



SENADO DE LA NACIÓN
COMISION DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y MUNICIPALES

Formulario de Presentación		
RECONOCIMIENTO A LA BUENA GESTIÓN MUNICIPAL 2010		
Organismo: Municipalidad de Olavarría		Provincia: Buenos Aires
Responsable para contactar: Mónica Silvana Iturburu		Fecha de Llenado del Formulario: 23 de septiembre de 2010
Calle: Rivadavia	Nº: 2801	CP: 7400
Localidad: Olavarría	Municipio: Olavarría	Cantidad de habitantes: 103.961 (Fuente: Censo 2001)
Teléfonos: 02284-440442 - 424255		Fax: 02284-420282
Sitio web: www.olavarria.gov.ar		E-Mail: gestionpublica@olavarria.gov.ar monica@iturburu.com.ar
Título de la experiencia: Sistema de admisión administrativa a los servicios social y sanitario de la Municipalidad de Olavarría		

AVAL DEL INTENDENTE		
Apellido y Nombres: ESEVERRI, José María	Sello:	Firma:

- EL AVAL DEL INTENDENTE CERTIFICA ADEMÁS LA VERACIDAD DE LOS DATOS PRESENTADOS.
- RECUERDE QUE TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO DEBERÁN ESTAR COMPLETOS.
- NO ALTERE EL ESPACIO PREVISTO (MÁXIMO UNA CARILLA POR ASPECTO) PARA CADA UNO DE LOS PUNTOS DE EVALUACIÓN A CONSIDERAR.
- PARA CUALQUIER CONSULTA, DIRIGIRSE A:
COMISIÓN DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y MUNICIPALES del H. SENADO DE LA NACIÓN
Hipólito Yrigoyen 1708 6° piso, oficina 624 (C1089AAH) TEL. (011) 4010-3000 int. 7644 / 7646 FAX: (011) 4010-3000 int. 7644
MAIL: alalfons@senado.gov.ar / adelaure@senado.gov.ar

NO LLENAR ESTOS CAMPOS		
Fecha de Recepción:	Cat.:	Nº de Registro:



Síntesis o resumen del proyecto:

La experiencia persiguió originalmente el objetivo de contar con un único registro por cada persona, con datos básicos para su identificación y ubicación, que concentrara todo su historial socio-sanitario. Con esta visión, se rediseñaron procesos administrativos, se desarrollaron nuevas aplicaciones informáticas, se tendieron redes, se incrementó y mejoró el parque informático, se organizaron actividades de entrenamiento para los nuevos procesos y sensibilización para el cambio cultural, se redujeron los desplazamientos de los beneficiarios, la complejidad de los trámites y los tiempos de espera, y se implementaron mecanismos para mejorar la comunicación interna y con los usuarios. Para ello se contó con un equipo ejecutivo constituido con personal municipal perteneciente a las distintas áreas involucradas, acompañado por un Comité de Calidad conformado por sus máximas autoridades, apoyado por el Programa Municipalidad (Prov. de Buenos Aires) para la implantación de un sistema de gestión de calidad y la certificación del mismo de acuerdo a las normas ISO 9001 (certificación que se obtuvo en mayo 2010), así como por el Sintys para la mejora de la calidad de los datos de las personas y el área SIG de Jefatura de Gabinete de Ministros para la construcción de un Tablero de Comando. En la actualidad, el sistema administra 170.000 registros, con información sanitaria y social de las personas, lo que incluye datos de la vivienda, conformación del grupo familiar, situación de empleo e ingresos, entre otros. Esta información agregada ha permitido contar con una estadística mensual para estimar las personas bajo la línea de pobreza, su distribución en el territorio y la pirámide poblacional de las mismas, lo que se ha constituido en un insumo fundamental para el Programa Objetivos del Milenio cuya aplicación local guiará las acciones del gobierno en los próximos años.

Caracterización del municipio en que tuvo lugar la experiencia: Tipo de municipio, población, indicadores socioeconómicos, presupuesto municipal, cantidad de empleados municipales, entre otros datos:

Tipo de municipio y población: En la Provincia de Buenos Aires, la delimitación del territorio municipal es por ejido colindante (municipio Partido) y existe una única categoría de gobierno local. No obstante, la Ley Orgánica de las Municipalidades establece una distinción entre los distintos municipios de la Provincia al definir la cantidad de concejales en función de la población del territorio. El Censo 2001 dio cuenta de 103.961 habitantes, por lo cual Olavarría está en el rango de ciudades a las que les corresponde elegir 20 concejales.

Superficie total: 7.715 km².

Ubicación geográfica: El Partido de Olavarría se encuentra ubicado en el centro de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, (37° S., 60° O.). Dentro del ejido municipal se encuentra la homónima ciudad cabecera, más siete localidades en las que funciona una Delegación Municipal (Loma Negra, Sierra Chica, Sierras Bayas, Hinojo y Colonia Hinojo, Recalde, Santa Luisa, Espigas) a cargo de un delegado designado por el Intendente Municipal, más un conjunto de pequeños asentamientos o pueblos con escasa población (Iturregui, Colonia San Miguel, Colonia Nieves, Cerro Sotuyo, La Providencia, Durañona, Pourtalé, Rocha, Mapis, Muñoz, Iturregui y Blanca Grande).

Vías de acceso: La ciudad cabecera se ubica sobre la Ruta Nacional N° 226 y Provincial N° 51, y a 40 km. de la Ruta Nacional N° 3, y está comunicada a la vía del Ferrocarril Roca (Constitución-Bahía Blanca).

Región: Olavarría integra el TOAR (Tandil, Azul, Rauch y Olavarría), aunque tal regionalización ha caído en desuso.

Características del territorio: El relieve corresponde a la llanura pampeana con serranías al centro-este del Partido. Su orografía está compuesta por cerros, sierras y elevaciones menores, pertenecientes al Sistema de Tandilia, que se prolonga desde Tandil hasta la Sierra de los Padres, con una extensión aproximada de 330 km. Las sierras no sobrepasan los 500 m sobre el nivel del mar. La hidrografía está representada por lagunas y arroyos, algunos de cursos permanentes y otros temporarios. El curso de agua más importante es el Arroyo Tapalqué, un río de profundas barrancas, que nace en los manantiales de Querandíes y cruza la ciudad de sur a norte. La laguna más concurrida, Blanca Grande, está ubicada en el ángulo norte del Partido. En algunos sectores, el suelo es rico en rocas graníticas que se encuentran a ras de superficie, lo que ha permitido una importante industria de la piedra. En tanto, la fertilidad de la tierra ha hecho posible de un importante desarrollo de la ganadería y la agricultura.

Indicadores socioeconómicos:

Población: La Dirección de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires proyecta la población del distrito para 2010 en 111.882 habitantes, lo cual de comprobarse significaría un aumento del 7,6% respecto del último censo. El 80% de la población es urbana. En 2009, la tasa de natalidad se ubicó en el 17‰ y la de mortalidad en 8,9‰. Según la última estimación (agosto 2010) la población por debajo de la línea de pobreza se ubica en el 23,1%.

Educación: 79 escuelas primarias (68 provinciales y 11 privadas), 24 de nivel medio (17 provinciales y 7 privadas), 3 técnicas, 9 institutos terciarios, 4 facultades (Ingeniería, Ciencias Sociales y Escuela de Salud de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, y Abogacía, como sede Univ. Nacional de Lomas de Zamora).

Efectores de salud: **Municipales:** 1 hospital de alta complejidad, 3 hospitales de baja complejidad, 25 unidades de atención primaria. **Provinciales:** 1 hospital especializado (oncología). **Privados:** 3 clínicas, 2 emergencias médicas y decenas de consultorios médicos, odontológicos, de diagnóstico por imágenes y bioquímicos, y de enfermería.

Empleo: A marzo de 2009, la tasa de actividad ascendía al 47,86%, la tasa de empleo al 42,59%, la tasa de desocupación 11,01%, tasa de subocupación 22,02%, tasa de subocupación demandante 16,07%, tasa de subocupación no demandante 5,95%, tasa de empleo no registrado 21,5%. Existe una leve ventaja de los hombres respecto de las mujeres en la ocupación (54,5%), y del empleo en instituciones del sector privado (71,33%). Predomina la ocupación en servicios (36,64%), seguida de comercio y reparaciones (19,52%), industria (13,69%), enseñanza (9,24%) y construcción (7,53%).

