desarrollo de personal y el impacto en el entorno físico y social. Hospital de Pediatría SAMIC Profesor Dr. Juan P. Garrahan.
		Reconocimiento a la Mejora en los criterios 1: Liderazgo y 2: Desarrollo del personal. Juzgado de Primera Instancia en lo Contencioso Administrativo N° 1. Departamento Judicial de San Isidro, Poder Judicial de la provincia de Buenos Aires.
2010	Hospital de Pediatría SAMIC Profesor Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.	Servicio de Conciliación Laboral Obligatoria. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (SECLO).
2011	Juzgado de Primera Instancia en lo Contencioso Administrativo N° 1. Departamento Judicial de San Isidro, Poder Judicial, provincia de Buenos Aires.	Reconocimiento en la Gestión de la Calidad: Tribunal de Cuentas, provincia de San Juan.
		Reconocimiento en el Liderazgo: Unidad Canina, Policía Buenos Aires. Ministerio de Seguridad y Justicia de la provincia de Buenos Aires.
2012	Biblioteca Nacional del Maestro, dependiente del Ministerio de Educación.	Reconocimiento en el criterio 6: aseguramiento de la gestión de calidad. Gerencia de Cuentas Corrientes, Banco Central de la República Argentina.
	Secretaría de Turismo de Salta, Ministerio de Cultura y Turismo de Salta.	

2013	Municipalidad de Maipú, provincia de Mendoza.	Departamento de Seguridad Pública. Ente Nacional Regulador de la Electricidad (ENRE).
2014	AYSA (Agua y Saneamientos Argentinos S.A.).	Dirección General de la Secretaría de Turismo de Chaco.
		Publicaciones (Honorable Senado de la Nación).
		Fanazul (Fábrica Militar de Azul).
2015	Instituto de Turismo de Chaco, gobierno de la provincia de Chaco.	Reconocimiento a sus sistemas de liderazgo y de desarrollo del personal: Dirección General de Registro, Gestión y Archivo Documental. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
	Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra. Dirección de Salud Mental - Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza.	Reconocimiento a su sistema de enfoque en el usuario. Secretaría de Turismo de Salta, gobierno de la provincia de Salta.
	Dirección General de Publicaciones, Honorable Senado de la Nación.	Reconocimiento a sus sistemas de enfoque en el usuario y de desarrollo del personal. Policía de la provincia de Salta, gobierno de la provincia de Salta.
Reconocimiento a su sistema de desarrollo del personal. Subsecretaría de Turismo de la provincia de Neuquén, gobierno de la provincia de Neuquén.		
2016	Facultad Regional Buenos Aires, Universidad Tecnológica Nacional.	Reconocimiento a su sistema de enfoque en el usuario. Secretaría de Turismo de Salta, gobierno de la provincia de Salta.
		Reconocimiento a sus sistemas de enfoque en el usuario y de desarrollo del personal. Policía de la provincia de Salta, gobierno de la provincia de Salta.
2017	Dirección General de Estadísticas y Censos.	Medalla de oro a la Calidad en la Gestión Pública.

Oficina de Gestión Judicial - Corte Suprema de Justicia de Tucumán.	Medalla de Plata a la Calidad en la Gestión Pública.
Fiscalía especializada en Violencia de Género - Ministerio Público Fiscal Ciudad Autónoma de Buenos Aires.	Medalla de Plata a la Calidad en la Gestión Pública.
Tribunal de Cuentas de la provincia de La Pampa.	Medalla de Plata a la Calidad en la Gestión Pública.
Dirección de Títulos y Egresados - Universidad Nacional del Sur.	Diploma de Reconocimiento al desempeño destacado en el criterio "Procesos".

Fuente: Página oficial del Premio Nacional a la Calidad - Ministerio de Modernización.

Recuperado de <https://pnc.argentina.gob.ar/ganadores>.

**3. Anexo III - Organismos públicos nacionales, provinciales y municipales con Cartas Compromiso vigentes al año 2017**

<b>ORGANISMOS PÚBLICOS NACIONALES</b>	<b>ORGANISMOS PÚBLICOS PROVINCIALES Y MUNICIPALES</b>
Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).	Formosa - Dirección de Registro Civil y capacidad de las personas.
Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES).	Río Negro - Superior Tribunal de Justicia.
Autoridad Regulatoria Nuclear (ARN).	San Juan - Centro de Adiestramiento René Favaloro.
Biblioteca Nacional de Maestros (BNM).	San Juan - Estacionamiento Medido y Tarifado ECO de la Municipalidad de la ciudad de San Juan.
Dirección Nacional de Migraciones (DNM).	San Juan - Registro Civil.
Dirección Nacional de Migraciones - Delegación Mar del Plata.	San Juan - Zona Sanitaria V Sur.
Ente Nacional Regulador de la Electricidad (ENRE).	Tucumán - Dirección General de Catastro.
Honorable Senado de la Nación.	
Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI).	
Instituto Nacional de la Propiedad Industrial (INPI).	
Mesa de Entradas, Biblioteca y Centro de Orientación al Ciudadano - Ministerio de Trabajo de la Nación.	
Prefectura Naval Argentina (PNA).	
Registro de la Propiedad Inmueble de la Capital Federal (RPI).	
Registro Nacional de Aeronaves (ANAC).	
Registro Nacional de las Personas (RENAPER).	
Registro Nacional de Reincidencia.	
Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).	
Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA).	
Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN).	
Trenes Argentinos Operadora Ferroviaria - Línea Sarmiento.	
Universidad Tecnológica Nacional (UTN).	

Fuente: Página oficial Carta Compromiso - Ministerio de Modernización. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/cartacompromiso/organismosadheridos>.



**4. Anexo IV - Organismos públicos nacionales, provinciales y municipales con procesos certificados bajo la Norma ISO 9001:2008/2015**

<b>Nº</b>	<b>ORGANISMOS PÚBLICOS</b>	<b>NORMA</b>
1	Administración de fiscalía - Unidades de tramitación común - Ministerio público fiscal de la CABA	ISO 9001:2008
2	Administración Federal de Ingresos Públicos - AFIP	ISO 9001:2008
3	Administración General de Puertos	ISO 9001:2015
4	Administración Gubernamental de Ingresos Públicos - AGIP	ISO 9001:2015
5	Administración Nacional de Aviación Civil	ISO 9001:2008
6	Agencia Córdoba de inversión y financiamiento Sociedad de Economía Mixta	ISO 9001:2008
7	Agencia de ciencia, tecnología y sociedad San Luis - Instituto firma digital de San Luis	ISO 9001:2015
8	Agencia Gubernamental de Control	ISO 9001:2008
9	Agencia Nacional de Hidrocarburos - ANH	ISO 9001:2008
10	Agencia San Luis, ciencia, tecnología y sociedad - "Autopista de la información"	ISO 9001:2008
11	Asesoría general de gobierno de la provincia de Buenos Aires	ISO 9001:2015
12	Asociación agencia de desarrollo Crear Bariloche	ISO 9001:2008
13	Auditoría General de asuntos internos - Ministerio de Seguridad	ISO 9001:2008
14	Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires	ISO 9001:2008
15	Autoridad de fiscalización y control social de empresas	ISO 9001:2008
16	Autoridad de fiscalización y control social del juego	ISO 9001:2008
17	Autoridad regulatoria nuclear	ISO 9001:2008
18	Autotransportes San Juan S.A.C.I.F.A.	ISO 9001:2008
19	Banco de la provincia de Buenos Aires - Gerencia de gestión de las personas	ISO 9001:2008

20	Banco Hipotecario S.A. - Gerencia de área de auditoría corporativa	ISO 9001:2015
21	Biblioteca y centro de documentación del Instituto Nacional de la Propiedad Industrial	ISO 9001:2008
22	Buenos Aires set de filmación, dependiente de la Dirección General de Industrias Creativas del Ministerio de Modernización, Innovación y Tecnología	ISO 9001:2008
23	Caja de retiros, jubilaciones y pensiones de la Policía de Buenos Aires	ISO 9001:2008
24	Cámara de Representantes de la provincia de Misiones	ISO 9001:2008
25	Centro de Atención Primaria de Salud "Islas Malvinas" - Programa Sumar	ISO 9001:2008
26	Centro de Operaciones Municipal (COM) - Municipalidad de San Isidro	ISO 9001:2015
27	Centro Único de Ablación e Implante - C.U.C.A.I.B.A.	ISO 9001:2008
28	Cobertura universal de salud - Medicamentos. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires	ISO 9001:2008
29	Comisión de Medio Ambiente - Honorable Concejo Deliberante de Luján de Cuyo - Mendoza	ISO 9001:2008
30	Comisión Nacional de Energía Atómica - Departamento de control de gestión técnico-administrativa	ISO 9001:2008
31	Comisión permanente de anexo de títulos - Ministerio de Educación de la CABA	ISO 9001:2008
32	Concejo Deliberante de la ciudad de Córdoba	ISO 9001:2015
33	Concejo Deliberante de la ciudad de Neuquén	ISO 9001:2015
34	Concejo Deliberante de la ciudad de San Juan	ISO 9001:2015
35	Concejo Deliberante de la ciudad de Zapala	ISO 9001:2008
36	Concejo Municipal de La Paz	ISO 9001:2008
37	Concejo Municipal de Rosario	ISO 9001:2015
38	Confederación Económica de la provincia de Buenos Aires - Programa Emtec	ISO 9001:2008

39	Contaduría General de la Nación - Archivo General de Documentación Financiera de la Administración Nacional	ISO 9001:2008
40	Contaduría General de la Nación - Tesorería General de la Nación	ISO 9001:2008
41	Coordinación General de la Unidad de Descentralización Administrativa - Ministerio de Educación de la Nación	ISO 9001:2008
42	Coordinación zonas sanitarias III y IV - Ministerio de Salud Pública de la provincia de La Rioja	ISO 9001:2008
43	CUS - Programa Sumar - Provincia de Entre Ríos	ISO 9001:2008
44	Despacho de senadora Miriam Gallardo - Honorable Cámara de Senadores de la provincia de Mendoza	ISO 9001:2008
45	Despacho del diputado de la Nación Dr. Dalmasio Enrique Mera, representante del pueblo	ISO 9001:2008
46	Dir. General de compras y suministros - Ministerio de Hacienda y Finanzas del gobierno de la provincia de Mendoza	ISO 9001:2008
47	Dirección de Agricultura y Contingencias Climáticas	ISO 9001:2008
48	Dirección de Asistencia Judicial en delitos complejos y crimen organizado	ISO 9001:2015
49	Dirección de Bosques - Subsecretaría de planificación y política ambiental - Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable	ISO 9001:2008
50	Dirección Nacional de Calidad Turística, dependiente de la Subsecretaría de Calidad Turística del Ministerio de Turismo de la Nación	ISO 9001:2008
51	Dirección de Contabilidad y Finanzas - Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación	ISO 9001:2008
52	Dirección de Deportes - Municipalidad de la ciudad de San Juan	ISO 9001:2008
53	Dirección de Fiscalización y Control	ISO 9001:2008
54	Dirección de Formación para el Turismo, dependiente de la Dirección Nacional de Calidad Turística	ISO 9001:2008

55	Dirección de Registro de Agencias de Viajes del Ministerio de Turismo de la Nación	ISO 9001:2008
56	Dirección de servicios a terceros - Facultad de Ciencias Aplicadas a la Industria	ISO 9001:2015
57	Dirección General de Administración - Ministerio de Salud Pública de la provincia de Corrientes	ISO 9001:2008
58	Dirección General de Administración de la Subsecretaría Técnica de la Secretaría Legal y Técnica de la Nación	ISO 9001:2008
59	Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - DGEYC	ISO 9001:2015
60	Dirección General de Estadísticas - Gobierno de la provincia de Salta	ISO 9001:2015
61	Dirección General de Fiscalización Sanitaria - Ministerio de Salud Pública - Gobierno de Tucumán	ISO 9001:2015
62	Dirección General de Habilitación de Conductores y Transportes	ISO 9001:2015
63	Dirección General de Recursos Energéticos y Mineros de la provincia de Salta - DGREM	ISO 9001:2008
64	Dirección General de Rentas - Secretaría de Ingresos Públicos - Gobierno de la provincia de Córdoba	ISO 9001:2008
65	Dirección General de Rentas de la provincia del Chubut	ISO 9001:2008
66	Dirección General de Seguros, Ministerio de Hacienda - Gobierno de la CABA	ISO 9001:2008
67	Dirección General de Sistemas Informáticos - Secretaría Legal y Técnica de la Presidencia de la Nación	ISO 9001:2008
68	Dirección General del Boletín Oficial - Gobierno de la provincia de Salta	ISO 9001:2015
69	Dirección General del Registro del estado civil y capacidad de las personas del Gobierno de la CABA	ISO 9001:2015

70	Dirección Nacional de Cinotecnia	ISO 9001:2008
71	Dirección Nacional del Registro de Dominios de Internet - Secretaría Legal y Técnica	ISO 9001:2008
72	Dirección Nacional Electoral	ISO 9001:2008
73	Dirección Provincial de Catastro y Tierras Fiscales de San Luis	ISO 9001:2008
74	Dirección Provincial de Ingresos Públicos de San Luis	ISO 9001:2015
75	Dirección Provincial de Sistemas de Información y Tecnologías	ISO 9001:2008
76	Educ.ar S.E.	ISO 9001:2008
77	Ente Regulador de Servicios Públicos de Córdoba - ERSEP	ISO 9001:2008
79	Ente Regulador de Servicios Sanitarios - ENRESS	ISO 9001:2008
78	Ente Único Regulador de Servicios Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	ISO 9001:2008
79	Escribanía de Gobierno	ISO 9001:2008
80	Estacionamiento controlado - Municipalidad de la ciudad de San Juan	ISO 9001:2015
81	Facultad de Ciencias Naturales e Instituto Miguel Lillo - Universidad Nacional de Tucumán	ISO 9001:2015
82	Fiscalía ante la Cámara de Apelaciones Penal, Contravenciones y de Faltas	ISO 9001:2015
83	Fondo Tecnológico Argentino (FONTAR) - Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT) - Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de Argentina (MINCYT)	ISO 9001:2008
84	Fundación Vamos a Andar	ISO 9001:2008
85	Jefatura de Gabinete de Ministros del GCBA	ISO 9001:2015
86	Gendarmería Nacional - Dirección de Logística - Departamento de Investigación	ISO 9001:2015

87	GESTEC y UNSAM	ISO 9001:2008
88	Gobierno Regional de Cajamarca - Subgerencia de Programación e Inversión Pública	ISO 9001:2008
89	Honorable Cámara de Senadores de la provincia de Mendoza	ISO 9001:2015
90	Honorable Concejo Deliberante - Municipalidad de General Roca	ISO 9001:2008
91	Honorable Concejo Deliberante de Junín - Mendoza	ISO 9001:2015
92	Honorable Concejo Deliberante de la ciudad de Corrientes	ISO 9001:2008
93	Honorable Concejo Deliberante de la ciudad de Mendoza	ISO 9001:2008
94	Honorable Concejo Deliberante de la ciudad de Posadas	ISO 9001:2008
95	Honorable Concejo Deliberante de la ciudad de Santa Lucía	ISO 9001:2008
96	Honorable Concejo Deliberante de la Municipalidad de Paraná	ISO 9001:2008
97	Honorable Concejo Deliberante de Maipú - Mendoza	ISO 9001:2008
98	Honorable Concejo Deliberante de Pocito - San Juan	ISO 9001:2008
99	Honorable Concejo Deliberante de Rawson - San Juan	ISO 9001:2008
100	Honorable Concejo Deliberante de San Nicolás de los Arroyos	ISO 9001:2015
101	Honorable Concejo Deliberante de San Rafael	ISO 9001:2008
102	Honorable Legislatura de la provincia del Neuquén	ISO 9001:2008
103	Honorable Senado de la Nación - Comisiones	ISO 9001:2008
104	Honorable Senado de la Nación Argentina	ISO 9001:2015
105	Hospital San Roque - Área programática	ISO 9001:2008
106	Instituto Boliviano de Metrología	ISO 9001:2008

107	Instituto de Ayuda Financiera para pago de retiros y pensiones militares	ISO 9001:2008
108	Instituto de Desarrollo Comercial - IDC	ISO 9001:2015
109	Instituto de Desarrollo Productivo Tucumán (IDEP)	ISO 9001:2008
110	Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.)	ISO 9001:2008
111	Instituto de Previsión Social - Provincia de Buenos Aires	ISO 9001:2008
112	Instituto Nacional de la Propiedad Industrial - Dirección de modelos y diseños industriales	ISO 9001:2008
113	Instituto Provincial de Juegos y Casinos	ISO 9001:2008
114	Jefatura de Gabinete de Ministros - GCBA - Subsecretaría de Planeamiento y Control de Gestión - DIRE	ISO 9001:2008
115	Jefatura de Gabinete de Ministros - Presidencia de la Nación	ISO 9001:2008
116	Juzgado Administrativo Municipal de Faltas de Ushuaia	ISO 9001:2008
117	Juzgado Federal de Comodoro Rivadavia	ISO 9001:2008
118	Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional Federal N° 8	ISO 9001:2015
119	Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional Federal N° 4, Secretaría N° 7	ISO 9001:2008
120	Juzgado N° 19 en lo contencioso administrativo y tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	ISO 9001:2008
121	Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	ISO 9001:2015
122	Lotería Nacional Sociedad del Estado	ISO 9001:2008
123	Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación - SSPCTIP	ISO 9001:2015
124	Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación - ANPCYT	ISO 9001:2008
125	Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación - ANPCYT - FONCYT	ISO 9001:2008
126	Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación - Mesa de Entradas	ISO 9001:2015

127	Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación - ROECYT	ISO 9001:2008
128	Ministerio de Cultura y Turismo de Salta	ISO 9001:2008
129	Ministerio de Economía y Finanzas Públicas - Viceministerio de Tesoro y Crédito Público	ISO 9001:2008
130	Ministerio de Educación CABA - Gerencia General de Coordinación Legal e Institucional	ISO 9001:2008
131	Ministerio de Educación de la provincia de San Luis	ISO 9001:2008
132	Ministerio de Finanzas - Dirección de Administración	ISO 9001:2008
133	Ministerio de Gobierno y Justicia - Gobierno de la provincia de Catamarca	ISO 9001:2008
134	Ministerio de Inclusión Social de la provincia de San Luis	ISO 9001:2008
135	Ministerio de Industria, Comercio, Minería y Transporte de la provincia de San Luis	ISO 9001:2008
136	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Registro Nacional de Tierras Rurales	ISO 9001:2008
137	Ministerio de Justicia y Seguridad - Dirección General de Seguridad Privada	ISO 9001:2008
138	Ministerio de Medio Ambiente, Campo y Producción de la provincia de San Luis	ISO 9001:2015
139	Ministerio de Minería de la provincia de San Juan	ISO 9001:2008
140	Ministerio de Relaciones Institucionales y Seguridad	ISO 9001:2008
141	Ministerio de Salud de la provincia de Tierra del Fuego	ISO 9001:2015
142	Ministerio de Seguridad de la Nación - Unidad de Auditoría Interna	ISO 9001:2008
143	Ministerio de Seguridad, Sec. de Coop. con los poderes judiciales, ministerios públicos y legislaturas	ISO 9001:2008

144	Ministerio de Transporte	ISO 9001:2015
145	Ministerio de Transporte de la Nación - Dirección de mesa de entradas, notificaciones y despacho	ISO 9001:2008
146	Ministerio de Turismo de la Nación - Subsecretaría de Desarrollo Turístico - Dirección Nacional de Planificación de Destinos y Productos Turísticos	ISO 9001:2008
147	Ministerio Público Fiscal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	ISO 9001:2008
148	Ministerio Público Fiscal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Equipos fiscales del Fuero Contencioso, Administrativo y Tributario	ISO 9001:2008
149	Municipalidad de Chacabuco - Hospital Municipal Nuestra Señora del Carmen	ISO 9001:2008
150	Municipalidad de General San Martín	ISO 9001:2008
151	Municipalidad de Godoy Cruz	ISO 9001:2008
152	Municipalidad de Junín - Provincia de Mendoza	ISO 9001:2008
153	Municipalidad de la ciudad de Mendoza	ISO 9001:2008
154	Municipalidad de la ciudad de San Juan	ISO 9001:2015
155	Municipalidad de Potrero de los Funes	ISO 9001:2015
156	Municipalidad de Río Tercero	ISO 9001:2008
157	Municipalidad de Tigre	ISO 9001:2008
158	Municipalidad de Vaqueros - Salta	ISO 9001:2008
159	Municipalidad de Villa Mercedes	ISO 9001:2008
160	Municipio de Morón - Dirección de gestión participativa y resolución de conflictos vecinales	ISO 9001:2015
161	Observatorio agroambiental y productivo	ISO 9001:2008
162	Oficina Coordinadora de Métodos Alternativos de Resolución de Conflictos (OCMARC) - Fiscalía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	ISO 9001:2008

163	Poder Judicial de Salta	ISO 9001:2015
164	Poder Judicial de San Juan	ISO 9001:2015
165	Policía de la Ciudad	ISO 9001:2015
166	Policía Federal Argentina	ISO 9001:2015
167	Policía Metropolitana	ISO 9001:2015
168	Prodyteq - Unidad de Vinculación Tecnológica	ISO 9001:2015
169	Programa Sumar - Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires	ISO 9001:2008
170	Programa Sumar - Provincia de Jujuy	ISO 9001:2008
171	Programa Sumar - Provincia de La Rioja	ISO 9001:2008
172	Programa Sumar - Provincia de Misiones	ISO 9001:2008
173	Programa Sumar - Provincia de San Luis	ISO 9001:2008
174	Programa Sumar - Provincia del Chaco	ISO 9001:2008
175	Programa Sumar - Provincia de Chubut	ISO 9001:2008
176	Registro del estado civil y capacidad de las personas de la provincia de Salta	ISO 9001:2008
177	Registro General de la provincia de Buenos Aires	ISO 9001:2008
178	Registro Nacional de las Personas - RENAPER	ISO 9001:2015
179	Registro oficial de proveedores y contratistas del Estado de la Dirección General de Compras	ISO 9001:2008
180	Sala IV - Cámara Federal de Casación Penal	ISO 9001:2015
181	Secretaría Administrativa del Honorable Senado de la Nación	ISO 9001:2008
182	Secretaría de Gestión Administrativa y RR.HH. - Min. de Educación, Ciencia y Tecnología - Gobierno de Salta	ISO 9001:2008
183	Secretaría de Industria, Comercio y Financiamiento (Ministerio de Ambiente y Producción Sustentable)	ISO 9001:2008

184	Secretaría de Turismo de la Municipalidad de Los Antiguos	ISO 9001:2008
185	Secretaría de Turismo de la Municipalidad de Villa Carlos Paz	ISO 9001:2008
186	Secretaría de Vinculación Ciudadana	ISO 9001:2008
187	Secretaría General de Acceso a la Justicia (SJVC, OFAJ, OCRD, OFAVYT)	ISO 9001:2008
188	Secretaría General de Coordinación del Ministerio Público Fiscal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	ISO 9001:2008
189	Secretaría General de Estado, Legal y Técnica - Gobierno de la provincia de San Luis	ISO 9001:2008
190	Secretaría General de la gobernación de la provincia de Córdoba	ISO 9001:2015
191	Secretaría Judicial de la Fiscalía General - Ministerio Público Fiscal	ISO 9001:2008
192	Secretaría Legal y Técnica	ISO 9001:2008
193	Servicio de impuestos nacionales	ISO 9001:2015
194	Servicio Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad Alimentaria - SENASAG	ISO 9001:2008
195	Servicio Nacional de Verificación de Exportaciones (SENAVEX)	ISO 9001:2008
196	SI.PRO.SA - Dirección General de Recursos Financieros - DFCD - Programa Sumar (Tucumán)	ISO 9001:2008
197	Sindicatura General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	ISO 9001:2008
198	Sindicatura General de la provincia de Salta	ISO 9001:2008
199	Sistema de Emergencia 911 - Ministerio de Seguridad de la provincia de Salta	ISO 9001:2008
200	Sistema Integral de Emergencias 911	ISO 9001:2015
201	Subsecretaría de la Dirección General - Secretaría privada, despacho, ceremonial y protocolo del Honorable Senado de la Nación	ISO 9001:2008
202	Subsecretaría de Actividades Portuarias del Ministerio de la Producción de la	ISO

	provincia de Buenos Aires	9001:2008
203	Subsecretaría de Proyectos de Urbanismo, Arquitectura e Infraestructura (SSPUAI)	ISO 9001:2008
204	Subsecretaría de Tecnología de la Información	ISO 9001:2015
205	Superintendencia de Administración de la Policía Federal Argentina	ISO 9001:2008
206	Superintendencia de Investigaciones del Tráfico de Drogas Ilícitas	ISO 9001:2008
207	Superintendencia de Riesgos del Trabajo	ISO 9001:2015
208	Superior gobierno de la provincia de Tucumán	ISO 9001:2008
209	Suprema Corte de Justicia de la provincia de Mendoza - Salas I y II	ISO 9001:2008
210	Tesorería General de la Nación	ISO 9001:2008
211	Tesorería General de la provincia de Buenos Aires	ISO 9001:2008
212	Tribunal de Cuentas de la provincia de Catamarca	ISO 9001:2008
213	Tribunal de Cuentas de la provincia de Córdoba	ISO 9001:2008
214	Tribunal de Cuentas de la provincia de La Pampa	ISO 9001:2008
215	Tribunal de Cuentas de la provincia de San Juan	ISO 9001:2008
216	Tribunal de Cuentas de la provincia de Santa Fe	ISO 9001:2008
217	Tribunal de Cuentas de la Municipalidad de Santa Fe	ISO 9001:2008
218	Tribunal de Gestión Judicial Asociada en lo civil, comercial y minas N° 1	ISO 9001:2008
219	Tribunal Electoral de la provincia de Misiones	ISO 9001:2008
220	Tribunal Fiscal de Apelación de la provincia de Buenos Aires	ISO 9001:2008
221	Tribunal Municipal de Cuentas - Municipalidad de Rosario	ISO 9001:2008

222	Programa Sumar - Provincia de Santiago del Estero	ISO 9001:2008
223	Unidad Central de Bomberos y Gae "Nataniel Aguirre" de la Policía Boliviana	ISO 9001:2008
224	Unidad Central de Contrataciones	ISO 9001:2008
225	Unidad de Auditoría Interna de Educ.ar - Sociedad del Estado	ISO 9001:2008
226	Unidad de Auditoría Interna de la A.P.R.A. - GCBA	ISO 9001:2008
227	Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Educación	ISO 9001:2008
228	Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Modernización, Innovación y Tecnología de la CABA	ISO 9001:2008
229	Unidad de Financiamiento Internacional de Salud - MSAL	ISO 9001:2008
230	Universidad de Buenos Aires - Subsecretaría de Asuntos Jurídicos	ISO 9001:2008
231	Universidad Nacional de La Matanza - Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales	ISO 9001:2008
232	Universidad Nacional de Tucumán - Facultad de Ciencias Exactas y Tecnología	ISO 9001:2015

Fuente: Elaboración propia a partir de fuente secundaria de datos, proporcionada por el organismo certificador IRAM.

## **5. Anexo V - Entrevistas y material fotográfico**

**Entrevista N°: 1**

**Fecha:** 15/05/2018

**Puesto/Función:** Coordinadora del Centro de Salud desde hace 17 años, Médica generalista

**Paola:**

1. ¿Cómo describirías tu función y las tareas que realizás en el CAPS?

**Doctora:**

Justamente, soy coordinadora. No soy jefa de nadie. Mi función es coordinar las actividades de cada uno de los integrantes del equipo para trabajar en forma ordenada, para trabajar en forma disciplinada en cada una de las áreas. Cada área tiene un responsable con quien yo hablo, a quien yo me dirijo y así en forma conjunta tomamos decisiones.

**Paola:**

2. ¿Desde qué año funciona el CAPS?

**Doctora:**

Mirá, cuando yo llegué en el año 2002 a este Centro Primario, ya estaba funcionando en una casita donde los dos dormitorios eran los consultorios, la sala de espera era el comedor y la cocina era la enfermería. Luego, al año siguiente, se comenzó la construcción del Centro Primario, que duró un año, mientras tanto estuvimos funcionando en diferentes lugares, en el Centro Vecinal un tiempo, luego pasamos a la casita de enfrente que es de PVC, que también son dos habitaciones y un pasillo. Finalmente, en el año 2008 nos entregaron esta nueva infraestructura grande, donde hacíamos eco acá adentro, no teníamos muebles, no teníamos nada, no existían en ese momento los fondos propios del Plan Nacer/Sumar, pero al cabo de un tiempo llegó el Programa y empezamos a generar fondos propios.

**Paola:**

3. ¿A partir de qué año comenzaron a trabajar con los recursos propios generados por el Programa Sumar?

**Doctora:**

En el año 2007. Nosotros ingresamos a este edificio en enero de 2008. Para nosotros, en el año 2008 era un Programa más, veníamos con la idea de que nunca obteníamos nada para el Centro Primario, entonces era imposible creer lo que nos decían, a qué venía el Programa Nacer/Sumar. Decían que íbamos a generar fondos propios, que íbamos a trabajar por nuestros recursos pero nosotros no creíamos esa cuestión. Fuimos avanzando, comenzando a creer, me acuerdo cuando nos vinieron a hablar del Programa y a decirnos en qué consistía, yo me entusiasmé como coordinadora y entonces dije “podemos nosotros mejorar y podemos intentarlo” [sic].

Me acuerdo que la primera factura que emitimos del Centro de Salud fue por \$ 1.700, ¡y para mí era un montón de plata...! ¡un montón de plata! A partir de ahí debíamos tomar por meta que cada mes sea más y sea más... Entonces, ¿ahí qué hice yo? Para poder trabajar con el equipo me reuní con ellos y los invitaba al Programa. No fue una bajada [de línea] de decir “ustedes tienen que hacer esto y esto y esto para que podamos crecer”, los invitaba y les decía: “El Programa funciona así, el nomenclador contempla esto, si lo hacemos podemos mejorar nuestra situación, el dinero está, el trabajo está”.

**Paola:**

4. Les hablabas de algo que era difícil de entender en ese momento, porque no había ninguna experiencia de financiamiento por resultados en salud.

**Doctora:**

Claro, hasta a mí me resultaba imposible de creer.

**Paola:**

5. ¿La gente cómo lo tomó en principio? ¿Bien? ¿Lo entendió?

**Doctora:**

Al principio con mucha desconfianza, pero era una buena oportunidad para crecer. Mirá, en principio éramos 17 personas trabajando, actualmente somos 41. ¿Cómo pasamos de esos 17/18 que éramos a los que somos hoy? Fuimos formándonos, creyendo en el Programa de manera tal que cada integrante que se fue sumando fue amoldándose a nuestra forma de trabajo.

**Paola:**

6. ¿Y qué creés que es eso? ¿Qué aprendieron?

**Doctora:**

Fueron tomando de la experiencia de cada uno y fueron viendo resultados, porque yo como coordinadora no hice diferencia entre si algún área aportaba al Programa o no. Porque hay algunas áreas que tienen muy poco aporte al Programa, no porque ellos no quieran hacer el trabajo sino porque sus tareas no están contempladas en el nomenclador. Ejemplo: el área de kinesiología, lo único que pueden facturar es kinesio respiratoria nada más, entonces es muy poco lo que ingresa, sin embargo vos vas al gimnasio y todo lo que ves se compró con fondos propios generados por el Programa Sumar.