PBG: El Producto Bruto Geográfico per cápita de 2004 (en base a población censo 2001) se estimó en \$8.674.-

Presupuesto Municipal: El Presupuesto Municipal para el ejercicio 2010 asciende a \$ 248.460.000.-

Objetivos propuestos (objetivo principal y secundarios; explícitos e implícitos) **y metas del proyecto o políticas del municipio:**

Objetivo inicial:

Contar con un único registro por cada persona con datos básicos para su identificación y ubicación, que concentre todo su historial socio-sanitario.

Dicho objetivo, pretendía generar impactos en las siguientes dimensiones:

Dimensión informática:

- Contar con una única base de datos confiable.
- Disminuir tiempos de procesamiento.

Dimensión Administrativa:

- Disminuir los desplazamientos de las personas, reuniendo en un mismo ámbito físico todos los trámites de alta, baja y modificaciones (ABM) de datos (apertura HC, empadronamiento y cambio de médico del Seguro Municipal de Salud -SMS-, alta y renovación de Carnet Hospitalario, alta y modificación de datos del Sistema Integrado Atención Médica Olavarría -SIAMO).

Dimensión Sanitaria:

- Otorgar mayor certeza al acto médico al relacionar todas las prestaciones brindadas a un paciente, sin dudas sobre su identidad.

Dimensión Económica:

- Evitar gastos innecesarios derivados de la duplicación de estudios extraviados o de dudosa identidad.
- Generar un entorno adecuado para el cumplimiento de las disposiciones de la Ordenanza Impositiva y del Tribunal de Cuentas en lo relativo a la tasación de las prestaciones.

A medida que los procesos se iban consolidando, la Alta Dirección del Sistema de Gestión estableció los siguientes objetivos de calidad:

- Mejorar y medir la satisfacción del usuario del SGC.
- Promover el adecuado uso del SGC por parte de los recursos humanos involucrados.
- Mejorar la calidad de la información contenida en la base de datos.

Problema que la experiencia intenta resolver. Caracterización:

Dispersión de trámites y movilización excesiva de los pacientes o sus familiares: La Ordenanza Fiscal vigente establece la “tasa por servicios asistenciales” para el pago de las prestaciones de salud que se realicen en los centros de salud municipales de todo el Partido. La misma ordenanza “faculta al Departamento Ejecutivo para conceder deducciones de acuerdo a la posibilidad económica del contribuyente, determinadas por el servicio social de la Municipalidad y otorgar facilidades en los pagos”. En cumplimiento de esta normativa, la Oficina de Carnet Hospitalario (OCH), previa entrevista social, emite un carnet por cada grupo familiar que habilita a solicitar deducciones sobre las prestaciones recibidas.

Este trámite es realizado en una oficina ubicada sobre una de las calles que bordea el terreno de 4 hectáreas que ocupa el complejo Hospital Municipal Dr. H. Cura. Por otra parte, las personas debían elegir un médico de cabecera; dicho trámite se realizaba en la Oficina del Seguro Municipal de Salud, ubicado en el corazón del Hospital, distante a unos 100 metros de la OCH. Por último, la apertura de la HC quedaba a cargo de la Dirección de Estadística, a partir de los datos que presentaba la persona en un servicio del hospital o personalmente en dicha dependencia, distante a unos 200 mts de la OCH. Vale decir, que para que una persona contara con Carnet Hospitalario, médico de cabecera y número de historia clínica (HC), tenía que dirigirse a tres oficinas, distribuidas en un recorrido de 200 metros.

Carencia de datos: Esta dispersión física contribuyó a la carencia de datos porque las personas no completaban los trámites. Por ejemplo, si una persona solicitaba la emisión de su carnet, era informada de que debía concurrir a la Oficina de SMS a solicitar el empadronamiento con su médico de cabecera, pero ello no siempre era cumplido. Lo mismo pasaba a la inversa, con personas que se empadronaban en el SMS pero no contaban con carnet hospitalario. Salvo en una minoría de casos, los carnets hospitalarios no registraban el número de HC, de modo que si bien acreditaban una condición social que les permitía solicitar un subsidio municipal, no había certeza de que la HC ubicada en el sistema hospitalario se correspondiera con la misma persona. A ello se sumaba que la información provenía de la declaración jurada de las personas, y era habitual que ocultaran su situación de empleo en relación de dependencia o la existencia de obra social, porque eso les resultaba más conveniente que declarar la obra social.

Errores de carga: Salvo en la OCH, para el resto de los trámites no se solicitaba la exhibición de documentos de identidad. A ello se sumaba que, en muchas ocasiones, el trámite no era realizado en forma directa por los pacientes: la HC era abierta a partir del dictado telefónico de los datos por parte del personal que tomaba contacto con el paciente en los distintos servicios, en tanto el empadronamiento con un médico de cabecera se solicitaba mediante un formulario que llenaba el personal del centro de salud barrial. Incluso existía la sospecha de que algunos profesionales habían incorporado al SMS a personas que no eran pacientes, ya que percibían un incentivo salarial mensual por cada persona agregada.

Facturación manual: La emisión de las tasas por servicios asistenciales (que abonaba una parte de la población) se realizaba en forma manual. Esto implicaba que las personas que debían abonar total o parcialmente sus prestaciones, se dirigían a las cajas habilitadas y se les confeccionaba un recibo manual. Si bien la caja Alsina (la principal, ubicada al lado de la Guardia de Adultos) atendía las 24 horas, se suspendía la atención durante 30' en los cambios de turno, para realizar el cierre de caja, lapso durante el cual las personas debían esperar. Esto generaba muchos contratiempos a los pacientes, que perdían su turno o recibían una reprimenda en los servicios por una tardanza que no les era atribuible. A ello se sumaba la discrecionalidad de las cajeras, que no siempre cobraban lo correcto; en el relevamiento inicial se detectó que si una persona no tenía todo el dinero, se le extendía un recibo por un valor inferior a la prestación. Por último, no quedaba registrada la carga fiscal de las prestaciones entregadas, ya que las personas con condición social 1 (100% de subsidio municipal) no pasaban por las cajas.

Dificultad para obtener información socio económica de la población asistida: Si bien la OCH tenía información sobre la población asistida, la misma resultaba de análisis realizados sobre una base de datos incompleta, ya que las personas podían atenderse en las salas de atención primaria sin tener su carnet hospitalario actualizado. No existían incentivos para que los profesionales de los centros de salud solicitaran a sus pacientes la actualización de datos. Asimismo, la condición social era asignada a la familia, de modo que no se advertían las diferencias al interior del grupo familiar (p.e., una mujer de condición 1, puede tener hijos resultantes de dos hombres distintos, uno de los cuales tiene obra social y otro no; por ello, ese grupo familiar tiene entre sus miembros a uno con obra social a la cual pueden tasarse las prestaciones).

Prestaciones cargadas a historias clínicas equivocadas: Los errores de identidad en ocasiones generaron problemas de asignación de prestaciones a personas equivocadas. Muchas de estas situaciones ni siquiera pueden ser identificadas, pero forma parte del anecdotario institucional el caso la persona que llegó a quirófano con la HC equivocada, o el retiro de insulina por un no diabético, fallos derivados de errores accidentales o de sustitución intencional de la identidad por parte de los pacientes (p.e. para evitar el pago de la tasa). En ocasiones, ante la sospecha de problemas de identidad, se repetían los estudios, lo que implicaba volver a molestar al paciente para una extracción o exposición para diagnóstico por imágenes, y la pérdida económica para el municipio por el gasto incurrido en la duplicación.

Problemas de comunicación interna por uso de distintas bases de datos: La condición socio-económica era cargada en una base de datos diferente a la utilizada por el Hospital, de modo que cuando un paciente concurría con un Carnet Hospitalario que indicaba su condición social, esta podía diferir de la que visualizaba la empleada administrativa de algún servicio hospitalario. Ello hacía que se hiciera circular el paciente hasta que se resolvía la situación y generaba tensión en la relación entre el personal hospitalario y el de la OCH.