No se hizo diferencia, en lo que nosotros vimos y decidimos qué comprar. Decidimos por la comunidad, no por nosotros, nos preguntamos qué necesita la comunidad...

**Paola:**

7. ¿De alguna manera el trabajo de todos era importante para el resultado final?

**Doctora:**

Exactamente. Porque comprendimos todos que nuestra finalidad es la atención de calidad a la comunidad. Entonces por ejemplo fuimos definiendo prioridades, es decir: “esto lo necesitamos urgente, esto puede esperar un poquito”, las comodidades nuestras como equipo fueron esperando, pero después comprendimos que era necesario mejorar todo. Por ejemplo, los calores intensos que hay en La Rioja en el verano son terribles, entonces era realmente inhumano tener la parte administrativa sin aire acondicionado, ellos tienen que estar en la atención al público, tienen que aguantar un montón de cosas y siempre con una sonrisa a flor de piel con la comunidad, y es imposible mantenerla con más de 40°C... es imposible. Dijimos: necesitan tener un aire

acondicionado acá y nosotros necesitamos otra cosa, pero el aire no puede faltar acá, ellos se merecen trabajar cómodos para dar un servicio de calidad.

**Paola:**

8. Bueno, nuevamente volvemos a la idea de contribuir al resultado final. Atender con una sonrisa contribuye al resultado final, ¿no?

**Doctora:**

Claro, dar un servicio de calidad significa que la gente venga, que la gente nos recomiende, que cuando hacemos las encuestas preguntamos si serían capaces de recomendarnos y ¿qué nos dicen? Que sí. ¿Por qué? Porque está limpio, porque está ordenado, porque los médicos son buenos, fuimos viendo un montón de cosas.

Hoy, gracias a Dios, sigue existiendo el Programa, pero cada vez son menos las cosas que tenemos que comprar. Empezamos con que nos faltaba todo, hoy es muy poco lo que nos falta. Vamos mejorando la parte de infraestructura, mejorando las paredes, trabajamos en el mantenimiento, porque ya el equipamiento médico está, cada consultorio está completo.

**Paola:**

9. A partir de esta experiencia, ¿creés que es posible el financiamiento de la salud asociado a metas sanitarias?

**Doctora:**

¡Claro que sí! No existe mejor gestión que con metas claras y al mismo tiempo autofinanciarse uno mismo, porque uno sabe las necesidades que tiene y entonces dice: “Bueno, a ver, necesitamos oxímetros, no tengo detector de latidos... falta esto, necesitamos lo otro”. Eso hace que la calidad de la atención y el mejoramiento para la comunidad nuestra esté mejor.

Por ejemplo, el otro día me reuní con gente de Salta, yo le[s] contaba de nuestra experiencia con el Programa, que disponíamos de nuestro dinero y ellos me contaban que pidieron al ministerio que les compraran estufas... ¡estufas! Estamos hablando de tener estufas en

un consultorio... ¡Eso es algo que no va, porque atendemos niños...! Podemos tener un accidente. Pero bueno, el caso es que como no tenían estufas les enviaron... ¡sillas!

Ellos dijeron: “Les pedimos estufas”. Y les contestaron: “Bueno, no hay Doctora, pero le mandamos sillas...”. Esas son las cosas que pasan cuando la decisión de la aplicación de los fondos está centralizada en los ministerios.

La diferencia es tener la libertad de decidir en función de las necesidades, por eso funciona Sumar, porque cada Centro de Salud puede administrar sus fondos y decidir qué necesita. Yo no creo que si sacan el Programa Sumar y lo maneja el ministerio no sé si vamos a seguir funcionando tan bien [sic].

**Paola:**

10. Entonces la libertad de aplicación de fondos, ¿contribuye a mejorar la gestión, considera que eso es así?

**Doctora:**

¡Claro! Mi gestión dependió en gran medida del Programa Sumar. ¿Por qué yo estoy bien como gestora, como coordinadora? Porque he tenido un Programa que me ha respaldado, porque si no hubiera existido este Programa yo seguiría con un escritorio de chapa, todo roto, no sé si finalmente me hubieran mandado muebles... es muy probable que me dijeran: “Ya tiene ventilador Doctora, para aire [acondicionado] no hay”.

**Paola:**

11. Bueno, pero te podrían decir que el Centro de Salud no tiene capacidad para hacer un uso eficiente de la aplicación de fondos, ¿no? ¿Cuál es el secreto para hacerlo bien? ¿Esto de planificar bien y gastar en lo que corresponde? ¿Qué creés que pasó?

**Doctora:**

Pasó que al nosotros evaluarnos a través de los indicadores que tenemos en el Programa primero, y los que tenemos por la implementación de la Norma ISO 9001 en forma interna y el Programa a través de las trazadoras que hablan de la calidad de la atención, eso hace que podamos decir lo

que estamos haciendo bien, lo que estamos mejorando y lo que tenemos que mejorar en la calidad de la atención.

Además, el Programa nos enseñó a incorporar herramientas que nos permite hacerlo bien, por ejemplo la herramienta PAF<sup>61</sup>, es una herramienta que nos enseñó a usar el Programa Sumar, es una herramienta democrática del equipo para planificar el uso de fondos.

La incorporamos en el año 2010. Esta herramienta nos permite definir (usamos un afiche) que cada área ponga sus necesidades. Desde computadoras, pasando por equipamiento médico hasta cortinas, y entre todos definen el orden de prioridades, en base a urgencias, en base a necesidades, en base a la demanda de los pacientes. Esa herramienta democrática hace que todo el equipo se sienta parte. Se sienten parte, porque yo no decido sola.

**Paola:**

12. Contame, ¿cómo es el mecanismo de planificación y participación?

**Doctora:**

Mirá, te muestro. Acá tengo el de 2017. Esta es una herramienta que se bajó desde la UGSP y de la UEC, y nosotros la incorporamos.

Acá ponemos cada área: enfermería, nutrición, terapia ocupacional, en fin... todas las áreas y dejo ese afiche 15 días colgado en la Administración y pongo ahí la fecha de la reunión para definir esto.

Entonces ellos acá escriben todas las necesidades que tienen, por área. Cuando hacemos la reunión empezamos a ver, por ejemplo, ambo[s]: la mayoría pidió acá, para trabajar, y ahí discutimos. ¿Compramos los ambos? Decidimos si compramos ambos. Aquí piden pilas recargables. ¿Para qué? Cada uno defiende lo que pide y entre todos decidimos si compramos eso o no.

Por ejemplo, acá todas las áreas habían pedido una pava eléctrica... Pensamos entre todos y todos dijimos que no, porque tenemos la cocina con gas, ¿para qué vamos a comprar una pava eléctrica? Es decir, a pesar de que todos lo habían pedido, [luego] todos dijeron que no.

---

<sup>61</sup> PAF: Plan de Aplicación de Fondos.

Es decir, esta herramienta le permite al equipo de trabajo reflexionar. Luego hacemos una lista de las cosas que finalmente definimos que tenemos que comprar: instrumental médico, artículos de librería, muebles, entre otros, y luego hacemos una lista con las prioridades. Aquí ponemos qué vamos a comprar primero, qué vamos a comprar después. Así lo venimos haciendo todos los años.

Entonces todo el equipo sabía, cada año fuimos mejorando y además cada año la lista de necesidades se fue achicando porque las cosas que se han comprado ya las tienen y no las necesitan. Tanto, que este año 2018 le decía a la kinesióloga: “¡No pusiste nada en la lista para comprar!” Y ella me dijo: “Es que, Doctora, ya no sé qué pedir...” Eso me da la pauta que su gimnasio está completo. La psicopedagoga solo pidió artículos de librería, libros de cuentos, libros de juegos y otras cosas lúdicas.

**Paola:**

13. ¿Vos ves que la gente trabaja mejor, más motivada, más comprometida, a partir de contar con lo que necesitan?

**Doctora:**

¡Claro! Porque así la gente se involucra mejor en su trabajo y en el Programa. Porque saben que todo lo que ellos hagan en la atención diaria cuando atienden a la gente, eso finalmente se transforma en un número y ese número es para mejorar no solamente la calidad de la atención del paciente en forma directa sino también ellos, porque van a tener los elementos necesarios para trabajar más cómodos y mejor. Trabajan más cómodos, más comprometidos y tienen lo que piden.

No solamente en el equipamiento sino también en las capacitaciones, las capacitaciones internas que hacemos acá entre nosotros, por ejemplo: yo les digo todos los años que presenten proyectos y ellos presentan diferentes proyectos (proyectos para adolescentes, proyectos para tratar patologías crónicas, taller de estimulación cognitiva para adultos mayores, entre otros), entonces el equipo presenta propuestas para capacitarnos internamente y así hablar todos el mismo idioma, y para que se puedan hacer charlas a la comunidad. También se puede capacitar a través del Programa Sumar, yo los incentivo a que se capaciten a través del Programa.

Si hay una capacitación allá en Buenos Aires, que vayan. Por ejemplo: ahora hay una capacitación sobre enfermedades celíacas y la nutricionista me dice: “Doctora, ¿podré ir a esa capacitación?” Y yo le digo: “¿Cómo que no? Solo tienes que animarte a hacer todos los trámites, la inscripción, la factura”. Y ya saben ellos que lo que paga el Programa Sumar es la inscripción al curso, no el viaje ni la estadía, pero saben que tienen esa posibilidad. Por supuesto siempre capacitaciones que involucren todo lo referido a atención primaria de la salud, y bueno, lo hacen.

**Paola:**

14. Con esto la gente trabaja mejor y además se capacita, ¿es así?

**Doctora:**

La gente se siente apoyada, siente que el Centro Primario a través del [Programa] Sumar satisface las necesidades que tiene en su formación. Sienten que no están acá solo para que venga la gente y no les den nada, no. Sienten un reconocimiento y eso es lo que yo quiero. Si hay algo que han reclamado siempre es que, si entra tanto dinero por el [Programa] Sumar porque no hay hacia ellos un reconocimiento particular económico, monetario. No está ese reconocimiento, no sale del Programa Sumar en La Rioja, no es que no salga de mi gestión, sino que en el [Programa] Sumar no existe, sí existe en otras provincias un reconocimiento económico particular, pero acá no. ¿Entonces cómo hago yo para satisfacer particularmente a cada uno de los integrantes? A través de la capacitación, que eso es en forma individual... capacítense en lo que ustedes quieran. Segundo, en la compra de los ambos, un ambo por año y la capacitación cuando ellos quieran, y siempre y cuando la temática forme parte de la atención primaria de la salud. Entonces ese es el reconocimiento personal, no hay plata, pero es lo que les podemos dar y lo hacemos.

Pero la gente siente que está reconocida en otros aspectos. Lo que hicimos el año pasado fue entregar un premio, un reconocimiento mediante un diploma a los que más se capacitaron, porque hicimos el ranking a través de una mejora que incorporamos por la Norma ISO 9001, hicimos un ranking de capacitación. Así que tenemos el libro de capacitación y después lo tenemos en un Excel en forma de números, por ejemplo: tal persona... tantas horas de capacitación. ¿Tú quieres saber en qué se capacitaron? Vamos al libro. Se hizo un ranking y a los dos integrantes que más se capacitaron se les hizo ese reconocimiento, no solamente del diploma sino también una licencia de días. Al primer lugar se le dio una licencia de 5 días y al segundo

lugar una licencia de 3 días, y quedaron contentos. Eso fue la primera vez, pero para este año están a la pelea de las capacitaciones, porque saben que van a tener un incentivo a fin de año.

**Paola:**

15. ¿Considerás que con el tiempo han aprendido mucho más? ¿Que la experiencia que fueron transitando con el Programa les permitió generar una cultura evaluativa, donde evalúan lo que hacen, analizan los errores, mejoran continuamente y aprenden?

**Doctora:**

Sí, fuimos aprendiendo entre todos. Y digo entre todos porque a pesar que yo hice mi residencia como médica generalista, todo esto que yo aprendí en la conducción, lo aprendí en el camino, a mí no me enseñaron a coordinar en la residencia, yo lo fui aprendiendo en el camino y quizá sea mi signo de Libra, de la balancita, de ir equilibrando las cosas, de tener cintura, de ir sorteando los obstáculos, de ir negociando, porque en esto hay que negociar, acá no puede ser blanco o negro, no llegás a ningún lado así, tiene que haber tintes grises y esos tintes grises han sido los que a mí me han favorecido a poder trabajar en equipo [sic], sin perder la línea del respeto, yo siempre he sido “la Doctora”, “la coordinadora”, ya el tuteo para mí es saltar un poquito la línea, aquí nadie me tutea... en la calle sí, por ahí con alguno de mis colegas médicos, puede ser que me tuteen, pero acá no. Nos hablamos con respeto, yo creo que eso hace que podamos trabajar en equipo, coordinados y con respeto.

**Paola:**

16. ¿Qué es lo que les aportó la Norma ISO 9001, luego de la implementación y certificación?

**Doctora:**

Cuando me llamaron de la UGSP por teléfono y me dice que necesitaba hablar conmigo [sic], pensé: “¿Qué macana me habré mandado?”

Bueno, fui... pero con temor. Y ahí ella me ofrece esa posibilidad de certificar, la verdad no entendía nada, honestamente no sabía de qué se trataba esto. Entonces pensé: “Esto es mostrar lo que yo estoy haciendo, esto es poder decir al otro cómo estoy trabajando y a lo mejor ellos

desde su institución me puedan ayudar a mejorar porque acá nosotros no tenemos capacitación como coordinadores”. Entonces pensé: “Sí, lo voy a hacer, yo lo decidí como coordinadora, ahora me tocaba convencer al equipo”. Primeramente no entendían de qué se trataba, yo les decía: “Esto se trata de mostrar lo que hacemos”.

De alguna manera esto nos legitimaba, no es lo mismo que venga alguien de afuera y que lo diga. Así fue como comenzamos a trabajar, si bien yo venía trabajando en la organización de la institución a través de todo lo aprendido con la incorporación del Programa Sumar, no habíamos incorporado indicadores que me midan mi calidad interna. Entonces la Norma ISO 9001 me incorporó los indicadores, me permitió ver cómo podía valorar yo mi calidad de atención y mejorar en algunos aspectos para el equipo: cómo es esto del reconocimiento de la capacitación. O sea, nos dio legitimidad social pero, además, nos ayudó a mejorar aspectos vinculados a la gestión.

**Paola:**

17. ¿Vos creés que podrían haber certificado tan rápido si no hubieran tenido la experiencia previa del Programa Sumar?

**Doctora:**

Nunca lo podría haber hecho sin el Programa Sumar. Porque la calidad de atención no solo tiene que ver con la formación de los recursos humanos que uno tiene, sino también qué es lo que vos le podés brindar a la comunidad. Si yo tengo un consultorio pelado, donde tengo un estetoscopio porque yo lo traigo, no porque me lo dieron en el Centro de Salud, con los muebles antiquísimos, donde no tengo un oxímetro de pulso, no tengo para hacer un test de glucosa, se trataría nada más que de una consulta en Guardia... te escucho, acá tenés la receta y nos vemos. Sin embargo, a través de Sumar nosotros hemos fortalecido la institución no solo con todo lo que es mobiliario, sino también con todo el instrumental médico que se necesita para poder trabajar con calidad en el consultorio, no que el paciente tenga que salir y decirle: “Andá para allá que te van a tomar la presión, andá para allá que te van a hacer el test de glucemia... no, lo tiene todo adentro de su consultorio y eso no lo podríamos haber hecho sin Sumar.

Por eso te digo que en mi gestión como coordinadora tiene mucho que ver Sumar, porque quizás yo hubiera tenido toda la buena voluntad de equipar el Centro de Salud pero si no hay fondos no se puede hacer nada.

**Paola:**

18. Independientemente de todas las cosas materiales que pueden tener con el Programa, ¿existe un vínculo entre el aprendizaje del Programa y la capacidad de implantación de herramientas nuevas, a partir de la experiencia grupal?

**Doctora:**

Esa capacidad de planificar, implementar cosas nuevas, viene del Sumar, viene de ahí. Aprendimos con el Programa y en equipo. Ellas saben que si tienen la decisión de hacer algo, que cuentan con los recursos materiales, saben que a través del fondo Sumar lo van a tener. Entonces no está mal planificar algo. Nunca podríamos haber tenido esta capacidad sin la experiencia del Sumar.

El año pasado, cuando les di el certificado por las capacitaciones, terminó con que ellas me dieron un certificado para mí, bueno terminó todo con un mar de lágrimas, porque me decían “nunca lo habríamos logrado sin su gestión y la estimulación a mejorar”, eso me han puesto en el certificado.

Falta reconocimiento del ministerio, ¿pero sabés cuál es mi única meta? Mi única meta es no irme del Centro de Salud como coordinadora sin haber dejado una huella, no quiero que pasen diez años y no se acuerde nadie de mí... trascender... pero trascender con ellas, con el equipo... no importa si desde el ministerio no pasa nada... a veces me han llamado del ministerio para ir a trabajar allá pero yo sigo siendo de acá, yo soy de la trinchera, yo sigo siendo indio, los caciques están allá. Lo primero que tiene que existir para ser indio es pasión... pasión por lo que uno hace... si no existe pasión... vos estás controlando el reloj y no ves la hora de irte. Hay gente que me pregunta: “¿Te pagan más por hacer eso?”, y yo les digo: “No, pero mejora mi gestión”. Y me dicen: “Yo, ni loco”. Entonces yo pienso: “No me puedo comparar con ellos, tienen la mente muy chiquita... yo elijo seguir volando alto... Trabajá en silencio, que el ruido lo harán tus actitudes”, le digo al equipo.

**Paola:**

19. ¿Cuánta población tienen a cargo?

**Doctora:**

Aproximadamente 12.000 habitantes, siete barrios a cargo, de los cuales solo cuatro tengo cubiertos, el resto está descubierto, es decir no tengo agentes sanitarios. Pero es una población a cargo, si yo tengo una embarazada ahí o una familia en riesgo hay un agente sanitario que se va a acercar, o sea no es que no sepamos nada de ellos. Si tenemos algo que nos llama la atención, se designa un agente sanitario para esa familia.

**Paola:**

20. ¿Qué características tienen esa población, en general?

**Doctora:**

Depende de los barrios, te puedo decir el Barrio Ferroviario es un barrio de población de mayores, la mayoría son viejitos, la mayoría tienen obra social. Entonces es una población que la dejamos sin agente sanitario. Aparte, queda distante del Centro Primario y muy pocos vienen para acá, tiene más llegada hacia el centro y como tienen obra social la mayoría van a sus médicos particulares. Después tengo el Barrio Sembrador, que son cuatro manzanas, que son una población joven, padres jóvenes y por lo tanto muchos niños, muy poca población adulta. Tengo otro barrio que es población grande, padres, hijos y nietos... muchos. Porque es una población donde se entregaron las viviendas hace mucho tiempo a los padres, los padres están ahí con los hijos y los hijos ya tuvieron hijos entonces siguen estando ahí. Son diferentes poblaciones, diferentes barrios de acuerdo a cómo se han ido formando.

En el Barrio Sembrador que te decía, son todos jóvenes. Eso era un asentamiento y al asentamiento, ¿quiénes van? La gente joven, ponen sus cuatro palitos, su plástico y ocupan su lugar... y así permaneció en ese asentamiento hasta que finalmente vinieron, les dividieron los terrenos y les hicieron las casitas. El Barrio Ferroviario es viejo. La población es diferente en cada barrio, en general es gente con muchas necesidades.

**Paola:**

21. Hay algo que me llama la atención y es que son toda mujeres. ¿Cómo es la relación con la comunidad? ¿Las respetan? ¿Les costó al principio?

**Doctora:**

No, no, no... nunca nos costó. Yo desde que estoy acá somos mujeres, tenemos solo una persona masculina. ¿Qué es lo que ocurre? Cuando yo llegué acá ya éramos todas mujeres y siempre me mandaron mujeres, no sé dónde está el quid de la cuestión... nosotros no seleccionamos personal, al personal lo manda el ministerio y siempre llegan mujeres. Para mí es más fácil, porque podemos hablar el mismo idioma. No hemos tenido problemas para trabajar con la comunidad.

Sí, ahora estamos reforzando por cuestiones de seguridad la salida de las agentes sanitarias... pero por una cuestión de seguridad siempre salen dos agentes juntas, van acompañándose: hoy te acompaño yo a tu barrio, mañana me acompañás vos al mío.

**Paola:**

22. ¿Qué servicios presta el Centro de Salud?

**Doctora:**

Medicina general, tocoginecología, odontología, kinesiología, nutrición, psicopedagogía, terapia ocupacional, enfermería y trabajo en terreno con los agentes sanitarios.

**Paola:**

23. ¿Hay algo que no te haya preguntado?

**Doctora:**

Bueno a mí me gustaría no aclarar, sino más bien terminar esta charlita que tuvimos, justamente destacando que el objetivo, que la meta que estamos cumpliendo nosotros como institución pública se ha logrado gracias al Programa Sumar, a través de los fondos que nos otorga Sumar. Los fondos llegan, porque el equipo trabaja, porque la atención se realiza todos los días, pero si esto no se registra, los fondos no llegan, entonces esto se ha logrado con trabajo.

Fundamentalmente quiero destacar que esto no lo podría haber logrado yo sola, esto se ha logrado porque el equipo ha entendido de qué se trataba Sumar, luego de qué se trataba la Norma ISO 9001 y lo hemos podido hacer en conjunto. Destacar fundamentalmente esto.

Yo cuando voy al ministerio, me dicen: “Doctora, qué lindo que trabaja el Islas Malvinas”. Y yo pienso: “Trabajamos en conjunto, aprendemos en conjunto, aunque no todos volamos para el mismo lado, tenemos diferencias pero eso hace rico al equipo... que haya diferencias”. Yo siempre les digo: “No todos tenemos que pensar lo mismo, tu opinión, tu opinión vale... todo es valedero... de ahí saquemos algo y acordemos, y fundamentalmente no tener miedo a equivocarse, si nos equivocamos de eso vamos a aprender... de eso vamos a aprender... ahí está la clave del éxito, porque evaluándonos podemos cambiar, podemos mejorar”.

**Paola:**

24. Ahora se me vino otra cosa a la cabeza, aprovecho y te la pregunto: el trabajo que hacen los agentes sanitarios de salir a buscar a la gente, ¿lo tuvieron siempre? ¿Se fortaleció con el Programa Sumar?

**Doctora:**

Esto siempre existió, aun sin Sumar, porque la función del agente sanitario es trabajar con la comunidad, es la extensión del Centro de Atención Primaria en la comunidad, es el brazo derecho del Centro Primario. Ellos tienen una población a cargo, 300 familias a cargo, a las cuales en tres meses tienen que visitar, haciendo más o menos una carga de cinco familias por día. Por eso el fortalecimiento en cuanto a capacitación, para que ellos al ser nuestra extensión del Centro Primario, tienen que estar capacitados para poder responder ante la comunidad a determinadas inquietudes, saber cuándo derivar, saber cuándo decir “tienen que ir al Centro Primario”, o saber controlar las vacunas, o saber controlar a los abuelitos que están en una situación de vulnerabilidad. Nuestra prioridad es la población más vulnerable: los niños, los abuelitos y esto que es un binomio: la mamá con su bebé. Esa es la población en riesgo con la que trabajan ellos.

Lo único que me dificulta trabajar con ellos no es en lo que tienen que hacer, es la disparidad económica que tiene cada uno, uno es de planta permanente, el otro de planta transitoria, el otro es de un plan social, el otro tiene una beca, el otro tiene una tutoría...

**Paola:**

25. ¿Y cómo hacés para homogeneizar ese equipo con tanta disparidad económica y que puedan trabajar bien?

**Doctora:**

Observar los resultados de salud de su comunidad. Yo entiendo que es difícil, tengo dos personas que cobran \$ 1.600 cada una, pero el trabajo es ese, trabajar con la comunidad. Pero sumamos la vocación, con los resultados de ver que tu trabajo hace a la mejora de la comunidad y además la flexibilidad... Si no podés hacer las cinco casas del día porque tenés hijos, visitame a la gente que está en riesgo.

**Paola:**

26. Dentro del efector, ¿cómo hacés para que esa gente se identifique como equipo?

**Doctora:**

Las capacitaciones, el ambo que usan para trabajar, que los valoriza frente a la comunidad, a ellos no les corresponde ningún día... nada. Pero yo entiendo que pueden tener una dificultad con sus hijos, con sus familias, una llamada que me diga: "Doctora, no puedo ir, que tengo este inconveniente". Bueno, listo, ya existió la comunicación, mañana nos encontramos. Ahí es donde vamos negociando, porque cuando yo necesito algo, yo recibo el mismo trato.

Generamos un ambiente de trabajo donde exista igualdad a pesar de todo. Ese es el secreto, reconocer su trabajo y cuando la institución los necesita ellos están, y cuando ellos necesitan de la institución también está.

**Paola:**

27. ¿Qué aprendieron en todos estos años?

**Doctora:**

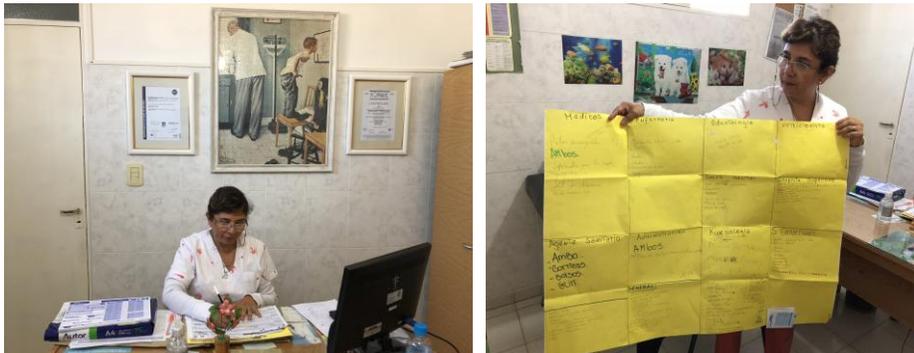
Aprendimos a trabajar en equipo. Aprendimos a conocer por qué trabajamos así y para lograr qué. No a ir en forma automática... tengo que llenar esta planilla, esta otra y no entender para qué. Entonces... hacemos esto porque queremos lograr esto [sic]. El principio y el fin, eso aprendimos.

**Paola:**

28. Muchas gracias, Doctora.

**Doctora:**

No, gracias a vos.



**Figura 1: Directora del Centro de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja.**

**Figura 2: Directora del CAPS, mostrando la planificación de necesidades de cada área.**

**Entrevista N°: 2**

**Fecha:** 15/05/2018

**Puesto/Función:** Psicopedagoga del Centro de Salud “Islas Malvinas” desde el año 2015

**Paola:**

1. ¿Cómo describirías tu función y las tareas que realizás en el CAPS?

**Psicopedagoga:**

Soy Licenciada en Psicopedagogía. Estoy en el Centro de Salud desde el 2015, estoy transferida porque vengo de la Dirección de la Niñez y Adolescencia. Estuve más de veinte años trabajando en el equipo técnico y por distintas razones todos los del equipo de niñez fuimos transfiriéndonos a salud. Antes que yo llegara a este Centro Primario, tuve una entrevista con el jefe de la Zona Sanitaria 1 y allí él me recomendó que por la metodología de trabajo, por la coordinación que tenían con la Doctora y todo lo demás, este Centro de Salud era uno de los pocos, mejor dicho el único, que estaba certificado en la Norma ISO 9001, lo cual daba cuenta de la calidad del servicio, de la forma de trabajo. Y bueno, a mí eso fue lo que me motivó a venir, de incorporarme a este equipo de trabajo, a este equipo de salud. Después lo pude constatar, con el tiempo, que realmente era así lo que te decían.

Mi tarea es hacer diagnóstico y tratamiento psicopedagógico de niños y adolescentes que presentan bajo rendimiento escolar, que tienen dificultades que hacen a la dinámica familiar, y lo otro que me gusta mucho hacer es trabajo comunitario. Así que con la Licenciada en Nutrición estamos ejecutando un proyecto, que es la segunda etapa... el año pasado hicimos la primera, que es para el nivel inicial.

Trabajamos con todos los jardines del área programática, con todos sus niños sobre educación alimentaria y pautas de aprendizaje, es decir, cómo influye la alimentación en el proceso de aprendizaje. Digamos que este es un sector bastante crítico, con muchas falencias, con muchas necesidades, estamos teniendo excelente apertura de la gente, de los directivos. En el 2018 estamos involucrando escuelas primarias, que son muchos los establecimientos del área programática.

Yo estoy muy contenta con mi tarea, el tema de registrar todo en el sistema, eso organiza mucho nuestra tarea (Historia Clínica Digital). Agiliza muchísimo todo, es un gran avance, a veces registramos en papel si se nos cae Internet, pero es un gran avance.

Yo acá tengo todo lo que necesito, tengo todo acondicionado, tengo mi computadora para trabajar, en invierno hace frío y en verano hace mucho calor y todo está climatizado, es decir, todo favorece a que el trabajo se haga en forma eficiente.

**Paola:**

2. ¿Considerás que todos los recursos que tienen se deben a la forma de financiamiento por resultados?

**Psicopedagoga:**

¡Seguro! Yo vengo de un área del ministerio donde el financiamiento era de tipo tradicional y los materiales eran escasos, por lo que la calidad de trabajo —por más esfuerzo que hiciéramos, por más compromiso y responsabilidad profesional—, se dificulta mucho la tarea [sic]. Entonces se nota mucho la diferencia, cuando tenés un buen equipamiento, buena infraestructura, todo mejora muchísimo... la atención, el desempeño nuestro.

**Paola:**

3. ¿Creés que la posibilidad de decidir en qué se gastan los fondos los empodera, les permite hacer mejor el trabajo?

**Psicopedagoga:**

Exactamente. Además, la coordinadora no toma decisiones en forma arbitraria, sino que todo es consensuado, acordado. Entre todo el equipo se establece cuáles son las prioridades, cuáles son las necesidades, cada área presenta sus necesidades y después entre todo el equipo se llega a un acuerdo, a un consenso sobre las prioridades, lo cual favorece mucho el trabajo en equipo, porque a veces me pasaba en otras instituciones que pedíamos lo que necesitábamos pero las cosas nunca llegaban o nos mandaban cosas que no necesitábamos.

Aquí se hace todo consensuado, todo es en equipo. La Doctora en ese sentido sociabiliza la participación a cada uno de los integrantes del Centro y eso empodera al equipo, de alguna manera nos empoderamos individual y grupalmente.

**Paola:**

4. El sistema de evaluación y monitoreo con el que trabajan a partir del Programa Sumar y la certificación de la Norma ISO 9001, ¿generó un aprendizaje en ustedes?  
¿Por qué?

**Psicopedagoga:**

¡Seguro! Sin duda, porque a partir de los resultados que tenemos se establece un plan de mejoras y en función de eso se va trabajando y la evaluación es permanente... permanente.

**Paola:**

5. ¿Podríamos decir que la evaluación les permite a ustedes actuar, reflexionar, mejorar y aprender?