Procesos orales y en constante evolución: Ninguno de los procesos estaba documentado. En relación con los procesos, las comunicaciones eran mayoritariamente verbales, del estilo top-down, sin considerar la opinión de los operadores. Estos eran asignados a los puestos administrativos sin capacitación previa, con la breve explicación previa de un compañero. Por períodos, se utilizó como soporte escrito de los procesos a la “circular”, instrucción que en ocasiones rápidamente se revertía por una orden oral, lo que genera mucha incertidumbre y falta de apego a los procesos por parte del personal.

Cuando los usuarios se encontraban ante una limitación informática por falta de adaptación del sistema ante las necesidades del sector, lo usual era forzar el uso de un campo para otra finalidad. Un ejemplo extremo de esta adaptación era que en el sector del Archivo Central almacenaban HC de gran tamaño en un estante especial, separado del orden correlativo habitual; para ello, en el campo apellido y nombre, indicaban “Est.Gordas” para hacer referencia a que estaba ubicado en el estante de las historias clínicas “gordas”.

Lentitud del sistema informático: Al tener que leer cuatro bases para cada proceso, el sistema informático debía realizar más operaciones de control ante cada modificación de datos. Cabe recordar que consultaba tres bases correspondientes al hospital municipal ('HMO' y 'HMHC', con 130.000 HC, y 'SHC' con 24.000 registros), y la cuarta alimentada por dos sectores -OCH y SMS- con 62.000 registros referidos a datos sociales y médico de cabecera.

Falta de confiabilidad de todas las bases: A ser alimentadas por usuarios no capacitados y con distinto interés sobre los datos, ninguna de las cuatro bases era confiable. Algunas tenían mejor información que otras en algunos aspectos, pero en todas se observaron datos repetidos, omisión de datos e incluso registros cruzados.

Caracterización del área del municipio en la que se llevó a cabo el programa: Características generales de dicha dependencia teniendo en cuenta principalmente misiones y funciones de la unidad, objetivos de la unidad, grado de formalización de la unidad y de los procedimientos, tipo de departamentalización (rígida o flexible):

Si bien el proceso de cambio fue coordinado por la Subsecretaría de la Gestión Pública, se basó en el trabajo de un equipo multidisciplinario, que luego se formalizó en un Comité de Calidad. Este integró a distintos sectores de la Secretaría de Prevención y Atención Sanitaria, de la Secretaría de Desarrollo Social y de la Subsecretaría de la Gestión Pública, que aportaron la experiencia y el perfil profesional de distintas disciplinas del área social, informática, administración y médica.

Las áreas principalmente involucradas fueron:

- Subsecretaría de la Gestión Pública, dependiente del Intendente Municipal.
- Sistemas y Comunicaciones-Sede Hospital, dependiente de la Subsecretaría de la Gestión Pública.
- Oficina de Carnet Hospitalario, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social.
- Dirección de Estadística, dependiente de la Subsecretaría General de Administración, a su vez dependiente de la Secretaría de Prevención y Atención Sanitaria.
- Dirección de Prevención y Atención Sanitaria, dependiente de la Secretaría de Prevención y Atención Sanitaria.
- Oficina del Seguro Municipal de Salud (SMS), dependiente de la Subsecretaría General de Administración, a su vez dependiente de la Secretaría de Prevención y Atención Sanitaria.
- Dirección médica del Hospital Municipal Dr. Héctor Cura, dependiente de la Secretaría de Prevención y Atención Sanitaria.

Cada una de estas áreas está formalizada en el organigrama municipal.

El Comité de Calidad también fue formalizado por un decreto del Intendente Municipal. Es presidido por el propio Intendente, e integrado por los titulares de la Subsecretaría de la Gestión Pública, Secretaría de Prevención y Atención Sanitaria, Subsecretaría General de Administración, Dirección de Prevención y Atención Sanitaria y responsable de la Oficina de Carnet Hospitalario.

Por su parte, la alta dirección del sistema de gestión de calidad (SGC) está constituida por la Subsecretaría de la Gestión Pública, la responsable de la Oficina de Carnet Hospitalario y la responsable de Calidad, una joven licenciada en administración de empresas que antes se desempeñaba como administrativa en el Seguro Municipal de Salud. En la operatoria cotidiana, también se incluyó al responsable de Sistemas y Comunicaciones-Sede Hospital, un técnico en informática, con experiencia en la implantación de sistemas de gestión de calidad en el sector privado, y en ocasiones, a la Directora de Estadística, una técnica en estadística a cuyo cargo ha estado la administración de las historias clínicas en los últimos años. En parte, este grupo operativo responde a una organización matricial, ya que si bien cada área conserva su dependencia de la Secretaría de pertenencia (departamentalización funcional), se coordina mutuamente para la administración del sistema de gestión de calidad.

Respecto a las misiones y funciones de cada una de las áreas, su definición formal es muy precisa y se encuentran definidas en los decretos de creación. La Subsecretaría de la Gestión Pública es la encargada de emprender procesos de modernización en distintas áreas. La Subsecretaría General de Administración tiene entre sus funciones “procurar que la planificación, los métodos y procedimientos administrativos y las normas que lo rigen, produzcan un continuo mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios a cargo de la institución”, en tanto las áreas médicas tienen responsabilidad sustantiva en el registro de la información sanitaria.

Los objetivos propuestos por la alta dirección son coherentes con las funciones que asumen las distintas dependencias intervinientes. Pero la diferencia fundamental fue que la intervención no fue secuencial (como es habitual en las administraciones burocráticas en las que prevalece la gestión por procesos) sino resultante de un abordaje conjunto, integral y estratégico, al menos en la mayor parte de las etapas.

Marco normativo de la experiencia: ordenanzas, decretos y toda otra norma que sustenten jurídicamente la experiencia (ADJUNTAR COPIAS A LA PRESENTE):

- Ordenanza fiscal N° 2460/99, año 2009, y su equivalente del año 2010.
- Ordenanza impositiva N° 2461/99, año 2009, y su equivalente del año 2010.
- Decreto N° 1695. Creación del Comité de Calidad. 31/08/2009.
- Ley 17.671. Identificación, registro y clasificación del potencial humano nacional. 29/02/1968.
- Ley 24.755 (modificatoria de Ley 17.671). Identificación, registro y clasificación del potencial humano nacional. 25/11/1996.
- Ley 25.326. Protección de los datos personales. 04/10/2000.
- Ley 26.529. Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. 21/10/2009.
- Norma IRAM-ISO 9001. Sistemas de gestión de la calidad: requisitos. 2008.
- IRAM 30300. Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001:2000 en municipios. 2009.
- Convenio con programa Municipalidad: Calidad en la gestión municipal. 2009.
- Convenio con Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social (SINTyS). 2009.
- Documentación generada en el Sistema de Gestión de Calidad: Manual de Calidad, Procedimientos Generales, Documentos Generales, Instructivos, Formularios.

Caracterización de la situación previa:

Desarrollo informático: Hacia fines de los 90, se inició la sistematización de algunos procesos del Hospital Municipal. Para ello se desarrolló una aplicación informática y se empezaron a cargar los datos de los pacientes, con el objetivo principal de facturar las prestaciones hospitalarias. Este sistema fue denominado HCO. En 2005 se inició la migración de las aplicaciones a un nuevo lenguaje y su actualización, sistema que se denominó HMHC. Sin embargo, al inicio de la experiencia (febrero 2008) el proceso de migración no se había completado, razón por la cual todo el sistema debía revisar cuatro bases de datos: dos de ellas de historias clínicas (la base de datos creada por el HCO y la nueva creada por el HMHC) y, para algunos procesos, dos bases más: la conformada por los datos de las personas sin HC (SHC), y los datos sociales y de médico de cabecera (cuyas modificaciones estaban a cargo de las oficinas de Carnet Hospitalario y SMS).

Historia clínica (HC): La práctica extendida era que sólo se asignaba número de HC a los pacientes "hospitalarios", entendiéndose por tales a aquellas personas que atendían su salud en los efectores públicos. Ello hacía que no se les asignara número de HC a las personas que concurrían en forma esporádica al hospital (p.e. para una urgencia o uso del equipamiento de diagnóstico por imágenes), quedando las prestaciones recibidas e ingresadas al sistema sin ser asignadas a una persona concreta.