**Psicopedagoga:**

Exacto, y fortalecer aquellas cosas que estén faltando y también ver los logros que se van obteniendo... eso estimula mucho, así que para nosotros es muy positivo.

En mi caso particular, en la psicopedagogía, la evaluación es un corte necesario y fundamental, justamente si le damos sentido al insumo y al proceso de retroalimentación es fundamental. No solo lo medible, lo cuantificable, sino también la parte cualitativa.

**Paola:**

6. ¿Qué te parece que les aportó la implementación y certificación de la Norma ISO 9001?

**Psicopedagoga:**

Trabajamos mejor y nos habilita ante la sociedad que lo hacemos mejor... ambas cosas.

Internamente facilita el trabajo y por ende la calidad de la atención. Tenemos registros, trabajamos con la tecnología, con la computadora, en cada consultorio... bueno, eso es ya más que positivo y a su vez esto se visibiliza respecto de la comunidad en general. A mí me pasa que en otros lados me reconocen por el Centro de Salud "Islas Malvinas", porque está reconocido por la calidad del servicio, por la atención, por el tema de la certificación de la Norma ISO 9001.

Nos valida, porque alguien de afuera viene y dice: "Esta gente trabaja bien". Como te digo, yo vine a trabajar aquí porque me recomendaron que aquí se trabajaba bien.

Posibilita la incorporación de recursos humanos la visibilización que tiene a partir de la certificación de la Norma.

**Paola:**

7. Con la experiencia que vos traés de otras instituciones, ¿qué considerás que aprendiste aquí de este Centro de Salud?

**Psicopedagoga:**

Muchísimo. Para mí es totalmente nueva esta forma [de trabajar] en el sector público. Es nuevo en todo sentido, yo desconocía esta metodología de trabajo, esta forma de financiamiento, esto en otro lado nunca se vio... no, no.

Estoy todavía incorporando conocimientos, sigo aprendiendo, porque como te digo hace dos años que estoy acá y todo es nuevo. Tuve que aprender a trabajar con el sistema, pero tengo mucho aprendizaje... siento que es un aprendizaje constante, diario te diría, siempre estamos con algo nuevo.

**Paola:**

8. ¿Y te parece que con esta forma de trabajo y esta experiencia novedosa de trabajar es más fácil incorporar herramientas nuevas?

**Psicopedagoga:**

Sí, claro... seguro... porque ya te habilita en otras competencias, te desarrolla otra forma de pensar, otra forma de trabajar, de incorporar información, de sistematizarla... te habilita a nivel cognitivo, a nivel social y a nivel emocional. La verdad te digo, a mí me estimula poder participar de las decisiones, tener un consultorio equipado, tener un espacio, contar con la tecnología.

**Paola:**

9. ¿Hay algo que no te haya preguntado?

**Psicopedagoga:**

No, creo que no, es que hablo tanto que no sé... [risas].

**Paola:**

10. No, para nada. Te agradezco mucho el tiempo y toda la predisposición.

**Psicopedagoga:**

No, por favor.



**Figura 3: Psicopedagoga en el consultorio del CAPS.**

**Entrevista N°: 3**

**Fecha:** 15/05/2018

**Puesto/Función:** Médica generalista del Centro de Salud “Islas Malvinas”

**Paola:**

1. ¿Cómo describirías tu función y las tareas que realizás en el CAPS?

**Médica generalista:**

Yo atiendo específicamente niños a partir de un año de edad para arriba, no hay límite de edad. Todos los que llegan al Centro de Salud los atiendo.

**Paola:**

2. ¿Considerás que el financiamiento por resultados contribuye a la mejora y calidad del trabajo que realizan?

**Médica generalista:**

¡Muchísimo mejoró! Desde que comenzó a funcionar el Programa Sumar. Mejoró la atención, se hicieron mejoras edilicias, se mejoraron las capacitaciones, todo hizo que trabajáramos mejor y por ende se mejorara el servicio. Todo cambió para el bien de todos, para que todos estemos más cómodos y brindemos un mejor servicio.

**Paola:**

3. ¿Cómo valorarías el sistema de aplicación de fondos? Es decir, el esquema que tienen para definir en qué gastan los fondos obtenidos por el financiamiento por resultados.

**Médica generalista:**

Y... eso es muy importante, porque participan todas las áreas con sus necesidades y en una puesta en común nos ponemos de acuerdo en las prioridades para mantener un buen nivel de calidad en el servicio. Pero generalmente se consigue comprar todo lo que se pide, porque ya hace tanto tiempo que está funcionando este sistema que no nos faltan muchas cosas.

Además, tenemos un ejercicio, fuimos aprendiendo, primero era: ¿Vos qué necesitás? Y después ya se pone un afiche en la Administración en cierta época del año, donde todos vamos incorporando nuestras necesidades y luego se hace una reunión con todo el personal y ahí se van viendo las prioridades, con la participación de todos, y eso hace que nuestro trabajo sea distinto, porque tenemos participación. Antes esas eran decisiones que se tomaban desde el ministerio, en cambio aquí somos nosotros —los que prestamos el servicio— los que definimos lo que se necesita, de acuerdo a las necesidades que vemos en el consultorio.

**Paola:**

4. El sistema de evaluación y monitoreo con el que trabajan a partir del Programa Sumar y la certificación de la Norma ISO 9001... ¿Qué pensás de ese modo de trabajar? ¿Generó un aprendizaje en ustedes? ¿Por qué?

**Médica generalista:**

Sí, claro. Es que vamos viendo los errores. Esas evaluaciones nos sirven para ver qué tenemos que ir cambiando, para mejorar la calidad de atención en el servicio. Aprendimos a trabajar en equipo, y ese aprendizaje lo vamos pasando, aprendimos a participar todos en las decisiones, a comprometernos, el aporte de cada uno va al resultado final.

**Paola:**

5. ¿Qué te parece que les aportó la implementación y certificación de la Norma ISO 9001?

**Médica generalista:**

Nos aportó ciertas estructuras que por ahí no la[s] teníamos. Hacíamos las cosas, pero no teníamos una guía por ejemplo. Esto nos permitió regularnos de otra forma. Nos legitimó también, al ser el único Centro que tiene la certificación, llama la atención. Está la percepción de que somos distintos, ¿por qué otros no y nosotros sí? La gente dice “hacen bien las cosas”, a diferencia de otros lugares que no lo tienen [sic].

**Paola:**

6. Con tu experiencia, ¿qué considerás que aprendiste aquí de este Centro de Salud?

**Médica generalista:**

Aplicar un método que nos permita hablar a todos de la misma forma, a tener un mismo sentido de trabajo, a trabajar todos en común para la gente, para el bienestar de la población.

**Paola:**

7. ¿Hay algo que no te haya preguntado?

**Médica generalista:**

No, no.

**Paola:**

8. Muchas gracias.

**Médica generalista:**

No, por favor.



**Figura 4: Médica generalista en su consultorio del CAPS.**

**Entrevista N°: 4**

**Fecha:** 15/05/2018

**Puesto/Función:** Enfermera del Centro de Salud “Islas Malvinas”

**Paola:**

1. ¿Cómo describirías tu función y las tareas que realizás en el CAPS?

**Enfermera:**

Soy Licenciada en Enfermería, me desempeño específicamente en casi todo mi servicio aquí en la “Enfermería para niños” a excepción que por falta de personal, si es necesario, cubro “Enfermería para adultos”.

Mi trabajo acá es completar la Historia Clínica con peso, talla, índice de masa corporal, temperatura, HTA en niños mayores de 6 años, se registra en “Acuario” (Historia Clínica). Y si aplico vacunas de acuerdo al calendario obligatorio nacional —como venga, atrasadito o al día—, se deja registro de todo en la Historia Clínica y le paso a la Doctora con toda la historia completa para que ella haga su parte.

También cuando vacuno a los niños los observo, si tienen un golpe o signos de maltrato o algo que me llame la atención. Si veo algo de eso, los derivo inmediatamente con la Doctora. O cuando atiendo a una mujer adulta y veo algún detalle, algún golpe, ellas tienen más confianza con nosotras y ahí yo inmediatamente comunico a la Doctora o a la profesional idónea que atiende el problema que está padeciendo la persona.

O tengo la complicidad con los adolescentes, que se acercan a preguntar cómo deben hacer para retirar los anticonceptivos, yo les explico a partir de cuándo, por dónde, cuándo ver a la Doctora, porque acá los chicos no tienen esa complicidad con su mamá o su papá, a veces tienen creencias erróneas, mucha falta de información también, y bueno, evacúo todo ese tipo de dudas. Lo importante es captarlos y no dejarlos escapar, es como las vacunas, es una situación que no se te tiene que escapar, no se debe desaprovechar la oportunidad.

Ahora tenemos 24 vacunas en el calendario, más la campaña antigripal. Tenemos mucho trabajo, pero será que amo tanto lo que hago que bueno... A mí no me saquen el trabajo con la gente y menos con los niños... son mis niños, yo siempre pongo música y bueno... todos estos carteles, para que el lugar se vea lindo y ameno, para [que] el que llega aquí a atenderse se sienta cómodo.

**Paola:**

2. ¿Consideras que el financiamiento por resultados contribuye a la mejora y calidad del trabajo que realizan?

**Enfermera:**

Sí, mucho. Nosotros nos vemos identificados con ese modo de trabajar y además nos vemos felicitados muchas veces por nuestros colegas de otras regiones sanitarias y por el servicio de calidad que ofrecemos a la comunidad. A veces me dicen, gente de otra zona sanitaria: “¡Ahí viene la que está certificada y encima es internacional!”, porque hice un curso de capacitación en Barcelona, España. El Programa me pagó la inscripción y yo tuve la buena ventura de sacar un crédito para poder viajar y asistir al Congreso Internacional de Enfermería, fui la única representante de APS<sup>62</sup> La Rioja.

**Paola:**

3. ¿Qué les aportó la certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001?

**Enfermera:**

Nos legitima para afuera. A mí me dicen de todo [sic]. Aunque nosotros siempre hemos estado identificados como el equipo más trabajador, esto nos visibiliza más.

**Paola:**

4. ¿Cómo valorarías el sistema de aplicación de fondos? Es decir, el esquema que tienen para definir en qué gastan los fondos obtenidos por el financiamiento por resultados.

**Enfermera:**

Ese tipo de comunicación, esa manera de aportar ideas entre todos nos permite dar prioridad a lo más importante, a lo más urgente. A mí me da la impresión que al conocer cada uno lo que se necesita en cada área, es más acertado y la decisión es más rápida.

**Paola:**

---

<sup>62</sup> APS: Atención Primaria de Salud.

5. En relación al sistema de evaluación y monitoreo con el que trabajan a partir del Programa Sumar y la certificación de la Norma ISO 9001. ¿Qué opinión tenés de ese modo de trabajar? ¿Generó un aprendizaje en ustedes? ¿Por qué?

**Enfermera:**

Para mí no es un control, yo sé que debo manejarme de esa manera, sé que mis registros deben ser intachables. Genera un autocontrol. Todos trabajamos para mejorar.

Aprendimos que todo el equipo es parte de las decisiones que se toman y también es responsable de esas decisiones. Porque no podés decir “no sé qué pasa en Enfermería”. No... todo el mundo sabe. Yo sé lo que pidió la Doctora y para qué, lo que piden las chicas de psicología, y así. Todos saben cuál es su aporte al resultado final.

**Paola:**

6. ¿Hay algo que no te haya preguntado?

**Enfermera:**

Quisiera decir lo principal: que soy muy feliz con lo que hago, que lo amo muchísimo y bueno, si el tiempo me demuestra que no lo puedo seguir haciendo se verá, mientras tanto sigo firme acá.

**Paola:**

7. Bueno, muchas gracias, fue un placer escucharte.

**Enfermera:**

No, por favor, al contrario. Gracias a vos.



**Figura 5: Enfermera en su lugar de trabajo en el CAPS.**

**Entrevista N°: 5**

**Fecha:** 15/05/2018

**Puesto/Función:** Agente Sanitaria del Centro de Salud “Islas Malvinas”

**Paola:**

1. ¿Cómo describirías tu función y las tareas que realizás en el CAPS?

**Agente sanitaria:**

Soy la referente de los agentes sanitarios y estoy en el área de Promoción. Los agentes sanitarios tenemos un sector a cargo, nosotras en este Centro de Salud tenemos 11 barrios, de los cuales solo están cubiertos pocos porque nos faltan agentes sanitarios. Siete agentes sanitarios estamos cubriendo los distintos barrios y nos harían falta entre siete y ocho más para poder lograr cubrir los 11 barrios. En este momento estamos abocadas a los barrios que requieren mayor atención o que tienen la población que asiste a este Centro en su mayoría.

El agente sanitario es sencillamente el nexo entre el Centro de Salud y la población, es el que simplemente hace la promoción y prevención aunque muchas veces derivamos a las personas con problemáticas de salud que deben ser tratadas por profesionales. Llevamos un seguimiento de cada miembro de la población, si tiene cobertura de sus vacunas, si tiene controles la persona —ya sea niño, embarazada, puérpera, adulto mayor— y ahora en este último tiempo se agrega a toda la población, estamos tratando de trabajar con los hombres, de poder atraer al adolescente, se están implementando programas relacionados con ellos. Ahora se han presentado proyectos para trabajar con el adulto mayor porque también hay que incluirlos en lo que es la atención primaria, y bueno, llevamos a cabo así nuestra función.

Rendimos una información cada tres meses, tenemos un formulario para cada familia que se llama APS1, el APS2 viene a ser el resumen de ronda de la información de los tres meses trabajados, donde se vuelca en modo de números todas las actividades que se realizan con la población. Y los números siempre nos sirven para proyectar lo que haremos o para definir estrategias para la siguiente ronda. Entonces, es un trabajo bastante dinámico, si lo llevamos a cabo como corresponde se puede trabajar muy bien con la población, podemos armar nexos o redes con otras instituciones, facilitarle a la persona la

atención primaria, por eso es muy importante que las personas queden satisfechas con el Centro de Salud y quieran regresar.

**Paola:**

2. Sin esta tarea de ustedes, ¿a veces cuesta un poco que la gente se acerque sola al Centro de Salud, no?

**Agente sanitaria:**

Y un control normal o de persona sana... es muy difícil que hagan. Como el Programa Sumar tiene a las personas en alta por un año, nosotras tenemos que esforzarnos para que las personas continúen con los controles para poder facturar las prestaciones y si no es así debemos buscar la manera de que la población llegue, ya sea con turnos programados, ya sea hablando con algún profesional para que lo atienda en algún momento apropiado.

**Paola:**

3. ¿Qué tipo de problemas se les presentan en el trabajo con la comunidad?

**Agente sanitaria:**

Todo depende de cómo uno se presenta, de cómo es uno como persona, el abordaje que uno tiene, cómo se gana esa confianza. Todo tiene que ver, la preparación, el lograr un vínculo con alguien de la familia y después por ende entrás y trabajás con el resto de los integrantes, o que esa persona nos sirva de nexo con el resto de la familia.

Todo va a depender del agente sanitario, su formación, su capacitación constante, este ejercicio de comunicación abierta con el prójimo y sobre todo ganarse la confianza para que ellos puedan preguntar esos aspectos que a veces son muy íntimos de la familia, o llegar a declarar que algo está pasando en la familia. Por ejemplo, actualmente sabemos que la drogadicción, el alcoholismo, la violencia de género... están presentes en todos lados, en todas las familias aquí, y lograr ayudar a una familia en esos aspectos es algo muy positivo en nuestro trabajo. Porque muchas familias no quieren vivir así y lo dicen, así como hay otras que uno piensa “¿Cómo pueden vivir así?”, pero a la vez tenés que ayudarlos a entender que no es una vida normal, que pueden y deben mejorar. Todo depende de cómo uno aborda el cuadro.