Desde el punto de vista informático, estas personas eran ingresadas a la base de datos SHC, base que al inicio de la experiencia acumulaba 24.000 registros. Si bien esto debería asimilarse a igual cantidad de personas, esta base observaba muchas repeticiones internas (varias entradas para la misma persona) así como con las bases de datos de historias clínicas. Ello ocurría cuando una persona tenía HC pero la empleada administrativa no la buscaba al momento de cargar una prestación (búsqueda que era casi artesanal), razón por la cual se ingresaba un nuevo registro. A ello se sumaba que en esta base figuraban muy pocos datos personales (a veces sólo apellido y nombre). Esta también era una vía utilizada para sortear controles por el pago de las tasas.

El número de HC asignado no siempre se correspondía con una HC en soporte papel, ya que no todos los servicios requerían la apertura de una "tapa" (p.e. diagnóstico por imágenes, guardia). A ello se sumaba que, en el pasado, se habían escaneado e incinerado un conjunto importante de historias clínicas. Ante estos casos, así como en caso de fallecidos, una práctica común era la reasignación del número de HC a un nuevo paciente.

La asignación del número de HC era un proceso que demandaba un lapso mínimo de 10 minutos, ya que requería revisar en forma secuencial registros en soporte papel y bases del sistema para evitar de dar de alta una historia duplicada: a) cuadernos en los que se registraba a los recién nacidos (a los que se buscaba por fecha de nacimiento, ya que de ellos sólo se registraba el sexo y el apellido de la madre); b) fichas manuales que se usaban antes de la implantación del sistema informático y que contenían datos personales de las personas y el número de HC asignada (en las que constaban los datos personales de las personas); c) sistema informático HCO; d) nuevo sistema HMHC. En teoría, sólo si la persona no era localizada en ninguno de estos registros o bases, se daba de alta un nuevo número.

Categorización hospitalaria: Debido a la implantación del modelo de autogestión hospitalaria, en los '90 se desarrolló un sistema de categorización hospitalaria para establecer subsidios diferenciales en función de la condición socio-económica de las personas. Desde entonces, esta categorización está a cargo de la Oficina de Carnet Hospitalario, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social, área que hace una entrevista social y solicita los documentos de identidad.

En base al análisis de distintos parámetros, se establecieron cinco condiciones, tres de las cuales reciben subsidio municipal: la condición 1 recibe el 100% de subsidio municipal, y la 2 y 3, el 75% y el 50% respectivamente. Por su parte, la condición 4 corresponde a los pacientes con obra social, y la 5 a las personas que cuentan con recursos económicos o las que aún no han requerido la evaluación socio económica.

Para el soporte de los datos sociales y de vivienda, se desarrolló una aplicación informática que cargaba la información en una nueva base de datos. Las personas, agrupadas según su grupo familiar, recibían un Carnet Hospitalario que contenía los nombres de los integrantes, fecha de nacimiento, dirección y teléfono y, en ocasiones, el número de documento. Con este Carnet, las familias se dirigían al Hospital: el Carnet con condición 1 habilitaba todas las atenciones sin cargo y sin paso por la Caja, en tanto las de condición 2 y 3 debían pagar la proporción de la prestación (25% o 50%) respectivamente, antes de ser atendidas. En caso contrario, concurrían nuevamente a la Oficina de Carnet Hospitalario para solicitar ser categorizadas como condición 1, al menos transitoriamente, y poder acceder a la prestación sin pagar, o a la Oficina de Admisión del Hospital, para acordar una forma de pago. El propio personal del Hospital, por conocimiento o simpatía con los pacientes, advertía de este resorte institucional, razón por la cual las personas e incluso los funcionarios presionaban mucho para la asignación de la condición 1 ante problemas de carencia financiera transitoria.

Seguro Municipal de Salud (SMS): En el año 2005 se creó el SMS, mediante el cual cada persona que se atendiera en el Hospital o centros de atención primaria debía tener un médico y un odontólogo de cabecera. Para ello, debía concurrir a la Oficina del SMS a solicitar su empadronamiento, así como pedir el cambio de profesional por nuevo domicilio o insatisfacción con la atención recibida. El cambio sólo podía operar pasados seis meses de la última modificación, salvo presentación de nota solicitando la excepción. El trámite de alta o modificación se soportaba en un formulario en papel, que era ingresado una vez al mes. A principio de mes, el SMS emitía un listado acumulativo de personas empadronadas con cada profesional, y a partir ello el paciente era aceptado para su atención. El profesional que superaba un mínimo de pacientes, cobraba un incentivo por cada persona agregada a su listado. Al momento de su puesta en marcha, el SMS utilizó la misma base de datos de la Oficina de Carnet Hospitalario, pero con parámetros de calidad muy distintos: no se solicitaba el documento de identidad a las personas o se lo hacía a partir de formularios llenados por los profesionales. En ocasiones sólo se registraba el apellido y nombre de la persona.

Características generales de la iniciativa: actividades originales y definitivas; población beneficiaria original y definitiva; cantidad de beneficiarios; tipo de articulación; nivel de participación ciudadana:

Emisión automática de la tasa por servicios asistenciales: La emisión y cobro de la tasa por servicios asistenciales, derivada de la aplicación de la Ordenanza Fiscal e Impositiva, estaba tercerizada en la Fundación Hospital Municipal Dr. Héctor Cura. Esta funcionaba en el mismo nosocomio como una organización paralela, que disponía del 11% del total de los ingresos. Ante la decisión del Intendente Municipal de discontinuar esta tercerización, se hizo necesario que el personal municipal asumiera dicho proceso. Una de las debilidades encontradas derivaba de la emisión manual del recibo de cobro de tasas. Ante esto, se solicitó a la Subsecretaría de la Gestión Pública el desarrollo de un sistema informático que contemplara esta nueva demanda, el cual tuvo como característica diferencial que integró tres pilares básicos -software, rediseño de procesos y capacitación del personal- entendiendo que debía aprovecharse esta oportunidad de cambio de software para mejorar la gestión e iniciar un cambio cultural. Esto implicó la implantación de nuevas prácticas: a) la tasa se realiza a una HC, de modo que no puede haber personas que carezcan de la misma, aunque se trate de una prestación esporádica y de un no residente; b) la tasa resulta del cruce de la prestación recibida (según nomenclador) y la condición socio-económica de la persona; c) la situación económica prevalece sobre la condición financiera: si una persona no tiene dinero para pagar una prestación porque aún no cobró el sueldo, el sistema registra la deuda, que genera intereses como cualquier tasa municipal, y puede ser abonada en forma parcial o total durante las 24 horas en cualquiera de las cajas habilitadas en el Hospital. Esto quitó presión a la Oficina de Carnet Hospitalario, pero también puso de manifiesto los graves problemas de identificación de las personas y las incoherencias entre las bases de datos del Hospital (que debía tasar) y de Carnet Hospitalario (que otorgaba la condición socio-económica).

Historia clínica automática: Para empezar a resolver los problemas de identidad de las personas era necesario agregar al Carnet Hospitalario el número de historia clínica y generar la práctica organizacional de referenciar todas las solicitudes de prestaciones al número de HC. Pero esta iniciativa fracasó porque el tiempo que demandaba su emisión (un mínimo de 10' por HC) era excesivo frente a una demanda de renovación de carnet de 80 familias por día, considerando que en la mayor parte de los mismos no constaba este dato. Ello requirió desarrollar tres procesos en forma paralela: a) contar con el consenso de la Dirección de Estadística, hasta entonces "dueña" del proceso de alta de HC: ello requirió evaluar en forma conjunta el riesgo de duplicar HC que hasta entonces tuvieron soporte papel, e iniciar un proceso de digitalización de dichos soportes. Este proceso fue iniciado pero no completado, ya que el sistema otorgó suficiente seguridad y el propio personal de la Dirección decidió archivar esos soportes; b) desarrollar una aplicación informática que otorgara el número de HC de manera automática las 24 horas del día, a lo que se sumaba el rediseño de procesos para completar la información básica, la capacitación de todos los administrativos de los servicios hospitalarios y cajeros para cuidar la calidad de los datos, y las auditorías para controlar el ajuste a los procesos. Desde el momento de implementación de HC automática, pudo emitirse el Carnet Hospitalario con todos los datos de las personas; c) desarrollar procesos para la detección previa de potenciales HC ya ingresadas al sistema, para evitar la apertura de duplicadas. Ello implicó el desarrollo de una aplicación que busca a las personas en las distintas bases por apellido y nombre (en todos los casos, idéntico o parecido, para también localizar a las potenciales HC abiertas con errores), fecha de nacimiento, y/o tipo y número de documento. Esta pantalla reporta un % de confiabilidad del dato.

Unificación espacial de los trámites: El problema de la falta de terminación de los trámites derivado de la dispersión espacial de las oficinas, se resolvió con la unificación de procesos en la Oficina de Carnet Hospitalario. Ello requirió el análisis previo del flujo incremental de personas, y la dotación de más puestos informáticos para su procesamiento. Posteriormente, en particular cuando se resolvió unificar la fecha de vencimiento de los carnets en 6 meses, se debió reforzar con una persona más, así como agregar un nuevo puesto al lado de la caja principal del hospital, para el ingreso de las personas con condición social 4 y 5, las que tradicionalmente no tenían Carnet Hospitalario y, en la mayor parte de los casos, no requerían la apertura de HC. La unificación espacial, concretada en junio de 2009, permitió emitir en el momento el Carnet Hospitalario conteniendo los datos de identidad de todos los miembros del grupo familiar, más el número de HC y la condición socio-económica (datos básicos para la solicitud de estudios o la emisión de la tasa), y los apellidos de los profesionales de cabecera (médico y odontólogo).

Mejoramiento de los datos: El problema de la baja calidad de los datos ingresados a las bases, requirió establecer estrategias sucesivas para su mejoramiento. En primer término se enviaron los padrones a los médicos de cabecera para que ellos aportaran más información sobre los pacientes a cargo en base a las fichas que se utilizan en los centros de salud barriales. Este proceso aportó pocas novedades. Posteriormente se firmó un convenio con el Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social (Sintys) para el cruce de las bases de datos; el primer cruce arrojó un bajo porcentaje de coincidencias lo que obligó a pensar en estrategias alternativas que consideraran la altísima cantidad de registros involucrados, la escasez de personal y la necesidad de mejorar sin interrumpir la operatoria cotidiana. Para ello se diseñaron nuevos procesos de ABM de datos, se modificó el tiempo de vigencia de los carnets hospitalarios (que se unificó en seis meses) y se generaron incentivos para la renovación de los carnets vencidos (se empezó a depurar la cápita de los médicos del SMS, que hasta entonces era histórica y sólo contemplaba altas o pases, operando en baja progresiva de los carnet vencidos). Los nuevos procesos implicaron la solicitud de DNI al momento del alta de una HC y la dotación de scanner en distintos puestos que requerían dar un alta de HC ante emergencias (guardias, cajas, etc.), la implantación de auditorías que revisaran a posteriori esas altas, el ingreso al Sintys y otras bases nacionales para constatar la identidad de las personas, el desarrollo de una aplicación que detecta automáticamente posibles HC repetidas y los procesos administrativos e informáticos necesarios para su unificación, y la organización de distintos cruces propios para la depuración de duplicados y mejoramiento de los datos. Entre los procesos implementados, se destaca la articulación con la delegación del Registro Provincial de las Personas, que mejora los datos de los recién nacidos (antes identificados con el apellido de la madre y el aditamento de RN) apenas obtienen su DNI.

Unificación de bases de datos: Los problemas de comunicación interna y la lentitud del sistema informático requerían la unificación de las cuatro bases de datos principales. Ello implicó el abordaje de varios procesos en paralelo: a) **el análisis, depuración y correlación de datos entre las bases**, que garantizara la conservación del 100% de los datos, asegurara la identidad de la persona antes de fusionar los datos provenientes de distintas bases, y evitara la apertura de nuevas HC en forma innecesaria. Ello requirió procesos de limpieza de las bases (tales como separar del campo apellido datos relacionados con la ubicación física o el estado de las historias clínicas) y búsquedas sucesivas para detectar coincidencias dentro de las bases y entre ellas; También se realizó un proceso de depuración muy importante, en los casos de HC abiertas sin datos (o con escasos datos que impedían detectar identidad) siempre que no tuvieran prestaciones o tasas asociadas; b) **la modificación de las aplicaciones informáticas** que se referenciaban con cada una de las bases de datos; c) **el alta de nuevas HC**, cuando agotadas las búsquedas y cruces de datos no se podía dar certeza de que los datos encontrados en dos bases distintas se correspondían a la misma persona.

Etapas de implementación y grado de avance:

En tanto la experiencia incluyó una gran cantidad de procesos, se incluye a continuación un cuadro en el que se detalla sintéticamente la enunciación del proceso principal, la fecha de completamiento del mismo (o de inicio, cuando se trata de procesos en curso), a qué objetivo de calidad contribuye, el grado de avance alcanzado y las observaciones relacionadas, de corresponder.

Procesos iniciados y/ o completados	Trimestre inicio o implementación	Año	Objetivos del SGC				Grado de avance	Observaciones
			Mejorar la satisfacción del usuario	Promover el adecuado uso del SGC por parte de los RH involucrados	Mejorar en forma continua la calidad de información de la base de datos	Otros objetivos		
Relevamiento, desarrollo e implementación tasa automática	1°	2008		x		x	100%	
Búsqueda de datos con apoyo de médicos SMS	3°	2008			x		100%	
1° cruce de datos con Sintys	3°	2008			x		100%	
Digitalización de registros manuales (fichas amarillas),	1°	2009			x		---	Abandonado por confianza en el sistema
Alta de HC automática	1°	2009	x		x		100%	
Búsqueda Avanzada de Personas.	1°	2009	x		x		100%	
Conexión <i>on line</i> con Sintys.	1°	2009			x		100%	
Proceso manual de Baja de HC repetidas e implantación del formulario F 06.	1°	2009			x		100%	Reemplazado por formulario digital
Correlación SHC con HC para rescate de prestaciones.	2°	2009			x		100%	
Agregado de código único (número de historia clínica a registros SHC.	2°	2009			x		100%	
Unificación espacial del ABM de datos (HC, SMS y Carnet Hospitalario)	2°	2009	x				100%	
Alta simplificada e implementación del formulario F 05	2°	2009			x		100%	
Eliminación acceso a la base SHC y migración datos	2°	2009		x	x		100%	
Depuración situación de misma HC y distintos datos básicos entre padrones Hospital y Desarrollo Social.	2°	2009			x		100%	
Unificación de padrones: análisis y depuración de tablas, determinación criterios ante ausencia de datos o duplicación, cambio condición social carnets vencidos.	3°	2009			x		100%	
Instalación de Anexo Carnet Hospitalario	3°	2009	x				100%	
Depuración programada de cápita de médicos cabecera	3°	2009			x		100%	
Ingreso de información de certificados de defunción desde año 2008 para atrás	3°	2009			x		35%	
Aportes para el diseño de la nueva guardia Hospital Municipal con áreas especialmente diseñadas para la admisión administrativa	3°	2009	x		x		100%	
Emisión carnet Hospitalario a condición 4 y 5	4°	2009	x				100%	
Alta auditada	4°	2009		x			100%	
Implementación Software para automatización de la unificación de HC duplicadas	4°	2009			x		100%	
Construcción de indicadores de seguimiento Base de Datos Pacientes: cantidad de personas y familias, condición socioeconómica de las personas, educación, estimación de personas por debajo línea de pobreza	4°	2009				x	100%	Se continúa agregando más indicadores
Diseño nuevo proceso SIAMO	4°	2009			x	x	50%	Resta emisión instrumentos legales.
Elaboración de mapa de ubicación de la pobreza, resultante de cruce base de datos HMHC y GIS	4°	2009					100%	
Colocación de cartelera del SGC y buzones de sugerencias	1°	2010	x	x			100%	
Primera Auditoría del IRAM	1°	2010	x	x	x		100%	
Implementación aplicación informática "Unificación de HCs".	1°	2010			x		100%	
Implementación de los primeros procesos periódicos de auditoría de procesos	1°	2010		x			100%	Sostenido en el tiempo, auditoría mensual.
Incorporación campo "Bloqueado" y "Entrevista"	1°	2010			x		100%	
Bloqueo de 9.334 HCs sin datos básicos	1°	2010			x		100%	
Ingreso de información nuevos recién nacidos en Hospital	1°	2010	x		x		100%	
Segunda Auditoría del IRAM	2°	2010	x	x	x		100%	
Emisión certificado calidad ISO 9001	2°	2010				x	100%	
Búsqueda masiva en Sintys de personas con DNI y sin fecha de nacimiento	3°	2010	x		x	x	100%	
Búsqueda masiva en Sintys de personas con fecha de nacimiento y sin DNI con pasantes	3°	2010	x		x	x	100%	
Procesamientos en masa de HC duplicadas detectadas con pasantes	3°	2010	x		x		10%	En proceso. Se mantiene al día.
2° cruce con Sintys: detección de fallecidos, agregado de ID y detección personas sin DNI	3°	2010	x		x	x	10%	Preparado y enviado. A la espera de resultados
Tablero de comando SIG Jefatura de Gabinete	3°	2010				x	5%	Capacitación e inicio de carga
Preparación base de datos para diagnóstico situación Objetivos del Milenio (ODM)	3°	2010				x	100%	
Rediseño de tablas de datos de vivienda, para calcular población con NBI	3°	2010				x	50%	Falta modificación informática y migración datos.
Construcción de nueva guardia hospitalaria, que concentrará todos los procesos relacionados con la admisión socio sanitaria al Hospital (admisión, turnos, caja, Carnet Hospitalario)	3°	2010	x		x	x	5%	La obra se inició en 3° trimestre. Se prevén 14 meses de ejecución.

Como puede observarse, muchos procesos contribuyen a más de un objetivo de calidad. Los 'otros objetivos' están referidos a la contribución del proceso a aquellos objetivos no directamente relacionados con el sistema de gestión de calidad, pero sustantivos para la gestión municipal.

La unificación y mejora de la calidad de los datos, además de contribuir a asegurar una correcta identificación individual de las personas (lo que repercute en su historial médico, en el registro de la deuda por prestaciones, en la evaluación de su situación socioeconómica a los efectos de la ayuda social) permite contar con información socio-económica para la toma decisiones: seguimiento mensual de la cantidad de personas bajo la línea de pobreza, ubicación en el territorio (GIS) tales personas, estratificación de la cantidad de niños según nivel escolar para estimar deserción escolar, etc. En la actualidad se está trabajando en coordinación con la Unidad Coordinadora de Indicadores Locales, para la obtención de datos que permitan definir las metas locales Programa Objetivos del Milenio.

En tanto, la tasación de las prestaciones contribuye a registrar la carga fiscal del Estado, a mejorar el cumplimiento de las ordenanzas fiscal e impositiva, y el ajuste a las disposiciones de la Ley Orgánica de las Municipalidades. La extensión de esta práctica al 100% de las prestaciones, así como la registración electrónica del 100% de las prácticas (lo que se posibilita con la unificación de bases y mejora de los datos) permitirá mejorar las estadísticas sanitarias en función de la codificación internacional CIE10.

Recursos humanos involucrados: características y cantidad de personal; máximo nivel educativo promedio de los integrantes del equipo:

El equipo multidisciplinario se integró con las siguientes personas:

APELLIDO Y NOMBRE	CARGO/FUNCION	FORMACION ACADEMICA	EDAD	SITUACION LABORAL
Comité de Calidad				
José María Eserverri	Intendente municipal	Abogado	42	Planta política
Patricia Seijo	Secretaría de Desarrollo Social (hasta diciembre de 2009)	Licenciada en trabajo social	48	Planta política
Eduardo Rodríguez	Secretaría de Desarrollo Social (desde enero de 2010)	Estudios universitarios incompletos	42	Planta política
María Elena Montani	Secretaría de Prevención y Atención Sanitaria	Médica pediatra	63	Planta política
Nora Gelso	Subsecretaría General de Administración (hasta enero de 2010)	Contadora pública nacional	58	Planta política
Gabriel Galbucera	Subsecretaría General de Administración (desde febrero de 2010)	Contador público nacional	37	Planta política
Mónica Iturburu	Subsecretaría de la Gestión Pública	Magister en gestión empresaria	49	Planta política
Alfredo Waimann	Dirección del Hospital Municipal "Dr. Héctor M. Cura"	Médico clínico	59	Planta política
Marcela Arias	Dirección de Prevención y Atención Sanitaria (hasta febrero de 2009)	Médica generalista	47	Planta política
Rosana Rivarola	Representante de la Oficina de Carnet Hospitalario	Licenciada en trabajo social	47	Planta permanente
Subsecretaría de la Gestión Pública				
Mónica Iturburu	Subsecretaría de la Gestión Pública	Magister en gestión empresaria	49	Planta política
Carolina Diez	Responsable de Calidad	Licenciada en Administración	25	Planta temporaria
Melina Pugliese	Administrativa	Estudios secundarios	21	Planta temporaria
Sistemas y Comunicaciones - Sede Hospital				
Martín Lázaro	Responsable del sector	Estudiante Técnico superior en tecnologías de la información	41	Planta temporaria
Sebastian Bauters	Programador	Ingeniero en sistemas	32	Planta temporaria
Saulo Vargas	Programador	Técnico en informática	20	Planta temporaria
Natalia Gelmi	SopORTE técnico - Capacitación	Licenciada en informática educativa	30	Planta temporaria
Oficina de Carnet Hospitalario				
Rosana Rivarola	Representante de la Oficina de Carnet Hospitalario	Licenciada en trabajo social	47	Planta permanente
Silvia García	Administrativa	Licenciada en comunicación social	44	Planta permanente
Walter Mc Donalds	Administrativo	Estudios secundarios	41	Planta permanente
Constanza Fernandez García	Administrativa	Estudiante Abogacía	25	Planta permanente
Yanina Recio	Administrativa	Estudios secundarios	32	Seguro de Capacitación y Empleo (SCyE)
Anexo de Oficina de Carnet Hospitalario				
Romina Peyrano	Administrativa	Estudios secundarios	31	Planta permanente
Sistema Integrador de Atención Médica Olavarría (SIAMO)				
María Rosa Muñoz	Administrativa	Estudios secundarios	56	Planta permanente
Dirección de Estadística				
Ana Cáceres	Directora	Técnica en estadísticas	49	Planta política
Cristina García	Administrativa	Estudios secundarios	49	Planta permanente
Seguro Municipal de Salud (SMS)				
Liliana Morales	Administrativa (hasta octubre de 2009)	Estudios secundarios	38	Planta permanente
Ana Ferrari	Administrativa (desde octubre a diciembre de 2009)	Protesista dental	36	Planta temporaria
Julia Bahurlet	Administrativa (desde enero de 2010)	Estudios secundarios	19	Planta temporaria

Este equipo de trabajo multidisciplinario permitió encontrar diferentes posibilidades de solución a cada problema planteado, lo cual enriqueció el proceso a partir de una eficiente complementariedad, coordinación y articulación de las diferentes áreas involucradas. Sin embargo requirió de un período de adaptación al estilo de trabajo planteado, debido a la tradición de la falta de procesos escritos, en constante evolución y con alta rotación de personal.

Cabe señalar que no existe un ámbito físico específico para el desarrollo de la tarea del equipo multidisciplinario, ya que cada responsable desarrolla sus tareas en dependencias distantes entre sí. Resulto necesario, entonces, establecer mecanismos de comunicación bidireccional que fomentaron el grado de confianza y compromiso asumido por cada área en la búsqueda de soluciones efectivas, lo cual implicó un cambio cultural de gran magnitud en la organización. El equipo se valió del correo electrónico, el teléfono y reuniones de trabajo frecuentes y dinámicas en diferentes lugares de la organización, dependiendo de los temas a tratar.

Financiamiento: Fuentes de financiamiento público y/o privado; costo total de la experiencia; recursos propios o compartidos:

La mayor parte de los procesos de cambio emprendidos fueron de muy bajo costo y se basaron en una reasignación de recursos o un mejor aprovechamiento de los mismos, o en la articulación con organismos provinciales o nacionales.

El área de Sistemas y Comunicaciones-Sede Hospital, dependiente durante todo el proceso de cambio de la Subsecretaría de la Gestión Pública, cambió radicalmente la forma de contratación de los servicios profesionales, pasando de la contratación externa a la conformación de equipos técnicos en relación de dependencia. Como la mayor parte del nuevo personal son jóvenes egresados, a pesar del aumento en la cantidad de personal disponible en las prestaciones realizadas, el costo total es equivalente a la contratación externa. Vale decir que todo el desarrollo alcanzado, no demandó incrementos presupuestarios aunque si la redistribución de partidas.

Además del personal en relación de dependencia, durante 2008 y 2009 se contó con dos pasantes por año, de abril a noviembre, provenientes de la Escuela Técnica Alfredo Fortabat. Estos pasantes recibieron una beca de \$ 200.- por mes. En 2008, 2009 y 2010, también se contó con pasantes de la Escuela Nacional, uno para los dos primeros años y por un plazo de dos meses cada uno, y cinco durante el año en curso, que estarán durante cuatro meses; los pasantes de este colegio lo hicieron ad honorem como práctica laboral.

Las inversiones en mejora del equipamiento informático fueron solventadas con recursos propios. En particular se tendieron más redes de datos, se colocaron nuevos puestos (dotados de una PC en red) y se renovaron los equipos en algunos puestos ya instalados, se compraron scanners para los puestos de emergencia y cajas, así como nuevas impresoras para las cajas y se adquirió un nuevo servidor central. Todo ello demandó una inversión cercana a los \$ 200.000.-

El acompañamiento para la certificación de calidad realizada por el Programa Municipalidad, implicó el aporte del gobierno provincial para los honorarios profesionales y la certificación ante el IRAM. La Municipalidad de Olavarría sólo tuvo que desembolsar los exiguos viáticos del consultor.

La mayor parte de la capacitación específica estuvo a cargo del propio equipo de cambio, de modo que no implicó erogaciones incrementales. Algunos cursos de capacitación general fueron dictados por el Instituto Provincial de la Administración Pública y sólo demandó al municipio el pago del alojamiento y viáticos de los docentes.

El software de tablero de comando fue provisto en forma gratuita por la Jefatura de Gabinete de Ministros, así como el acceso a la base de datos Sintys.

La nueva guardia hospitalaria se está construyendo con fondos propios. El presupuesto total es de \$ 6.000.000.- pero sólo una proporción de la misma estará destinada al nuevo sector de admisión administrativa.

También se han instalado redes de fibra óptica para la instalación de cámaras de seguridad en la ciudad, resultantes de un subsidio recibido por el Estado Nacional (Jefatura de Gabinete de Ministros) de casi 1.000.000.- Esta extensión permitirá, con una baja inversión adicional, conectar en breve plazo a cinco centros de salud barriales, de modo que toda la información sanitaria ingresada al sistema podrá ser consultada y actualizada en forma remota.

Proceso de negociación y conflictos que hayan surgido durante el diseño o implementación del programa:

Los problemas de comunicación se mejoraron en base a una intensa actividad de capacitación, a la generación de consensos con las principales áreas involucradas en los cambios, a la integración multidisciplinaria e intra e interinstitucional, y a la implementación de instancias de *feedback* con los usuarios.

Las instancias de capacitación, organizadas sistemáticamente para transmitir los instructivos a medida que se iban desarrollando, siempre incluyeron tres etapas cruciales para el sostenimiento del cambio: sensibilización sobre los objetivos del cambio, comunicación del estado del proceso, y registro de los aportes de los mismos usuarios. En general, se hace referencia a la importancia de “aprender del error”, y se trabaja sobre el empoderamiento de las personas para la asunción de la responsabilidad compartida para sostener un proceso complejo y con gran cantidad de usuarios. Los aportes y comentarios de los operadores, en base al trato cotidiano con las personas que solicitan atención social o sanitaria, permiten incorporar muchas mejoras a los procesos y aplicaciones informáticas.

La integración multidisciplinaria del equipo de cambio también imprimió un importante cambio cultural. Hacia adentro de las dependencias más involucradas, la apertura a la escucha de las opiniones de todos los actores, hizo posible encontrar soluciones innovadoras y superadoras de la originalmente sugerida.

El convenio con el Programa Municipalidad permitió tomar la dimensión adecuada de la incorporación de otras herramientas que contribuyen al cambio cultural: la colocación de carteles informativos sobre los fundamentos del sistema de gestión de calidad (SGC) y los trámites que pueden realizarse en cada sector administrativo involucrado, la implementación de buzones de sugerencias y reclamos, y la realización de encuestas de satisfacción sistemáticas. Cuando se decidió la colocación de los buzones de sugerencias y reclamos, se temía que se colocaran quejas correspondientes a otras áreas no incluidas en el SGC que luego no podrían ser evacuadas. Ante esta preocupación, las autoridades médicas y administrativas del Hospital decidieron sumarse al proceso, de modo que la alta gerencia del SGC toma contacto telefónico con todos los denunciantes, procesa las sugerencias reservando la identidad del denunciante, y las eleva a la autoridad responsable de la solución (se envían al Director Médico aquellas relacionadas con el personal profesional -médicos, enfermeras y técnicos-, al Subsecretario General de Administración las vinculadas a la infraestructura, seguridad o personal administrativo, y a la Dirección de Prevención y Atención Primaria, las relacionadas con todo el personal de los centros de salud barriales).

En definitiva, los distintos procesos requirieron muchas instancias de negociación, en particular porque se trató de procesos transversales a varias unidades dependientes de distintas Secretarías de gabinete. La negociación con los sectores operativos y mandos medios se realizó en un cara a cara permanente, a partir de una constante interacción de la alta dirección del sistema de gestión de calidad con los actores involucrados. Estos participaron activamente en la definición de los nuevos procesos y sus opiniones fueron consideradas para la mejora continua. Estas instancias, más los frecuentes encuentros de capacitación realizados, permitieron generar confianza en los operadores durante los primeros procesos implementados, lo que facilitó los encarados posteriormente.

Si bien el proceso no estuvo exento de conflictos interpersonales, fueron muy inferiores a los habituales en la interrelación entre áreas previas al proceso. De hecho, a partir del trabajo conjunto, muchos sectores mejoraron sustancialmente la calidad de la comunicación.

Para la articulación de la alta gerencia, se implementó un Comité de Calidad integrado por los máximos responsables de las secretarías involucradas en los procesos de cambio. No obstante, éstas no se integraron activamente, recayendo su dinamización a la alta dirección del sistema de gestión de calidad, que trabajó fluidamente y con una alta concentración en los objetivos fijados.

Evaluación del impacto de la experiencia:

Si bien la experiencia no está terminada, hasta el momento los impactos son trascendentes en relación a los tres objetivos propuestos por el sistema de gestión de calidad: mejorar la satisfacción del usuario, promover el adecuado uso del SGC por parte de los recursos humanos involucrados y mejorar la calidad de la información contenida en la base de datos.

La satisfacción del usuario en la Oficina de Carnet Hospitalario (que actualmente se constituye en el corazón administrativo del SGC), siempre se encuentra en muy bien valorada tal como lo revelan las encuestas realizadas, a pesar de que el número de familias que concurren diariamente se ha duplicado desde el inicio del proceso. La calidad de atención al usuario también se ha visto mejorada por la simplificación e inmediatez del trámite, así como la certeza de que está bien hecho desde la primera vez, lo que evita tener que concurrir a distintas dependencias municipales para contar con la documentación básica para la admisión al sistema. En relación con el resto del sistema hospitalario, si bien se reciben quejas, el solo hecho de establecer un canal de comunicación entre los usuarios y la alta gerencia ha impactado en el comportamiento de algunos sectores del personal, y ha disminuido la recurrencia a los medios de comunicación como única forma de convocar la atención de las autoridades.

En relación con la mejora del desempeño del personal, el mantenimiento de indicadores de seguimiento mensual también ha mejorado algunos comportamientos, en particular en lo relativo al completamiento de los datos básicos y al escaneo de documentación. El seguimiento también permite monitorear los procesos de unificación de historias clínicas y se constituye en un incentivo para no cejar en la mejora de estos indicadores.

Respecto a la calidad de la información contenida en la base de datos, si bien hasta el momento se han detectado 12.000 posibles historias clínicas repetidas sobre un universo de 170.000, ya se han unificado más de 3.000, lo que implica una disminución del 25% de estos casos. La calidad de los datos se ha mejorado sustantivamente, reduciéndose a valores muy bajos la cantidad de altas de historias clínicas que carecen de los datos de identificación elementales. Por otra parte, a partir de la implantación de la figura del bloqueo de historias clínicas, se impide la utilización por error o mala intención de historias clínicas que no puedan ser adjudicadas indubitadamente a personas con identidad cierta, hasta tanto la persona no se acerque a la Oficina de Carnet Hospitalario a los efectos de realizar todos los análisis pertinentes que permitan rehabilitar la historia clínica con seguridad.

Mecanismos de seguimiento y evaluación implementados:

La organización planifica e implementa las actividades de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad de las actividades desarrolladas como así también del Sistema de Gestión de Calidad y la eficacia del mismo, mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de la auditorías, el análisis de datos, los indicadores, las acciones correctivas y preventivas, la revisión por la Dirección y los lineamientos estratégicos y oportunidades de mejoras que señale el Comité de Calidad.

Satisfacción del usuario: La organización mide la satisfacción de los usuarios y el desempeño del SGC mediante diversas formas de retroalimentación como son las encuestas y los formularios de sugerencias y reclamos. Las encuestas de satisfacción son autoadministradas y los formularios de sugerencias y reclamos están disponibles en los siete buzones repartidos en el Hospital y la Secretaría de Desarrollo Social. Estos instrumentos brindan información que contribuye al logro del objetivo de calidad “Medir la satisfacción del usuario del SGC” y, se traduce en oportunidades de mejora para todo el sistema.

Auditorías internas: Por medio de un procedimiento documentado, se establece la metodología para realizar las auditorías internas conforme los requisitos de la Norma ISO 9001:2008. El objetivo del procedimiento es planificar, implementar y documentar los resultados de las auditorías internas con el fin de determinar el ajuste del Sistema de Gestión de la Calidad a los requisitos de la norma ISO 9001:2008 y las disposiciones planificadas, así como evaluar su cumplimiento y eficacia.

Seguimiento y medición de los procesos – Tablero de Comando: La organización realiza el seguimiento y la medición de los procesos a través de indicadores y metas que exhiben la capacidad del proceso de alcanzar los resultados planificados. La verificación del cumplimiento de los objetivos y requisitos se realiza a través de encuestas, auditorías de procesos y evaluaciones internas y/o externas sobre el cumplimiento de las metas.

El Tablero de Comando se constituye en el instrumento que permite el monitoreo permanente del Sistema de Gestión de Calidad. Para su construcción se han desagregado los objetivos de calidad en objetivos de segundo y tercer nivel. Esto implica que un objetivo de tercer nivel, contribuye a lograr un objetivo de segundo nivel, que a su vez permite alcanzar el objetivo de calidad definido en el Manual de Calidad. Una vez obtenido un objetivo operacionalizable, se definió el instrumento de recolección de la información, responsable de la tarea y responsable de la auditoría, la meta al alcanzar (de corresponder), la frecuencia de la auditoría, la lectura actual y la del período previo, y el guarismo resultante de la comparación o la tendencia. Para los indicadores que tienen establecidas metas de alcance, se definieron rangos de modo de poder determinar los que están en el rango deseado (color verde), los que se alejan en forma negativa de las metas esperadas (rojo), y los que muestran resultados que se acercan a los valores negativos (amarillo). Por su parte, para los indicadores que no tienen metas establecidas se utiliza un símbolo que indica si hubo un incremento o disminución del monitoreo actual respecto al anterior.

No conformidades: Una no conformidad es entendida como todo proceso o actividad del Sistema de Gestión de la Calidad que no cumple con todos los requisitos, ya se trate de un requisito legal, del usuario o establecido por el Comité de Calidad. Es responsabilidad de todo el personal identificar y comunicar las no conformidades y es responsabilidad del Responsable de Calidad revisar que se registran las no conformidades así como su seguimiento.

Para mejora su accesibilidad, se desarrolló un documento Google doc, de acceso disponible vía web para los integrantes de la alta dirección, cuyos puestos de trabajos se encuentran muy distantes entre sí. A título de ejemplo, la Subsecretaría de la Gestión Pública se encuentra ubicada a más de 1500 metros de la Oficina de Carnet Hospitalario.

Plan y cronograma de capacitación: El plan de capacitación del Sistema de Gestión de Calidad para el año 2010 define las prioridades de formación de los recursos humanos para que puedan adquirir y desarrollar conocimientos y habilidades generales y específicas y, de esa forma, contribuir a la consecución de los objetivos de calidad propuestos.

El plan tiene los siguientes objetivos: 1) Sensibilizar acerca de los beneficios que ofrece la implementación de un SGC alineado al principio de la mejora continua; 2) Inducir y capacitar sobre los procesos de trabajo implementados, así como sobre las modificaciones e incorporación de nuevos procesos que se introduzcan durante el año; 3) Informar sobre la documentación generada y lugar de acceso y disponibilidad; 4) Mejorar el desempeño en el trabajo, lo cual influye directamente en el desempeño del sistema de gestión de calidad; 5) Mejorar el clima laboral, mediante la interacción entre recursos humanos afectados a diferentes sectores de la organización y con diferentes grados de autoridad; 6) Generar espacios de debate y de participación frente a aspectos inherentes al puesto de trabajo, del SGC y de la organización; y 7) Integrar a las jornadas, en forma gradual, a recursos humanos no involucrados directamente al SGC, a fines de alinear todos los procesos de trabajo al principio de la calidad.

Se desarrollan actividades de distinto tipo: A) *Jornadas de capacitación general:* formación general en contenidos de las ciencias administrativas e informática; B) *Jornadas de capacitación específica sobre el SGC:* incluye actividades de sensibilización y formativas sobre procesos e instructivos del SGC; y C) *Actividades personalizadas de capacitación:* incluye espacios de capacitación individualizados o para grupos pequeños que requieren refuerzo de capacitación o entrenamiento para la habilitación del uso de nuevos procesos.

El cronograma del plan de capacitación se refleja en una planilla digital (Gdoc) compartida entre los integrantes de la Dirección e invitados cuya integración sea pertinente a los fines organizativos.

¿Qué aprendizaje institucional significó el desarrollo de la experiencia? (en términos de gestión, estrategias políticas, identificación de déficit de capacidad institucional, etc.?) ¿Este aprendizaje, ha dado lugar a iniciativas específicas?

El principal aprendizaje es que los procesos de cambio en la era digital requieren de la sumatoria de las siguientes actividades:

- desarrollo de nuevo software
- renovación de hardware e instalación de redes

Pero es fundamental que ellos estén acompañados de:

- rediseño de procesos administrativos
- implementación de instancias de coordinación intrainstitucional
- capacitación para la sensibilización y el cambio cultural
- monitoreo del mantenimiento de los procesos acordados

También resultó importante para el equipo de cambio y la institución comprender que los cambios graduales sostenidos en el tiempo, aunque pequeños, producen importantes impactos en la organización. Mejorar las primeras 200 historias clínicas en un universo de 170.000 podría haber resultado desalentador, si no se hubiera tenido en cuenta que eran sólo las primeras y que detrás de dichas historias clínicas existían 200 personas que tendrían mejorado el soporte administrativo para una más adecuada atención socio sanitaria. Esta “obsesión” por la calidad del dato pudo ser transferido a los integrantes más jóvenes del equipo, quienes han adquirido habilidades fundamentales para mejorar los datos de las historias clínicas.

Después de haber mejorado los datos de más de 40.000 historias clínicas, la experiencia indica que incluso con escasos recursos humanos y económicos, el trabajo interdisciplinario articulado en pos de objetivos comunes, permite alcanzar metas que muchos podrían considerar utópicas.