Después tenemos a los adolescentes, que son un tema clave para nosotras este año. Estamos implementando dos programas que hay relacionados con ellos, y bueno, tenemos pautas establecidas que tenemos que seguir y estamos pensando en ir a la población cautiva que son los colegios, ya que tenemos dos escuelas secundarias en nuestro área de cobertura. Entonces allí es un lugar apropiado para llegar al adolescente y hablar de diferentes temas.

Yo todos los años me encargo de recibir a los alumnos de la Facultad de Medicina, ellos vienen a hacer APS a campo y les piden como último [trabajo] práctico hacer un taller en algún lugar o acá mismo en el Centro de Salud. A partir de experiencias de años anteriores hemos ido con ellos a las secundarias y allí uno puede ver cómo el adolescente cuando lo abordás exterioriza lo que necesita, lo que piensa, lo que siente, en fin, lo que necesita; porque siempre terminamos haciendo un buzón de preguntas anónimas y allí entonces uno sabe [sobre] lo que debe charlar el próximo encuentro.

Acá son varios los profesionales que trabajaron el tema, ya que por suerte tenemos psicopedagoga, psicóloga, terapeuta ocupacional, kinesiología, y entonces son un gran apoyo al agente sanitario, todos tratan de aportar para que el adolescente pueda tener su respuesta. Ellos no llegan solos al Centro de Salud, solamente vienen una vez al año porque los traen sus mamás para poder cobrar la Asignación Universal, pero ahí no podemos tratar varios aspectos que son importantes, entonces salimos a buscarlos.

Otra cosa que hacemos es el Día del Adolescente, que es un día a la semana, y ese día a libre demanda viene el adolescente a cualquier horario y pasa por todas las áreas. Estamos trabajando con mucha fuerza el tema del embarazo no deseado, que aquí es un gran problema, hacemos un gran esfuerzo para evitar todo lo que podemos, este es un problema terrible que atraviesa toda la provincia, cuando es muy fácil cuidarse, pero debemos seguir trabajando esto porque es un flagelo terrible.

**Paola:**

4. ¿Considerás que el financiamiento por resultados contribuye a la mejora y calidad del trabajo que realizan?

**Agente sanitaria:**

Sí, por supuesto que sí. Yo siempre veo que cuando alguien viene a este Centro de Salud y lo ven, por ejemplo cuando ven el lugar donde estamos los agentes sanitarios, se quedan

admirados: que es grande, que es amplio, que tenemos comodidades. Entonces siempre saco a relucir que es porque en el Programa Sumar se trabaja como corresponde, se trata de cumplir y abarcar lo que el Programa propone. Ahora, por ejemplo, estamos trabajando en los talleres, no es mucho lo que se paga por taller pero cada persona que se factura también suma y entonces entre todos aumentamos los recursos para atender mejor a la gente y estar más cómodos en nuestro lugar de trabajo. Porque sabemos que es para nuestro beneficio, obtenemos las herramientas que necesitamos, la población se siente cómoda, podemos dar respuestas y soluciones a lo que se nos presenta.

Hay personas que vienen por primera vez y dicen: “Qué bueno que tienen aire acondicionado o que tengan computadoras, o que los consultorios estén equipados con todo lo necesario”. Como por ejemplo kinesiología, el rincón del niño donde está la terapeuta ocupacional, en fin, todos nos beneficiamos.

**Paola:**

5. ¿Cómo valorarías el sistema de aplicación de fondos? Es decir, el esquema que tienen para definir en qué gastan los fondos obtenidos por el financiamiento por resultados.

**Agente sanitaria:**

Y... para nosotros es muy bueno. Ese día que hacemos la planificación, todos opinamos. Y bueno, se ven las prioridades, se explica por qué es prioritario esto o aquello y todos los años, si la persona considera que yo necesito ese elemento en mi área, lo vuelve a poner y así. La coordinadora siempre dice: “En algún momento se te comprará”, y vemos cómo de a poco vamos solucionando y teniendo todo lo que se necesita.

**Paola:**

6. En relación al sistema de evaluación y monitoreo con el que trabajan a partir del Programa Sumar y la certificación de la Norma ISO 9001, ¿qué opinión tenés de ese modo de trabajar? ¿Generó un aprendizaje en ustedes? ¿Por qué?

**Agente sanitaria:**

Mirá, uno crece como parte de un equipo, como parte de un grupo de personas. Permanentemente modifica, se actualiza, te simplifica las cosas y trabajamos más

distendidos, porque hay cosas que podés simplificar y, además, estás tranquilo que hay una devolución permanente de tu trabajo.

Con los resultados podés armar una estrategia, por ejemplo con esto que surgió como sugerencia de la Norma ISO 9001 de hacer encuestas con la gente. Eso nos ha servido bastante para saber qué piensa la población y qué debemos trabajar, en base a eso se armaron los talleres, en base a eso hemos modificado varias cosas.

También contar con todos los elementos que necesitamos hace que nuestro trabajo sea más profesional, todo se va complementando y trabajamos igual todos.

**Paola:**

7. ¿Qué les aportó la certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001?

**Agente sanitaria:**

Por un lado, aprender a trabajar de manera más organizada y además hay muchas personas que han opinado y se quedan admiradas porque certificamos... como diciendo: “¿Cómo puede ser que un Centro de Salud pública haya hecho eso?”. Y entonces uno se siente... no sé... piensa “qué bueno que nos vean así”. Aun cuando no saben bien qué es, entonces preguntan y nosotros les decimos, y bueno, nos felicitan... y es lindo eso.

**Paola:**

8. Con tu experiencia, ¿qué considerás que aprendiste aquí de este Centro de Salud?

**Agente sanitaria:**

Y... a organizar la manera de trabajar, a simplificar el trabajo, viste que a veces se usa papelito para esto, papelito para lo otro, y quizás con una sola planilla alcanza. Y también a esforzarte por los resultados. Aprendí a mostrar lo que he hecho y a mejorar mi trabajo todo el tiempo, a tener cultura de rendir cuentas sobre mi trabajo para mejorarlo.

**Paola:**

9. ¿Hay algo que no te haya preguntado?

**Agente sanitaria:**

No, solo agregar que a mí me gusta trabajar así, que siempre saco beneficio de lo que aprendo, me gusta capacitarme, me gusta practicar lo que yo veo que va a ser útil. Siento que crecí mucho, a pesar de que a veces se dice que el agente sanitario es el primer eslabón hay lugares donde sos el último, pero acá somos muy importantes, sabemos que podemos aportar, saber que podemos pedir lo que necesitamos para trabajar, y bueno, ayudar, complementar al compañero. Si uno ve que el compañero está muy lleno de trabajo, colaborar para hacer mejor el trabajo y más rápido, trabajar en equipo.

**Paola:**

10. Muchas gracias, de verdad.

**Agente sanitaria:**

No, por favor.



**Figura 6:** Agentes sanitarias y Paola Berias (autora de la tesis), en la sala de trabajo de las agentes sanitarias del CAPS.

**Entrevista N°: 6 y 7**

**Fecha:** 15/05/2018

**Puesto/Función:** Administrativa del Centro de Salud “Islas Malvinas”

**Paola:**

1. ¿Cómo describirías tu función y las tareas que realizás en el CAPS?

**Administrativa 1:**

Yo estoy con el tema de dar los turnos, la atención al público y la atención a los médicos.

**Administrativa 2:**

Yo me encargo de la farmacia del Centro.

**Paola:**

2. ¿Considerás que el financiamiento por resultados contribuye a la mejora y calidad del trabajo que realizan?

**Administrativa 1:**

Sí, por supuesto, mucho. Nosotros estábamos en una casita todos amontonados, de esa forma compramos todo lo que tenemos, nosotros no teníamos nada. Con el trabajo de todos generamos los fondos y compramos todo. Decidimos, bueno... qué compramos ahora... qué hacemos primero... así. Qué es lo más importante.

**Administrativa 2:**

Nos organizó mejor, podemos prestar un mejor servicio. Pensá que nosotros no teníamos ni sillas.

**Paola:**

3. ¿Cómo valorarías el sistema de aplicación de fondos? Es decir, el esquema que tienen para definir en qué gastan los fondos obtenidos por el financiamiento por resultados.

**Administrativa 1:**

Y nos da el poder de decidir lo que se necesita, que aparte del coordinador hay más gente que sabe lo que hace falta. Y la Doctora acá hace participar a todos, podría decidir ella y ya está, pero no, todos somos importantes.

**Administrativa 2:**

Y eso se ve en la atención.

**Paola:**

4. En relación al sistema de evaluación y monitoreo con el que trabajan a partir del Programa Sumar y la certificación de la Norma ISO 9001, ¿qué opinión tenés de ese modo de trabajar? ¿Generó un aprendizaje en ustedes? ¿Por qué?

**Administrativa 1:**

Nos forma más como personas y mejoramos como Centro, si tenemos un resultado malo nos permite proponernos mejorarlo.

**Paola:**

5. ¿Qué les aportó la certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001?

**Administrativa 1:**

Credibilidad para afuera, porque nosotros con el Programa Sumar aprendimos a trabajar bien, nos dio una mejora más. Pero nos ven distinto con esto. Porque no solo los pacientes, sino que vienen médicos de otros lados, “porque tienen todo ustedes, y están certificados” [sic]. Nos ven distintos. A la gente le gusta el lugar, tienen dónde sentarse para esperar... bueno, ven todo distinto.

**Paola:**

6. Con la experiencia que tienen, ¿qué consideran que aprendieron aquí de este Centro de Salud?

**Administrativa 1:**

Y... mucho, no sería lo mismo trabajar aquí que en otro lado.

**Administrativa 2:**

Aprendimos a trabajar en equipo, y eso es mucho.

**Paola:**

7. ¿Hay algo que no te haya preguntado?

**Administrativa 1:**

No, no...

**Administrativa 2:**

No.

**Paola:**

8. Muchas gracias a las dos.

**Administrativa 1 y 2:**

Gracias a vos.



**Figura 7: Administrativas en la farmacia del CAPS.**

**Entrevista N°: 8**

**Fecha:** 16/05/2018

**Puesto/Función:** Responsable del área de Auditoría y Supervisión de la UGSP de La Rioja y, además, responsable de Calidad

**Paola:**

1. ¿Cómo describirías tu función y las tareas que realizás en el CAPS?

**Responsable de calidad:**

Bueno, soy contadora, además de ser la responsable de Auditoría y supervisora, desde el año 2013 soy la responsable de Calidad. Dentro del Programa tengo dos funciones: la primera es hacer la evaluación de la supervisión y monitoreo de los pagos de expedientes, controlar que se cumpla con todos los requisitos legales; respecto a la facturación somos encargadas de hacer el monitoreo mediante un tablero de control. Esas serían las tareas principales de lo que es Auditoría y Supervisión.

También somos los encargados de aplicar los débitos a los efectores en el caso que haya que aplicarlos. Desde 2013 soy la responsable de Calidad, que implica la supervisión de todo el proceso, la logística y la organización, la coordinación de las tareas, el establecimiento de objetivos, establecimiento de plazos, la presentación de los informes... bueno, esa tarea la hago desde el año 2013. Y yo estoy en el Programa desde el año 2007.

**Paola:**

2. ¿Cuántos efectores tienen convenidos?

**Responsable de calidad:**

Casi 200 efectores. Exactamente 203, todos de la provincia de La Rioja.

**Paola:**

3. ¿Cómo es la relación con los efectores?

**Responsable de calidad:**

Nosotros tenemos una relación legal con los efectores, que se materializa con la firma de un Convenio Marco, donde se establecen adendas todos los años. A principio de año establecemos las adendas al Convenio Marco. Esa es la relación legal, digamos de cliente-institución. Digo esto porque nosotros tenemos bien identificado que para nosotros los clientes son los efectores, para los que debemos cumplir los requisitos legales y cualquier otro tipo de requisito que se establece. En los convenios se establecen todos los derechos y todas las obligaciones de ambas partes.

**Paola:**

4. ¿Considerás que el financiamiento de la salud se puede vincular al cumplimiento de objetivos sanitarios?

**Responsable de calidad:**

Yo creo que el tema del financiamiento por objetivos es muy motivante, muy alentador. Yo creo que sí se puede hacer, acompañado de otro tipo de financiamiento. Pero el financiamiento por objetivos genera otro vínculo con el dinero, con la manera de obtener el dinero y con el trabajo, y esto es muy importante para el equipo. Y eso siempre acompañado de una enseñanza de gestión, de proceso, de liderazgo, porque es un esquema que te exige estar todo el tiempo motivando, de modo tal de evitar que la gente se desmotive [sic]. Hay que ir sacando los problemas que surgen en todo proceso, creo que es una gran herramienta combinada con el financiamiento tradicional.

**Paola:**

5. ¿Ustedes notaron cambios en la provincia a partir de este modo de financiamiento?

**Responsable de calidad:**

Sí, sí. Hemos visto cambios, hemos visto mucho trabajo en equipo, se ha visto desplegar muchas herramientas de gestión para lograr la adhesión del efector a ese nuevo modo de mirar el financiamiento y la gestión. Sí, se han visto muchos cambios... exactamente.

**Paola:**

6. ¿Considerás que la introducción de prestaciones priorizadas propuestas por el Programa Sumar contribuyen a la mejora en la organización del trabajo y de los modelos de atención? ¿Por qué?

**Responsable de calidad:**

Sí, considero que sí, porque permite trabajar con líneas de cuidado, permite establecer líneas base, en base a la política sanitaria [sic]. O sea se alinea la política sanitaria con la acción pública.

**Paola:**

7. ¿Qué aprendieron del financiamiento por resultados? ¿Qué les dejó esta experiencia?

**Responsable de calidad:**

Mirá, yo aprendí una manera de trabajar. Yo entré a la UGSP veinte días antes de recibirme y aprendí a trabajar por objetivos, yo aprendí que mi tarea tenía un plazo de inicio y un plazo de finalización, que mi tarea impactaba en cierta manera en el conjunto, en todo el equipo. Yo hoy en todos los ámbitos de trabajo, trabajo por objetivos.

Aprendí eso, establecer metas, pautas, el saber que hay un marco legal donde se establecen los plazos, los tiempos, los derechos y obligaciones, entonces eso desde mi punto de vista me enseñó a trabajar siempre por un resultado y saber cuáles son los beneficios o consecuencias de llegar o no a los objetivos. Creo que los efectores han aprendido lo mismo.

**Paola:**

8. ¿Considerás que la libertad en la decisión de aplicación de fondos que otorga el Programa Sumar contribuye al cambio y mejora en la gestión de la salud? ¿Por qué?

**Responsable de calidad:**

Cuando el efector o el Centro de Salud deciden sobre la aplicación de los fondos a través de la herramienta del PAF, que se hace anualmente y presentan aquí, yo creo que juegan las variables emocionales de la gente, la gente se siente parte de la organización para la que trabaja. Si yo en 30 días facturo a final de mes sé que soy parte de esa decisión, o sea una de las partes, porque lo define todo el equipo.

Pero es bueno el sentido de pertenencia que tiene el trabajo, porque ellos tienen la libertad de exponer cuáles son las necesidades que tienen en su espacio de trabajo y son escuchados, sienten que se les otorga una determinada prioridad. Yo creo que eso es fundamental, tanto en el trabajo en equipo como para la gestión.

Yo creo que esta forma de trabajar tiene un efecto multiplicador, porque si yo veo que soy parte de la decisión, que me dan un espacio para expresar qué es lo que necesito, con qué prioridad lo necesito y después eso viene a mi área (necesito una compu y llega), eso a mí me motiva y multiplica el esfuerzo para seguir facturando y produciendo, y así creo que tiene un efecto multiplicador.

Los coordinadores de los CAPS se sienten empoderados, se sienten reconocidos en sus necesidades y sienten que son ellos el motor que puede generar la resolución de esas necesidades. Entonces piensan: “Bueno, necesitamos tal equipamiento, facturemos y registremos de manera de llegar a fin de año y poder tener ese equipamiento que tanto nos hace falta”.

**Paola:**

9. ¿Esos procesos de aprendizaje se convierten en un modo compartido de hacer las cosas dentro del CAPS? ¿Por qué?

**Responsable de calidad:**

Exactamente. Mirá, nosotros acá en la UGSP tenemos gente que ingresó en el año 2007, cuando el Programa comenzó a funcionar en La Rioja, y es gente que se ha ido formando, es gente muy capacitada, es gente que ha viajado a Buenos Aires a capacitarse, que ha recibido capacitaciones de gente de Buenos Aires, que han hecho capacitaciones en articulación con universidades; entonces que el cumplimiento de objetivos y el constantemente capacitar a la gente [sic] promueve la incorporación de nuevas herramientas de gestión, y eso es totalmente motivante y satisfactorio. Porque nosotros cada año esperábamos a ver qué herramienta nueva iba a venir para comenzar a implementar. Entonces cada año era un aprendizaje nuevo; supongamos, en el 2011 vino la herramienta de PAF, en el 2013 vino la Norma ISO 9001, entonces con el aporte de cada área nos nutríamos en equipo de cada herramienta nueva.

O sea, el Programa con esta lógica nos prepara para incorporar todo el tiempo herramientas nuevas y también el hecho de saber cómo has cumplido el objetivo es un

motor muy importante. Por ejemplo: íbamos a las capacitaciones a Buenos Aires y aparecía el semáforo y verse en verde o en rojo no es lo mismo [sic]. Siempre queríamos estar en verde, entonces es muy importante trabajar por objetivos.

Mirá, yo recuerdo una anécdota del año 2008. Yo era la encargada de hacer los pagos, estaba en el área de Administración en esa época y el área de Auditoría era la que liquidaba los expedientes. Recuerdo un expediente en el día 50 —que era el día que se vencía—, que las chicas vinieron desesperadas... parecía que traían un enfermo grave: “Ay, este expediente se vence, hoy es el día 50”. Recuerdo hacer el cheque corriendo y llevarlo al banco como quien lleva un enfermo al hospital, para no tener una multa. Recuerdo ese compromiso no solo mío sino de toda la gente del equipo, de saber que el día 50 es el último día para pagar y si no había una multa, y eso estaba mal.

Yo no conozco otra manera de trabajar más efectiva que esa. Vos sabés que todo tiene un inicio y todo tiene un fin, que hay objetivos.

**Paola:**

10. ¿Podemos decir que estos mecanismos de evaluación les permiten hacer, reflexionar, mejorar y aprender continuamente?

**Responsable de calidad:**

Sí, por supuesto. Creo que nos permite planear, organizar, dirigir y controlar. Planeamos una herramienta, la llevamos a cabo y luego controlamos. Siempre las reuniones de equipo son muy enriquecedoras, tomamos ejemplos de otras provincias y nos nutrimos del aprendizaje de todos.

La gente nueva que se suma al Programa se suma a esa cultura de trabajo que tiene el Programa. Esa forma de trabajo que nosotros seguimos manteniendo desde el año 2007, acá los expedientes se pagan antes del día 50; por decirte un objetivo, todos acá sabemos que el expediente tiene una fecha de inicio y una fecha de finalización.

También estamos muy acostumbrados al tema de las auditorías, a los controles, la auditoría externa, la auditoría de la UEC, sabés que nuestro trabajo está siempre controlado, estamos acostumbrados [a] que cada dos meses nos visitan, hay que preparar las cosas, tener todo listo.

Aprendimos que el control es una herramienta, lo tomamos al control como una herramienta positiva, no como el control coercitivo o el control porque te van a retar... no, no, el control para ver por qué te pasó esto y ver qué se puede mejorar.

Lo mismo con las herramientas, estás trabajando con un Excel... bueno, incorpóremela al sistema, entonces el control es siempre como una herramienta que hace a la dinámica de la organización, no como una herramienta coercitiva.

**Paola:**

11. ¿Qué les aportó la certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001?

**Responsable de calidad:**

Mirá, lo más fuerte que yo visualicé es el reconocimiento y cómo toda la gente se sentía reconocida. Es decir, si bien siempre nos reconocían, no es que no, pero que venga el IRAM y te digan que vos estás haciendo un gran trabajo y que vos cumplís con determinadas pautas de calidad fue muy motivante para toda la gente... muy muy motivante.

Fue como un reconocimiento social. El día de la auditoría estábamos todos nerviosos y cuando estábamos esperando los resultados, estábamos mandando mensajes todos para saber cómo nos habíamos ido [sic]. Y cuando nos fue bien, todos nos sentimos parte de ese logro. Entonces yo creo que vino en cierta manera a dar el broche de oro al trabajo de todos los días. A validar para afuera lo que hacíamos.

También nos incorporó la velocidad del cambio. Nosotros cuando empezamos con la Norma ISO 9001 teníamos un sistema de gestión, la ISO permitió que sea más veloz la incorporación de las cosas al sistema, porque teníamos objetivos que necesitaban de la velocidad de los datos —suponete, saber el total facturado—, entonces incorporamos el módulo de administración al sistema. No eran cosas que no se hacían, se hacían, pero por ahí el proceso de cambio era un poco más lento, porque el saber que en diciembre tenías que tener todos los objetivos, bueno... eso te ponía metas más cortas.

**Paola:**

12. Ahora, ¿por qué creés que tienen esa capacidad de incorporar cosas nuevas tan rápido?

**Responsable de calidad:**

Yo creo que es la cultura [de la] organización el factor clave para eso, estar acostumbrados a que todos los años el Programa te incorporaba una herramienta nueva, que había que aprender, que había que capacitarse, o bien íbamos a Buenos Aires o de Buenos Aires nos hacían teleconferencias, entonces nos acostumbramos a lo novedoso.

Yo creo que fuimos formando una cultura organizacional, de hecho el equipo de La Rioja se conformó en el 2007 y éramos todos jóvenes profesionales, casi todos hacía muy poco que nos habíamos recibido. Ingresamos a la gestión pública con ese nuevo modo de ver las cosas, con ese nuevo modo de cumplir metas, de cumplir objetivos.

**Paola:**

13. En relación al CAPS “Islas Malvinas”, ¿vos creés que el desempeño del CAPS tiene que ver con la dinámica que le introdujo el Programa Sumar?

**Responsable de calidad:**

Yo creo que el CAPS “Islas Malvinas” tiene un aspecto clave de la organización que es la coordinación. La coordinadora es una persona muy ordenada, que sabe mucho de métodos, de técnicas, entonces creo que el personal se ha contagiado de esa manera de gestionar... ordenada, por ejemplo esa separación por colores que hace de las zonas sanitarias; o sea, hay una constante presencia de la coordinación en el día a día del CAPS. Pero también creo que han entendido muy bien el Programa y que la lógica del Programa ha potenciado las cualidades de liderazgo de la coordinadora. Ellos fueron los primeros que se sumaron al Programa y han visto rápidamente los beneficios del mismo. Fueron aprendiendo de la experiencia del grupo, desde el primer momento.

Para la coordinadora, poder administrar los fondos fue una herramienta de empoderamiento para alinear a todo el equipo para cumplir los objetivos. Ella pudo motivar a su personal, pudo decir: “Viste, cuando vos llenás la Historia Clínica completa después te llega la computadora”... ¿Me entendés?

Como te digo, había un inicio y un fin. Yo creo que ella lo supo explicar muy bien y le sirvió como herramienta que la gente pueda decidir sobre la aplicación de los fondos.

**Paola:**

14. ¿Hay algo que no te haya preguntado?

**Responsable de calidad:**

No, no... Mirá, para el futuro espero que existan más Programas como el Sumar en la Administración pública. Yo al Programa lo quiero mucho, me he formado acá, he aprendido a trabajar acá, lo aprendido lo pude replicar en otros espacios de trabajo. Entonces me parece una forma de gestionar no solo la salud pública, sino cualquier fondo público, porque es novedosa, nueva y muy motivante, es una dinámica excelente, las capacitaciones, siempre hacerte sentir parte, siempre me he sentido muy formada en el Programa y al Programa lo quiero, me siento parte, lo conozco, sé qué es una “trazadora”, qué es una auditoría médica, qué hace el área legal, los convenios; o sea, sos parte, es muy importante la retroalimentación que hay desde la UEC, de esta hacia la UGSP y de la UGSP al efector.

**Paola:**

15. Gracias.

**Responsable de calidad:**

No, gracias a vos.



**Figura 8: Responsable de Calidad y doctoras del área médica de la UGSP de la provincia de La Rioja.**



**Figura 9: Responsable de Calidad de la UGSP y Paola Berias, autora de la presente tesis.**

**Entrevista N°: 9**

**Fecha:** 16/05/2018

**Puesto/Función:** Coordinadora de la UGSP de La Rioja y, además, responsable de Calidad

**Paola:**

1. ¿Cómo describirías tu función y las tareas que realizás en el CAPS?

**Coordinadora de la UGSP:**

Soy médica pediatra, neonatóloga y hace diez años que coordino el Programa Sumar en la provincia de La Rioja. Como coordinadora dentro del esquema del organigrama que tiene el Programa, está la coordinación —que es el nivel jerárquico más alto—, hay un mando medio —que son los responsables de áreas—, y por debajo se encuentran las personas que trabajan en los equipos de las distintas áreas. Son siete las áreas y cada área tiene funciones específicas, y como coordinadora lo que hago es que esas funciones se coordinen, que tengamos los mismos objetivos, que bajemos a los efectores con el mismo discurso, que nos mostremos unidos para coordinar desde aquí acciones para todos los efectores como equipo de trabajo.

Coordino las reuniones de equipo que se deben hacer, los viajes, las capacitaciones y también tengo la relación —por fuera del Programa—, con las autoridades ministeriales y con los otros Programas del ministerio, que también tengo que acordar reuniones y acciones conjuntas.

**Paola:**

2. A partir de tu experiencia en el Programa, ¿considerás que el financiamiento de la salud se puede vincular al cumplimiento de objetivos sanitarios? ¿Por qué?

**Coordinadora de la UGSP:**

Yo creo que sí, que se puede hacer, porque nosotros aquí trabajamos un eje estratégico que es el de sectores priorizados, donde a 52 efectores priorizados les hacíamos un monitoreo más cercano, les poníamos objetivos, metas que tenían que cumplir, trabajamos con población a cargo, conocíamos la población que tenía ese Centro de Salud, le podíamos decir, por ejemplo: “Controlaste este mes 7 embarazadas y tenés 20 sin controlar, salí y

buscalas”. Y luego, a fin de año, era como que se armaba una competencia sana entre todos esos priorizados, porque cada cuatro meses le mandábamos los resultados con el ranking con quién está trabajando bien y quién no lo está haciendo tan bien. Obviamente que se pagaban las prestaciones que realizaban y eso significaba que recaudaban más dinero, a fin de año le dábamos un premio al efector que había trabajado más, ese premio salía de aquí del Programa Sumar, de los gastos que tiene el fondo rotatorio que nos da el ministerio. Ese premio era a elección de ellos, o le dábamos la señalética del Centro de Salud, el cartel de entrada, o la pintura para que pinten el establecimiento, uniformes, o hacíamos bordar los nombres al uniforme; en definitiva, ellos elegían qué querían y obviamente se esforzaban muchísimo para alcanzar los objetivos.

**Paola:**

3. ¿Considerás que la introducción de prestaciones priorizadas propuestas por el Programa Sumar contribuyen a la mejora en la organización del trabajo y de los modelos de atención? ¿Por qué?

**Coordinadora de la UGSP:**

Yo creo que el tener prestaciones priorizadas, obviamente existen porque son las más importantes, pero creo que todas las prestaciones que se realizan a una persona en el sistema público son importantes, porque es el contacto que tiene la persona con el Centro de Salud, entonces si bien tenemos priorizadas, hay otras que no están priorizadas pero que para nosotros son importantes porque a partir de ellas captamos a la persona, ya sabe que tiene que venir al Centro de Salud, ya tienen un control realizado, lo vacunamos... ¿me entendés? Para nosotros cualquier prestación es importante.

Ahora, desde el punto de vista del financiamiento, lo que ordena las priorizadas es la calidad de la atención de manera continua porque, al estar priorizada, la prestación tiene una serie de requisitos que tiene que ir cumpliendo, por ejemplo: la embarazada, cuando llega al Centro de Salud y se la diagnostica a partir de una reacción con la tira reactiva [sic] que está embarazada, automáticamente se le abre la Historia Clínica, se le hace un Papanicolau, una colposcopia, se le hacen los análisis de laboratorio, de serología, para saber cómo está esa mamá, después tienen que venir a un segundo control para hacerse la ecografía... entonces, lo que va ordenando es el modelo de atención. Eso hace[n] las prestaciones priorizadas, porque tienen un sistema de atención integradora, donde se van cumpliendo hitos a lo largo de todo el proceso... en este caso del embarazo, que en

definitiva es cumplir con un protocolo científico que te brindan los comités, que te están diciendo: “Usted está dentro de esta prestación”. En eso ordena, ordena a los médicos porque los médicos no están acostumbrados a trabajar con los protocolos, entonces las priorizadas y la atención integral termina contribuyendo a la calidad de la atención.

**Paola:**

4. ¿Qué aprendieron del financiamiento por resultados? ¿Qué les dejó esta experiencia?

**Coordinadora de la UGSP:**

Creo que esto de la innovación, de dejar de financiar la oferta y empezar a financiar desde la demanda, creo que eso es lo más innovador que tiene el Programa. Entonces el centralismo del manejo de los recursos desaparece, y cada efector tiene un empoderamiento donde él puede hacer uso del dinero que recibe por atender [a] su población a cargo, donde en base a la planificación de las necesidades de las zonas donde vive la gente, ellos pueden mejorar la atención de esa gente. Por ejemplo: si hay muchos cardiopatas, o si hay muchos viejitos, o si hay muchos diabéticos, ellos planifican con esos fondos campañas de capacitación, contratan profesionales para hacer insulinizaciones o ponen gente para enseñar a insulinar pacientes, o sea lleva adelante toda una movida que desde el centralismo no la ves, sí lo ves con una planificación local porque conocen a su gente. Porque acá en La Rioja, que somos un pueblito, cuando una persona entra a un Centro de Salud, le dicen: “¿Cómo le va, Juancito? ¿La atención cómo la ve?”. Porque acá se conocen todos, esa persona sabe a qué Centro de Salud va, todo eso es una experiencia muy buena que sale a partir del financiamiento por resultados y es a través de la demanda. Porque con el financiamiento tradicional financiás la oferta, es otra lógica. Es decir, ¿quién financia la oferta? El sistema de salud. Entonces, el sistema de salud dice: “¿Qué compramos? Tantas jeringas, tantas camillas”. Y a lo mejor los Centros de Salud no necesitan eso. Es un cambio de paradigma, es la demanda a partir de las necesidades la que te interroga permanentemente.

Es otra mirada que debe tener el sistema de salud y que le exige a los efectores una aptitud mucho más proactiva hacia su población que la que tenían antes. Y financiar por resultados... ya te digo, el dinero que ellos reciben significa un empoderamiento enorme y, además, el circuito de pagos que nosotros trabajamos cuando comenzamos a implementar

el Plan Nacer primero y el Sumar después, [se] hizo con reuniones con el Tribunal de Cuentas provincial para evitar toda la burocracia que tenía que pasar un expediente adentro del ministerio. Nosotros hicimos una administración mucho más acotada y que la aprobó el Tribunal de Cuentas. Entonces, en el ministerio un expediente demora suponte... un año en salir la compra... mientras acá demora con el Sumar... a lo sumo un mes y medio.

Desburocratizamos sin perder el control, yo acá tengo en la organización una delegación del Tribunal de Cuentas provincial que nos controla continuamente, que nos audita todas las transferencias que hacemos a los efectores, porque una vez que llega la plata a las cuentas escriturales de los efectores, ya pasa a ser de las provincias. Entonces ahí audita el Tribunal de Cuentas cuánta plata llegó y qué hicieron los efectores con ella.

Eso fue cuando negociábamos con el Tribunal de Cuentas para poder agilizar el circuito de compras, fue una condición que nos puso el Tribunal y yo dije: “Encantada de la vida”. ¿Qué más quiero yo que manejo fondos públicos que sea todo transparente y tenerlos de veedores acá adentro?

**Paola:**

5. ¿Creés que los incentivos monetarios y no monetarios propuestos por el Programa Sumar potencian la motivación, las capacidades y destrezas de los RR.HH. de los efectores? ¿Por qué?

**Coordinadora de la UGSP:**

Esta es una provincia que no puede pagar incentivos monetarios a las personas, porque nuestra Ley de Administración pública lo prohíbe, hay provincias que sí lo pueden hacer. Entonces los profesionales nuestros integrantes de los equipos de salud no reciben incentivos monetarios, sí reciben otro tipo de incentivos: el ambo, tener todo el equipamiento médico que necesitan y de calidad, se les pagan las capacitaciones que ellos solicitan para que puedan mejorar el desempeño que puedan tener como profesionales dentro del Centro y obviamente que trabajan para eso, porque ellos mejoran el Centro de Salud. Vos viste, parecen centros privados, la verdad, los tienen bien pintaditos, bien ordenados... entonces la gente que conoce el Programa sabe que es un Programa que financia resultados. Entonces, para que ellos tengan más dinero tienen que trabajar bien y eso lo saben, por supuesto depende mucho del coordinador, pero en general el

empoderamiento ha hecho que obviamente se sientan mejor y defiendan sus recursos con uñas y dientes.

**Paola:**

6. ¿Considerás que la libertad en la decisión de aplicación de fondos que otorga el Programa Sumar contribuye al cambio y mejora en la gestión de la salud y al liderazgo de los coordinadores? ¿Por qué?

**Coordinadora de la UGSP:**

¡Vos sabés que sí! Porque nosotros todos los meses de marzo de cada año nos juntamos con los efectores y hacemos una planificación. O sea, les mostramos los datos de cómo fue el año pasado, les mostramos la potencialidad que tienen en relación a su población a cargo y en base a eso hacemos un estudio de posibles ingresos que pueden tener y ellos determinan en qué van a gastar la plata. Entonces, ¿cómo se hace? El coordinador reúne a todo el Centro de Salud, a todas las personas desde el de ordenanza hasta el último médico, se juntan todos y cada área pide lo que necesita, se hace una lista en base a eso, nosotros hacemos un costeo y en base a ese costeo vamos al Centro de Salud y les decimos: “Miren, no alcanza con la plata que ustedes tienen para comprar todo”. Y cuando se sientan para discutir cuáles van a ser las prioridades, ahí vos ves el liderazgo y la solidaridad del gasto. Porque dicen, por ejemplo: “No me compres el magneto que es más importante el ecógrafo para los latidos fetales...”, por decirte un ejemplo. Entonces comienzan a ceder entre ellos y obviamente el que coordina todo es el coordinador [sic], que es quien ejerce el liderazgo ahí y no hay peleas, a todos se los atiende y establece una justicia para que no salgan perjudicados.

Todo el mundo se apropia, todo el mundo entiende que tiene poder de decisión pero también tiene responsabilidad sobre la decisión. Es muy solidario el gasto, por ejemplo en vez de comprar sillas se compra un instrumento que es más importante para tratar a los pacientes, en vez de poner cortinas en el área de vacunación se compra la heladera y en ese sentido ellos saben que van a poder tener lo que piden si trabajan y facturan.

**Paola:**

7. ¿Considerás que los diferentes mecanismos de evaluación del Programa Sumar orientan la acción (trabajo) y permiten trabajar mejor? ¿Por qué?

**Coordinadora de la UGSP:**

Lo dicen ellos. Ellos lo dicen. Cuando comenzamos la sensibilización en el 2007, primero no nos creían que iban a recibir la plata directamente, después nos decían que controlar era algo imposible... nos decían: “¿Ustedes van a venir a controlar? ¿A auditar?”. Y el dinero les llegó, y fuimos a auditar.

El descreimiento fue hasta que pagamos la primer factura y fuimos la primera vez a auditar y que además le hacíamos dos tipos de auditorías, controlábamos administrativamente y sanitariamente... prestacionalmente [sic], que tengan abierta Historia Clínica, que la atención sea con calidad, que los registros estén completos; o sea insistíamos en muchas cosas y hacíamos un diagnóstico de cada Centro, lo importante del monitoreo y auditoría porque nos permitía el diagnóstico para saber qué faltaba... le falta capacitación, hay que enseñarles a llevar Historia Clínica, entonces se nos abría un abanico de acciones que teníamos que hacer con los Centros de Salud importantes y a la vez ellos se sentían atendidos, importantes y al día de hoy nos exigen la devolución de los monitores porque aprendieron a usarlo de insumo para la mejora... ellos te preguntan: “¿Cómo estoy?”. Ellos no lo ven como que le ponemos una pata encima [sic]. ¡No, al contrario! Yo inclusive digo que son auditorías pedagógicas porque vamos, auditamos y les explicamos qué han hecho mal y qué han hecho bien. Y a eso le sumamos los resultados de las evaluaciones y los indicadores.

**Paola:**

8. ¿Vos creés que estos mecanismos de evaluación y de monitoreo, las auditorías y los resultados de los indicadores les permiten hacer, reflexionar, mejorar y aprender continuamente? ¿Se construye una cultura evaluativa?

**Coordinadora de la UGSP:**

En la UGSP sí, en los efectores un poco menos porque ellos además tienen todo el trabajo sanitario que a veces “los lleva puestos”.

Acá mucho, inclusive toda la información que recabamos de los efectores a fin de año y principio de año nosotros se la mostramos, porque es información de su desempeño.

Esa información se la mandamos por mail para que la vean, les mostramos cómo fue la cobertura, todo... el informe prestacional, el administrativo, los gastos que se hicieron.

**Paola:**

9. ¿Esos procesos de aprendizaje se convierten en un modo compartido de hacer las cosas? ¿Por qué?

**Coordinadora de la UGSP:**

Sí, obviamente, porque es como yo te digo... está tan bien pensado el Programa que si no trabajás en equipo no podrías llevar adelante las acciones, hay áreas que son sustantivas, operaciones, el área médica... son sustantivas y hay otras áreas que ayudan a esas áreas sustantivas. Como ser el área de legales, de administración, de capacitación... deberíamos armar un organigrama no vertical sino horizontal, acá sí o sí tenés que trabajar en equipo, acá cada área tiene su formación, su forma de trabajar, su llegada al efector, pero cuando hacemos las reuniones una vez a la semana, bueno, cada área plantea el trabajo que viene realizando, si necesita o no el acompañamiento de otro área. A nosotros nos ayudó a trabajar de otra manera y a los Centros de Salud también con lo que era la gestión, porque aprendieron a gestionar de otra manera.

Yo te digo, de ser médica, neonatóloga... más chiquitita [sic]. A mí me escuchan hablar y me preguntan si soy contadora, porque hablo de “devengado”, de “facturado”, de “liquidado”, de “pagado”, o sea yo aprendí un montón...

**Paola:**

10. ¿Podemos decir que estos mecanismos de evaluación les permiten hacer, reflexionar, mejorar y aprender continuamente?

**Coordinadora de la UGSP:**

Sí... ¡Sí! El fin último es aprender, ¡sin duda! Uno trabaja, es evaluado y después te muestran los resultados... uno aprende, reafirma todo lo que hace bien, aprende de lo que hizo mal y rediseña otra estrategia para mejorar.

**Paola:**

11. ¿Qué les aportó la certificación de calidad bajo la Norma ISO 9001?

**Coordinadora de la UGSP:**

Yo creo que nos mejoró los procesos, porque por ejemplo nosotros facturábamos papel y pasamos al formato digital. Nos ayudó a ir más rápido, nosotros por reglamento operativo tenemos que pagar a los 50 días porque si no corren las multas y al certificar todo el proceso de expedientes de cómo iban a circular dentro de la UGSP nos ayudó un montón, entonces nos ayudó a simplificar, vimos que había un montón de áreas donde pasaba el expediente y que luego de analizarlo nos tenían que pasar que no era necesario que lo hicieran [sic], así se agilizó muchísimo desde lo administrativo y se acortaron los tiempos de pago, hoy pagamos a los 10 días y ese plazo todavía podemos mejorarlo. En eso nos ayudó mucho.

Tanto como ganar más popularidad, quizás nos faltó difundirlo más, porque yo creo que los organismos públicos deben certificar calidad, no solo las empresas. Más todavía cuando estás manejando fondos públicos, ahí tenés la obligación de mostrar la transparencia, porque la plata no es tuya, estás manejando los fondos de todos.

Para nosotros fue muy importante que una entidad con el renombre de IRAM venga a auditar con normas que son internacionales, y obviamente para nosotros es importante.

Para nosotros fue una validación interna y en el ministerio despertó una envidia terrible porque fue algo que yo quería hacer desde el principio. Para nosotros fue un desafío, incluso la primer auditoría estábamos muy nerviosos, nos habíamos reunidos todos en la sala de situación, habíamos explicado a todos de qué se trataba, que debíamos estar todos compenetrados en lo que era el Programa, que todos debíamos decir lo mismo, que teníamos que trabajar en forma conjunta, estábamos todos preparados para dar respuesta. Después fuimos acostumbrándonos y estábamos un poco más cancheros.

**Paola:**

12. ¿Creés que a partir de la experiencia devenida del grupo es más fácil incorporar herramientas nuevas todo el tiempo? ¿Qué esperás para el futuro del Programa?

**Coordinadora de la UGSP:**

¡Sí, claro! Nosotros hemos aprendido muchísimo. Yo acá tengo cuarenta personas en la organización y tengo solo cuatro sin título universitario, o sea que yo tengo una capacidad

instalada en mi gente que obviamente estamos preparados para a través de nosotros implementar estrategias nuevas y monitorear resultados. Es más, ojalá nosotros tuviéramos en este momento una inserción dentro del Ministerio de Salud para hacer lo que hacemos con el Sumar con los otros Programas, exportar esta experiencia [sic]. Pero bueno, los otros Programas no trabajan con objetivos ni por resultados... van como los ayuda Dios y para mí no es así, hay que ponerse objetivos, metas, y evaluar los resultados, si no, no se sabe... no se sabe.

**Paola:**

13. ¿Qué esperás para el futuro del Programa?

**Coordinadora de la UGSP:**

Yo creo que el Programa es fabuloso, que el financiamiento por resultados es una forma positiva de manejar un sistema de salud. Ahora, lo que pretende el gobierno actual, pasar del Programa a la cobertura universal de salud es mucho más amplio, porque lograr una cobertura universal de salud significa brindar a la persona lo que está necesitando desde el momento que lo necesita sin que sea una erogación del bolsillo de la persona, sin que signifique un empobrecimiento del paciente y con toda la tecnología y los medicamentos que necesita, todo eso es caro, es muy caro... brindar a toda la población la cobertura universal, en eso se basa lo que es la equidad y yo no sé cómo en un sistema tan fragmentado que tiene la Argentina vamos a lograr brindar una cobertura universal a toda la población, porque ahí ya entra la parte privada, las prepagas, las obras sociales como las personas que no tienen cobertura, y creo que va a ser muy difícil trabajar esto, nos va a llevar muchísimos años.

Creo que el Programa Sumar es una gran experiencia para transitar ese camino, pero obviamente tendríamos que trabajar un poco más y el Programa debería ser una política pública reconocida, una política de Estado bajada del poder político con fuerza, de que a partir de ahora vamos a trabajar en esto y no hay vuelta atrás, que se tome una decisión y que se haga, tiene que ser parte de un consenso político a largo plazo. El Sumar tiene las herramientas, la experiencia de haber trabajado en el sector público y puede colaborar muchísimo en la implementación de la cobertura universal, pero en esta provincia nos dejaron afuera. Así que no sé cómo implementarán la cobertura universal sin tomar nuestra experiencia.

**Paola:**

14. ¿Hay algo que no te haya preguntado?

**Coordinadora de la UGSP:**

Hay algo que quiero agregar, hay algo muy bueno que tuvo el Programa, que fue conocer nombre y apellido de la gente, dónde viven. Antes del Programa contábamos con palitos, enfermedades... Ahora no, ahora sabemos quiénes son los pacientes, eso fue totalmente innovador, eso sí creí que no lo íbamos a lograr, pero lo logramos. Para eso firmamos un convenio con el Registro Nacional de las Personas, para que cuando empezó el Plan Nacer ellos nos inscribieran [a] los chiquitos, o sea inscribían para el documento y a la vez los inscribían al Programa.

No había registros de pacientes en todo el país, no existían, vos ibas a Estadística y te decían: “Sí, hay 150 infartos de miocardio. Hay...”. ¿Dónde hay? ¿Quiénes son...? No sabían, ¿se murieron, no se murieron? Nadie sabía. Vos pensá, un dato prioritario para el sistema de salud, ¿cómo vas a planificar el financiamiento de salud si no sabés cuántos pacientes tenés, ni dónde? Lo mismo con las embarazadas, teníamos tantas embarazadas pero, ¿llegó a término, nació muerto? No teníamos ninguna información, no teníamos ningún dato. Ahora sí, ahora tenemos toda la línea de historia prestacional del paciente, que es mucho más importante que un contacto esporádico.

Esta información es importante para nosotros que estamos en el sistema de salud y es importante para quien diseña políticas públicas de salud. Es más, sabemos dónde están, por qué en esa zona geográfica se mueren más chiquitos que en otra. Por ejemplo en La Rioja, el área del “Islas Malvinas” es donde más mortalidad infantil hay, porque es una zona muy afectada, aunque está más cerca del hospital, sin embargo está muy afectada. Entonces, si las autoridades quisieran deberían investigar, hacer un trabajo de campo, bueno... este programa te abre la información, te abre un abanico de acciones infinitas.

**Paola:**

15. Gracias, muchas gracias.

**Coordinadora de la UGSP:**

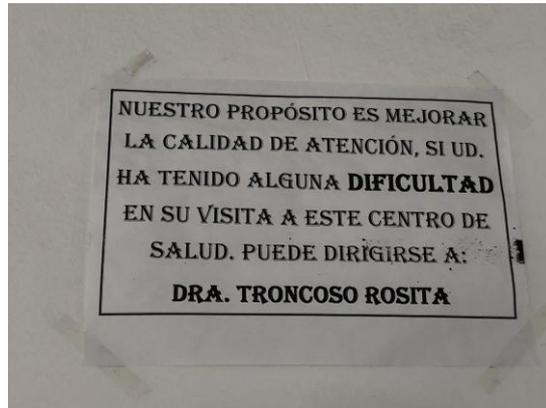
No, para mí fue un gusto.



**Figura 10: Coordinadora de la UGSP de la provincia de La Rioja y Paola Berias, autora de la tesis.**



Figuras 11 y 12: Centro de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja.



Figuras 13 y 14: Hall central del Centro de Salud “Islas Malvinas” de la provincia de La Rioja, cartel informativo.



Figuras 15 y 16: Certificados de calidad bajo la Norma ISO 9001.





Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado

