



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas



ESTUDIO DE CASOS : EXPERIENCIAS EN LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE
FORMACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO

MINISTERIO DE SALUD
Dr. Carlos Vallejos Sologuren
Ministro de Salud

Sr. Diego Blas Fernández Espinoza
Viceministro de Salud

INSTITUTO DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Dr. Luís Alberto Huarachi Quintanilla
Jefe Institucional del IDREH

Dr. Pedro Díaz Urteaga
Sub-Jefe Institucional

Catalogación hecha por el Centro de Documentación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos -IDREH

Ministerio de Salud

Estudio de casos: Experiencias en la Gestión de Recursos Humanos en Salud. Perú - Ministerio de Salud - IDREH - Dirección General de Formación y Perfeccionamiento.

1ª edición - Lima: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006.
138 PP
Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N°6

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-02108

© Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006
Av. Jorge Basadre 990 San Isidro, Lima - Perú
Central Telefónica: 442-2010 / Fax: 440-5871
Correo Electrónico: capacita@idreh.gob.pe
Página Web: www.idreh.gob.pe
Producción Gráfica: Fundación Universitaria Iberoamericana - FUNIBER

Dr. Carlos Vallejos Sologuren
Ministro de Salud

Sr. Diego Blas Fernández Espinoza
Viceministro de Salud

Dr. Luis Alberto Huarachi Quintanilla
Jefe Institucional del IDREH

Formulación

Dr. Juan Matzumura Kasano

Elaboración de guía didáctica del Docente / Facilitador

Dra. Irma Carrasco Meza

Miembro del Equipo Técnico de la Dirección General de Formación y Perfeccionamiento

Apoyo Técnico

Dr. Rolando Victor Guerrero Medina

Director General - Dirección General de Formación y Perfeccionamiento

Revisión

Dr. Darío Concha Andía

Colaboración

Sr. Enrique Valdez Betalleluz

Diagramación e Impresión

Imagen Publicidad y Comunicaciones E.I.R.L.

PRESENTACIÓN

A diferencia de otros sectores en salud, los recursos humanos definen los servicios que serán producidos; cuándo y dónde y en qué cantidad serán consumidos, y en consecuencia es factible de determinar cuál es el impacto que tendrán dichos servicios sobre la condición de salud de las personas, por todo ello el recurso humano tiene que contar con una solvencia técnica, científica y ética conceptualizados en competencias.

Consciente de esta responsabilidad, dentro del marco de la descentralización como proceso en curso, el IDREH ha decidido impulsar el rol que le corresponde en la orientación y la regulación efectiva del desarrollo de una nueva gestión de los RR. HH del sector salud en los ámbitos nacional, regional y local con un enfoque participativo de los actores involucrados.

En tal sentido el IDREH ha elaborado 08 estudios de casos a partir de experiencias reales en la gestión de recursos humanos para ser utilizadas en fases presenciales del aprendizaje como herramienta pedagógica para el desarrollo de capacidades para gestión del trabajo de los gestores de recursos humanos.

El estudio de caso es un método de aprendizaje acerca de una situación compleja; se basa en el entendimiento comprensivo de dicha situación el cual se obtiene a través de la descripción y análisis de la misma, que es tomada como un conjunto y dentro de su contexto.

Los estudiantes desarrollan mejor sus capacidades mentales evaluando situaciones reales y aplicando conceptos nuevos y empleando aquellos ya establecidos a situaciones novedosas. Por tanto, los estudiantes que utilizan este método estarán mejor preparados que los que sólo hayan aprendido de memoria los conceptos existentes.

El desarrollo de capacidades del Gestor de Recursos Humanos debe realizarse a través del descubrimiento personal, especialmente la capacidad para analizar problemas y tomar decisiones. Desde esta perspectiva, los casos que se presentan describen acontecimientos en variados procesos de la gestión del trabajo que sucedieron en diversas realidades. No pretenden juzgar los temas presentados, sino que se describen de forma muy neutral en el que no se han modificado nombre de personas o lugares.

Alentamos que la utilización de esta herramienta pedagógica sea utilizada por el personal de salud que hace las veces de docente o tutor para generar capacidades dentro de un ambiente participativo.

Luis Alberto Huarachi Quintanilla
Jefe Institucional
Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos

INDICE

Introducción.....	13
Índice de abreviaturas acrónimos.....	15

CAPITULO I

Guía Didáctica del Docente/Facilitador

El uso de los casos.....	19
Procedimiento.....	21
Resumen de los casos.....	25

CAPITULO II

Desarrollo de los Casos

Estudio de Caso 1

El plan operativo como instrumento para la planificación de los recursos humanos en un centro de salud "Puerto Nuevo"	43
---	----

Estudio de Caso 2

La selección del personal y otros factores de la gestión de recursos humanos en una clínica privada	57
---	----

Estudio de Caso 3

La función de los recursos humanos para la acreditación de calidad en una clínica privada	63
---	----

Estudio del Caso 4

Proceso de gestión del cambio en una red de salud a través del desarrollo del potencial humano	81
--	----

Estudio del Caso 5

Los círculos de calidad y la mejora del clima organizacional.....	99
---	----

Estudio del Caso 6

La implementación de un proyecto de gestión con relevancia en el recurso humano en un hospital de apoyo.....	105
--	-----

Estudio del Caso 7

Gestión descentralizada de los recursos humanos
a través de las C. L. A. S.115

Estudio del Caso 8

El liderazgo y la sensibilización institucional en la gestión de
un hospital de apoyo 127

Bibliografía..... 137



INTRODUCCIÓN

El estudio de casos es una estrategia educativa que contribuye a un aprendizaje activo y significativo, en él se trata de poner al participante dentro de un contexto o problemática que luego tendrá que resolver para conseguir desempeñarse adecuadamente. Al tratar de resolver el caso, el participante tiene que poner en juego todos sus conocimientos y descubrir también que requiere de nuevos conocimientos. Dado que el conocimiento se produce dentro de un proceso social, el caso permite desarrollar capacidades de trabajo en equipo, diálogo, reflexión y visión global.

La secuencia de operaciones que los participantes han de llevar a cabo en el presente material educativo constituye un proceso muy estructurado en la forma, pero con una gran flexibilidad respecto a los contenidos. Se centran básicamente en tres etapas¹:

1. Familiarización con el tema y los protagonistas a través de la lectura y formación de una impresión global y general sobre el caso.
2. Análisis detenido del relato que debe finalizar con una formulación de los problemas, la naturaleza de las decisiones a tomar y la identificación de los elementos principales que influyen sobre las acciones que se puedan emprender.
3. Preparación de las recomendaciones operativas para dar solución o apreciación al caso estudiado.

Cuenta con una guía didáctica para el docente/facilitador que servirá de apoyo a las personas que ejerzan esta función.

El estudio de casos para propósitos de enseñanza generalmente intentan iluminar una decisión o conjunto de decisiones, por qué fueron adoptadas, cómo fueron adoptadas y los criterios que llevaron a tomarlas.

En la mayoría de estos casos, el problema central del estudio está descrito a gran nivel de detalle; y los estudiantes deben hacer el ejercicio de identificar y justificar las decisiones. Los estudiantes pueden entonces tener la oportunidad de comparar la decisión que seleccionaron con aquellas que realmente fueron adoptadas en el caso.

¹ http://www.educoas.org/portal/bdigital/contenido/interamer/interamer_72/schiefelbein_chapter15new.pdf



ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

MINSA	:	Ministerio de Salud
DISA	:	Dirección de Salud
SBS	:	Servicios Básicos de Salud
SNP	:	Servicios no personales
PSBPT	:	Proyecto de Salud Básica para Todos
RRHH	:	Recursos Humanos
CLAS	:	Comité Local de Administración de Salud
OCA	:	Organismo de Certificación de establecimientos de Salud Autorizado
PPJ	:	Policlínico Peruano-Japonés
HSJ	:	Hospital San José



Capítulo I

GUÍA DIDÁCTICA DEL DOCENTE / FACILITADOR





EL USO DEL ESTUDIO DE CASOS

Los casos que se presentan², contextualiza una situación o problema real, en el cual intervienen múltiples factores, con la finalidad que el participante, con toda la información que se le aporta, proponga formas de actuación para resolverla. Se pretende que los participantes estudien la situación, definan los problemas, lleguen a sus propias conclusiones sobre las acciones que van a emprender y después discutan el caso en sesión conjunta y/o describan y defiendan su plan de acción.

La guía del Docente/Facilitador tiene la finalidad de apoyar a las personas que ejerzan esta función, considerando que los estudios de caso implican una metodología específica de trabajo adaptable en función de las características de los participantes, las capacidades a desarrollar, el tamaño del grupo y el tiempo disponible.

Se han preparado 08 estudios de caso para emplearse en fases presénciales del aprendizaje lo cual implican una metodología específica de trabajo. Para que esta estrategia sea utilizada de forma efectiva, la sesión didáctica debe planificarse en todo el proceso.

El estudio de caso empieza con una lectura individual, luego en el trabajo grupal existen varias modalidades: Algunas veces se trata de intercambio de opiniones y puntos de vista, otras veces es para definir entre todos los aspectos que se requieren estudiar para poder resolver el caso. Otras veces es para practicar alguna actividad determinada, según el rol que toque jugar en el caso, otras veces puede ser para identificar una serie de aspectos a observar en el desempeño de roles del caso.

Luego se trabaja en plenaria, tratando de llegar a conclusiones sobre el caso. El Docente/Facilitador en estos momentos puede ayudar formulando algunas preguntas orientadoras para el diálogo. Posteriormente se continúa con reflexión activa de los participantes sobre lo que se acaba de aprender y su posible aplicación en el lugar de trabajo de los participantes.

² Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos . Manual Autoformativo Modular “Como enseñar y aprender en un servicio de Salud” Lima, 2006



PROCEDIMIENTO

1. El Docente/Facilitador:

Deberá tomar conocimiento exhaustivo del caso y los materiales educativos a utilizar, los cuales deberán ser distribuidos al participante con antelación a la sesión didáctica, disponer salas adecuadas para el trabajo en equipo, disponer de materiales y equipos.

2. En el Aula:

La principal tarea del Docente/Facilitador es fijar las capacidades a desarrollar en clase. La pregunta la pregunta que se hace es: ¿Qué habrá mejorado en los participantes al terminar la sesión? una vez fijado esto, el Docente/Facilitador selecciona el caso y el enfoque particular que quiere darle a lo largo de la sesión y entrega a los participantes el documento que contiene toda la información relativa al caso.

3. Los participantes analizan el caso en tres etapas principales:

- Trabajo individual: 1-3 horas, previo a la sesión (idealmente el día anterior) exige leer el caso y preparar en forma individual un plan de acción en condiciones de defenderlo ante una audiencia crítica, para ello se sugiere leer el caso identificando los temas principales, incluido los anexos, anotando o marcando la información relevante, decida los temas que considera importantes, en algunos casos encontrará preguntas que lo ayudaran a orientar el aprendizaje; mientras que en otros, los participantes deben formular las preguntas.
- Trabajo en equipo: 30-45 minutos (de 6 a 8 personas), en el cual el o la participante tiene que interactuar con los integrantes de su equipo en un proceso colaborativo de aprendizaje, en el que, a partir de un objetivo común, todos cumplen con sus responsabilidades, donde contrastan sus impresiones y refuerzan o redefinen sus posturas personales. El objetivo del trabajo en equipo es compartir puntos de vista y no buscar un consenso, como puede ser el caso en otros tipos de reuniones de equipo. Es una sesión en la que los participantes compartan sus ideas a partir de un estudio individual y salen con un nivel de comprensión mas elevado.

• Sesión General: El caso es discutido con todos los participantes, en una sesión general con orientaciones del Docente/Facilitador, quien deberá estimular el análisis y reflexión y luego organizarlos a medida que se produzcan, debe jugar un papel intervencionista, apuntando posibles temas críticos y conflictivos incluso jugando el papel de “abogado del diablo” cuando no hay ningún participante que parezca dispuesto a hacerlo.

Las conclusiones pueden presentarse en una plenaria:

En su función de guía, es importante que el Docente/Facilitador utilice preguntas, no juzgue el punto de vista de los participantes, y que devuelva siempre la discusión al auditorio; para conseguir esto debe usar preguntas y reafirmaciones para ayudar a clarificar y completar ideas no acabadas.

La sesión puede seguir la siguiente secuencia:

- 0-15 minutosAclarar antecedentes, clarificar la situación, anotar hechos en el pizarrón.
- 15-30 minutos.....Análisis de hechos. ¿Qué decisión hay que tomar? El Docente/Facilitador orienta la discusión del caso hacia el objetivo de aprendizaje o capacidades a desarrollar.
- 30-60 minutos.....Se presentan soluciones ¿Que efectos tendrá la decisión?
- 60-70 minutos..... Se presenta conclusiones significativas del análisis y resolución del caso.

1. ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL PROCESO DE TRABAJO³

Al trabajar con el método del caso es importante que el Docente/Facilitador:

1. Prepare una tabla con la distribución del tiempo destinado para los diferentes tópicos a cubrir durante toda la sesión de clase, logrando así tener una clara visión de las diferentes etapas de discusión. Esto le permite, a su vez, contar con un plan que le ayudará a cubrir los objetivos de enseñanza del caso durante la discusión del mismo.
2. Clarifique en su plan de enseñanza, el tipo de técnicas que le apoyarán en determinados momentos del proceso (por ejemplo: juego de roles, debate, ejercicios y dinámicas, discusión en pares o grupos pequeños). Asimismo, debe clarificar si utilizará secuencias del caso.

³ Jauma Rivera Magdalena Rosenmoller. Gestionando la mejora de la Salud: La función de Rectoría de los Ministerios de Salud. IV Foro EUROLAC.



3. Dé un seguimiento detallado a las contribuciones de cada alumno con el propósito de registrarlas al finalizar la clase.
4. El Docente/ Facilitador no debe expresar sus opiniones personales de manera adelantada del caso.
5. Considerar que en algunos casos no existe una solución única.
6. Señalar puntos débiles del análisis de los grupos.
7. Propiciar un ambiente adecuado para la discusión.
8. Guiar el proceso de enseñanza con discusiones y preguntas hacia el objetivo educativo o capacidades a desarrollar.

2. ROL DEL DOCENTE/FACILITADOR⁴

El estudio de casos exigen Docentes/Facilitadores para organizar el tiempo y espacio, juega un rol fundamental. Dirige el diálogo, modera la interacción entre los participantes, ayuda al aprendizaje, pero no es el depositario de los conocimientos, ni menos de la verdad. Trata que todos participen, fomenta la participación, evita que alguien acapare el diálogo, hace preguntas abiertas que fomenten el diálogo. Trata de ver que los estudiantes identifiquen los aspectos a estudiar. Si algún aspecto no es identificado, entonces tiene que ayudar, HACIENDO LAS PREGUNTAS APROPIADAS, que permitan al equipo identificar dicho aspecto. En la sesión de socialización del aprendizaje busca que el grupo llegue a identificar las conclusiones más relevantes; hace preguntas para la reflexión sobre lo aprendido y ayuda a que los participantes se comprometan con algunas tareas específicas que permitan aplicar lo aprendido. Puede ayudar sugiriendo alguna bibliografía a revisar. Esperamos que quede claro para el participante que el Docente/Facilitador no “transfiere” el conocimiento, sólo ayuda a aprender. El que está aprendiendo, es quien descubre o construye el conocimiento; mientras que el Docente/Facilitador posibilita las experiencias que llevan a dicho conocimiento.

3. ROL DEL PARTICIPANTE

Asume un papel activo, demostrando madurez y responsabilidad por lo que se compromete a estudiar. Al trabajar en grupo, adquiere una responsabilidad con el equipo mismo, pues todos dependen del trabajo de cada uno de los integrantes del grupo de trabajo. Si alguien no cumple con su rol perjudica a todo el equipo en su conjunto. El participante tiene que tomar parte activa en el diálogo que se genera para socializar los aprendizajes. Tiene que exponer sus aportes, respetando el de sus compañeros. Si está en desacuerdo con algún planteamiento lo hará notar sin atacar a la persona: Se debaten las ideas pero respeta a la persona.

4 <http://www.maixmail.com/cursosvida/pedagogia/capitulo18htm>.

4. LA ESTRUCTURA DE LOS CASOS ES:

1. Resumen del Caso: Presenta el caso en forma de síntesis para una lectura rápida del Docente/Facilitador
2. Capacidades a Desarrollar: El participante después de analizar el caso debe haber desarrollado capacidades para una mejor gestión del recurso humano.
3. Principales conceptos estudiados: A partir del cual el participante deberá ampliar los conocimientos adquiridos.
4. Principales preguntas para el análisis: Son preguntas guías que deben ser utilizadas por el Docente/Facilitador en las sesiones de aprendizaje.



RESUMEN DE LOS CASOS

CASO 1: EL PLAN OPERATIVO COMO INSTRUMENTO PARA LA PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL CENTRO DE SALUD “PUERTO NUEVO”

1. RESUMEN

El Centro de Salud “Puerto Nuevo” perteneciente a la Red Bonilla, La Punta DISA I, Callao, presenta una problemática “sui generis” en el país, pues se encuentra inmerso en una zona de alta contaminación por Plomo, lo que conlleva a serios daños a la salud de la población expuesta. Fue creada hace 8 años, esta, en una población con grandes carencias socio-económicas y múltiples problemas. Inicialmente se contaba con poco personal, el personal de salud y comunidad estaban poco comprometida con su realidad. Existía Insatisfacción del usuario interno y externo. El tipo de Administración era la clásica, con poca participación comunitaria.

Ante tal situación, se realizó la organización de los recursos humanos tanto internos como externos a través de un Plan Operativo Institucional (P.O.I), el cual fue elaborado en su totalidad con la participación conjunta y activa de todo el personal del Centro de Salud, representantes de la comunidad y de 13 estudiantes de la Facultad de Medicina de San Fernando - UNMSM.

- Se realizó la aplicación de Plan de motivación y conscientización del personal de salud sobre la realidad sanitaria y laboral, mediante el trabajo intenso con personal de salud, a través del análisis de la cultura organizacional, trabajo en equipo y estilo de liderazgo.
- Se realizaron encuestas de salud y visitas domiciliarias los cuales nos permitieron obtener un mejor conocimiento de la realidad de la comunidad, especialmente la

problemática de la contaminación por plomo en niños Las visitas domiciliarias se desarrollaron entre mayo - junio del 2004, contando con el apoyo y coordinación del personal del Centro de Salud y promotoras de la comunidad.

- Se realizaron reuniones semanales con todo el comité local de salud y organizaciones sociales de base.
- Se utilizó el análisis FODA como herramienta para la identificación de problemas y priorización con matriz de criterios, análisis de los problemas principales y formulación de objetivos generales y específicos, se elaboraron estrategias y matriz de programación anual, con responsabilidad compartida. La Duración fue aproximadamente de 04 meses, y la implementación del Plan en un año y medio.

2. CAPACIDADES A DESARROLLAR

- Identifica, analiza y prioriza los principales problemas de la comunidad y las actividades propuestas para solucionarlos.
- Analiza el proceso de planificación operativa como instrumento para lograr mejoras en la salud de una población.
- Valora el plan operativo como instrumento para la planificación de los recursos Humanos.

3. PRINCIPALES CONCEPTOS ESTUDIADOS

Se tomarán en consideración los siguientes aspectos que deberán ser revisados para su mejor aprendizaje:

- Planificación de los recursos humanos.
- Motivación del personal de salud.
- Integración del personal
- Planificación local en salud.
- Uso de herramientas de la calidad para la planificación local.

4. PRINCIPALES PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS

- ¿Cuáles son los problemas identificados en recursos humanos antes de la intervención?
- ¿Qué áreas son factibles identificar para realizar mejoras?
- ¿Quiénes se ven afectados por el problema?
- ¿Quiénes deben participar en la solución de estos problemas?
- ¿Cuáles considera que son las principales causas del problema?
- ¿Cuáles son las estrategias adoptadas por el equipo de salud para lograr el liderazgo de salud?



CASO 2: LA SELECCIÓN DEL PERSONAL Y OTROS FACTORES DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA

1. RESUMEN

El Policlínico de la Asociación Peruano Japonés es una institución con 24 años de servicio al servicio a la colectividad, siendo el último decenio, la del despegue exitoso de la institución. La misión del Policlínico “es ofrecer en el área de salud, alta calidad, con un trato especial y humano que nos diferencie; además de ser económicamente accesible a la comunidad en general y haciendo del policlínico peruano japonés uno de los centros de mas alto nivel en el ámbito nacional”

La selección de su personal médico se basa en dos ítems: EL COMPORTAMIENTO Y LA PRACTICA PROFESIONAL de acuerdo a la información que se pueda recaudar de otros profesionales y de las instituciones en la cual se desempeñe. Asimismo la concientización de todo el personal para el buen trato al paciente con ética y calidad, es uno de sus pilares fundamentales. Se tiene conformado en el policlínico un Comité de Ética, que se reúne una vez al mes durante todo el año, y cuya finalidad además de velar por el desempeño ético de todo el personal con los pacientes, es el de sensibilizar con talleres o charlas a todo el personal.

2. CAPACIDADES A DESARROLLAR

- Identifica las fuentes de reclutamiento externas.
- Discute sobre la efectividad del proceso de contratación.
- Elabora nuevas propuestas de acuerdo a la situación del relato.

3. PRINCIPALES CONCEPTOS ESTUDIADOS

Se tomarán en consideración los siguientes aspectos que deberán ser revisados para su mejor aprendizaje:

- Flujo de recursos humanos y el proceso de integración en las instituciones de salud.
- El proceso de reclutamiento.
- Proceso de selección: técnicas y herramientas de selección.
- Programas de inducción y capacitación.
- El comité de ética en las instituciones de salud y su ingerencia en la selección del personal.

4. PRINCIPALES PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS

- a) ¿Cuáles son las estrategias para la selección del personal?
- b) ¿Cual es la efectividad del proceso de inducción.
- c) ¿Cuál es el impacto en la selección del personal, al no existir una entrevista personal formal; y que proceso reemplaza a aquella?



CASO 3: LA FUNCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA ACREDITACIÓN DE CALIDAD EN UNA CLÍNICA PRIVADA

1. RESUMEN

El inicio del milenio encuentra un sector salud en nuestro país en franco proceso de recuperación. Se han incrementado el gasto per cápita, se han recuperado y repotenciado las redes públicas de atención de la salud, se cuenta con un renovado marco legal en salud que viabilizará la Modernización del Sector y se ha iniciado la aplicación de procesos de mejoramiento de la calidad de la atención, contándose con un marco regulatorio, herramientas y organismos que hacen posible su instrumentación.

La Clínica Ricardo Palma en su condición de líder en el subsector privado de proveedores de servicios de salud no podía ser ajena a esta realidad, más aún en el marco de su política institucional donde el paciente es lo primordial, entendiéndose que la atención centrada en el paciente proporciona respeto, comprensión, equidad, competencia y resultados positivos.

Por ello, entre Diciembre de 1999 y Setiembre del 2001, se realizó un proceso de certificación y acreditación hospitalaria que conllevó a mejoras sustanciales de las condiciones sanitarias y de administración iniciales, hasta llegar al momento actual. Para ello, se inicia un largo proceso de adecuación a las normas y a estándares nacionales, que se ve reflejada en la calidad de atención brindada a los pacientes.

2. CAPACIDADES A DESARROLLAR

- Identifica las pautas del proceso de acreditación de una institución de salud, en relación a los recursos humanos.
- Utiliza herramientas para identificar la satisfacción del cliente externo y del interno.
- Analiza el impacto que posee la acreditación y certificación de entidades de salud sobre el desarrollo de los recursos humanos.

3. PRINCIPALES CONCEPTOS ESTUDIADOS

Se tomarán en consideración los siguientes aspectos que deberán ser revisados para su mejor aprendizaje:

- Pautas del proceso de acreditación de una institución de salud, en relación a los recursos humanos.
- Formas de satisfacción del cliente externo y del interno.
- Impacto que posee la acreditación y certificación de entidades de salud sobre el desarrollo de los recursos humanos.

4. PRINCIPALES PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS

- ¿Qué áreas son factibles identificar para realizar mejoras?
- ¿Quiénes deben participar en la solución de estos problemas?
- ¿Cuáles son las estrategias adoptadas por el equipo de salud para lograr el liderazgo en relación a la acreditación?
- ¿Qué pasos se siguieron para llevar adelante el proceso?
- ¿Cuál es el Impacto que posee la acreditación y certificación de entidades de salud sobre el desarrollo de los recursos humanos?



CASO 4: PROCESO DE GESTIÓN DEL CAMBIO EN UNA RED DE SALUD, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO

1. RESUMEN

En la década de los años '80, donde el país se sumergía en la violencia terrorista y la inercia político-gubernamental, las Direcciones de Salud a nivel nacional no estaban ajenas a esto, más aún en la DISA AYACUCHO el trabajo para el desarrollo de los recursos humanos y la gestión eran inexistentes.

A partir de Febrero del 2001 se instala el **Proyecto de Atención a Comunidades Dispersas (PACD)** como una oportunidad para el mejoramiento del desarrollo de las actividades de salud con la comunidad.

Ante la situación laboral en la que el personal se encontraba inmerso, se decidió realizar un estudio cualitativo mediante grupos focales entre los trabajadores del establecimiento de salud, donde se identificaron algunos puntos críticos a considerar.

Viendo lo anterior, y ante la urgente necesidad de apoyar con las mejores estrategias a la solución de los diferentes problemas de la institución, el Proyecto PACD decide financiar parcialmente el Primer Diplomado en Gestión de Redes en el año 2001 donde se convocó a todos los profesionales que trabajaban en las tres redes elegidas por el Proyecto, inscribiéndose todos los profesionales (Médicos, Enfermeras, Obstetrices, además de profesionales de áreas administrativas) entre las cuales se incluyeron tanto a profesionales nombrados, contratados de las diferentes modalidades, serumistas remunerados, serumistas equivalentes; es decir el proyecto decidió apostar por el recurso humano que en ese momento trabajaba en aquellas Redes de Salud, ya que las capacitaciones brindadas por la DISA Ayacucho eran restringidas sólo para profesionales con nombramiento o contrato.

Luego de la aplicación de esta estrategia de capacitación, se contó con personal profesional capacitado para la gestión de redes y microrredes de salud, y ubicados en puestos estratégicos, además de estar motivados y capacitados para el mejor desempeño.

2. CAPACIDADES A DESARROLLAR

- Identifica las pautas del proceso de gestión del cambio.
- Identifica las estrategias de capacitación y desarrollo para los recursos humanos.
- Aplica estrategias para mejorar la satisfacción del cliente interno.

3. PRINCIPALES CONCEPTOS ESTUDIADOS

Se tomarán en consideración los siguientes aspectos que deberán ser revisados para su mejor aprendizaje:

- El proceso de gestión del cambio.
- Capacitación y desarrollo de los recursos humanos.
- Motivación y satisfacción de los recursos humanos.

4. PRINCIPALES PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS

- ¿Cuáles son los problemas identificados en recursos humanos antes de la capacitación recibida por el personal de la Red?
- ¿Quiénes se ven afectados por el problema?
- ¿Quiénes deben participar en la solución de estos problemas?
- ¿Qué hubiese hecho en lugar del Director de la DISA Ayacucho antes de la intervención?
- ¿Cuáles considera que son las principales causas del problema?
- ¿Cuáles son las estrategias adoptadas por el equipo de salud para lograr el liderazgo en la Red de salud?
- ¿Qué tipo de apoyo necesitaría para hacer sostenible los cambios?



CASO 5: LOS CÍRCULOS DE CALIDAD Y LA MEJORA DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

1. RESUMEN

La Corporación Furukawa es un grupo empresarial que inicia sus actividades en el año 1950 en el rubro del vidrio para la construcción, con una pequeña tienda ubicada en la Av. 28 de Julio, La Victoria, fundada por el Sr. Mitsuyoshi Furukawa. Los círculos de calidad empiezan a trabajar en el año 1995. Lo relevante desde aquella época, es que las mejoras se van incrementando tanto en la productividad, tiempo de entrega, disminución de costos y disminución de tiempo de producción.

Los círculos de calidad tienen un seguimiento y evaluaciones periódicas; la metodología de los 8 pasos y se evalúa cada paso, los resultados, trascendencia de los cambios y las soluciones que terminan en mejora. Los Círculos de Calidad no solamente es el instrumento para que el personal mejore técnicamente, si no que es la oportunidad de comunicación, pues no solo se dedican a hacer proyectos de mejora, si no también se reúnen para tratar problemas de los recursos humanos y el área; es por esto que no fueron necesarios la conformación de sindicatos porque en estas reuniones, cualquier problema se trata en el momento adecuado y con la jefatura directamente.

2. CAPACIDADES A DESARROLLAR

- Identifica los elementos del proceso de comunicación formal e informal.
- Describe y analiza la cultura y el clima organizacional.
- Identifica los procesos de motivación del personal.
- Analiza la herramienta de los Círculos de Calidad como medio para la mejora del clima organizacional.

3. PRINCIPALES CONCEPTOS ESTUDIADOS

Se tomarán en consideración los siguientes aspectos que deberán ser revisados para su mejor aprendizaje:

- Elementos de la comunicación formal e informal.
- Cultura y clima organizacional.
- Programas de mejoramiento y motivación.
- Círculos de Calidad

4. PRINCIPALES PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS

PRIMERA PARTE

- ¿Qué opina sobre la filosofía de la empresa y su influencia en la selección del personal?
- ¿Qué es lo que quiere decir la gerente de gestión de calidad al decir: “.....para darle a conocer tanto las normas implícitas y las formales,.....”, en el personal que recién ingresa?

SEGUNDA PARTE

- ¿Cuál es el tipo de disciplina que se emplea en el relato: disciplina positiva o correctiva?
- ¿Cómo los círculos de calidad desarrollan aspectos de conocimiento y de motivación?
- ¿Cómo describiría el clima organizacional de la empresa?
- ¿La filosofía de la empresa contribuye a un mejor clima laboral? ¿Cómo contribuye en el desarrollo personal de cada trabajador?



CASO 6: LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE GESTIÓN CON RELEVANCIA EN EL RECURSO HUMANO EN UN HOSPITAL DE APOYO

1. RESUMEN

A partir del año 1996 el Hospital San José se convierte en una unidad ejecutora. Se inicia el proceso con los RRHH, el PROYECTO DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS que toma mayor impulso a partir del año 2000. Consiste en perfilar al personal para trabajo en equipo desde el proceso siguiente: Elección, inducción, entrenamiento, educación y formación, valoración del desempeño e Información. A su vez y con el tiempo; se empieza a trabajar en el Modelo de Mejoramiento de la Calidad.

El Hospital San José (HSJ), es hoy un hospital con empoderamiento del mercado de salud local; además de perfilarse como un hospital con organización e identificación institucional óptima; por parte de su personal asistencial y administrativo; y del reconocimiento del MINSa por sus indicadores positivos.

2. CAPACIDADES A DESARROLLAR

- Identifica los momentos de la incorporación del personal a una institución de salud.
- Identifica criterios para realizar la evaluación del desempeño.
- Valora el proceso de gestión del cambio.

3. PRINCIPALES CONCEPTOS ESTUDIADOS

Se tomarán en consideración los siguientes aspectos que deberán ser revisados para su mejor aprendizaje:

- Gestión por resultados
- Gestión del cambio
- Proceso de incorporación del personal.

4. PRINCIPALES PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS

- ¿Cuáles son las estrategias utilizadas en el relato para la mejora Institucional?
- ¿Cuáles son los planes o programas de incentivos que se identifican en el relato?
- ¿Qué indicadores se utiliza para verificar la mejora de la institución? ¿estos indicadores son lo suficiente sensibles para detectar mejoras en la gestión de los recursos humanos?



CASO 7: GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE LOS RECURSOS HUMANOS A TRAVÉS DE LAS C.L.A.S.

1. RESUMEN

En 1994 se implementó los primeros CLAS en la DISA Arequipa, hasta el año 2000 solamente habían 6 CLAS en toda la DISA, hoy son 46 CLAS, entendiéndose que cada CLAS es una microrred que abarca entre 3 a 6 establecimientos de salud.

Es decir todo el primer nivel de atención está bajo la modalidad de CLAS. Los motivos por la cual la DISA priorizó la conformación de las CLAS tuvieron diferentes criterios técnicos y hasta personales:

- Se observó que los primeros establecimientos CLAS pilotos tenían mejor infraestructura y logística.
- Hubo un director de DISA que priorizó que todo el primer nivel de atención fueran CLAS.
- Se estimó que se resolverían problemas logísticos y de personal con la comunidad, de acuerdo a necesidades propias de la zona.

Es así que las CLAS se convierten en ejes descentralizados de la gestión económico-administrativa y de recursos humanos de la DISA AREQUIPA, y debido a ello, en este largo y tortuoso proceso, se han presentado numerosos problemas, desde el empoderamiento de la comunidad, haciendo uso inadecuado del poder, así como la autosuficiencia con temas relacionados a los recursos humanos en estas instituciones.

2. CAPACIDADES A DESARROLLAR

- Describe y analiza los elementos del proceso de administración compartida por el CLAS
- Identifica los beneficios y limitaciones para el desarrollo de los recursos humanos en las CLAS.

3. PRINCIPALES CONCEPTOS ESTUDIADOS

Se tomarán en consideración los siguientes aspectos que deberán ser revisados para su mejor aprendizaje:

- Las CLAS como estrategia de gestión compartida.
- Gestión económica y administrativa de las CLAS.

4. PRINCIPALES PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS

- ¿Cuáles son los elementos clave del proceso de administración compartida por las CLAS?
- ¿Cuál es la situación del personal que se encuentra laborando en las CLAS?
- ¿Cuáles son los beneficios y limitaciones de los recursos humanos de las CLAS?



CASO 8: EL LIDERAZGO Y LA SENSIBILIZACIÓN INSTITUCIONAL EN LA GESTIÓN DE UN HOSPITAL DE APOYO

1. RESUMEN

El Hospital San José (HSJ), es hoy un hospital con empoderamiento del mercado de salud local; además de perfilarse como un hospital con organización e identificación institucional óptimas; por parte de su personal asistencial y administrativo; y del reconocimiento del MINSA por sus indicadores positivos.

En el año 1996, la parte directiva del hospital es rotado y es cuándo la dirección toma un nuevo rumbo: se propone una gestión con miras a relevar el recurso humano; la mejora de la gestión se plantea en un primer momento bajo tres pilares: Liderazgo, cultura organizacional y trabajo en equipo; para poder desempeñar estos dos últimos se apuesta por un proceso de sensibilización institucional en los RRHH.

2. CAPACIDADES A DESARROLLAR

- Identifica el estilo de liderazgo del caso.
- Analiza los pilares filosóficos para la gestión de un hospital
- Identifica que estrategias se usaron para que el líder pueda trabajar su visión con los RRHH.
- Elabora nuevas estrategias de acuerdo a la situación del relato.

3. PRINCIPALES CONCEPTOS ESTUDIADOS

Se tomarán en consideración los siguientes aspectos que deberán ser revisados para su mejor aprendizaje:

- El líder en la práctica diaria, comportamiento y habilidades.
- Modelo integral de liderazgo.
- El liderazgo efectivo.

4. PRINCIPALES PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS

- ¿Cómo describiría el panorama de los recursos humanos del Hospital San José?
- ¿Cuál sería el primer paso si Ud. fuera el Dr. Lama? compare con la realidad en el que se desempeña Ud., y discuta la oposición al cambio.
- ¿Qué opina Ud. del enfoque de los principios filosóficos institucionales como base para los cambios en el personal de salud?
- ¿En qué se diferenció en la propuesta que Ud. propuso en la anterior parte y la parte planteada por el Dr. Lama? Plantee las diferencias y argumente su punto de vista. Proponga algunas estrategias propias.
- ¿Cómo calificaría el liderazgo del Dr. Lama?
- ¿Cuáles son las estrategias que se utilizaron para que el líder pueda trabajar su visión con los RRHH?
- ¿Qué opina de las estrategias implementadas?



Capítulo II

DESARROLLO DE LOS CASOS



ESTUDIO DE CASO 1

EL PLAN OPERATIVO COMO INSTRUMENTO PARA LA PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL CENTRO DE SALUD “PUERTO NUEVO”

ANTECEDENTES

El Centro de Salud “Puerto Nuevo” perteneciente a la Red Bonilla-La Punta, DISA I Callao, presenta una problemática “sui generis” en el país, pues se encuentra en una zona de alta contaminación por plomo, lo que conlleva a serios daños a la salud de la población expuesta, sobre todo los niños. El establecimiento fue creado hace 8 años, en una población con grandes carencias socio-económicas y múltiples problemas. Se contaba con poco personal, personal de salud y una comunidad poco comprometida con el cambio de su realidad.

Esto se observó fundamentalmente cuando en el año 1996, el centro de salud contaba con 20 personas laborando en él, de las cuales 14 laboraban en condición de nombrados y 6 contratados por servicios no personales (focalización). Los roces del personal nombrado con el personal contratado generaba deterioro de las relaciones interpersonales y pérdida de material médico sin que nadie respondiera por ello, generando gran insatisfacción del usuario interno que repercutía en tiempo prolongado de espera y el maltrato a los pacientes. Los memorandos de llamada de atención y las sanciones eran frecuentes. La administración se basaba en hacer cumplir las órdenes, no tenían una meta a donde llegar, el personal solo querían que llegase el momento de cobrar, sin importarle mucho lo que sucedía en el establecimiento, aunándose a ello la escasa aceptación comunitaria, pues la población desconfiaba del personal de salud.

En el año 2002, asumió la dirección el Dr. Roberto Flores, médico nombrado quien llegó con la intención de ordenar el establecimiento y sus procesos, enfrentándose con grandes escollos humanos, y trató en la medida de lo posible, de darle una función específica a cada persona. Un año después, dicho profesional notó que el medio ambiente estaba muy enrarecido y que los niños estaban afectados en su salud, mostrándose muy hiperkinéticos, con retardo del crecimiento y alteraciones en su conducta. Muy cerca de la comunidad, había un depósito grande de minerales, entre ellos, el plomo. Lo que motivó a las autoridades de salud que se realizaran dosajes de Plomo en sangre a los niños del único Centro Educativo obteniéndose

valores altísimos (más de 50ug/dl, siendo lo internacionalmente aceptado hasta 10ug/dl). Situación que alarmó a los padres de familia y al realizarse dosajes de sangre a todo el personal, obtuvieron valores muy por encima de 10ug/dl. Frente a este problema la DISA I CALLAO, declaró a dicha zona en emergencia sanitaria por la contaminación por Plomo, por lo que todo el personal de salud nombrado exigió su inmediata reubicación, inclusive el médico jefe, por tal motivo que se decidió rotar a todo ese personal, quedándose el establecimiento con 6 personas y se vieron en la necesidad de contratar a un nuevo médico.

El año 2002, se contrato a más personal de salud, inclusive otro médico general, que llegó para brindar atención a los niños menores de 6 años, principal grupo afectado por dicha contaminación. Pero los problemas del personal de salud, se vieron incrementados, pues el tiempo pasaba y no tenían beneficios sociales, por ser de condición contratados por servicios no personales.

A fines del año 2003, entra una nueva gestión a cargo de un médico joven, el Dr. Aliaga, docente de la Facultad de Medicina de San Fernando- UNMSM. Viendo la situación en la que se hallaba el establecimiento de salud, y su escasa relación con la comunidad, la idea que motivó al Dr. Aliaga fue la organización de los recursos humanos tanto internos como externos a través de un Plan Operativo Institucional (P.O.I), el cual fue elaborado en su totalidad con la participación activa de todo el personal del Centro de Salud, representantes de la comunidad y de 13 estudiantes de la Facultad de Medicina de San Fernando - UNMSM.

En esta experiencia se sistematizó la información existente, así como la discusión abierta de los principales problemas de la demanda y de la oferta, las cuales se sometieron a la priorización según determinados criterios y luego se procedió a la elaboración del árbol de problemas para cada uno de éstos, llegándose a identificar los nudos críticos respectivos; los cuales a su vez fueron sometidos a matrices de viabilidad y vulnerabilidad llegando conclusiones que llevaron a matrices de programación de actividades, estrategias y acciones de salud con responsabilidades compartidas entre el personal de salud, las organizaciones sociales de base, los promotores de salud, los pobladores del AA.HH. "Puerto Nuevo" y los estudiantes universitarios (que realicen actividades en la comunidad); en pro de una solución a sus problemas identificados.

Finalmente, se procedió al desarrollo del programa de actividades que permitieron la disminución de los problemas.

METODOLOGÍA UTILIZADA

Coordinaciones previas: El médico jefe del establecimiento, realizó la primera reunión, en la cual estuvieron presentes el personal de salud, promotores de salud, representantes de la comunidad y alumnos de la Facultad de Medicina Humana de la UNMSM, cuyo objetivo fue dar a conocer a los asistentes el inicio de la elaboración del Plan Operativo Institucional.

Se realizaron reuniones semanales con todo el comité local de salud y organizaciones sociales de base, aplicándose un sencillo plan de motivación y concientización del personal de salud sobre la realidad sanitaria y laboral.



Hasta ese momento pocos sabían lo que era “priorizar problemas” y hacer un “análisis FODA”, por lo que el médico jefe con su experiencia docente, explicó los procedimientos en términos sencillos a fin de que todos entendieran el mensaje, brindando seguidamente asesorías grupales.

El análisis FODA, permitió la identificación y priorización de problemas con matriz según criterios, continuando con el análisis de los problemas priorizados y formulación de objetivos generales y específicos; elaboración de estrategias y matriz de programación anual, con responsabilidad compartida.

Los procesos anteriores duraron cuatro meses, su implementación y desarrollo año y medio.

Se evaluaron diversos aspectos sobre cultura organizacional, como: trabajo en equipo y tipo de liderazgo para catalogar como un establecimiento de salud con una cultura organizacional fuerte o débil, si existe o no trabajo en equipo y determinar si el tipo de liderazgo es clásico o estratégico; cuyos resultados se muestran en los cuadros 1, 2 y 3. Se realizaron talleres con la participación de los representantes de la comunidad y las organizaciones sociales de base, las promotoras de salud, los alumnos de la UNMSM y el personal del centro de salud, y se procedió a dividir al grupo asistente en dos subgrupos y en cada uno de ellos, un alumno voluntario se encargó de la explicación de cada una de las herramientas a usar.

Posteriormente en cada uno de los subgrupos se trataron de cada uno de los puntos del tema y sus respectivos ítems, llegando en la mayoría de los casos a las mismas conclusiones.

Habiendo sido presentados a las personas asistentes no fue difícil realizarlo pues en poco tiempo las personas se mostraron muy positivas con respecto a su desempeño y compromiso con los demás, si bien es cierto que esta comunidad es muy pobre y los factores ambientales no están a su favor, ellos tienen un equipo de salud que se muestra muy interesado por mejorar las condiciones de vida de la población y por educar en los aspectos sanitarios básicos necesarios, ya que debido a su bajo nivel socio económico y cultural; muchas veces no están conscientes ni preocupados en cuidar y mantener su salud. En las tablas que siguen se muestran las matrices sintetizadas de las experiencias con el personal de salud, miembros de la comunidad y estudiantes de medicina.

TABLA 1

CULTURA ORGANIZACIONAL DEL CENTRO DE SALUD “PUERTO NUEVO”

CARACTERÍSTICA	ALGUNAS OPINIONES	TIPO
AUTONOMÍA INDIVIDUAL	"...tenemos libertad para actuar individualmente en las cosas importantes se solicita la aprobación de un superior, a veces juntamos nuestras ideas y es mejor"	FUERTE
ESTRUCTURA	"... nos faltan recursos económicos y por eso no podemos ampliar el Centro de Salud, no tenemos servicio de emergencia y el horario de atención no es suficiente, pero a pesar de eso somos muy unidos y tratamos de hacer que eso no sea un obstáculo en nuestro camino"	TENDENCIA A FUERTE
APOYO	"... las promotoras y las comunidad somos constantemente apoyados por el personal de salud y en especial por el Doctor, ahora el apoyo del MINSA es mejor y podemos cumplir con las campañas de vacunación"	FUERTE
RECOMPENSA AL DESEMPEÑO	"...bastante, y por eso nos sentimos motivados también"	FUERTE
TOLERANCIA AL RIESGO	"...si tenemos que tomar alguna decisión que implica un riesgo lo asumimos porque somos responsables con nuestros compromisos y asumimos los retos para la mejora del centro de salud"	FUERTE
CONCLUSIÓN: "Somos un equipo que posee una CULTURA ORGANIZACIONAL FUERTE".		

TABLA 2

TRABAJO EN EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD “PUERTO NUEVO”

FACTORES	ALGUNAS OPINIONES	EVALUACIÓN
PROPÓSITO	"... nosotros tenemos bien claros nuestros objetivos"	SI
COMUNICACIÓN	"...nuestra comunicación es muy buena, aquí no hay gente fría"	SI
COMPROMISO	"...somos muy cumplidos, cuando nos comprometemos a hacer algo, lo hacemos"	SI
ORDEN	"...ha habido un proceso de mejora en cuanto al orden y este se ha dado inicialmente en las promotoras y se está propagando en la comunidad"	SI
PARTICIPACIÓN	"...la participación en el centro de salud es indudable de parte de todos"	SI
CONFIANZA	"...es un hecho que todos confiamos en el otro y nos respaldamos mutuamente"	SI
CONCLUSIÓN: "Somos un Centro de Salud, en el cual el personal SI SABE TRABAJAR EN EQUIPO".		



TABLA 3

TIPO DE LIDERAZGO DEL CENTRO DE SALUD “PUERTO NUEVO”

OPINIONES	TIPO DE LIDERAZGO
<p>“...el doctor cumple sus funciones y hace más porque le hace ser así” “...es muy comprensivo y nos da confianza” “...siempre nos apoya, nos enseña y acepta abiertamente nuestras inquietudes” “...el doctor doblaba sus esfuerzos para cumplir con su misión” “...él no es sobrado, de todos los médicos que han venido, él es el mejor”</p>	<p>ADMINISTRADOR ESTRATÉGICO</p>
<p>CONCLUSION: El jefe del establecimiento de salud es un ADMINISTRADOR ESTRATÉGICO.</p>	

Luego de esto, se orientó al personal de salud y a la comunidad para redactar la misión y visión institucional, tal como sigue:

MISIÓN INSTITUCIONAL:

En una reunión en el Centro de Salud, se solicitó a los presentes que de manera ordenada respondan a las preguntas planteadas en las matrices proporcionadas por la jefatura, y se redactó la Misión como sigue:

“Somos un establecimiento de salud de I nivel de atención; de la Red Bonilla - La Punta DISA I Callao, que brinda servicios asistenciales de prevención, promoción y ayuda a personas de bajos recursos que viven en la comunidad de “Puerto Nuevo”, Barrio Frigorífico y Muelle de Pescadores; a través de una atención integral de salud con calidad, calidez, compromiso y trabajo en equipo, con un personal capacitado y motivado, acorde con la infraestructura del Centro de Salud”.

VISIÓN INSTITUCIONAL:

Se redactó participativamente de la siguiente forma:

“Aspiramos ser para el año 2009 el Centro de Salud LIDER de la Red Bonilla-La Punta, DISA I Callao, con excelentes niveles asistenciales, preventivopromocionales y docentes, promoviendo una comunidad saludable mediante la atención a la población de todos los grupos étnicos, enfatizando al MAIS, contando con un Centro de Salud con mayores recursos e infraestructura y equipos tecnológicos adecuados, para beneficio de las poblaciones de “Puerto Nuevo”, Barrio Frigorífico y Muelle de Pescadores”.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA Y LA OFERTA:

El diagnóstico de los problemas de la salud se realizó tomando en consideración la demanda de la población del ámbito jurisdiccional del Centro de Salud. Para ello, se realizó el análisis de la demanda y de la oferta. Se obtuvo lo siguiente:

• Análisis de la demanda

La población asignada es de 5647 habitantes. No se cuenta con red de agua potable para toda la población. La dotación de agua para las viviendas se realiza en cuatro formas: por red de agua, por pilón de uso público, por pozo común y por camión cisterna, siendo el uso del pilón y el camión cisterna los predominantes.

Más del 80% de las viviendas tienen paredes de madera, debido a que este material es más barato y se adecúa a la capacidad adquisitiva de los pobladores. La disposición de la basura en la comunidad mediante el servicio de recojo es insuficiente y por ello los pobladores; en un mayor porcentaje, optan por otras opciones: Entierran, arrojan al campo, queman las basuras.

Cuentan con servicio de energía eléctrica permanente. En la zona existen 10 comedores populares, 3 unidades de rehidratación oral comunal, 14 vasos de leche, 6 clubes de madres y juveniles, y 2 centros educativos. Se cuenta con un COMITÉ LOCAL DE SALUD PARA EL PERIODO 2004-2006, elegido democráticamente en Asamblea General en el establecimiento de salud. Se cuenta también con el apoyo desinteresado de 15 promotores de salud.

Las principales causas de morbilidad en niños son las IRAs, las enfermedades infecciosas intestinales y la desnutrición. En adolescentes, las enfermedades respiratorias superiores e infecciones intestinales. En adultos, las enfermedades de transmisión sexual y las enfermedades de vías respiratorias superiores fueron las más altas. En adultos mayores, las artropatías y las enfermedades de vías respiratorias superiores.

APLICACIÓN DE ENCUESTA A HOGARES

El Personal de salud, viendo que es necesario conocer mejor las necesidades de salud de la población, realizaron encuestas de salud mediante visitas domiciliarias las cuales les permitió obtener un mejor conocimiento de la realidad de la comunidad, especialmente la problemática de la contaminación por plomo en niños. Las visitas domiciliarias se desarrollaron entre mayo - junio del 2004, contando con el apoyo y coordinación del personal del Centro de Salud y promotoras de la comunidad. Cada personal de salud en promedio realizó 30 encuestas visitando los diferentes sectores del AA.HH. "Puerto Nuevo", entrevistando a una muestra representativa de la población de aproximadamente 350 personas, contando para ello con el apoyo de promotoras de la comunidad.



La intencionalidad era hacer participar y empoderar en su función al personal del establecimiento, además de adquirir responsabilidades directas para velar por la salud de un determinado grupo de familias.

En un primer momento fue difícil hacer entender a los miembros del equipo de salud que realicen esta tarea, pero se les incentivó mediante concursos internos y premios a la productividad con días compensatorios de descanso, lo cual motivó a que iniciaran con el recojo de información. Conforme fue desarrollándose, el personal notó que la misma población se mostraba muy complacida de que se preocuparan por saber de ellos, por interesarse, y eso generó mucha receptividad de las personas hacia el personal de salud.

VISITAS DOMICILIARIAS

Como parte de la planificación de actividades a desarrollar en el establecimiento de salud, las visitas domiciliarias integrales constituyeron una experiencia muy interesante, pues gracias a ella se contactaron con las familias para compartir momentos de enseñanza-aprendizaje.

La estrategia permitió llegar a determinar prioridades y establecer contacto con la comunidad, buscando a través de las visitas domiciliarias un trabajo preventivopromocional con las madres de los niños a quienes el personal de salud orientó con mucho afecto para el mejoramiento de la salud a pesar de los grandes problemas socioeconómicos a los que diariamente se enfrentan; para ello contaron con materiales estratégicos como son el AIEPI comunitario, la encuesta de hogares 2004 el cual les permitió conocer la salud del niño, de la mujer y la salud en general.

Posteriormente se asignaron diez familias a cada uno de los miembros del equipo de salud, todas las familias sin excepción sufrían en diferente medida los efectos de la contaminación ambiental por plomo y un menor número de las mismas tenían dentro de sus integrantes personas con TBC, VIH-SIDA, desnutrición crónica y debido a las inclemencias del medio ambiente la mayoría de niños frecuentemente presentan IRAS, así como la carencia de servicios básicos condiciona la alta prevalencia de EDAs. Con la estrategia AIEPI entraron en un contacto con las familias para lograr cambiar hábitos y costumbres para mejorar la salud de la salud de la población.

ANÁLISIS DE LA OFERTA

A) INFRAESTRUCTURA

Para realizar esto, fue necesario revisar como se encontró al Centro de Salud cuando se asumió la jefatura.

El Centro de Salud “Puerto Nuevo” está construido con material noble terminado, utilizando también un módulo prefabricado para los diferentes servicios; cuenta con servicios de luz y teléfono, pero no cuenta con agua potable y presenta un sistema de desagüe no conectado a

la red pública. El estado de conservación es regular, posee rejas de seguridad en el ambiente de farmacia, estadística, caja y la puerta principal.

B) ANÁLISIS FODA

La metodología que usaron fue la siguiente: Se repartieron fichas a cada uno de los participantes para que puedan escribir la Fortaleza, Oportunidad, Debilidad y Amenaza según el desarrollo de la sesión. Posteriormente en una pizarra se ordenaron dichos puntos y se procedió a una votación para considerar cual de toda la información recabada era la mejor, ya sea Fortaleza, Oportunidad y así sucesivamente.

Análisis interno

• Fortalezas

- Identificación y compromiso institucional.
- Trabajo en equipo.
- Calidad de atención.
- Trabajo participativo con organizaciones sociales de base.
- Calidez en atención.
- Sede docente de universidades e institutos superiores.
- Personal capacitado y motivado.
- Ayuda de empresas.
- Infraestructura de material noble.
- Compromiso social y comunitario.
- Ubicación del Centro de Salud de fácil acceso.

• Debilidades

- Insuficiente infraestructura.
- Falta de apoyo económico.
- Horario de atención reducido.
- Insuficiente personal de salud y promotores.
- Insuficiente equipos tecnológicos e insumos.
- Demora y deficiencia en la atención.

Análisis externo

• Oportunidades

- Compromiso para ampliación de Centro de Salud con apoyo de la empresa privada,
- Interés de organizaciones internacionales por áreas de contaminación por plomo.
- Capacitación del personal.

• Amenazas

- Falta de servicios básicos.
- Contaminación crónica ambiental.
- Alto riesgo social.
- Pobreza poblacional.
- Bajo nivel cultural de la población.



- Presencia de animales callejeros.
- Clima frío de la zona.
- Riesgos a ser afectados por desastres naturales.

C) LISTADO DE PROBLEMAS

- Listado de problemas de la demanda

Sociales

- Alto nivel de contaminación ambiental.
- Delincuencia y drogadicción en la zona.
- Bajo nivel socioeconómico y cultural de la población.
- Violencia intrafamiliar.
- Hacinamiento.
- Falta de sensibilidad ante los problemas.

Sanitarios

- Falta de servicio básicos.
- Alta prevalencia EDA, IRA y TBC
- Inadecuado hábitos higiénicos de la comunidad.
- Alta prevalencia de malnutrición crónica infantil.
- Listado de problemas de la oferta

Gestión

- Horario reducido de atención.
- Escasos recursos asignados al Centro de Salud.
- Inversión.
- Infraestructura inadecuada del Centro de Salud.

D) IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS

Para esto se elaboró una lista de problemas, los cuales se analizaron en base al modelo de priorización que cuenta con los criterios: magnitud, tendencia, riesgo, capacidad de intervención, Interés de la población. Posteriormente se ponderó los problemas en base a la votación de los miembros reunidos, respetando en todo momento el punto de vista de cada participante; luego de acuerdo al puntaje se dio un orden de prioridad de mayor a menor importancia, para lo cual se le entregó a cada participante una ficha y califique en la escala de 1, 2 ó 3 según la importancia del problema, se indicó que el voto sea en simultáneo para todos los participantes con el fin de evitar sesgos.

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

PROBLEMA A PRIORIZAR	MAGNITUD	TENDENCIA	RIESGO	CAPACIDAD DE INTERVENCIÓN		INTERES DE LA POBLACION	TOTAL
				INSTITUCIONAL	FINANCIERA		
Alto nivel de contaminación ambiental	17	16	19	12	11	19	94
Delincuencia y drogadicción	16	15	16	9	11	15	82
Bajo nivel socioeconómico y cultural	19	13	11	9	9	12	73
Falta de servicios básicos	20	08	17	11	7	19	82
Alta prevalencia de IRA, EDA	15	11	15	17	13	15	87
Abandono y violencia familiar	13	09	13	9	16	12	72
Hacinamiento familiar	11	09	13	9	10	12	64
Infraestructura inadecuada	17	14	15	17	10	18	91
Falta de sensibilidad ante los problemas de salud	15	12	16	13	13	13	82
Escasos recursos asignados al C.S	20	12	15	12	10	14	83
Inadecuados hábitos higiénicos	18	12	18	15	11	14	88
Horario reducido de atención	19	13	15	13	9	18	87
Alta prevalencia de desnutrición infantil	13	15	17	18	12	18	93

E) LISTA FINAL DE PROBLEMAS PRIORIZADOS

1. Alto nivel de contaminación ambiental.
2. Alta prevalencia de desnutrición infantil.
3. Infraestructura insuficiente del C.S.
4. Inadecuados hábitos higiénicos.
5. Horario reducido (el C.S posee un solo horario atención, en la mañana).
6. Alta prevalencia IRA / EDA.
7. Escasos recursos ante los problemas de salud.
8. Delincuencia, drogadicción y prostitución.
9. Falta de sensibilidad hacia los problemas de salud.
10. Falta de servicios básicos (servicio de agua, desagüe y alcantarillado).
11. Bajo nivel sociocultural.
12. Violencia intrafamiliar (maltrato infantil y a las mujeres).
13. Hacinamiento (presencia de varias familias en una sola vivienda).



F) ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Con la ayuda de la técnica del “árbol de problemas” se identificaron las causas donde concurren mayor cantidad de aplicaciones encontrándose así los “Nudos Críticos”. A partir de los cuales, podemos generar OBJETIVOS:

PROBLEMA PRIORIZADO N° 1: ALTO NIVEL DE CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

NUDOS CRÍTICOS:

- Insuficiente actividad preventiva promocional por parte del Centro de Salud.
- Escasa cultura sanitaria.
- Falta de conciencia de problemas sanitarios.
- Insuficiente gestión interinstitucional.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir los efectos de la contaminación ambiental en la población de la jurisdicción del C.S. “Puerto Nuevo” mediante actividades preventivo promocionales de salud en las comunidades de “Puerto Nuevo”, Barrio Frigorífico y Muelle de Pescadores en el período de un año.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Incrementar el número de actividades preventivo promocionales relacionadas a los efectos de la contaminación ambiental, en un 100%, en la población asignada al C.S “Puerto Nuevo” en el período de 1año.
- Fomentar la cultura sanitaria en la comunidad, en un 70%, en la población asignada al C.S “Puerto Nuevo” en el período de 1 año.
- Fomentar la conciencia de problemas de sanitarios en la comunidad en un 40%, en la población asignada al C.S. “Puerto Nuevo”, en el período de 1año
- Incrementar las actividades de gestión interinstitucional entre los representantes de la comunidad, C.S “Puerto Nuevo” y de las empresas públicas y privadas en un 50% en el período de 1 año.

PROBLEMA PRIORIZADO N° 2: ALTA PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN INFANTIL

NUDOS CRÍTICOS:

- Insuficientes actividades preventivas promocionales.
- Falta de información de medidas higiénico-dietéticas.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir La alta prevalencia de desnutrición crónica infantil en los niños menores de 10 años de la jurisdicción del C.S."Puerto Nuevo" mediante actividades preventivo promocionales y soporte nutricional en las comunidades de "Puerto Nuevo", Barrio Frigorífico y Muelle de Pescadores en el período de un año.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Incrementar las actividades preventivas promocionales por parte del personal del centro de salud y promotores de salud en un 80% en la población asignada al Centro de Salud "Puerto Nuevo".
- Implementar campañas de información acerca de medidas dietéticas en personas mayores de 8 años en un 60% en la población asignada al Centro de Salud "Puerto Nuevo".

Una vez conocidos los objetivos que se han trazado, el personal se centra en verificar con el resto de la población, si es factible o no la solución de los nudos críticos identificados. Se sometió a la Matriz de Viabilidad a los nudos críticos obtenidos del análisis de problemas. Se tuvo en cuenta de los siguientes criterios:

- Importancia técnica.
- Importancia económica.
- Importancia política.
- Importancia gerencial.
- Vulnerabilidad Social.

Solamente será viable el nudo crítico cuando los rubros antes mencionados sean todos afirmativos, de lo contrario no serán viables.



MATRIZ DE VIABILIDAD DE LAS CAUSAS VITALES

PROBLEMA PRIORIZADO N°1 ALTO NIVEL DE CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

CAUSAS VITALES	CRITERIOS					CONCLUSION VIABILIDAD
	IMPORTANCIA				VULNERABILIDAD	
	TEC	ECON	POL	GER		
Insuficientes actividades preventivo-promocionales por parte del centro de salud.	+	+	+	+	+	VIABLE
Escasa cultura sanitaria.	+	-	+	+	+	INVARIABLE
Insuficiente presupuesto al centro de salud.	+	-	-	+	+	INVARIABLE
Falta de coordinación interinstitucional.	+	+	+	+	+	VIABLE

PROBLEMA PRIORIZADO N°2 ALTA PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN INFANTIL

CAUSAS VITALES	CRITERIOS					CONCLUSION VIABILIDAD
	IMPORTANCIA				VULNERABILIDAD	
	TEC	ECON	POL	GER		
Insuficientes actividades preventivo-promocionales.	+	+	+	+	+	VIABLE
Falta de información de medidas higiénico-dietéticas	+	+	+	+	+	VIABLE

G) PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

Como parte final de este proceso, se elaboró la matriz de programación de actividades en reunión conjunta en el centro de salud, siendo la participación del grupo mediante lluvia de ideas para programar actividades. Se procedió a asignar algunos compromisos y responsabilidades que garanticen el seguimiento del presente plan:

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PARA EL AÑO 2004

PROBLEMA: ALTO NIVEL DE CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

NUDO CRÍTICO	ACTIVIDADES	META		COSTO TOTAL	INDICADOR	CRONOGRAMA												RESPONSABLE
		UNIDAD MEDIDA	TOTAL			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
INSUFICIENTES ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES	Talleres al personal de salud	Taller	2	300	Porcentaje de personal aprobado	X												Médico Jefe
	Visitas domiciliarias	Visita domiciliaria	9600	28000	Porcentaje de visitas domiciliarias efectivas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Enfermera
	Vigilancia de consumo de agua humano	Toma de muestra de agua	1200	100	Porcentaje de muestras de agua anuales						X							Téc. Sanitaria
FALTA DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL	Reuniones de coordinación con las empresas privadas	Reunión	12	50	Porcentaje de reuniones efectuadas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Médico Jefe
	Reuniones de confraternidad	Reunión	2	30	Porcentaje de reuniones efectuadas					X						X	Médico Asistente	
	Visitas Guiadas	Visita	6	20	Porcentaje de visitas efectuadas	X		X		X		X		X		X	Asistente social	

PROBLEMA: ALTA PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN INFANTIL

NUDO CRÍTICO	ACTIVIDADES	META		COSTO TOTAL (v. -)	INDICADOR	CRONOGRAMA												RESPONSABLE
		UNIDAD MEDIDA	TOTAL			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
FALTA DE INFORMACIÓN DE MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS	Ejecutar campañas informativas sobre prevención de EDA's	Campaña	05	180	% de campañas efectuadas	X		X		X		X		X		X		Nutricionista.
	Realizar campañas de control de agua potable	Campaña	12	180	% de campañas efectuadas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Técnica Salud Ambiental
	Realizar control de calidad de alimentos de comedores populares	Control	02	80	% de controles efectuados	X							X					Nutricionista.
	Realizar campañas de limpieza en comedores populares con el apoyo de empresas privadas	Campaña	03	30	% de campañas efectuadas			X			X						X	Médico Jefe

ESTUDIO DE CASO 2

LA SELECCIÓN DEL PERSONAL Y OTROS FACTORES DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA

El Policlínico de la Asociación Peruano Japonés (PPJ)⁵ es una institución con 24 años de servicio a la colectividad, siendo el último decenio, el despegue exitoso de esta institución. La misión del Policlínico “es ofrecer, una atención de alta calidad, con un trato especial y humano que nos diferencie; además de ser económicamente accesible a la comunidad en general y hacer del Policlínico Peruano Japonés uno de los centros de más alto nivel en el ámbito nacional”.

El PPJ es una institución privada sin fines de lucro, es decir una asociación con fines sociales y de transferir el beneficio al paciente. La rentabilidad del PPJ ha permitido que se renueven en infraestructura y tecnología.

Para el PPJ el éxito se basa en normas implícitas con una filosofía de alta colaboración entre el personal, el comportamiento diferenciado y la honestidad y honradez. La licenciada E. Saito es la coordinadora general del policlínico desde hace 12 años; entre las funciones a su cargo se encuentra la gestión de recursos humanos. La Licenciada Saito por experiencia nos menciona los siguientes aspectos que ella ha podido percibir en los años para definir el éxito que ahora tiene el policlínico, como “empresa de salud eficiente”:

A) CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL

SELECCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO

En el PPJ está institucionalizada las reuniones de la Dirección Médica para discutir asuntos institucionales a la cual acuden: el Director Ejecutivo, la Coordinadora General (que hace las veces de gerente de operaciones), el Gerente General, el Director Médico,

5 Datos de los procesos de desarrollo del Policlínico Peruano Japonés, Lima-Perú 2005

el Director de Investigación Científica y el Presidente del Cuerpo Médico; es como un comité de gestión con presidencia del Director Médico; uno de los temas que revisa el comité es la incorporación de los médicos al PPJ, asimismo la contratación de personal no médico que requiere esta institución.

El sistema de ingreso de los médicos al PPJ, ha experimentado cambios a lo largo de los últimos 15 años; inicialmente el sistema contemplaba:

- La propuesta del nuevo médico era generada por los médicos de los diferentes servicios de la institución, que enviaban una carta de presentación y se adjuntaba el Currículo Vitae (CV) documentado para ser evaluado en la reunión de la dirección. Es decir los médicos de un servicio generaban el pedido de incorporación de un médico recomendado por ellos, entendiéndose ésto como la relación amical o de cercanía laboral extrainstitucional que debe tener el aspirante médico con alguno de ellos.
- En la reunión de la dirección se aprobaba para que siga la evaluación en las siguientes instancias.
- El médico era sometido a un examen del perfil psicológico
- Los resultados y la documentación se enviaban al cuerpo médico, para que el Comité de Ética lo califique y verifique si había algún problema con la incorporación del médico.
- Se emitía la aprobación o desaprobación del Cuerpo Médico a través de su comité de ética.
- Esta decisión era referida en la reunión de la Dirección Médica y se realizaba o no la incorporación definitiva.

Este sistema trajo problemas porque los servicios se convertían en grupos de poder, esto se fue modificando en los siguientes aspectos:

- Para proponer un nuevo médico, se necesita: ser presentado por uno o dos médicos de la institución sean o no del mismo servicio o de la misma especialidad; ante el director médico y se efectúa el mismo recorrido administrativo.
- Además se modifica el requerimiento del médico: fundamentalmente, es la demanda en el que se basa el requerimiento. Se evalúa el CV y la documentación es llevada a la reunión de la Dirección Médica; siempre tiene que existir la presentación a través de un médico del PPJ. Se aprueba la evaluación por el comité directivo.
- El médico propuesto pasa a evaluación psicológica.
- Toda la documentación va al cuerpo médico, (actualmente, el cuerpo médico, posee personería jurídica desde hace 2 años); dentro de los comités del cuerpo médico, existe un comité específico de calificación o pre-calificación a los profesionales,



este comité verifica el CV, recertificación y certificación del CMP para ejercer, y evalúa dos aspectos del profesional propuesto: EL COMPORTAMIENTO Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL de acuerdo a la información que se pueda recaudar de otros profesionales y de las instituciones en la cual se desempeñó. Si se encontrara algún problema de tipo ético es evaluado por el comité de ética y si no hay problema, se devuelve el documento con firma del presidente del cuerpo médico a la reunión del consejo directivo para su incorporación definitiva.

En general, el impedimento para el ingreso del profesional médico al PPJ es:

- Si en la Verificación de los antecedentes se comprueba problemas de tipo laboral, judicial y/o legal; es decir problemas como por ejemplo: expulsiones, no renovación de contrato o comprobación de que los pacientes son inducidos a atenciones individuales privadas, por medio de una información cruzada de varias instituciones. Asimismo se verifica si el profesional va causar incompatibilidades con la buena marcha de las labores institucionales y especialmente la del servicio al que ingresa.
- Tiene que existir una demanda insatisfecha que genere necesidad del servicio; por el contrario si el médico cumple con todos los requisitos y este criterio no es presentado entonces se deja esperando su incorporación hasta que la demanda así lo amerite. No se realiza una entrevista al candidato en el PPJ, por que sus integrantes consideran que el ingreso de un nuevo médico, como se realiza por medio de la recomendación, reúne todas las condiciones profesionales y morales adecuadas; la mejor evaluación es la que se conoce entre los profesionales que integran el PPJ.

Las observaciones al postulante médico durante este proceso se pueden presentar también, en la reunión del Comité Directivo, si alguno de sus integrantes tiene algún reparo, es suficiente para que no se considere su ingreso; de este modo todo el comité directivo tiene que estar de acuerdo en la incorporación del médico considerando siempre la necesidad de los servicios del profesional basado en la demanda. Si se aprueba, pasa en segunda instancia al cuerpo médico, donde se verifica que no haya observaciones o tachas.

El médico que ingresa al PPJ tiene que adaptarse a las condiciones normativas del servicio y de la institución; es decir existe la inducción indirecta, dependiendo de las características de cada servicio y el trabajo en equipo.

La selección del personal no médico:

Se produce cuando aparece una vacante por algún motivo ya sea de salud o cese de funciones, licencia o renuncia.

Para el personal de enfermería, técnico de enfermería y auxiliar de enfermería; la selección es por recomendación y la prioridad lo da el personal del mismo servicio para gente conocida por ellos. Así la coordinadora general del PPJ recibe los documentos del recomendado: CV y carta de presentación. Generalmente los aspectos a considerar para su elección son: la preparación técnica en relación al servicio al que postula y los antecedentes de buena relación que debe tener con los pacientes. Si se aprueba en esta instancia su incorporación

sólo es informada en la reunión del comité directivo. Por lo general hay un periodo de prueba en la institución para este personal que no es más de un mes, en el que se evalúa habilidades y destrezas para el servicio y la relación de calidad y trato amable que debe tener con los pacientes.

El personal administrativo es netamente por recomendación y la contratación es más directa. Se toma la decisión de la contratación en la reunión del Comité Directivo.

B) CONCIENTIZACIÓN DE TODO EL PERSONAL PARA EL BUEN TRATO AL PACIENTE CON ÉTICA Y CALIDAD

El PPJ tiene un Comité de Ética, con más de 20 años de conformación, se reúne una vez al mes. Se encuentra dentro de la estructura del cuerpo médico. El cuerpo médico esta conformado por el Presidente, que es dirimente, y cuatro miembros elegidos por el Consejo Directivo. Una vez conformado el cuerpo médico sus integrantes presiden diferentes comités, siendo uno de ellos el Presidente del comité de ética; quien tiene las funciones de: velar por el desempeño ético de todo el personal con los pacientes, resolución de problemas personales entre médicos y participación en el desarrollo de investigaciones clínicas fase II, III, IV; además coordina con los servicios a la sensibilización del personal con talleres o charlas sobre algunos temas de mayor relevancia; cada cierto tiempo se hace la charla de “Evaluación de Valores” (mínimo dos veces al año) trabajándose con todo el personal; además de socializar los conceptos de “Calidad en la Atención”.

C) LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL NO MÉDICO:

Incluida en el marco del Programa de Educación que se desarrolla desde el año 1,989. Estas capacitaciones tienen como objetivos principales:

- Tener conocimiento necesario para poder desempeñarse en las labores encomendadas diferenciándose por cada servicio.
- Mantener capacitado y actualizado en los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Como todo es un trabajo de equipo y de trabajo entre equipos, se diseñan capacitaciones en la que participa personal de diferentes servicios teniendo en cuenta áreas en las cuales existían problemas interpersonales y/o entre equipos de trabajo; es decir los cursos además de mejorar el desempeño, son el instrumento indirecto para identificar puntos críticos para trabajar mejor en equipo.



La capacitación del personal del PPJ es permanente, no solo con cursos internos denominados “Educación en Servicio” sino también, cursos, seminarios y congresos en centros académicos del país o del extranjero. De este modo se implementaron, por ejemplo:

- Para el personal auxiliar de enfermería: cursos básicos de enfermería y de procedimientos por cada servicio. Además de cursos de computación.
- Para el personal de admisión y administración: identificación de problemas y propuesta de soluciones para su respectivo servicio.
- Para el personal de laboratorio: se implementaron criterios uniformes para el recojo de material biológico, ya que el manejo de estos por el personal no era el adecuado y perjudicaba a los pacientes al pedírseles una nueva muestra, adicionándose la pobre información que se le daba al paciente en el manejo del material, lo que hacía una muestra de pobre calidad
- Para el personal de rehabilitación, cursos de fonología y técnicas de ejercicios para discapacitados y problemas del lenguaje.
- Para el personal de secretaria, cursos de computación.
- Cursos al personal de mantenimiento.
- Curso de bioseguridad para el personal de limpieza.
- Curso a todo el personal acerca de emergencias tales como incendios, sismos, etc.

Existen capacitaciones becadas a Japón, como congresos y cursos, a nivel técnico se realizan frecuentes reuniones durante todo el año con el personal médico y no médico de los diferentes Servicios.

D) LOS PRECIOS DE PROCEDIMIENTOS Y CONSULTAS

Son accesibles, por ejemplo el precio de la consulta medica es S/. 26.50

E) CRITERIOS PARA EL REQUERIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES DE LABORATORIO

El requerimiento que hace el personal médico de procedimientos y de exámenes de laboratorio a los usuarios del PPJ, es lo MÍNIMO Y NECESARIO, lo que retribuye en la confianza del público. Los médicos recetan del petitorio de farmacia y logran completar al atención con el 80 % de compra en las recetas emitidas; teniendo en cuenta que los precios de su farmacia son más bajos que las cadenas de boticas, según refieren esto lo logran por que transfieren la mínima diferencia en el costo a los precios al público.

Los exámenes de laboratorio y procedimientos diagnósticos; también tienen precios accesibles al público, el que agregan eficiencia en la entrega de resultados valederos; en el PPJ se considera que el resultado “es la fidelidad del paciente”.

F) EL POLICLÍNICO TIENE UNA POLÍTICA DE CONSTANTE EVALUACIÓN DE SU MATERIAL Y EQUIPOS

De este modo se realizan compras para la incorporación de equipos médicos de avanzada tecnología tales como: Video Colonoscopia Electrónica para el Servicio de Gastroenterología; Autoanalizador Bioquímica para el Laboratorio Clínico; Equipo Láser con lámpara de hendidura y un Tonómetro ambos para Oftalmología; Tomógrafo Helicoidal para el Servicio de Diagnóstico por Imágenes; y el Equipo de Rayos X Panorámico donado este último para el Servicio de Odontología. De acuerdo a estas compras el personal es capacitado en el manejo de los equipos.

G) REUNIONES PROGRAMADAS PARA EL MEJORAMIENTO CONTÍNUO

Existen reuniones programadas a lo largo del año para la coordinación del mejoramiento continuo de los sistemas en la atención del paciente, las reuniones son por equipos multidisciplinarios. Ya para el año 2000 se implementó un nuevo método para la atención de los pacientes, a fin de mejorar el servicio con una atención personalizada.

RESULTADOS:

El crecimiento del Policlínico Peruano Japonés (PPJ) es del 10% promedio anual en atenciones, atendándose alrededor de 1600 consultas diarias, siendo comparable con el más grande hospital de Lima.

Asimismo los casos siguientes presentan la percepción de los pacientes en cuanto a la calidad de la atención logrando un 76% de aprobación en el nivel de adecuado un 23% lo calificó de muy rápido, asimismo el tiempo de espera un 46% lo calificó de entre 15 y 30 minutos y el 15% de menos de 15 minutos.

En cuanto a la duración de la consulta, el 35% declaró que duraba de 20 a 30 minutos y el 25% de 15 a 30 minutos siendo el tiempo óptimo para una consulta, esto destaca interés del médico por sus pacientes.

Lo más saltante es que el 92% definitivamente volvería a usar los servicios del PPJ y un 92% los recomendaría; es aquí donde se percibe la idoneidad y buen trato del personal hacia sus pacientes.

ESTUDIO DE CASO 3

LA FUNCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA ACREDITACIÓN DE CALIDAD EN UNA CLÍNICA PRIVADA

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

La Clínica Ricardo Palma⁶ fue fundada en el año 1975, es un hospital privado dedicado a brindar servicios de atención en salud, con todas las especialidades médicas, cuenta con equipamiento de última generación y el reconocido prestigio profesional de los médicos que la conforman.

Tiene 120 camas, incluyendo 6 camas en el área de Cuidados Intensivos, 4 camas en Cuidados Intermedios, Sala de Internamiento para pacientes médicos, quirúrgicos, obstétricos y pediátricos.

El staff médico está conformado por 214 médicos especialistas, (66 de ellos son propietarios de la clínica), que atienden a pacientes en Consultas Externas, Emergencia, Atención Domiciliaria, Cirugía Ambulatoria y Hospitalización. La Clínica cuenta además con 8 Anestesiólogos, 20 médicos de guardia permanente (5 en Cuidados Intensivos, 6 en Emergencia, 6 en Hospitalización y 3 Médicos en Recuperación). Cuenta también con 12 odontólogos, 2 psicólogos, 2 químicos farmacéuticos, 6 obstetrices, 2 nutricionistas, 96 técnicos de diversas especialidades, 78 enfermeras, 7 instrumentistas, 94 auxiliares de enfermería y 204 empleados de administración y servicios.

ACREDITACIÓN, GARANTÍA DE LA CALIDAD

El inicio del milenio encuentra un sector salud en nuestro país en franco proceso de recuperación. Se han incrementado el gasto per cápita, se han recuperado y repotenciado las redes públicas de atención de la salud, se cuenta con un renovado marco legal en

⁶ Administradora Clínica Ricardo Palma S.A. Auditoría de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y de la Unidad de Cuidados especiales (UCE). Agosto 2003

salud que viabilizará la Modernización del sector y se ha iniciado la aplicación de procesos de mejoramiento de la calidad de la atención, contándose con un marco regulatorio, herramientas y organismos que hacen posible su instrumentación. La Clínica Ricardo Palma en su condición de líder en el subsector privado de proveedores de servicios de salud no podía ser ajena a esta realidad, más aún en el marco de su política institucional donde el paciente es lo primordial, entendiendo que la atención centrada en el paciente proporciona respeto, comprensión, equidad, competencia y resultados positivos.

Es así que se tratará de esquematizar el proceso que se llevó en la Clínica y que culminó con la acreditación de la misma en Marzo del año 1999.

PROCESO DE ACREDITACIÓN:

Desde los inicios del planeamiento y posterior proceso de acreditación hospitalaria, la Clínica Ricardo Palma representada por su Presidente ejecutivo participó activamente en todo el desarrollo del proceso de acreditación en nuestro país. Es así que desde 1993, formó parte de la Comisión Interinstitucional de Acreditación de Hospitales en representación de la Asociación de Clínicas y Hospitales particulares, habiéndose acudido a las dos reuniones nacionales de acreditación que se llevaron a cabo en Arequipa y Tacna.

Con una visión de futuro se inician algunas actividades preparatorias en la clínica desde el año 1997. Dichas actividades se orientaron al desarrollo de autoevaluaciones, actividades de sensibilización del personal asistencial y administrativo para el proceso en los servicios de la clínica, así como la elaboración de Manuales de Normas y Procedimientos, registros y protocolos debido que se identificó su carencia como una de las principales debilidades de la organización.

La Resolución Ministerial N° 511-96-SA/DM del 21 de agosto de 1996, aprobó el Manual de Acreditación de Hospitales⁷, como norma de referencia Nacional para su aplicación en Hospitales y clínicas tanto del sector público como privado. Se evaluaron 27 servicios. Previamente, se remitió al Dr. Eduardo Salas R., representante de la Administradora Clínica Ricardo Palma S.A. el Plan de Evaluación con carta N° C-829-QAS-99 del 18 de Noviembre de 1999, el cual fue aprobado por el cliente mediante carta del 26 de Noviembre de 1999 y modificada por el mismo mediante carta del 30 de Noviembre, y aceptada por Quality Assurance Services S.A. (QAS S.A.) con carta N° C-859-QAS-99 del 01 de Diciembre de 1999, el mismo que consistió en:

- Estudio de la documentación recibida (R.O.F., M.O.F. de las diferentes áreas, Manuales de Normas y Procedimientos, protocolos, etc. (Jueves 09 de Diciembre de 1999).
- Evaluación In situ del establecimiento así como de sus servicios subcontratados: Lavandería CAVISA, Local del Servicio de Radiología (Viernes 10 y Sábado 11 de Diciembre de 1999).

7 MINSA-DGSP. Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación. Calidad para el primer nivel de atención.



El día 10 de Diciembre de 1999, se dio inicio a la Reunión de apertura realizada en la Oficina de la Dirección de Administración de la Clínica Ricardo Palma S.A. participando:

El Director de Administración, Médico Auditor, Miembro de la Comisión de Acreditación y el Jefe de mantenimiento, así como el grupo de Evaluadores del Equipo QAS S.A. El Equipo Evaluador recorrió las diferentes áreas de la Clínica según distribución hecha llegar, evaluándose el grado de cumplimiento de los estándares por el establecimiento de salud, siguiendo la “Guía para la aplicación del Manual de Acreditación de Hospitales” en los estándares correspondientes al nivel solicitado, además de evaluarse los servicios tercerizados: Lavandería, limpieza, seguridad y radioterapia.

Se consideraron algunos documentos para la realización de la evaluación, tales como:

DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Resolución Ministerial 261-98-SA/DM del 16 de Julio de 1998
- Resolución de Comisión de Reglamentos Técnicos y Comerciales N° 047-97/ INDECOPI-CRT del 05 de Noviembre de 1997.
- Manual del sistema CES de QAS S.A.
- Procedimiento HOS-P-001: Otorgamiento de la Certificación de Establecimientos de Salud.

DOCUMENTOS PROPORCIONADOS POR LA ADMINISTRADORA CLÍNICA RICARDO PALMA S.A.:

- Auto evaluación.
- Reglamento de Organización y Funciones.
- Manual de Organización y Funciones.
- Nombre y cargos del personal responsables de servicios.
- Plan Operativo Anual.
- Manual de Normas y Procedimientos Técnicos y Administrativos.
- Programas de Capacitación Continúa.
- Planos de arquitectura.
- Protocolos, rutinas y guías.

La información y el conocimiento recogidos fueron oportunamente transmitidos a los más altos estamentos de la organización generando un clima favorable que permitió la decisión política positiva de implantar el proceso al interior de la clínica, venciendo la primera barrera existente. Esta decisión se tradujo en el compromiso con el proceso de acreditación de todos los ejecutivos de la organización, habiéndose determinado que se debería acreditar en el máximo nivel establecido por el Ministerio de Salud.

Las actividades antes mencionadas se desarrollaron con cada vez mayor intensidad conforme se percibía que el proceso iba tomando cuerpo con la aparición de los primeros organismos de certificación y de la regulación correspondiente. En el año 1999, se realizaron nuevas autoevaluaciones identificaron las no conformidades existentes como críticas en ese momento. Como consecuencia se realizan importantes inversiones en infraestructura y equipos en diversas áreas de la clínica.

Se inician los primeros contactos formales con los Organismos de Certificación de establecimientos de salud Autorizado (OCA) a efectos de elegir la mejor opción para la Clínica. En la elección de la OCA se consideró aspectos de garantía de seriedad de la propuesta, equipo técnico responsable y condiciones económicas.

Una vez establecida la fecha de evaluación con la OCA y constituidos los equipos se procedió a realizar los afinamientos finales para someterlos a la evaluación. La evaluación llevada a cabo por la OCA constituyó una doble prueba para la organización, pues no solo permitió evaluar el nivel de cumplimiento de los Estándares de Acreditación sino que permitió evaluar la capacidad de respuesta del equipo de trabajadores asistenciales y administrativos frente a esta nueva experiencia.

De todo el proceso de evaluación al que fue sometida dicha institución, se obtuvieron los siguientes resultados:

COMPONENTE	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE OBTENIDO	% OBTENIDO	RANGO
A	470	407	86.6%	I
B	882	813	92.18%	I

La conclusión del grupo evaluador fue que “habiendo alcanzado en el componente A y en el B el rango de valoración I (>80%) y habiendo obtenido un porcentaje no menor del 60% para cada servicio, se recomienda la Certificación de la Administradora Clínica Ricardo Palma S.A. en el Nivel IV”. Destacan además el interés, preparación y participación del personal de dicha institución, así como la aplicación de los documentos de gestión y registros revisados.

Luego de más de 2 años de trabajo preliminar y de una cuantiosa inversión de tiempo y dinero, dentro del cual sobresalió el compromiso y participación de todos los estamentos asistenciales y administrativos de la Clínica, no sólo se logró superar el reto de obtener la tan ansiada acreditación, pues se obtuvo la certificación de la OCA, luego de la cual se inició el trámite de acreditación ante el Ministerio de Salud, habiendo sido otorgada la Acreditación en el IV nivel de complejidad, constituyéndose en la Primera y Unica Clínica del país en ostentar tal distinción.

EVALUACIONES POSTERIORES:

El mismo equipo que categorizó a esta institución, se encargó de realizar las siguientes supervisiones a fin de velar por el mantenimiento y la mejora de las recomendaciones dadas en la visita anterior:

1º Evaluación de Supervisión: Julio del 2000

COMPONENTE	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE OBTENIDO	% OBTENIDO	RANGO
A	470	457	97.23%	I
B	882	852	96.60%	I



2º Evaluación de Supervisión: Enero del 2001

COMPONENTE	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE OBTENIDO	% OBTENIDO	RANGO
A	470	460	97.87%	I
B	882	860	97.51%	I

3º Evaluación de Supervisión: Agosto del 2001

COMPONENTE	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE OBTENIDO	% OBTENIDO	RANGO
A	470	470	100%	I
B	882	866	98.19%	I

La siguiente tabla muestra la comparación en todo el proceso y el ascenso cuantitativo de los indicadores satisfechos:

COMPONENTE	DIC. 99 ACREDITACION (% OBTENIDO)	JULIO 2000 1º SUPERVISIÓN(% OBTENIDO)	ENERO 2001 2º SUPERVISIÓN (% OBTENIDO)	AGOSTO 2001 3º SUPERVISIÓN (% OBTENIDO)	RANGO
A	86.6%	97.23%	97.87%	100%	I
B	92.18%	96.6%	97.51%	98.19%	I

Uno de los servicios que mayores satisfacciones ha tenido a la gestión, es la Unidad de Cuidados Intensivos. Por ello, en los años posteriores a la acreditación, se han realizado auditorías integrales a dicha unidad en una muestra de 15 historias clínicas y de ello, se muestran las siguientes tablas:

ITEMS	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
NOTA DE INGRESO			
Anamnesis			
Diagnóstico de ingreso a la clínica	73.33%	26.67%	-
Antecedentes	86.67%	13.33%	-
Enfermedad Actual	100%	-	-
Motivo de ingreso	60%	40%	-
ITEMS	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
Examen Físico			
Funciones vitales	100%	-	-
Medidas antropométricas	6.67%	93.33%	-
Estado General del Paciente	86.67%	13.33%	-
Examen por órganos y sistemas	86.67%	13.33%	-
Concepto Médico			
Diagnóstico Médico	93.33%	6.67%	-
Plan de Trabajo	95.67%	13.33%	-
Firma	100%	-	-
Sello	60%	40%	-
EVOLUCIONES			
Médico Tratante			
Subjetivo	66.67%	33.33%	-
Objetivo	80%	20%	-
Apredación	73.33%	26.67%	-
Plan	86.67%	13.33%	-
Firma	100%	-	-
Sello	60%	40%	-
Médico Intensivista			
Subjetivo	80%	20%	-
Objetivo	100%	-	-
Apredación	100%	-	-
Plan	100%	-	-
Firma	100%	-	-
Sello	60%	40%	-
Interconsulta			
Subjetivo	46.67%	13.33%	40%
Objetivo	40%	20%	40%
Apredación	46.67%	13.33%	40%
Plan	40%	20%	40%
Firma	53.33%	6.67%	40%
Sello	26.67%	26.67%	40%
COMENTARIO DE EXAMENES DE APOYO AL DIAGNOSTICO			
Laboratorio	53.33%	33.33%	13.33%
Imágenes	33.33%	6.67%	60%
Procedimientos diagnósticos	20%	33.33%	46.67%
Anatomía patológica	6.67%	6.67%	86.67%



ITEMS	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS			
Denominación Internacional	66.67%	33.33%	-
Presentación	80%	20%	-
Dosis	100%	-	-
Vía	93.33%	6.67%	-
Frecuencia	100%	-	-
Firma	100%	-	-
Sello	46.67%	53.33%	-
NOTAS DE ENFERMERÍA			
Registro de signos vitales	100%	-	-
Registro de Balance Hídrico	100%	-	-
Registro de notas de enfermería	93.33%	6.67%	-
FORMATOS ANEXOS			
Autorización del procedimiento	26.67%	-	73.33%
Nota operatoria	13.33%	-	86.67%
Hoja de anestesia	13.33%	-	86.67%
Certificado de defunción	-	13.33%	86.67%
ATRIBUTOS DEL REGISTRO			
Letra legible	100%	-	-
Registro diario de actividades	100%	-	-
Orden cronológico	93.33%	6.67%	-

En conclusión, lo ACEPTABLE está en un 93.33%, y lo NO ACEPTABLE: 6.67%. Además, se utilizan diversos indicadores en dicha unidad en relación a estándares establecidos:

INDICADOR	ESTANDAR	CLÍNICA RICARDO PALMA
% Mortalidad	< 30%	10%
% Reingreso menor de 2 días	= < 2%	2.2%
% Ocupación	90%	60%
Promedio de permanencia	5	5
Intervalo de sustitución	1 día	2.5
Rendimiento-cama	6 egreso/cama	5 egreso/cama
% Extubaciones accidentales	= < 2%	1.1%

Otro de los instrumentos que ha permitido evaluar los logros del proceso de mejoramiento continuo de la calidad, ha sido con la aplicación de encuestas usuarios externos e internos, de la cual, extraemos las siguientes tablas, correspondiendo a una muestra de 47 médicos, 16 usuarios internos y 6 pacientes de la UCI:

Algunos Resultados de la Encuesta a Médicos de la UCI:

1. El personal que labora en UCI brinda un buen trato:

SERVICIO	UCI	%
En desacuerdo	0	0%
Pocas veces de acuerdo	2	4%
Indiferente	0	0%
Mayormente de acuerdo	20	43%
Totalmente de acuerdo	25	53%
TOTAL	47	100%

2. El Médico Intensivista de la UCI participa activamente en la atención de los pacientes:

SERVICIO	UCI	%
En desacuerdo	0	0%
Pocas veces de acuerdo	0	0%
Indiferente	0	0%
Mayormente de acuerdo	14	30%
Totalmente de acuerdo	33	70%
TOTAL	47	100%

3. El Personal de Enfermería de UCI participa activamente en la atención de los pacientes:

SERVICIO	UCI	%
En desacuerdo	0	0%
Pocas veces de acuerdo	1	2%
Indiferente	1	2%
Mayormente de acuerdo	14	30%
Totalmente de acuerdo	31	66%
TOTAL	47	100%



4. Existe tecnología adecuada y necesaria para el manejo de los pacientes en UCI:

SERVICIO	UCI	%
En desacuerdo	0	0%
Pocas veces de acuerdo	0	0%
Indiferente	6	13%
Mayormente de acuerdo	26	55%
Totalmente de acuerdo	15	32%
TOTAL	47	100%

5. Los pacientes son atendidos oportunamente en la UCI:

SERVICIO	UCI	%
En desacuerdo	0	0%
Pocas veces de acuerdo	0	0%
Indiferente	1	2%
Mayormente de acuerdo	12	26%
Totalmente de acuerdo	34	72%
TOTAL	47	100%

Algunos Resultados de la Encuesta a Pacientes de la UCI:

1. ¿Cómo ha sido el trato durante la permanencia en la UCI?

SERVICIO	UCI	%
Bueno	2	25
Excelente	6	75%
TOTAL	8	100%

2. ¿Cómo ha sido el trato del Médico que lo atendió?

SERVICIO	UCI	%
Bueno	2	25%
Excelente	6	75%
TOTAL	8	100%

3. ¿Cómo ha sido el trato de las Enfermeras hacia Usted?

SERVICIO	UCI	%
Bueno	2	25%
Excelente	6	75%
TOTAL	8	100%

4. ¿Cómo ha sido el trato de las Técnicas de Enfermería que lo atendieron?

SERVICIO	UCI	%
Bueno	4	50%
Excelente	4	50%
TOTAL	8	100%

5. ¿Le informaron permanentemente sobre su tratamiento?

SERVICIO	UCI	%
NO	2	25%
SI	6	75%
TOTAL	8	100%

6. ¿Acude oportunamente el personal de salud a su llamado?

SERVICIO	UCI	%
NO	2	25%
SI	6	75%
TOTAL	8	100%

7. Con respecto a su ambiente, ¿Cómo calificaría su comodidad?

SERVICIO	UCI	%
Regular	2	25%
Bueno	4	50%
Excelente	2	25%
TOTAL	8	100%



8. Con respecto a su ambiente, ¿Cómo calificaría su Orden y limpieza?

SERVICIO	UCI	%
Bueno	4	50%
Excelente	4	50%
TOTAL	8	100%

9. ¿Ha sentido que han respetado su intimidad durante su atención?

SERVICIO	UCI	%
NO	2	25%
SI	6	75%
TOTAL	8	100%

Algunos Resultados de la Encuesta a Usuarios internos de la UCI:

1. “Los objetivos y funciones en mi puesto de trabajo son claros, por lo tanto sé lo que se espera de mí”

UCI	ENFERMERA	MÉDICO	TÉCNICO	TOTAL	%
En desacuerdo	0	0	0	0	0%
Pocas veces de acuerdo	0	0	0	0	0%
Indiferente	0	0	0	0	0%
Mayormente de acuerdo	0	0	0	0	0%
Totalmente de acuerdo	6	5	5	16	100%
TOTAL	6	5	5	16	100%

2. “El Trabajo en la UCI está bien organizado”

UCI	ENFERMERA	MÉDICO	TÉCNICO	TOTAL	%
En desacuerdo	0	0	0	0	0%
Pocas veces de acuerdo	0	0	0	0	0%
Indiferente	0	0	0	0	0%
Mayormente de acuerdo	1	3	1	5	31%
Totalmente de acuerdo	5	2	4	11	69%
TOTAL	6	5	5	16	100%

3. “En mi trabajo, siento que puedo poner en juego y desarrollar mis habilidades”

UCI	ENFERMERA	MÉDICO	TÉCNICO	TOTAL	%
En desacuerdo	0	0	0	0	0%
Pocas veces de acuerdo	0	0	0	0	0%
Indiferente	0	0	0	0	0%
Mayormente de acuerdo	1	3	0	4	25%
Totalmente de acuerdo	5	2	5	11	75%
TOTAL	6	5	5	16	100%

4. “Se me proporciona información oportuna y adecuada de mi desempeño y resultados alcanzados”

UCI	ENFERMERA	MÉDICO	TÉCNICO	TOTAL	%
En desacuerdo	4	0	2	6	37%
Pocas veces de acuerdo	0	1	0	1	6%
Indiferente	0	0	0	0	0%
Mayormente de acuerdo	1	4	2	7	44%
Totalmente de acuerdo	1	0	1	2	13%
TOTAL	6	5	5	16	100%

5. “Se toman decisiones con la participación de los Médicos del Servicio”

UCI	ENFERMERA	MÉDICO	TÉCNICO	TOTAL	%
En desacuerdo	0	0	0	0	0%
Pocas veces de acuerdo	0	0	0	0	0%
Indiferente	0	0	1	1	6%
Mayormente de acuerdo	2	2	2	6	38%
Totalmente de acuerdo	4	3	2	9	56%
TOTAL	6	5	5	16	100%

6. “Los compañeros de trabajo en general estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas”

UCI	ENFERMERA	MÉDICO	TÉCNICO	TOTAL	%
En desacuerdo	0	0	0	0	0%
Pocas veces de acuerdo	0	0	0	0	0%
Indiferente	0	0	1	1	6%
Mayormente de acuerdo	0	0	1	1	6%
Totalmente de acuerdo	6	5	3	14	88%
TOTAL	6	5	5	16	100%



7. “Tengo conocimiento claro de las normas y funciones del personal en el servicio”

UCI	ENFERMERA	MÉDICO	TÉCNICO	TOTAL	%
En desacuerdo	0	0	0	0	0%
Pocas veces de acuerdo	0	0	0	0	0%
Indiferente	0	0	1	1	6%
Mayormente de acuerdo	0	2	2	4	25%
Totalmente de acuerdo	6	3	3	12	75%
TOTAL	6	5	5	16	100%

8. “Los trabajadores son tratados bien, independientemente del cargo que ocupan”

UCI	ENFERMERA	MÉDICO	TÉCNICO	TOTAL	%
En desacuerdo	0	0	0	0	0%
Pocas veces de acuerdo	1	0	0	1	6%
Indiferente	1	1	0	2	13%
Mayormente de acuerdo	0	2	2	4	25%
Totalmente de acuerdo	4	2	3	9	56%
TOTAL	6	5	5	16	100%

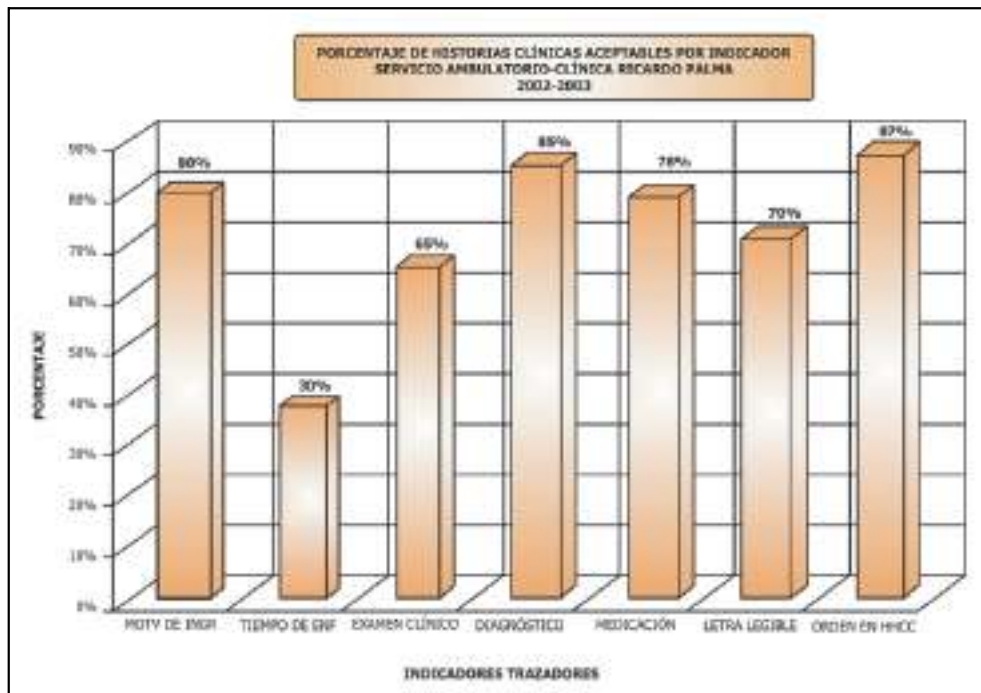
9. “El Ambiente institucional permite expresar opiniones con franqueza a todo nivel sin temor a represalias”

UCI	ENFERMERA	MÉDICO	TÉCNICO	TOTAL	%
En desacuerdo	2	0	2	4	0%
Pocas veces de acuerdo	2	0	0	2	6%
Indiferente	0	1	0	1	13%
Mayormente de acuerdo	2	1	2	5	25%
Totalmente de acuerdo	0	3	1	4	56%
TOTAL	6	5	5	16	100%

10. “El Nombre y prestigio de la Clínica Ricardo Palma es gratificante para mí”

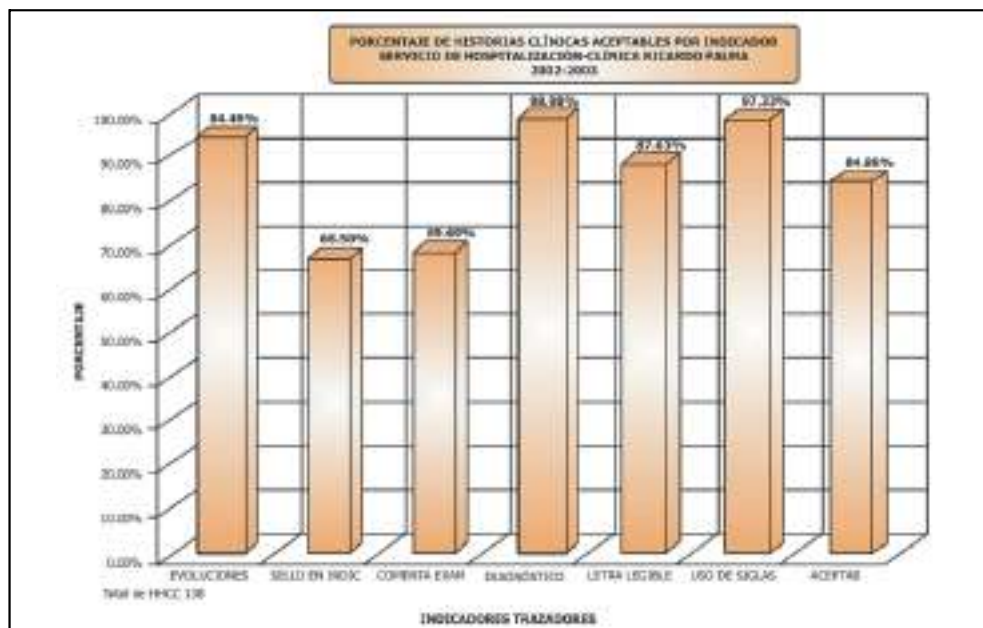
UCI	ENFERMERA	MÉDICO	TÉCNICO	TOTAL	%
En desacuerdo	0	0	0	0	0%
Pocas veces de acuerdo	0	0	0	0	0%
Indiferente	0	0	0	0	0%
Mayormente de acuerdo	2	0	4	6	38%
Totalmente de acuerdo	4	5	1	10	63%
TOTAL	6	5	5	16	100%

Otro aspecto a considerar es el porcentaje de historias clínicas aceptables en la institución, en el servicio ambulatorio, tal como se muestra en la siguiente figura:

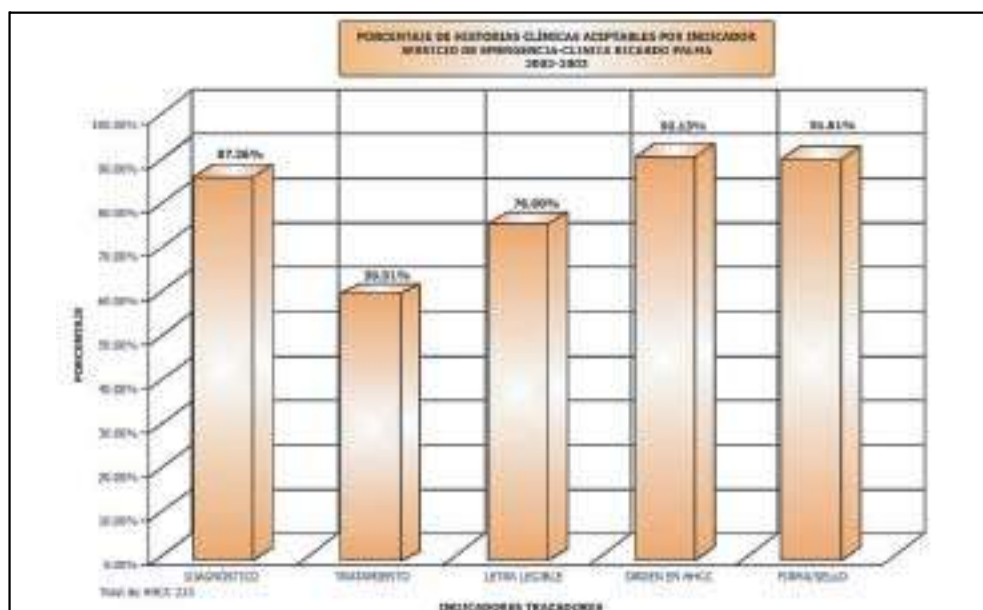




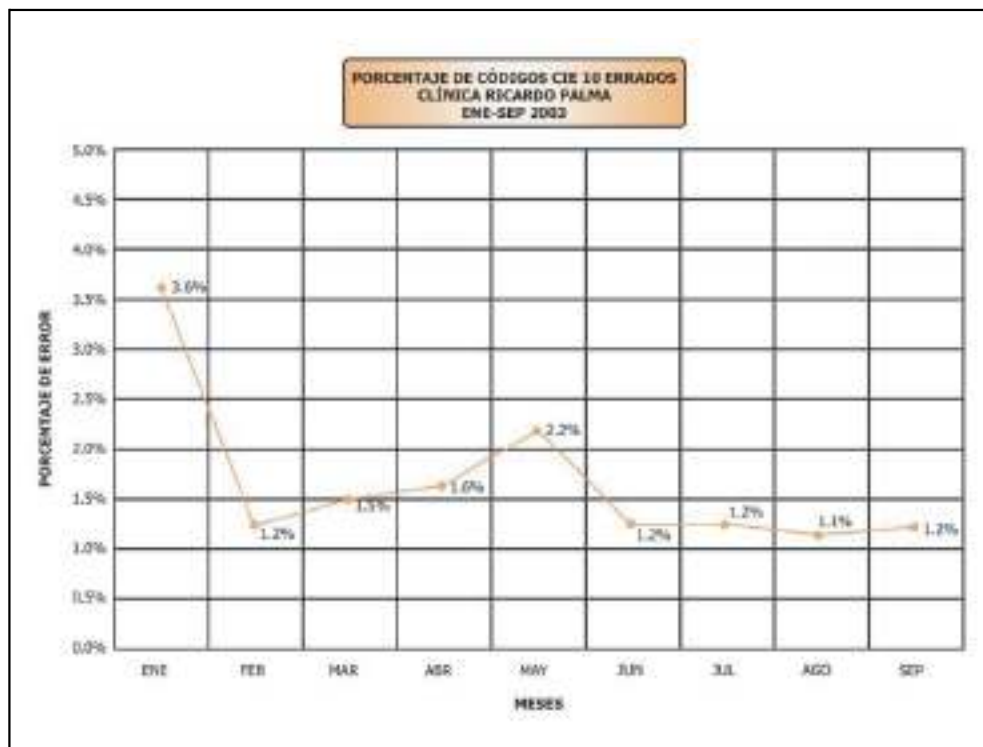
Y en el Servicio de Hospitalización, se tiene lo siguiente:



Y en el Servicio de Emergencia, se tiene lo siguiente:



Cada año, al evaluar los errores en diagnóstico cometidos por los profesionales de la salud, se observa que ha habido una notoria variación, según la siguiente figura:



La Acreditación ha permitido que la Clínica Ricardo Palma mejore la calidad de sus servicios y además se han obtenido muchos beneficios más.

Según la Dra. N. Nalvarte, Jefa de Recursos Humanos de la Clínica⁸, el esfuerzo que se impulsó con el proceso de acreditación, fue grande, pues no solamente se dedicaron a cumplir con los estándares de calidad al que fueron objeto, sino que impulsaron la atención personalizada enfatizando en la calidez en el trato, en la capacitación continua mediante entrenamiento al personal practicante, contratado y permanente de sus instalaciones, lo que se refleja en las encuestas de satisfacción, tanto del usuario externo como del interno, que se detallaron líneas arriba.

Todo este esfuerzo y desarrollo se enmarcó dentro de la política institucional de identificar a los pacientes como el objetivo primordial del trabajo, entendiéndose que la atención centrada en el usuario genera satisfacciones sociales y económicas que se reflejan en la equidad de la prestación de servicios de calidad a costos razonables.


8 Datos de los procesos de la Unidad de Recursos Humanos, Clínica Ricardo Palma S.A., Lima-Perú 2005.



Tal vez el aporte más importante luego del mejoramiento continuo de la calidad, es que se ha permitido fortalecer los vínculos entre todos los trabajadores y permitir percibir con más claridad la importancia del trabajo en equipo, donde sus colaboradores encuentran mayores recompensas en su trabajo.

Por otro lado ha permitido el fortalecimiento de sistemas y procesos, eliminando los sistemas y procesos defectuosos que son barrera para un resultado satisfactorio. El compromiso y la persistencia en la tarea emprendida son cruciales, hoy por hoy se comprende que haber obtenido la Acreditación no fue la tarea más difícil, el desafío está en mantener la Acreditación obtenida.

ANEXO: ENCUESTA A USUARIOS EXTERNOS CONSIDERADA PARA SU EVALUACIÓN

























**CLINICA
RICARDO
PALMA**

La Clínica Ricardo Palma en su constante afán de brindarle el mejor servicio le solicita unos minutos de su tiempo para contestar las siguientes preguntas:

Apertura: Septiembre 2003
Total de encuestas = 60

¿Cómo calificaría la atención recibida del personal de ADMISIÓN AMBULATORIA?

1. La persona que lo atendió fue:	Muy Amable  45%	Amable  34%	Poco Amable  5%	Indiferente  16%
2. El tiempo de espera fue:	Menos de 5 min.  32%	5 min.  29%	Más de 5 min.  39%	
3. La información brindada fue:	Muy Clara  46%	Clara  38%	Poco Clara  16%	
4. ¿Cómo calificaría la presentación del personal que lo atendió?	Muy Buena  49%	Buena  27%	Regular  12%	Mala  12%
5. Considera que la limpieza del ambiente fue:	Muy Buena  48%	Buena  37%	Regular  4%	Mala  11%
6. ¿Cuán satisfecho se encuentra con la atención de la Clínica?	Muy Satisfecho  49%	Satisfecho  18%	Indiferente  9%	Insatisfecho  28%

COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS

[GRACIAS POR SU COLABORACIÓN]

ESTUDIO DE CASO 4

PROCESO DE GESTIÓN DEL CAMBIO EN UNA RED DE SALUD, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO

En la década de los años '80, el país se sumergía en la violencia subversiva y la inercia político-gubernamental. En la mayoría de las Direcciones de Salud a nivel Nacional aún en la DISA AYACUCHO el trabajo para el desarrollo de los recursos humanos y la gestión eran simplemente inexistentes.

En la provincia de Vilcashuamán, las comunidades del ámbito durante años han sido olvidadas y marginadas no solo por los gobiernos locales sino también, por el gobierno central, sin oportunidad de participar en las decisiones sobre la distribución de presupuesto local y nacional, se sumaba además de ello, la falta de oportunidades de desarrollo individual, familiar y comunal por la baja economía con que contaban, la falta de fuentes de trabajo y la débil organización existente a todo nivel, conllevando a las comunidades cada vez mas a la exclusión y a la autoexclusión tanto sanitaria como social.

Antes del año 2000 el programa de Salud Básica para Todos estableció un sistema de gestión de la capacitación basado en la calificación de los centros de capacitación, tutores y módulos auto-instructivos sobre la atención integral y la gestión en salud. Realizó un intento de evaluación por competencias para medir el efecto de las acciones de capacitación. El programa operó en el ámbito nacional y contaba con un software denominado SIMCAP que permitía incorporar información sobre los diferentes cursos y sus participantes; fue el inicio de un sistema de información referido a las actividades de capacitación del Ministerio de Salud. El Programa desarrolló una serie de materiales educativos auto-instructivos, con la temática de la atención integral y temas ligados a los programas verticales del Ministerio de Salud. Funcionó hasta el año 2000, luego se discontinuó por carencia de fondos.

A partir de Febrero del 2001 se instaló el **Proyecto de Atención a Comunidades Dispersas (PACD)** como una oportunidad para el mejor desarrollo de las actividades de salud con la comunidad. Este proyecto del Ministerio de Salud contó con el apoyo de la Cooperación Holandesa y tuvo como antecedente un proyecto menor que se realizó en Octubre del año 1998 llamado piloto MASPODIPA, interviniendo en los componentes de GESTIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS. en el Departamento de Ayacucho con el propósito de que todas las comunidades, especialmente las más alejadas puedan llegar a ser Comunidades Saludables. Es importante saber que no es ONG ni institución privada. Así mismo, en

Noviembre del mismo año, el Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria (PASA-CE) del Ministerio de Salud interviene en Ayacucho, estructurando en componentes de gestión, desarrollo comunal y servicio de salud.

De las 13 redes con que contaba la DISA Ayacucho para dicho año, solamente se consideraron a tres de ellas: Red Vilcashuamán, Red Víctor Fajardo y Red Cangallo. Para elegir estas provincias, se tuvo en cuenta los siguientes criterios: Extrema pobreza, problemática político-social que se vivía en ese momento y aumento galopante de la mortalidad materno-infantil. El Proyecto se inició en Febrero del 2001 y finaliza en Diciembre del 2003.

Desde el primer trimestre del año 2001, en el ámbito de la Red de Servicios de Salud de Vilcashuamán, se vienen implementando una serie de propuestas orientadas a configurar un **MODELO DE ATENCION** para ámbitos rurales, ellas han permitido un mayor conocimiento de la población, la disminución de las oportunidades perdidas y una mayor Integralidad en la atención. Existe en cada establecimiento de salud un porcentaje significativo de población que no accede a los servicios de salud así como usuarios insatisfechos con la atención recibida por lo que es prioritario introducir cambios para mejorar la calidad de los servicios que se entregan a la población.

De lo observado, el PACD constituye un proyecto de la DISA Ayacucho-MINSA que ha logrado resultados positivos rápidamente en tanto que ha logrado el avance integral de la mayoría de las comunidades. Si bien es cierto que este proyecto tiene muchos aspectos buenos como el trato horizontal por parte del personal de salud, el apoyo a las comunidades no importando la lejanía en que éstas se encuentren, el cumplimiento de las promesas realizadas no ofreciendo más de lo que pueden dar; también tiene algunos deficiencias que debieran mejorarse como:

- El disparate avance de las Comunidades, pues alguna comunidad no avanza al mismo paso que otra quizás más organizada, por lo que debería apoyársele con más personal de salud que los oriente y estimule, sin descuidar o abandonar a las otras comunidades que avanzan rápido su desarrollo.
- La falta de compromiso por parte de algunos trabajadores de salud, que aún no asumen como propios los objetivos del programa.
- La rotación del personal de salud (especialmente el personal SERUMS), que no permite un mejor avance del programa.
- El escaso presupuesto brindado para el trabajo con agentes comunales para la correcta ejecución de este PACD.
- El descuido por parte de algunas autoridades locales (alcaldes) de la promoción para la participación comunitaria en la búsqueda de su desarrollo integral.
- El desconocimiento del quechua por parte de algunos miembros del personal de salud, que hace difícil entender sus mensaje a comunidades donde predomina este idioma
- Existe el riesgo de distorsionar los objetivos del programa, ya sea por parte de alguna autoridad sanitaria como de alguna local, por lo que debe vigilarse cuidadosamente el desarrollo del mismo.



ANÁLISIS CRÍTICO DE LA CONFORMACIÓN ORGANIZATIVA, FUNCIONAL, GEOGRÁFICA Y POBLACIONAL DE LA RED DE SALUD VILCASHUAMÁN⁹

La información que se tiene de cómo se conformó la Red Vilcashuamán data del año 1998 merced a la intervención del Proyecto 200 , el cual en cierta manera fortaleció los servicios de salud tanto en su estructura como en su organización. Pero es recién en el año 1999 que el Ministerio de Salud emite los lineamientos para la conformación de Redes y Micro Redes de servicios de salud, la Dirección Regional de Salud Ayacucho no los han aplicado en su totalidad debido sobretodo a entrapamientos de origen político y regional que se sustenta en que las redes de salud coinciden con la distribución política provincial del departamento.

IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS EN LA RED:

Existen comunidades extremadamente pobres y dispersas con un débil desarrollo comunal e inadecuadas condiciones sanitarias con difícil acceso a los servicios de salud integral y débil corresponsabilidad en el cuidado de su salud debido a un pobre trabajo intersectorial a servicios inequitativos, con limitada eficacia e inadaptadas culturalmente, lo que conlleva a la exclusión sanitaria de las poblaciones que mas lo necesitan.

La deficiente asistencia técnica y de control de los establecimientos dio origen a una atención precaria, distante de una prestación de calidad, organización y gestión centrada en el establecimiento, débil imagen y desconfianza de la población; personal de salud desmotivado por las políticas laborales, haciendo de su trabajo una rutina.

La salud de la población se concebía como una responsabilidad únicamente de los servicios de salud, por tanto se actuaba con una lógica de benefactor; los servicios fueron identificados como propiedad de los trabajadores de la salud; la participación fue concebida como la movilización y colaboración de la población. Las acciones de promoción y prevención no tuvieron prioridad, incrementándose la brecha entre servicios de salud y comunidad. Los otros actores sanitarios institucionales actuaban al margen del sector generando superposición, duplicidad y dispendio de recursos, así como malestares y conflictos.

A todo esto se agrega la compartimentalización del servicio, normas de atención contradictorias y desintegradas, multiplicidad de registros, no definición de niveles de complejidad de servicios, establecimientos no relacionados entre sí, sistemas de información múltiples y paralelos, sistemas de supervisión y monitoreo fiscalizador, programación de actividades fragmentada, logística paralela, sistema de capacitación fragmentada y subsidio

⁹ Datos de los Procesos de la Gerencia de la Microrred "Vilcashuamán", Dirección de Red de Salud Ayacucho - Perú 2005.

indiscriminado. Como resultado se producía una prestación de mala calidad, centrada en el establecimiento y en los trabajadores de salud, donde los usuarios contaban con una limitada información y no hacían uso de sus derechos y obligaciones.

La población de Vilcashuamán según el INEI está siendo considerada como una población de extrema pobreza a nivel de toda la provincia al igual que el distrito de Chiara que también pertenece a la Red de Salud de Vilcashuamán. Algunos puntos a considerar:

- La distribución de los establecimientos de salud y sus comunidades asignadas no ha tenido criterios técnicos, como accesibilidad geográfica, asignación de recurso humano, infraestructura, etc. Por ejemplo la comunidad de San Antonio se encuentra a 5 horas de distancia del P.S. Sarhua, sin embargo está a 1 hora del P.S. Taulli, que pertenece a la Red de Huancasancos.
- Algunos Puestos de Salud carecían de equipamiento básico, tenían una pésima infraestructura y no contaban con local propio.
- La producción de los distintos establecimientos no era óptima, siendo la situación más crítica en el Hospital de Apoyo Cangallo y en algunos Puestos de Salud.
- El sistema de referencia y contrarreferencia era deficiente, tanto a nivel de la Red como con el Hospital Regional de Ayacucho. El Hospital de Apoyo Cangallo no tiene capacidad resolutoria para afrontar emergencias quirúrgicas a pesar de contar con infraestructura y equipamiento, pero no contaba con recurso humano capacitado.
- El personal no profesional de los Puestos de Salud no se encontraba suficientemente capacitado para afrontar los distintos problemas de salud de la población, a pesar de que ellos atendían a la mayor cantidad de la demanda.
- El sistema de información era una debilidad de la Red, ya que no contaba con información necesaria y confiable a nivel de Puestos, Centros, Hospital y la Red misma, lo que ha dificultado la elaboración de este documento.
- No todos los establecimientos contaban con sistema de eliminación de excretas intra-establecimiento, así vemos que 9 establecimientos lo hacen en red pública o pozo séptico (50%); 8 en letrinas (44.4%) y 1 en el campo (5.6%).

EVALUACIÓN DE LA RED:

- En relación al consultorio de la mujer, los establecimientos de la Red contaban con equipamiento insuficiente de un 26.3%.
- Existían problemas en el equipamiento en la mayoría de los puestos de salud, que va a imposibilitar dar una atención de calidad por más capacitado que esté el personal.



BRECHA DE PRESTACIONES:

- La oferta optimizada de la Red con respecto a las atenciones por consultorio físico excedían a la demanda esperada o proyectada para esta actividad.
- La oferta real de la Red con respecto a las atenciones por consultorio físico y por tipo de profesional era inferior a la oferta optimizada, calculada a través de los estándares de atención.
- La tasa de morbilidad usada ha sido de 0.24, la cual no se ajustaba al perfil epidemiológico, que es mayor a este porcentaje, su corrección disminuiría la brecha entre la oferta optimizada y demanda esperada.
- Alto grado de sub-utilización de los servicios de salud y/o un alto grado de sub-registro de las actividades de salud realizadas en los establecimientos, por tanto la productividad del personal de salud no era óptima.
- El método de estándares de atención no consideraba el grado de dispersión de la población o densidad poblacional, significativamente importante en el ámbito de la Red. Tampoco la capacidad real de los recursos humanos capacitados, que tal como se ha visto es extremadamente reducida en ámbito de la Red.

Tampoco consideraba el número de consultorios funcionales ni el horario real de disponibilidad de ellos, así como tampoco las actividades extra-murales de los profesionales o los encargados de prestar atenciones finales.

- De otra parte la inaccesibilidad económica que imposibilita a las personas de bajos recursos económicos (especialmente pobres extremos) a recibir servicios de salud.
- Según la opinión de los usuarios encuestados, un 27% opinaron que el tiempo de espera es demasiado y lo consideraron malo.
- Ante la demanda potencial de atenciones, la oferta optimizada de servicios de la Redes mostraban sobreoferta.
- Ante la demanda esperada actualmente por establecimientos de la Red, la oferta real de servicios estaba siendo subutilizada, existía una capacidad ociosa de los Centros y Puestos de Salud.
- Las brechas entre la demanda percibida (0.42), la demanda expresada (0.18) y la demanda atendida (0.15) son significativas en la Red, condicionadas por la Interculturalidad, falta de información, pobreza extrema, desconfianza de los servicios de salud, etc.

LA SITUACIÓN REAL DE LOS RECURSOS HUMANOS:



Figura 4.1: Organigrama estructural de la dirección de salud ayacucho red Vilcashuamán

En aquella época (2001) habían 4 Médicos, ahora son 9 Médicos: Tres son Médicos Seruistas equivalentes, 1 es un Médico nombrado nuevo, y el último es un Médico contratado SNP.

La Microrred de Vilcashuamán, actualmente esta constituido por 19 Centros de salud. El Centro de Salud de Vilcashuamán cuenta con los siguientes recursos humanos:

- 03 Médicos (01 Médico Seruista equivalente ad - honoren, 01 Médico remunerado y 01 Médico focalizado).
- 01 Odontólogo.
- 04 Obstetras (02 Obstetra por tesoro público, 02 Obstetras Seruistas equivalente ad-honoren).
- 04 Enfermeras (01 Enfermera focalizada, 01 Enfermera Nombrada, 01 Enfermera seruista equivalente ad-honoren, 01 enfermera del Programa PACFO)
- 01 Biólogo.
- 01 Química Farmacéutica.
- 11 Téc. Enfermería, entre nombrados y focalizados.
- 01 Estadístico.
- 01 Conductor.
- 01 Personal de Limpieza.



MATERIALES:

El Centro de Salud contaba con equipamiento básico de atención de primer nivel como:

- Instrumental quirúrgico (de cirugía menor, atención de parto, legrado uterino)
- Sistema de computo (04 computadoras y 03 impresoras).
- Equipos de Escritorio.
- Equipo de consulta externas.

ORGANIZACIÓN DEL ESPACIO Y DISTRIBUCIÓN DE AMBIENTE DEL CENTRO DE SALUD:

La distribución de los distintos espacios en el Centro de Salud no era buena y no permitía diferenciar la parte administrativa de la parte asistencial y consultas externas.

ASPECTO DEL ESTABLECIMIENTO:

La imagen que brinda el establecimiento con respecto a su infraestructura era inadecuada para un Centro de Salud, tanto en su parte externa como interna que no garantizaba brindar una atención de calidad.

CAPACIDAD DE RESPUESTA Y LA CONFIABILIDAD A LA ATENCIÓN:

El Centro de salud no contaba con un cronograma de análisis de casos, tampoco con protocolos de atención integral que permitieran brindar una atención con una capacidad de repuesta asertiva y confiable.

AMBIENTE LABORAL:

Por situación laboral en la que el personal se encontraba inmerso, se decidió realizar un estudio cualitativo mediante grupos focales entre los trabajadores del establecimiento de salud.

El gerente del proyecto Dr. Alfonso Nino Guerrero y su equipo de gestión, aplicaron una encuesta de satisfacción a los servidores de salud en la cual la autorrealización y la motivación eran los 2 pilares que implicaban satisfacción hacia su trabajo. En ambos

items, los servidores de salud demostraron el mayor descontento, tal como se aprecia en la siguiente figura:



Figura 4.2: Perfil de satisfacción del usuario interno en el C.S. Vilcashuamán, Mayo 2001

Realizando un mayor análisis del gráfico anterior, tenemos:

- **Relaciones interpersonales entre trabajadores:** Un problema notorio eran las relaciones interpersonales deficientes que repercuten en el trabajo en equipo y por ende en la calidad de atención.
- **Trabajo Actual:** Alto grado de satisfacción del personal con su trabajo actual porque les permite poner en práctica sus conocimientos y habilidades mereciendo el respeto de los demás y generando un sentido de realización.
- **Remuneración:** Todos los trabajos se encontraban insatisfechos con sus remuneraciones considerándolas no justas e insuficientes encontrándose las respuestas en el rango más bajo de calificación.
- **Oportunidades de superación:** El personal no estaba conforme con las oportunidades de superación que se brinda en el Establecimiento de Salud, considerando que estas eran limitadas, inequitativas y no basadas en los méritos de cada trabajador.
- **Supervisión:** Los trabajadores no estaban conformes con la forma como se realizan las supervisiones consideran que la supervisión aún se entiende como un proceso de fiscalización.
- **Desorientación en funciones de Trabajo:** El personal del Centro de Salud desconocía sus funciones y obligaciones como trabajador de salud, produciéndose en algunos casos sobre carga de funciones y responsabilidades sobre algunos de los trabajadores.
- **Estímulos en el Personal:** La falta de estímulos genera desmotivación y una falta de identificación con el desempeño de su trabajo lo que origina el no cumplimiento de las actividades programadas.



ASPECTOS POSITIVOS EN EL AMBIENTE LABORAL:

- Satisfacción personal en su trabajo actual.
- Incremento de personal
- Implementación de políticas e incentivos.
- La percepción de la atención por parte del personal de salud es regular

ASPECTOS NEGATIVOS EN EL AMBIENTE LABORAL:

- Inadecuadas relaciones Interpersonales
- Remuneraciones insuficientes e injustas.
- Limitadas oportunidades de Superación.
- No hay replicas de pasantías.
- Inadecuada infraestructura y equipamiento.
- Personal No conoce sus funciones
- Multiplicidad de funciones.

Se considera también una encuesta de satisfacción del usuario interno que debe ser tomada en consideración por la riqueza de sus datos:

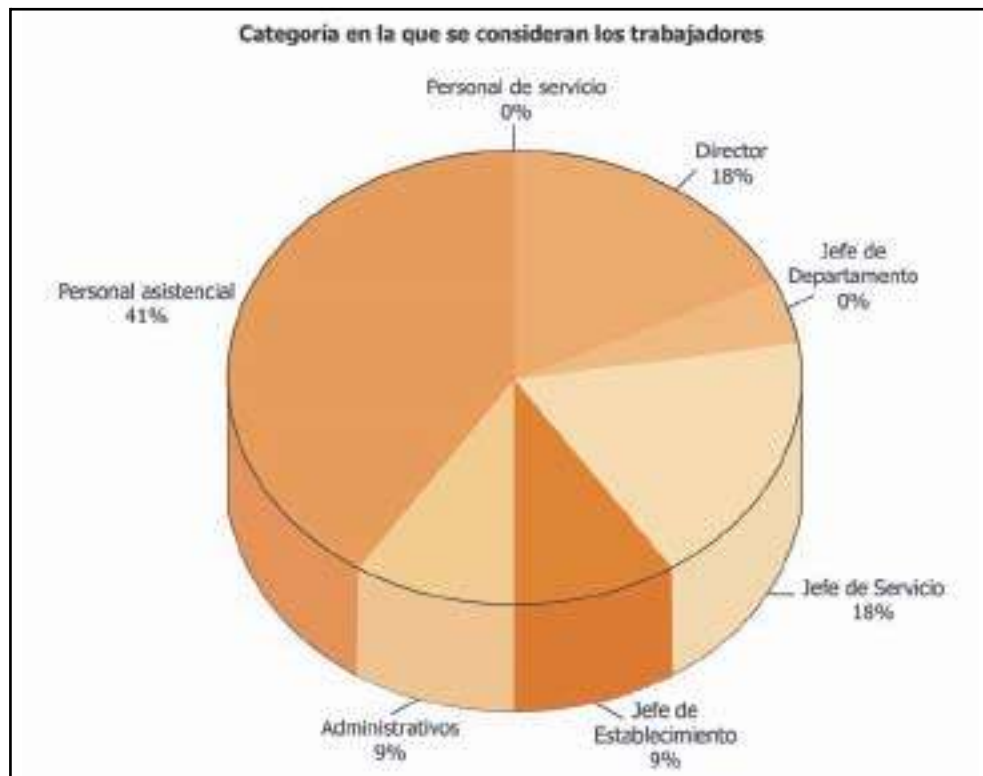


Figura 4.3: Categoría en la que se consideran los trabajadores del C.S. Vilcashuamán, Mayo 2001

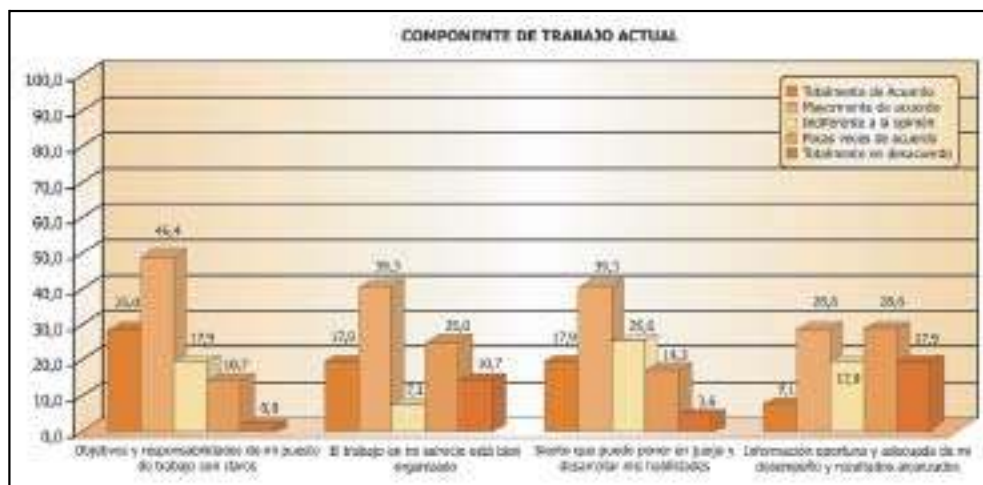


Figura 4.4: Componente del trabajo actual de los trabajadores del C.S. Vilcashuamán, Mayo 2001



Figura 4.5: Componente del trabajo en general de los trabajadores del C.S. Vilcashuamán, Mayo 2001



Figura 4.6: Componente de oportunidades de progreso, remuneraciones e incentivos laborales de los trabajadores del C.S. Vilcashuamán, Mayo 2001

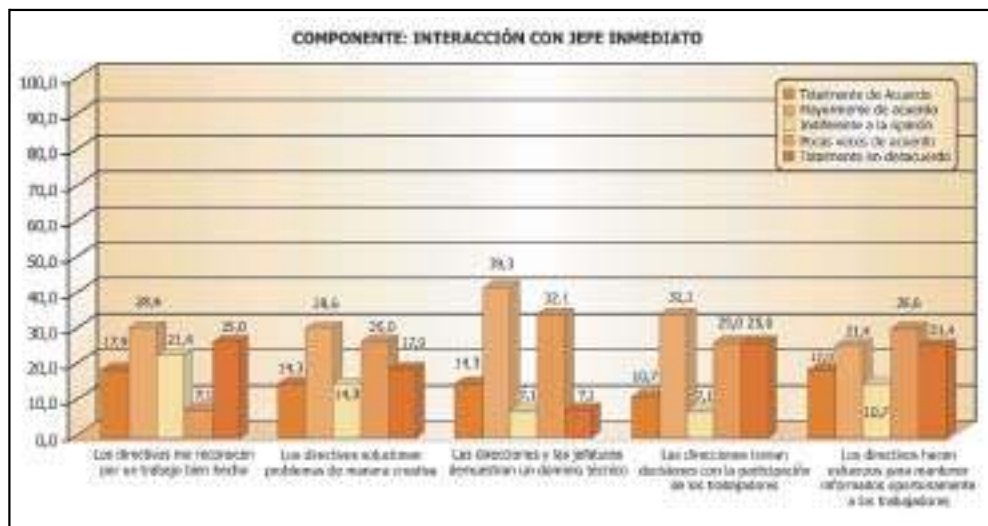


Figura 4.7: Componente de interacción con el Jefe Inmediato, en los trabajadores del C.S. Vilcashuamán, Mayo 2001



Figura 4.8: Componente de interacción con los compañeros de trabajo, en los trabajadores del C.S. Vilcashuamán, Mayo 2001



Figura 4.9: Componente de Ambiente de trabajo, en los trabajadores del C.S. Vilcashuamán, Mayo 2001

ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN:

Viendo lo anterior, y ante la urgente necesidad de apoyar con las mejores estrategias a la solución a los diferentes problemas de la institución, es que el Proyecto PACD decide financiar parcialmente el Primer Diplomado en Gestión de Redes en el año 2001 en donde se convocó a todos los profesionales que trabajaban en las tres redes elegidas por el Proyecto, pudiéndose inscribir todos los profesionales (Médicos, Enfermeras, Obstetrices, además de profesionales de áreas administrativas), se incluyeron a profesionales nombrados, contratados de las diferentes modalidades, serumistas remunerados, serumistas equivalentes; es decir el Proyecto decidió apostar por el recurso humano que en ese momento trabajaba en aquellas Redes de Salud, ya que las capacitaciones brindadas por la DISA Ayacucho eran restringidas sólo para profesionales con nombramiento o contrato.

El Proyecto determinó que el diplomado podía ser dado también a los serumistas pues planteó la capacitación para ser desempeñada no sólo en la jurisdicción de la DISA Ayacucho, si no donde pudiera trabajar el profesional posteriormente. De este modo se inscribieron 50 profesionales, donde aproximadamente el 50% fueron Serumistas, teniendo una duración de 9 meses.

Posteriormente en el año 2002 se realizó la Maestría en Salud Pública complementando los diplomados anteriores (gestión realizada con la Universidad Cayetano Heredia), donde los profesionales que llevaron el diplomado inicial, pudieron convalidar sus estudios y continuar sus estudios de Maestría. Para esta etapa, el sistema de pagos fue muy interesante pues el proyecto tenía un rango de pagos el cual fue proporcional a la remuneración de cada profesional, para el diplomado. Para la maestría se tuvo en cuenta la excelencia académica dejada en el diplomado, de este modo los 5 primeros puestos del diplomado estuvieron exentos de pago cada dos cursos, y luego se evaluaba para hacer un nuevo ranking, en donde los 5 primeros estaban siempre exentos de los pagos mensuales de la Maestría.

Con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos la DISA / Ayacucho suscribió un convenio para la capacitación del personal médico a través de una maestría en salud pública desde el año 2000.

En ambos casos, a pesar del empeño y la coordinación desplegada, se ha observado que existieron problemas en la calidad de los programas de capacitación inherentes a la capacidad docente, al cumplimiento de los contenidos y de las actividades de aprendizaje estipulados en el programa de capacitación así como limitaciones en los alumnos para continuar con el programa.

Ante esta situación, se intentó suscribir un convenio con la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga para el desarrollo de acciones de capacitación pero el cambio de autoridades Universitarias impidió la formalización del mismo.

Además de lo anterior, existe referencias de que el personal realiza cursos de capacitación financiados por cuenta propia. Este personal manifestó que no tienen muchas facilidades para obtener los permisos o licencias ya que no están autorizadas por los responsables de capacitación.



PROPUESTA DE UNA NUEVA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y FUNCIONAL PARA LA RED VILCASHUAMÁN:

- Frente a la problemática de pobreza extrema y acceso a los servicios de salud, se planteó intervenciones integrales y concertadas entre todos los sectores tanto público como privado e intersectorial; que den como resultado la mejora del acceso a los servicios de salud en donde la población participe activamente con el cuidado de su salud y ejerza control social sobre los servicios de salud de manera organizada, todo ello se desarrolló en el ámbito a través de la Propuesta de Comunidades Saludables.
- Impulso del equipo itinerante que permite acercar los servicios de salud con sus comunidades, a las que se agregan las campañas en poblaciones dispersas, visitas domiciliarias, etc.
- Frente al problema del tiempo de espera prolongado, se implementó la propuesta de Calidad en los establecimientos de la Red permitiendo corregir no sólo esta actividad, sino todos los procesos de la atención.
- Implementación de un Método de Análisis Funcional de la Red que consideró otros estándares de atención relacionados no sólo a las actividades intra-murales, sino también las extramurales, más aún que ahora el modelo de atención que se está desarrollando tiene un enfoque de Promoción de la Salud articulado al desarrollo local.
- Diseño de estrategias han permitido la optimización del rendimiento del personal que labora en cada establecimiento.
- Se asignó al personal asistencial profesional (Odontólogo y Biólogo) la responsabilidad de la atención de dos establecimientos cercanos en forma rotativa (mitad de tiempo en cada ámbito) especialmente de los establecimientos donde no cuentan con este tipo de personal.
- Establecimiento de un Plan de Información, Educación y Comunicación (IEC) participativo y adecuado culturalmente a los servicios de salud ofertados por los establecimientos considerando los niveles de complejidad y tomando como grupos objetivo los de riesgo: niño y mujer.
- Se reforzó la atención de los puestos que tienen asignados comunidades de difícil acceso geográfico y dispersas con equipos itinerantes (EISES) y se impulsó más actividades extramurales con enfoque de riesgo y focalizados (Campañas de Salud, Visitas Domiciliarias, etc.)

- Se realizó una organización interna del personal de salud, con responsabilidad en cada uno de ellos sobre los ámbitos de intervención, de tal forma que no sólo se mantuvo en forma permanente el seguimiento a las familias de riesgo, sino que permitió evaluar en forma continua la intervención del personal de salud generando un clima de competencia entre ellos, obviamente este proceso tendría que estar ligado a una política de incentivos que motive al personal de salud, la cual se está desarrollando actualmente.
- Se reorganizó el redimensionamiento de consultorios y redistribución de personal, además se conformó una red de referencia y contra referencia institucional y comunal, suficientemente dotada de medios para cumplir su objetivo. Muchos consultorios pueden cambiar de uso y ser ambientes para farmacia, salas de reposo/atención de partos, etc.
- Se realizó un programa de mantenimiento, rehabilitación e implementación de consultorios y equipos. En función a los que deben quedar luego del redimensionamiento.
- Implementación de un Sistema de Información moderno, que responda a las necesidades reales de la Red, a través del acopio centralizado de los datos a nivel de la cabecera de red, las mismas que servirán para la retroalimentación a todas las Microrredes y establecimientos de salud. Paralelo a esto, se capacitó a todo el personal de salud en el correcto llenado y registro de actividades realizadas en el HIS como único documento de registro de la Red. Se formularon códigos para informar las actividades extramurales del personal de salud.

Con un rendimiento óptimo de los profesionales de cada establecimiento estimado por norma como 6,240 atenciones por año (6 horas diarias por 260 días al año por 4 atenciones horas), se vió que habia un exceso de personal en todos los establecimientos de salud, ello requirió adoptar medidas que permitieran que estos profesionales cumplan con la labor encomendada y tratar en lo posible y de acuerdo a las características de la zona llegar a la mitad del rendimiento óptimo (2 atenciones por hora contratada). Para ello se vió por conveniente capacitarlos en temas de gerencia de calidad, toma de decisiones, trabajo en equipo, temas clínicos (con pasantías en hospitales), cursos prácticos de actualización y facilidades para acceder a literatura que ayude al trabajo que realizan (auto capacitación).

RESULTADOS:

Luego de la aplicación de esta estrategia de capacitación, se contó con personal profesional capacitado para la gestión de redes y microrredes de salud, y ubicados en puestos estratégicos, además de estar motivados y capacitados para el mejor desempeño en equipo.

Actualmente los profesionales capacitados ya sea en el diplomado y en la Maestría tuvieron oportunidad de hacer una mejor gestión de RRHH, muchos de ellos se encuentran trabajando en puestos claves para la mejora de los RRHH así tenemos:



- Dr. Marcos Cabrera: Director de Salud de las personas.
- Dr. César Gordillo: Director de Promoción de la salud.
- Dr. Alex Gallegos G.: Gerente de la Microred Vilcashuamán.
- Dr. Marcos Cucho: Sub-Gerente de la Microred Vilcashuamán.
- Dr. Ilianov Fernández: Gerente de la Microred Huancasancos.
- Obs. Walter Bedriñán: Encargado de las políticas en salud del Gobierno Regional de Ayacucho.
- Dra. Leila Zaravia: Consultora de Proyecto AMARES.
- Dr. Hugo Huamán: Director del Hospital y de la Red de Cangallo.
- Dr. Eduardo Laos: Director del Hospital y de la Red de Puquio.
- Dr. José Mendoza: Gerente de CLAS.
- Dra. Ernesto Torres: Gerente de CLAS.

Para visualizar lo que se halla en la actualidad luego de todo el proceso de cambio que se vivió a partir de dichas capacitaciones masivas al personal, se ofrecen actualmente al personal pasantías a través de diversas instituciones nacionales y foráneas a dicha zona.

“Otra actividad es el Vilcas Salud Raymi, donde las comunidades mediante diversas manifestaciones artísticas (canto, teatro, danza) dan a conocer la importancia de la participación comunitaria en Salud, presentando su plan y proyecto comunal para resolver problemas de salud¹⁰.”

De la motivación y compromiso surgido con el personal de salud, se aprecian algunos productos para estas comunidades:

- Atención de salud, preventiva, promocional y recuperativa, con enfoque de riesgo, ofertando el paquete de servicios básicos estandarizados acorde a la realidad de la zona.
- La prestación se hará a nivel individual, familiar y colectiva.
- Las líneas de desarrollo de la prestación son: la integralidad, la calidad y la educación continua.
- Se prepara la prestación definiendo la ruta de intervención y los centros de abastecimiento (tambos sanitarios) para la provisión de medicamentos y otros insumos. Además de ello se han creado criterios de calificación para las comunidades saludables, bajo el lema de “De Comunidades dispersas a comunidades saludables”:

¹⁰ Red de Salud Vilcashuamán. Presentación: Comunidades Saludables en Vilcashuamán. Evaluación semestral 2002. Municipalidad provincial de Vilcashuamán, julio 2002.

ANEXO: TABLA DE CALIFICACIÓN DE LAS COMUNIDADES PARA LA CALIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES

CALIFICACIÓN DE COMUNIDADES							
COMPONENTE	CÓDIGO	INDICADORES	PUNTAJE				
			1	2	3	4	5
SALUD	a	< 1 año protegido DPT	Menos de 20%	Entre 20 y 40%	Entre 41 y 60%	Entre 61 y 80%	Más de 80%
	b	Gestaste 4to. control	Menos de 20%	Entre 20 y 40%	Entre 41 y 60%	Entre 61 y 80%	Más de 80%
	c	MEF protegidas FFFF	Menos de 20%	Entre 20 y 40%	Entre 41 y 60%	Entre 61 y 80%	Más de 80%
	d	SRU/SER	Menos de 20%	Entre 20 y 40%	Entre 41 y 60%	Entre 61 y 80%	Más de 80%
	e	Parto por personal de salud	Menos de 20%	Entre 20 y 40%	Entre 41 y 60%	Entre 61 y 80%	Más de 80%
	f	Población atendida en el E.S	Menos de 20%	Entre 20 y 40%	Entre 41 y 60%	Entre 61 y 80%	Más de 80%
EDUCACIÓN	g	Niñas matric. que abandonaron	Más de 15%	De 11 a 15%	6 a 10%	1 a 5%	0%
	h	Familias con inform. en salud mental	Menos de 20%	Entre 20 y 40%	Entre 41 y 60%	Entre 61 y 80%	Entre 61 y 80%
PARTICIPACIÓN CIUDADANA ECONOMÍA/ RECURSOS	i	Proyectos comunales negociados	Ninguno	1	2	De 3 a más	Negociados y en ejecución
	j	Mujeres toman decisión en CODECOS	No participa	Participa pero es parte de decisión	Participa y es parte de la decisión	Lidera decisiones	4 + hace seguimiento
AMBIENTE/ VIVIENDA	k	Uso letrina	Menos de 20%	Entre 20 y 40%	Entre 41 y 60%	Entre 61 y 80%	Más de 80%
	l	Consumo de agua segura	Menos de 20%	Entre 20 y 40%	Entre 41 y 60%	Entre 61 y 80%	Más de 80%

PUNTAJE DE CALIFICACIÓN	
0 - 12	*
13 - 21	* *
22 - 36	** *
37 - 48	*** *
49 - 60	**** *

* Mínimo tres meses

ESTUDIO DE CASO 5

LOS CÍRCULOS DE CALIDAD Y LA MEJORA DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

La Corporación Furukawa es un grupo empresarial que inicia sus actividades en el año 1950 en el rubro del vidrio para la construcción, con una pequeña tienda ubicada en la Av. 28 de Julio, La Victoria, fundada por el Sr. Mitsuyoshi Furukawa. Esta tienda contaba con tan sólo 120 m², ahora la Corporación Furukawa consta de tres locales integrados, con un área total de 63,000 m², orientada a diversas áreas: Industrial, Comercial y de Servicios.

Para la Corporación Furukawa el crecimiento no fue inmediato, fue fruto de mucha constancia y trabajo que tiene sus bases en la filosofía centrada en las personas. La filosofía de la Corporación Furukawa releva el aspecto del ser humano: “no son trabajadores, son COLABORADORES; personas que pueden pensar en la mejora; los más indicados en percibir las carencias y problemas que pueden haber día a día y por lo tanto plantear mejoras; es la búsqueda constante de mejoras. Siempre el objetivo es el CRECER: crece la persona, crece el área, crece la empresa; si las propuestas de mejora se plantean solo a nivel de gerencia, el panorama no sería el más adecuado para hallar la solución.....” (Gerente de gestión de la calidad).

La Corporación Furukawa emplea a todos los niveles sus bases filosóficas; de este modo, refiere el Gerente de gestión de Calidad, el proceso de selección para el personal es muy riguroso sobretodo en el aspecto personal, eligiendo a las personas que pueden adecuarse al perfil de la empresa; es decir, que comparten los mismos valores; más que el aspecto laboral y de todo el bagaje de la experiencia profesional, se interesan por LA PERSONA. Por ejemplo: la entrevista demora hora y media, en la que incluyen preguntas personales; interacción grupal para evaluar el desempeño en el grupo o en situaciones difíciles; en otras palabras consideran que no es una entrevista técnica, si no es una entrevista a la persona. Aparte, observan la evaluación técnica considerando los conocimientos necesarios para el puesto. Por lo tanto el proceso de selección de la Corporación Furukawa remarca la selección de la persona que pueda encajar en la filosofía de la empresa. Es decir, más son las aptitudes, las virtudes el como se desempeña; que el aspecto técnico. Si la empresa observa que la persona no tiene toda la experiencia necesaria; “lo que cuenta es su lado como PERSONA; QUE ES LO MÁS IMPORTANTE”.

La evaluación incluye: entrevista, pruebas, y dinámicas grupales que permiten llegar a conclusiones; este proceso puede demorar hasta una semana.

“Al ingresar el personal a la empresa, hay un proceso de inducción; presentándole los videos institucionales, catálogos de los productos, orientación de las expectativas que tiene la empresa con la persona. Asimismo se le informa del proceso de calidad que ha desarrollado la empresa; acerca de la certificación ISO; se les hace conocer las dos plantas, los procesos de producción y luego se le presenta a todo el personal. Por otro lado, se le hace conocer los aspectos de Gestión de la Calidad: se le entrega un formato, las funciones del área, las funciones que va a desempeñar, todo en una lista de chequeo; tal que al realizarlo se va marcando como tarea cumplida; este proceso puede demorar un mes dependiendo del puesto. Por lo general se le asigna un compañero monitor, que lo acompaña, y que lo dirige para darle a conocer tanto las normas implícitas y las formales, y al ingreso no tenga dificultades en el desempeño. Por lo general este compañero monitor es una persona del área de trabajo y del mismo sexo, que verifica la lista de chequeo y va anotando como tarea cumplida de las diversas actividades que hay que realizar.

Cada personal ingresa obligatoriamente a un círculo de calidad.....” (Gerente de gestión de la calidad)

Los círculos de calidad empiezan a trabajar en el año 1995. Lo relevante desde aquella época en la Corporación, es que las mejoras se van incrementando tanto en la productividad, tiempo de entrega, disminución de costos y disminución de tiempo de producción.

La Gerencia General destaca que: “gracias a los círculos de calidad la empresa pudo salir en los momentos más difíciles y nunca ha dejado de trabajar”.

Existen actualmente seis gerencias, y 38 círculos de calidad. En cada círculo de calidad se contempla los ítem principales: productividad, costos, mejora de la entrega y disminución de los tiempos.

Para definir el número de los círculos de calidad se atiende a la complejidad del área; por ejemplo PRODUCCIÓN tiene 7 círculos de calidad. En ocasiones se genera dependiendo de las secciones de cada área y cada una de estas son círculos de calidad; es decir que los círculos de calidad se definen más por la actividad que desempeña el área o la sección.

Los círculos de calidad:

Para la empresa, todo trabajador (para la Corporación: colaborador) esta incluido en un círculo de calidad, es una estructura formal no es una estructura por voluntades.

El círculo de calidad elige un coordinador, un secretario y un asesor este último integrante de una gerencia. Es decir la organización de círculos de calidad forma parte de la estructura formal de la Corporación, hay un apoyo constante hacia los círculos de calidad, mas aún, los proyectos de mejora están incluidos dentro del planeamiento estratégico de cada gerencia; y el apoyo va desde la gerencia. De este modo se trabaja bajo la metodología de los OCHO PASOS que es estandarizada en toda la corporación. Cada paso es supervisado por sus asesores, que pueden ser jefaturas o gerencias:



PASO UNO: es la SELECCIÓN DEL TEMA, es decir el área o proceso donde se va a observar el problema.

PASO DOS: se desarrolla EL MOTIVO DE LA SELECCIÓN.

PASO TRES: es EL PROBLEMA con el análisis de la situación inmersa: por que no funciona, cuanto tiempo demanda, cuantas personas trabajan en el problema, etc; toda la información que la situación problema pueda arrojar como situación actual pudiendo utilizar todas las herramientas necesarias, para el análisis de la situación problema. Asimismo se proponen los indicadores para la evaluación.

PASO CUATRO: se evalúa el PLAN DE ACCION: el qué, el quién, el cómo y el cuándo; se ven las estrategias que se aplicarían para la mejora.

PASO CINCO: en este paso se implementan las soluciones viables.

PASO SEIS: es la comprobación de los resultados, es decir hay una confirmación del efecto: si el equipo propuso la mejora, lo puso en práctica y los indicadores evalúan si efectivamente se ha mejorado; ningún proyecto de mejora se aprueba si no ha pasado por todas las etapas.

PASO SIETE: es la parte correctiva de las soluciones propuestas.

PASO OCHO: en este paso se evalúan los problemas anexos que quedan por resolver.

Para que estos pasos tengan una validación y se comprueben los resultados de manera efectiva; existe un grupo que audita los resultados.

Los círculos de calidad tienen un cronograma estricto, en donde se observa la ejecución y validación de cada paso y en cada uno de ellos se dan la parte de ejecución, análisis del plan de acción y la confirmación de los resultados. Para la Gerencia General: “Lo que ayuda a mantener el círculo de calidad con resultados positivos es la metodología de los 8 pasos y en base a eso se evalúa, cada paso, los resultados, que tan trascendentes son los cambios y las soluciones que terminan en mejora”.

No hay proyecto válido que no se ponga en práctica; todos los círculos de calidad emplean la misma metodología en base a los 8 pasos. La gerencia de cada área sigue al círculo de calidad pues son los asesores de los proyectos, conocen el proyecto desde su nacimiento hasta su evaluación final como parte del jurado.

En síntesis los 38 proyectos de mejora que tiene la Corporación Furukawa al año, una por cada círculo de calidad, se implementan, se verifican y se traducen en una mejora para la empresa. El desarrollo del cronograma formal de los OCHO PASOS de cada proyecto de mejora, se plasma en informes que son revisados por cada gerencia periódicamente a lo largo del año, hasta la evaluación final por el jurado que es presidido por el gerente general, “es para encontrar el mejor proyecto de mejora y no para descalificar a los otros”. Todo esto ha hecho que los trabajadores desarrollen habilidades, no solamente laborales sino habilidades artísticas como dibujo, oratoria, estudian computación para mejorar sus

exposiciones, etc. Finalmente los equipos, presentan sus informes en impreso y luego lo exponen ante el jurado, donde sustentan sus proyectos, participando todo el equipo, respondiendo las preguntas del jurado. Del mismo modo, en la planta, se verifica la puesta en marcha del proyecto, por ejemplo el equipo de trabajo refiere que pusieron un aditamento a una máquina, tiene que objetivarse en la práctica. Muchas veces estos informes terminan en documentos propios del área a través del sistema de calidad ISO, que son documentos formales que estipulan el sistema de trabajo y los progresos del área enmarcados en criterios de la certificación en si.

Existe un trofeo que se da al círculo ganador; uno para el área administrativa y otro para el área técnica; el concurso se llama MITSUYOCHI FURUKAWA, premio anual donde participan todos los trabajadores.

Desde hace tres años la empresa además del premio a la calidad desarrolla una serie de actividades en base al DÍA DE LA CALIDAD, en la que se presentan actividades artísticas, concurso de barras, teatro con sus propios guionistas, actores, bailarines; cantantes, compositores para los videos institucionales.

La Gerencia General califica así el aporte de estas actividades: “Estos valores fueron descubiertos con estas actividades que eran de modo voluntario y había mucho apoyo de la empresa; mas en la actualidad se ha cortado un poco el presupuesto por los costos; logrando actividades no tan grandes como antes, pero si manteniendo la calidez; todo esto pues tiene un mensaje humano y de calidad. Esto es la oportunidad de que las personas puedan desarrollar otros aspectos aparte del trabajo diario”.

“La empresa ha pasado por momentos difíciles, es por esto que dejó de ejecutar algunas actividades; hubo tres años “de calma”; en este aspecto, tratando de que la empresa retome su productividad en una época de ahorro y austeridad, la organización por círculos de calidad ha sido constante y no se ha dejado de apoyar y trabajar en esta metodología formal. Al final el mensaje es: que son personas que valen, que piensan, que pueden innovar, que pueden ayudar a que la empresa salga a flote, esa ha sido la constante”.

De este modo citamos un informe de la Comunidad Andina de Fomento de Marzo del 2002 en donde se describe la situación que la empresa atravesó:

- Se ha dado una disminución del volumen de ventas de perfiles, barras y tubos de aluminio, producidos por la industria nacional. El tamaño del mercado se ha reducido de 1,224 toneladas a 1,096 toneladas en la demanda interna para el mismo período de los años comparados (Ene-May 2000 vs. Ene-May 2001).
- El porcentaje de utilización de la capacidad instalada de la rama de producción nacional es de 35% y en las actuales condiciones del mercado no es posible su crecimiento.
- Se observa que el número de trabajadores de la Corporación Furukawa se ha incrementado, habiéndose reducido la remuneración promedio y productividad promedio por trabajador entre los primeros meses de 2000 y el primer semestre



de 2001. Asimismo, se aprecia que la capacidad de endeudamiento de la Corporación ha desmejorado.

“A pesar de los momentos difíciles la empresa por su filosofía, su esquema de trabajo por círculos de calidad, salió a flote contra todos los pronósticos, hubo mucho compromiso de todo el personal y cada uno fue consciente que debíamos sacrificarlos”.

“Nosotros trabajamos con un planeamiento estratégico y cada gerencia tiene sus actividades a realizar, dentro de estas actividades están incluidos los proyectos de mejora, y cada gerente tiene indicadores de medición sobre cada una de las actividades, es un círculo que con sus proyectos están incluidos dentro del planeamiento estratégico de cada gerencia, los resultados se miden con el cumplimiento de los objetivos que cada gerencia tiene para el cumplimiento de estas actividades”.

“Además Los Círculos de Calidad no solamente son el instrumento para que los operarios sean mejor técnicamente, si no que dan la oportunidad de comunicación, pues no solo se dedican a hacer proyectos de mejora, si no también se reúnen para tratar problemas de los recursos humanos y del área; es por esto que no fueron necesarios la conformación de sindicatos porque en estas reuniones, cualquier problema se trata en el momento adecuado y con la jefatura directamente. Se trata de darle solución en su momento; por lo tanto nunca hubo la necesidad que los operarios se congreguen en sindicatos; pues los gerentes o jefes siempre están dispuestos a tratar el problema en las reuniones de círculos de calidad, aparte de hacer los proyectos de mejora técnico.

“Por los círculos de calidad todos los operarios tienen conocimientos de computación, además conocen herramientas de estadística como el Diagrama de Pareto, el Diagrama de Ishikawa, etc.; como herramientas comunes, ese crecimiento no lo han tenido antes de entrar a Furukawa, para desarrollar el aspecto de conocimiento”.

“Se ha trabajado con campañas de valores, de la misión, de la visión, todo se hace en base a los círculos de calidad, como la estructura formal que ayuda a que la información se socialice. Además estas reuniones son la oportunidad para trabajar mejor, se conozcan las personas más y sean un grupo mas unido”.

En Abril de 2000, la Corporación Furukawa obtuvo la Certificación ISO 9001 versión 1994. En Setiembre de 2001, vuelven a certificar ISO 9001 de acuerdo a la nueva versión 2000, en el diseño, producción y comercialización de sus productos.

Este certificado de conformidad (Certificación ISO 9001) es un documento mediante el cual el organismo certificador certifica, luego de una auditoria, que el sistema de calidad de una organización cumple los requerimientos de la norma de referencia. El nuevo enfoque integral de la calidad brinda un sistema de gestión que asegura que las organizaciones satisfagan los requerimientos de los clientes, y a su vez hagan uso racional de los recursos, asegurando

su máxima productividad. Asimismo permite desarrollar en la organización una fuerte ventaja competitiva como es la cultura del “mejoramiento continuo” con un impacto positivo en la satisfacción del cliente y del personal y un incremento de la productividad. Las ventajas de obtener la Certificación ISO 9001 son:

1. Aumenta y muestra la Calidad de los productos y/o servicios y de la gestión de la empresa.
2. Mejora la competitividad ante otras empresas que no la tienen.
3. Reduce costos
4. Beneficios Generales
 - Para la empresa: mayor participación en el mercado, mayor satisfacción de los clientes, mejora en la producción, mayor competitividad y rentabilidad
 - Para los clientes: mayor confianza en los productos de la empresa
 - Para la sociedad: generando el desarrollo nacional, se traducirá en beneficios para toda la sociedad.
5. Beneficios para los colaboradores (trabajadores)
 - Menos conflictos en el trabajo y mayor integración entre áreas
 - Mayor desarrollo individual en cada tarea, posibilitando mejorar el desempeño
 - Mayor oportunidad de entrenamiento
 - Menor posibilidad de accidentes de trabajo
 - Mejores condiciones para controlar los procesos
 - Mejora de la calidad y productividad.

RESULTADOS:

- La Corporación Furukawa en el año 2003 se ubicó entre las primeras 404 empresas de las primeras 10,000 a nivel nacional, con una facturación anual aproximada de hasta 75'000,000 de soles.
- Se ubica entre las tres primeras de su rubro para el año 2003.
- La Corporación Furukawa es uno de los principales distribuidores mayoristas de perfiles y tubos de aluminio con un 40% ciento aproximadamente del mercado peruano.

ESTUDIO DE CASO 6

LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE GESTIÓN CON RELEVANCIA EN EL RECURSO HUMANO EN UN HOSPITAL DE APOYO

El Hospital San José (HSJ)¹¹, es hoy un hospital con empoderamiento del mercado de salud local, además de perfilarse como un hospital con mejor organización e identificación institucional por parte de su personal asistencial y administrativo; y del reconocimiento del MINSA por sus óptimos indicadores. Para lograr esto el hospital ha tenido que implementar diferentes estrategias que dan relevancia al recurso humano en primer lugar.

Para este despegue el año 1996 fue clave: el hospital se convierte en unidad ejecutora; desligándose del Hospital Daniel Alcides Carrión del cual dependía. Por aquella época; la situación de los recursos humanos se perfilaba de la siguiente manera:

- El trabajo en general era grupal e individual, la mayoría del personal trabajaba para cumplir la carga horaria, o por ser obligación. El personal laboraba en sus servicios pero no había iniciativa, se trabajaba por rutina.
- La incertidumbre y la desmotivación era general en el personal, pues en esa época había una propuesta municipal en la que se pensaba ampliar la Av. Faucett cercenando 9 metros del área del hospital, por lo que los trabajadores pensaron que el hospital iba a desaparecer; la preocupación del personal por el supuesto cierre del hospital estimuló el traslado de todo el equipo humano a los diferentes establecimientos de salud del Callao.

Además el hospital se caracterizaba por:

No tener un empoderamiento del mercado local, pues sólo contaba con los servicios médicos básicos de pediatría, medicina interna, ginecología y cirugía general.

- La demanda no era satisfecha con los avances y los avances tecnológicos no satisfacían la demanda.
- No existía equipos médicos de apoyo diagnóstico con tecnología avanzada que fuesen propios del hospital, muchos de ellos se alquilaban.

¹¹ Datos de los procesos de la Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo "San José" Callao-Perú 2005.

- La calificación del recurso humano era inadecuada. Lo conformaban alrededor de 180 a 200 personas.
- No existían documentos de gestión, es decir no habían sistemas de gestión plasmados en documentos: planes operativos, etc.
- El trabajo asistencial y administrativo de los diferentes servicios se caracterizaba por ser desorganizado, sin trabajo en equipo.
- El trabajo diario de cada trabajador no tenía una finalidad institucional. La identificación con la institución era pobre.
- No habían sistemas de incentivos, solo la canasta navideña en víveres de fin de año.
- La conformación del cuerpo médico era reciente (Mayo 1995)
- La organización de los sindicatos de trabajadores era débil y dispersa.

El año 1996, hubo cambio en la parte directiva del hospital y este toma un nuevo rumbo: se propone una gestión con miras a relevar el recurso humano; la mejora de la gestión se plantea en un primer momento bajo tres pilares (figura 5.1):



Figura 5.1: Pilares de la gestión. HSJ.

Con la oportunidad de ser unidad ejecutora a partir del 1996, se comienza a comprar equipos, a contratar personal, especialistas; eso implicó que los fondos se administrasen en forma más rápida. Poco a poco el hospital empieza a trabajar bajo estos conceptos, en un lapso que demora alrededor de dos años (ver caso 8: El liderazgo y la sensibilización institucional en la gestión de un hospital de apoyo).

En el plan estratégico del año 1997 la directiva del HSJ propuso un proyecto de inversión en base a la principal debilidad del hospital ante CORDELICA (Ministerio de la Presidencia): No existían equipos médicos de apoyo al diagnóstico con tecnología avanzada que fuesen propios del hospital, muchos de ellos se alquilaban; gracias a ello HSJ pudo adquirir: mamógrafo, endoscopio, ecógrafo, incubadoras, equipo para laboratorio, equipos para banco de sangre, y equipos para otros servicios del hospital.

Además en 1997 la dirección del HSJ vio por conveniente prepararse para la Acreditación Hospitalaria, que el MINSA comenzó a sugerir a los hospitales estatales. Esa sugerencia no tuvo eco en ningún hospital del Estado porque era un procedimiento que no era obligatorio,



pocos hospitales asumieron ese reto, el HSJ preparo la implementación entre los años 1998-1999. El proceso se truncó debido a la política de austeridad del año 2000, porque para acreditarse el equipamiento y la mejora de la infraestructura del hospital era vital y no era alcanzado por el presupuesto del HSJ de esos años. Sin embargo se hicieron, como pasos previos a la acreditación, la mejora los instrumentos de gestión: Estructuración del manual de organización y funciones, el reglamento de organización y funciones, la normatividad en relación a supervisión, monitoreo y evaluación; tabla analítica del personal, planes operativos anuales, guías terapéuticas en reemplazo de los antiguos protocolos por servicio, normas de procedimientos; asimismo se implementaron programas de capacitación tanto al personal asistencial como al administrativo, para el entendimiento de estos documentos de gestión.

En el HSJ se hacen varias autoevaluaciones desde el punto de vista de dos componentes:

- Componente A: Se relaciona con los documentos de gestión y planeamiento; aspectos relacionados con la unidad de personal, logística y administración; que el HSJ para el año 1998 pudo tener avances importantes.
- Componente B: Componente del equipamiento, en el HSJ para el año 1998 faltaba lo relacionado a medicina física y rehabilitación; el resto de los servicios tenía un equipo suficiente para acreditar como hospital nivel II.

La segunda etapa fue el PROYECTO DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS que toma mayor impulso en los últimos cuatro años. Esta segunda etapa consiste en perfilar al personal para trabajo en equipo desde el proceso siguiente: (figura 5.2)



Figura 5.2: Proyecto de gestión de recursos humanos. HSJ

Reclutamiento y elección del personal: aquí se maneja el concepto de primar al SEÑOR, EN VEZ DEL MÉDICO; O UNA DAMA, EN VEZ DE UNA ENFERMERA, se desea entonces GENTE ORDINARIA QUE HAGA COSAS EXTRAORDINARIAS. Se hace la entrevista, y se utiliza las referencias personales para considerar si el candidato puede alinearse a la política institucional. No se centra mucho en el currículum.

Inducción y reinducción: bajo el principio de “nadie ama lo que no conoce” se hace las siguientes actividades:

- Al personal nuevo, ya sea destacado o contratados, se le informan cual es la misión y la visión del hospital; cual es la política institucional, el modo en que se trabaja en la institución, conoce los servicios; para todo este proceso el hospital cuenta con un Manual de Inducción.
- Se aplica la reinducción al personal nombrado o que ya trabaja en la institución, cada cierto tiempo para que tenga en cuenta los principales principios del hospital.

Capacitación: en esta parte del proceso se considera el mejoramiento de las habilidades y destrezas. Este concepto es diferenciado al de EDUCACIÓN. Se considera que a través de las habilidades y destrezas la persona cada vez hace mejor sus tareas; pero con la EDUCACIÓN las personas adquieren valores institucionales que el personal debe saber de memoria:

- V: verdad.
- A: amor.
- L: liderazgo.
- O: orden.
- R: respeto.
- E: equidad.
- S: solidaridad.

Estos valores se trabajan mucho en la parte de EDUCACIÓN que es diferente a habilidades y destrezas.

El hospital cuenta con un Código de Ética y Comportamiento del trabajador San Josefino.

VALORACIÓN DEL DESEMPEÑO:

Es una evaluación, esta palabra no se suele emplear en el hospital pues se considera que, la asociación de evaluación es siempre relacionado a algún fin punitivo, es por esto que consideran este nombre (valoración del desempeño) para que el personal no lo vea de esa manera. La finalidad es para reforzar conocimientos, mejorar, reconocer el trabajo que ellos realizan y retroalimentar este proceso.

A su vez y con el tiempo; empiezan a trabajar en el Modelo de Mejoramiento de la Calidad; se tiene en cuenta los siguientes aspectos:



Liderazgo: Empiezan a trabajar con el modelo de liderazgo: diferenciando los conceptos de líder y director: la persona más que director debe ser líder, “el director es reactivo, mientras que el líder es proactivo; el director es a corto plazo, mientras que el líder es a mediano y largo plazo; esas son las diferencias que se socializa con el personal”.

Información y análisis: Para la toma de decisiones el HSJ trabaja con un sistema de información gerencial; los datos deben ser procesados para que se convierta en una información útil, a su vez se considera la evaluación de los mismos; ayudando en la ejecución de una decisión procesada.

Planeamiento estratégico: Se usa el modelo de Michael Porter “Ventajas Competitivas” para el análisis interno y para el análisis externo utilizan a Avedis Donabedian (estructura, procesos y resultados) como base teórica analítica; utilizan el Score Card para alinear la mira del hospital; enlazando los indicadores y el cronograma, para que se ejecuten, con diseño del mapa estratégico.

Gerenciamiento de los procesos: Para el HSJ los buenos resultados son en base a gerenciar los procesos día a día, más que administrar.

Satisfacción del cliente externo: El HSJ tiene estrategias para lograr la satisfacción del cliente externo, parten de las encuestas que se realizan a las pacientes, es decir de las necesidades y deseos del cliente externo, que consideran la clave para la mejora.

Además el HSJ tiene un sistema de quejas implementado con señalización e indicación dentro del hospital. Por ejemplo si se presentara una queja por algún motivo al paciente le informan de cual es el proceso a seguir. La satisfacción del HSJ actualmente se encuentra entre el 80-85%.

Satisfacción del cliente interno: Con las capacitaciones, talleres, entre otras actividades; asimismo por el Convenio de administración por Resultados los trabajadores tienen en sus haberes ingresos adicionales (ver más adelante, tabla 5.2)

Resultados: Es la traducción en actividades, de los indicadores sanitarios y de gestión.

Para el Dr. Lama: Director del Hospital San José “El personal se sensibilizó con los conceptos de gestión de recursos humanos y los conceptos de calidad, así se destaca la calidez del personal; además, vieron que a pesar de trabajar en un hospital pequeño; se han motivado para que demuestren al Ministerio de Salud que lo más importante son el recurso humano y no la tecnología o la edificación del hospital; es así que cuando se da la imagen del hospital se pone la figura de sus RRHH y no del hospital, como un homenaje a los trabajadores. Entonces el personal ha asumido su rol y sus responsabilidades que se traduce en el buen trato del paciente”.

Los resultados fueron:

- Al 2004 se tiene 18 indicadores del Pacto de la Calidad, de los cuales se esta trabajando con 13 indicadores llegándose a la meta en el 2004 (tabla 5.1).

- Se está trabajando con 10 indicadores de gestión hospitalaria y se da la información de modo oportuno en forma mensual al MINSA.
- El hospital San José es el único hospital en el Perú; con Convenio de Administración por Resultados con nueve indicadores (tabla 5.2); este es un acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas y es evaluado por la Contraloría de República. Por los resultados óptimos de los indicadores cuenta con un presupuesto para 2004 de 120,000 soles, repartiéndose a todos los trabajadores en los tres últimos trimestres (solo II, III y IV trimestres), siendo el porcentaje del abono en un 30%, 30% y 40% respectivamente por cada trimestre. El Ministerio de Economía y Finanzas premió al hospital por este convenio, con 1 000 000 de soles y el resultado fue que hace tres meses han nombrado a 78 trabajadores contratados. Los premios pecuniarios son legalmente normados por el Convenio de Administración por Resultados.
- Existe incentivos por medio de capacitaciones, pero se encuentra restringido por el presupuesto y las normas; aún así el hospital organiza clases de alta gerencia una vez a la semana: el Balanced Score Card, toma de decisiones, etc.
- Resultado de todo esto se aumenta la cobertura en la atención, se ha empoderado más el hospital a nivel de Lima y no solo del Callao, con Pasantías de provincia.
- El Ministerio considera al hospital como referente y ejemplo para la mejora de otros establecimientos, de este modo se ha invitado, a los directivos a reuniones para exponer acerca de los Procesos de Mejora de Calidad en Salud, en el Hospital Hipólito Unánue, Hospital María Auxiliadora, Hospital Herminio Valdizán, hospital San Bartolomé, DISA I Callao, etc.
- El Hospital ocupó el segundo lugar en el concurso de la “Semana de la Calidad” realizado entre el 29 de Noviembre al 4 de Diciembre del 2004 por el trabajo “Disminuyendo la Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias” el hospital llega solo al 1% en el 2003, aplicando estrategias de trabajo en equipo.
- Desde el año 2001 a la actualidad el número de atenciones totales del Hospital San José es comparable o tan igual que el Hospital Nacional D. A. Carrión (figura 5.3)

INDICADOR	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO	META ANUAL	I TRIM. 2004	
			Nº	%
Incorporación de objetivos en plan estratégico	Objetivos incorporados en plan estratégico	1	1	100
Porcentaje de servicios con equipos de Mejora de la Calidad (MC) formalizados	Equipos de MC reestructurados y formalizados	30	30	50%
Existencia de Comités de Auditoría en Salud	Comités formados con resolución	1	1	100%
Porcentaje de eventos de auditorías de eventos centinela	Eventos centinela auditados	100	1	100
Porcentaje de equipos MC que desarrollan procesos de mejora	Equipos de MC que desarrollan Proyectos de Mejora de Procesos (EMPC)	80% de EMPC	14	93%
Tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias	Disminuir la tasa de infecciones intrahospitalaria	2	3	0,5%
Porcentaje de H.C. auditadas de consultorios externos, hospital y emergencia que cumplen con los requisitos	H.C. Auditadas que cumplen los requisitos (240)	70% (168)	26	15%
Tasa de suspensión de operaciones programadas atribuibles al hospital	Disminución de la tasa de suspensiones (basal 2%) enero 2004	3% de disminución	9	3% (a)
El hospital cuenta con guías de atención actualizadas	Guías de atención con Resolución Directoral	100% de protocolos de las cinco causas de morbilidad de los cuatro servicios principales	2	50% (b)
El hospital cuenta con protocolos de atención de accidentes punzo cortantes	Protocolos de atención de accidentes punzo cortantes	1	1	100%
Disminución del tiempo de espera en consulta externa	Tiempo de espera en consulta externa disminuido (basal 1h 30 min)	1hr.	1hr. 15 min	83%
Porcentaje de satisfacción del usuario externo	Aumentar la satisfacción del usuario externo (basal 80%)	5% de aumento de satisfacción	82%	96%
Porcentaje de quejas atendidas	Quejas atendidas	70% de quejas atendidas	30	49% (c)

- a. En el primer trimestre se incremento la tasa de operaciones suspendidas en relación a nuestra relación basal 2%.
- b. Existencia de protocolos de neonatología, pediatría, ginecología, cirugía y medicina tenemos de cinco especialidades que están en revisión.
- c. Del total de quejas presentadas se han atendido y comunicado al usuario el 49%.

Tabla 5.1. Evaluación de los indicadores del pacto por la calidad HSJ 2004

INDICADORES	PONDERACIÓN ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	META ACUMULADA AÑO 2004				ÁREA RESPONSABLE
			AL I Trim	AL II Trim	AL III Trim	AL IV Trim	
1. Tiempo de espera.	15	Horas/ minutos	2 horas	1 hr 30 m	1 hora	50 min	Unidad de Gestión de la Calidad
	Ponderación trimestral		2.25	3	4.5	5.25	
2. Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias	15	Porcentaje	5	4	3	2	
	Ponderación trimestral		2.25	3	4.5	5.25	
3. Porcentaje de satisfacción de los usuarios atendidos	15	Porcentaje	83	85	88	90	
	Ponderación trimestral		2.25	3	4.5	5.25	
4. Porcentajes de partos complicados	15	Porcentaje	6	5	4	3	
	Ponderación trimestral		2.25	3	4.5	5.25	
5. Porcentaje de medicamentos prescritos con el nombre genérico o D.C.I.	10	Porcentaje	80	82	85	90	
	Ponderación trimestral		1.5	2	3	3.5	
6. Accesibilidad interna	10	Porcentaje	85	88	90	92	Oficina de Planeamiento Estratégico
	Ponderación trimestral		1.5	2	3	3.5	
7. Porcentaje de Gastos Administrativos	5	Porcentaje	17	17	16	15	Oficina de Planeamiento Estratégico
8. Razón de rendimiento por consulta externa	5	Consultas	4	3.5	3.8	4	Sub Dirección Ejecutiva
	Ponderación trimestral		0.75	1	1.5	1.75	
9. Cumplimiento de Objetivos Generales Contenidos en el POI 2004	10	Porcentaje	80	82	86	90	Oficina de Planeamiento Estratégico
	Ponderación trimestral		1.5	2	3	3.5	
Sumatoria de Ponderaciones = 100			15	20	30	35	

Tabla 5.2. Reporte de cumplimiento de metas. Convenio de administración por resultados - HSJ 2004



Figura 5.3: Comparación del número de atenciones anuales 1994-2003 entre HSJ, HNDAC

ESTUDIO DE CASO 7

GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE LOS RECURSOS HUMANOS A TRAVÉS DE LAS C. L. A. S.¹²

ANTECEDENTES:

La DISA Arequipa hasta el año 1994, no contaba con C.S. tipo CLAS, ya que recién en ese año se estipuló de modo normativo la creación de los mismos; es de este modo que se implementó los primeros CLAS en esta DISA.

Hasta el año 2000 solamente habían 6 CLAS en toda la DISA Arequipa, hoy son 46 CLAS, entendiéndose que cada CLAS es una microred que abarca entre 3 a 6 establecimientos de salud en promedio. Es decir todo el primer nivel de atención está bajo la modalidad de CLAS.

Los motivos por los cuales la DISA priorizó la conformación de las CLAS tuvieron diferentes criterios técnicos y hasta personales:

- Se observó que los primeros establecimientos CLAS pilotos tenían mejor infraestructura y logística.
- Hubo un director de DISA que priorizó que todo el primer de atención fueran CLAS.
- Se estimó que se resolverían problemas logísticos y de personal con la comunidad, de acuerdo a necesidades propias de la zona.

ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA:

MISIÓN: Promover y desarrollar en el primer nivel de atención el modelo de gestión de servicios de salud descentralizado, con autonomía regulada y efectiva participación comunitaria.

12 Datos de los Procesos de la Dirección de Recursos Humanos, Dirección Sub Regional de Salud Arequipa-Perú 2005.

VISION: Ser componente de la focalización en salud que contribuye al acceso universal y equitativo de la población a los servicios de salud descentralizando y modernizando la gestión en el primer nivel de atención.

Lineamientos:

1. Contribuir a la reestructuración del sector en el primer nivel de atención introduciendo flexibilidad en el uso de recursos y otorgando capacidad de decisión al nivel local.
2. Propiciar y desarrollar la participación comunitaria en la gestión de servicio.
3. Modernizar la prestación de servicios, incorporando nuevos enfoques e instrumentos de gestión.
4. Perfeccionar los mecanismos de descentralización de los servicios de salud.
5. Incrementar la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Asociaciones CLAS:

Características:

1. Descentralización de la gestión.
2. Participación comunitaria en la administración de todos los recursos de un establecimiento o conjunto de ellos.
3. Manejo de recursos públicos bajo la ley privada.
4. Planificación local concertada.

Modelo de Gestión:

Forma una de las iniciativas de modernización del sector salud: Que involucra a los centros y puestos de salud conformando un sistema de gestión descentralizada con participación de la comunidad.

En la DISA AREQUIPA, en noviembre del 2001, hubieron 64 expedientes de asociaciones CLAS que incluyen a 157 establecimientos de salud se encuentran en proceso para aprobación Ministerial y que se incorporan a la Administración Compartida.

Actualmente se encuentran funcionando 506 Asociaciones CLAS en 31 de las 34 DIRESAS. Las CLAS tienen bajo su administración 1304 establecimientos de salud a Octubre del 2001.

La población en el ámbito de salud de los establecimientos comprende a 4'600,000 habitantes. Existen más de 3,036 líderes comunales comprometidos con esta modalidad administrativa.

PROGRAMA DE SALUD LOCAL:

Es un documento técnico sanitario-prestacional que refleja la realidad local expresada en metas y actividades de salud a través de una planificación concertada MINSA Comunidad que nos permita una herramienta estratégica para el desarrollo en salud a nivel local y que no sólo se emplee para sustentar el recurso humano requerido.



ROLES EN LA ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA:

Rol de la DISA AREQUIPA:

- Suscribir el Contrato de Administración Compartida.
- Dar asistencia técnica a las asociaciones CLAS en todas las áreas de su gestión.
- Definir la organización territorial del ámbito que la Asociación CLAS atiende.
- Cooperar con el Gerente de la Asociación CLAS para elaborar el P.S.L.
- Aprobar, supervisar, evaluar y controlar la gestión de las Asociaciones CLAS.
- Resolver los Contratos de Administración Compartida y de gestión en caso de incumplimiento.
- Poner a disposición de la asociación CLAS al personal nombrado y abrir concurso cuando alguna de esas plazas quede vacante.
- Proporcionar la infraestructura física, muebles y equipos, insumos y otros para el cumplimiento del P.S.L.
- Asesorar a la Asociación CLAS en los procedimientos de concurso de personal.
- Participar en el Jurado Calificador para contratar personal Médico.
- Controlar el uso de los recursos financieros, humanos y patrimoniales que el estado pone a disposición de la asociación CLAS para su administración.
- Organizar programas de capacitación para el personal que labora en la asociación CLAS y para los miembros de su asamblea general.
- Supervisar y evaluar el cumplimiento de las Normas Técnicas, administrativas y epidemiológicas.
- Disponer se realicen las verificaciones contables de los Estados Financieros de las asociaciones CLAS.
- Apoyar a la asociación CLAS en la organización y funcionamiento de la farmacia.
- Emitir la conformidad para el giro y enviarlo a Nivel Central mensualmente para el depósito de las remesas, previo cumplimiento por parte de la Asociación CLAS de entregar la Declaración Jurada de Gastos y el informe de avance del P.S.L.

ROLES DEL GERENTE:

- Preparar conjuntamente en la DISA el P.S.L., su presupuesto operativo y someterlo a la aprobación de la Asamblea General.
- Dirigir, organizar, coordinar y supervisar la ejecución de todas las actividades de los establecimientos comprendidos en el Contrato de Administración Compartida.
- Ejercer control social sobre los servicios en cantidad, calidad y oportunidad.
- Cumplir el contrato de administración compartida.
- Administrar los recursos humanos, materiales, financieros y de infraestructura, puestos a su disposición.
- Disponer y administrar todos los ingresos provenientes de la prestación de los servicios (R.D.R.) así como los originados por donaciones o legados.
- Evaluar periódicamente al personal.
- Participar en la elaboración del P.S.L.

- Ejecutar los gastos presupuestados destinados al cumplimiento del P.S.L.
- Participar en la elaboración de la Declaración Jurada de Gastos.
- Velar por el mantenimiento de la infraestructura de los bienes asignados al establecimiento de salud.
- Proponer al Consejo Directivo para su aprobación la organización y funciones de los servicios de salud; hacer los requerimientos de personal para el cumplimiento del P.S.L. y de los materiales, insumos y equipos necesarios para la prestación de los servicios.
- Asignar las tareas al personal.
- Organizar los concursos para la contratación del personal.
- Aplicar los incentivos al personal por buen desempeño laboral con acuerdo del Consejo Directivo.
- Mantener al día el padrón de usuarios de los servicios de salud.
- Reconocer la jerarquía de los órganos de gobierno de la asociación.
- Elaborar el informe mensual de avance de metas del P.S.L. para presentarlo a la DISA previa aprobación del Consejo Directivo.
- Firmar cheques y otros documentos financieros o bancarios, conjuntamente con el tesoro del CLAS.
- Dar soporte administrativo a todos los establecimientos a cargo de la Asociación CLAS.
- Participar activamente en las sesiones de Asamblea General y de Consejo Directivo.
- Informar a la asociación en forma regular sobre la ejecución del P.S.L., aspectos administrativos, contables, laborales, tributarios y técnicos, propiciando las acciones a ejecutar.
- Informar permanentemente a la comunidad sobre las acciones que se desarrolla.
- Administrar al personal nombrado puesto a disposición del CLAS.
- Seleccionar y evaluar el personal a contratar de acuerdo al P.S.L.
- Contratar al personal adicional necesario por locación de servicios siguiendo las normas ara este tipo de contratación.

ROLES DE LOS REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD:

- Cumplir las normas legales del programa para asegurar su vigencia institucional.
- Ejercer los derechos y obligaciones que por contrato de administración compartida le corresponde.
- Reconocer a la DISA como instancia con la cual debe interactuar para la solución de posibles conflictos.
- Cumplir y hacer cumplir las normas técnicas y directivas emitidas por el MINSA, la DISA y las disposiciones adoptadas por la asociación CLAS.
- Por acuerdo del Consejo Directivo poner a disposición de la DISA al personal nombrado que trabaja en la Asociación CLAS cuando por su ineficiencia o indisciplina laboral perjudique o ponga en riesgo la ejecución del P.S.L.



ETAPAS DE DESARROLLO DE LAS ASOCIACIONES C.L.A.S.:

1. Inserción: Intervención del MINSA: Sensibilización, ordenamiento de la oferta según la demanda.
2. Instalación (Significado CLAS): Incorporación, Área Técnica, Administrativa, Gestión, Participación comunitaria, Fortalecimiento.
3. Afianzamiento (Orden).
4. Sostenimiento (Asamblea y P.S.L.).
5. Consolidación.

TENDENCIAS:

- Prestación de servicios: Tendencia creciente hacia la prestación de servicios recuperativos especializados. Decreciente hacia la prestación de baja complejidad, y de servicios preventivo-promocionales.
- Recaudación de los establecimientos: Tendencia creciente en la recaudación por exámenes auxiliares, por consultas especializadas, en el precio de las tarifas. Decreciente en la recaudación por atenciones de Medicina General.
- Acceso de la población: Decreciente en el número de exonerados.

LA SITUACIÓN REAL DE LOS RECURSOS HUMANOS:

Problemas subsecuentes en los establecimientos de salud:

- Personal de salud, contratados de modo directo por las CLAS de modo autónomo y con sueldos muy por debajo de los competentes en el MINSA (ejm. pago de atención que realiza un Médico por paciente 1 a 2 soles, pagos a profesionales hasta por 200 soles mensuales).
- El empoderamiento de los miembros de comité integrado de gestión, sobretodo de aquellos que son miembros de la comunidad, en funciones que no son de su competencia; como el control de las asistencias del personal de salud.
- Los problemas legales de la DISA con las CLAS.
- El Falso empoderamiento y abuso de autoridad, pues como la comunidad representada por sus miembros elegidos democráticamente deben tomar decisiones, pero deben ser reglamentadas y estar acordes a la normatividad de

la DISA, pero ellos se toman atribuciones que no les corresponden, y proceden sin un representante presente.

- La politización de los miembros de las CLAS que las hacen vulnerables ante cualquier “tarjetazo”.
- El descuido y desmotivación del personal de salud, más aún por estar sujetos a presiones de los miembros del CLAS

AMBIENTE LABORAL:

En general, en las CLAS de la DISA Arequipa, existe mucho divorcio entre lo que dictamina la DIRESA y lo que se ve en el campo operativo, pues entra en una serie de inconvenientes, que hacen que al presentarse una plaza, ésta sea ofertada, seleccionándola con criterios autónomos, pero sin informarse en muchas ocasiones de tal suceso a la DIRESA, lo que motiva que se contraten servicios y no personas. Esto hace que se contraten personas que obtiene un mínimo de ganancias y que optan por este tipo de contratos al no haber una marcada oferta laboral.

Se adjunta los requisitos que se consideran para el contrato en locación de servicios.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CONTRATOS POR LOCACIÓN DE SERVICIOS

LOCACIÓN DE SERVICIOS POR RENTA DE QUINTA CATEGORÍA LIBRO DE RETENCIONES	LOCACIÓN DE SERVICIOS POR RENTA DE CUARTA CATEGORÍA RECIBO DE HONORARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Normado por el Código Civil • La Asociación CLAS pagará el Impuesto de Solidaridad. • No se entrega recibo de honorarios • No se necesita RUC ni formulario SUNAT 509. • El servicio se presta con horario, en la Asociación CLAS, bajo supervisión del jefe del establecimiento, de acuerdo a lo establecido por el artículo NP 34 inciso “e” de la Ley del Impuesto a la Renta. • El Impuesto a la Renta deberá ser retenido por el CLAS según las normas tributarias vigentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Normado por el Código Civil • Se requiere RUC. • La retención por Impuesto de Solidaridad e Impuesto a la Renta no se aplica si el contratado presenta su formulario de exoneración SUNAT 509 • Finalizado el servicio contratado, la Asociación CLAS debe exigir de quien lo prestó el comprobante de pago (recibo de honorarios). • El gasto que ocasiona el servicio se contabiliza en el libro contable como pago por servicios de terceros de acuerdo al Plan Contable General Revisado • El servicio se presta sin horario, en la oficina o domicilio del contratado, sin supervisión alguna y los gastos que ocasiona la prestación del servicio (luz, agua, teléfono, etc.) son de cuenta del contratado



CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL PARA LOS CONTRATOS DE SERVICIOS SEGÚN TIPO DE RENTA

LOCACIÓN DE SERVICIOS POR RENTA DE QUINTA CATEGORÍA LIBRO DE RETENCIONES	LOCACIÓN DE SERVICIOS POR RENTA DE CUARTA CATEGORÍA RECIBO DE HONORARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Médico general • Médico especialista • Profesional no médico • Asistente de gestión de información • Técnico contable • Chofer • Técnico en farmacia • Tecnólogo laboratorista • Técnico de saneamiento ambiental 	<ul style="list-style-type: none"> • Contador público colegiado • Comunicador social • Asistente social • Servidor de limpieza • Vigilante • Tecnólogo fisioterapeuta • Operador del sistema de información • Técnico de laboratorio

REQUISITOS PARA CONTRATO POR LOCACIÓN DE SERVICIOS

LOCACIÓN DE SERVICIOS POR RENTA DE QUINTA CATEGORÍA LIBRO DE RETENCIONES	LOCACIÓN DE SERVICIOS POR RENTA DE CUARTA CATEGORÍA RECIBO DE HONORARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • La Asociación CLAS debe adquirir un Libro de Retenciones • Dicho Libro debe ser legalizado ante Notario Público (donde no lo haya, ante el juez de paz) • Una vez legalizado puede ser utilizado para hacer los registros contables correspondiente a retenciones de Impuesto de solidaridad o de renta si corresponde. • Haber aprobado el proceso de selección 	<ul style="list-style-type: none"> • El contratado debe tener obligatoriamente RUC y contar con recibo de honorarios. • Finalizado el servicio el contratado entregará al CLAS el recibo de honorarios por el importe correspondiente como comprobante del pago. • El recibo de honorarios sirve al CLAS como comprobante por el gasto realizado • Sólo se practicará la retención del 10% de Impuesto a la Renta y del 5% del impuesto extraordinario de solidaridad si el contratado no presenta el formulario de exoneración de dichos tributos-SUNAT 509 • El formulario de exoneración es válido sólo por el año fiscal a que corresponde, por tanto no valen de un año para el otro; si se presenta alguno con esta característica, la Asociación CLAS simplemente retiene los montos indicados.

TABLA DE PRECIOS PARA LA RENTA A PERCIBIR POR LOCACIÓN DE SERVICIOS

PERSONAL ASISTENCIAL						PERSONAL SOPORTE ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL			
MÉDICO ESPECIALISTA		MÉDICO GENERAL		PERSONAL NO MÉDICO		PROFESIONAL		TÉCNICO	
3 HRS	5 HRS	3 HRS	5 HRS	3 HRS	5 HRS	3 HRS	5 HRS	3 HRS	5 HRS
20% BC/M	50% BC/M	20% BC/M	40% BC/M	20% BC/NM	40% BC/NM	20% BC/NM	40% BC/NM	40% BC/TS	60% BC/TS

• BC = BASE DE CALCULO

- M = MEDICO
- NM = NO MEDICO
- TS = TECNICO DE SALUD
- BC = TARIFA DE PAGO POR LOCACION DE SERVICIOS USADO POR SALUD BASICA A 12 HORAS POR ESTRATO DE POBREZA Y TIPO (MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO DE SALUD).

SERVICIOS MÍNIMOS A CONTRATAR POR TIPO DE PERSONAL PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERSONAL	ACREDITACION	SERVICIOS A PRESTAR
MEDICO GENERAL	MEDICO CIRUJANO HABILITACION DEL COLEGIO MEDICO DEL PERU	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de consultas en el seguro escolar • Consulta médica a demanda • Otros
PEDIATRA	PEDIATRA HABILITACION DEL COLEGIO REGISTRO DE ESPECIALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los recién nacidos. • Atención de pacientes referidas por el médico general. • Otros
GINECO-OBSTETRA	GINECO-OBSTETRA HABILITACION DEL COLEGIO REGISTRO DE ESPECIALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Atención del parto distócico • Legrados. • Procedimientos quirúrgicos menores. • Controles prenatales en gestaciones de alto riesgo • Atención de pacientes referidas por el médico general. • Otros
ODONTOLOGO *	CIRUJANO DENTISTA HABILITACION DEL COLEGIO DE ODONTOLOGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de obturaciones, profilaxis, exodoncias, • Tratamiento de patología oral • Odontogramas a población objetivo. • Otros
OTROS	El que corresponda	<ul style="list-style-type: none"> • Acorde al PSL

En lo referente a la acreditación para prestación de servicio asistencial, ésta se debe considerar de carácter obligatoria. Se da los siguientes casos:

1. Que, un profesional Médico acreditado con especialidad decida ofertar sus servicios para cumplir lo correspondientes a un Médico Cirujano, su pago debe enmarcarse dentro las funciones que desempeñe.
2. Que, un personal preste dos servicios al mismo tiempo. Ejm. Chofer, técnico de enfermería, ya que cuenta con acreditación para realizar las dos funciones. Sin embargo, su remuneración no necesariamente corresponderá a cada tipo de acreditación, sino al volumen de metas por cumplir a cada uno.



SERVICIOS MINIMOS A CONTRATAR POR TIPO DE PERSONAL PARA EL SOPORTE ADMINISTRATIVO

SOPORTE ADMINISTRATIVO		
PERSONAL	ACREDITACION	SERVICIOS A PRESTAR
CONTADOR	CONTADOR PUBLICO COLEGIADO	<ul style="list-style-type: none"> Balance semestral y anual Capacitación al personal designado para tal fin. Verificación periódica del cumplimiento de las obligaciones tributarias Cortes contables periódicos Otros
ASISTENTE DE GESTIÓN DE INFORMACION	TÉCNICO COMPUTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Implementación de programas. Soporte en programación Manejo de bases de datos Administración de la información de gestión y sanitaria. Otros
COMUNICADOR SOCIAL	PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Diseño e implementación de estrategias de difusión de mensajes sanitarios (teatro popular, etc.) Uso de medios masivos de comunicación (spots, cuñas radiales, boletines, etc.) Org. De campañas de promoción de los servicios de salud. Actividades de IEC en administración compartida. Otros
TÉCNICO CONTABLE	TÉCNICO CONTABLE	<ul style="list-style-type: none"> Mantener actualizados los libros contables. Realizar anques de caja chica Elabora las planillas de pago Realiza los pagos de retenciones y aportaciones oportunamente Otros
OPERADOR DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN	TÉCNICO EN COMPUTACION	<ul style="list-style-type: none"> Consolida la información generada en los establecimientos (HIS, seguro escolar, materno, programas, etc.) Genera reportes de información para el uso gerencial Soporte técnico al sistema. Realiza la organización de los archivos Otros
CHOFER/ LIMPIEZA / VIGILANCIA	BREVETE PARTICULAR O PROFESIONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS PERSONA NATURAL	<ul style="list-style-type: none"> Traslado de pacientes. Traslado del personal para la prestación de servicios Mantenimiento de la unidad móvil Limpieza del establecimiento Custodia de la infraestructura y equipo del establecimiento

SERVICIOS MÍNIMOS A CONTRATAR POR TIPO DE PERSONAL PARA EL SOPORTE ASISTENCIAL

SOPORTE ASISTENCIAL		
PERSONAL	ACREDITACION	SERVICIOS A PRESTAR
TECNÓLOGO	TECNÓLOGO LABORATORISTA TECNÓLOGO FISIOTERAPISTA	<ul style="list-style-type: none"> Control de calidad de muestras de laboratorio Exámenes según nivel de complejidad de laboratorio Rehabilitación física para pacientes referidos por el médico general. Otros
ASISTENTA SOCIAL	ASISTENTA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> Organizar y mantener actualizados los censos locales Propiciar los huertos medicinales Organizar a los agentes locales de salud (promotores, parteras, hierberos, etc.). Preparar el listado de las organizaciones de base. Identificación de indigentes Otros
TÉCNICO DE LABORATORIO	TÉCNICO LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> Exámenes de laboratorio Reportes generanciales de la gestión en el laboratorio. Otros
TÉCNICO DE FARMACIA	TÉCNICO DE FARMACIA	<ul style="list-style-type: none"> Despacho de medicamentos Reportes generanciales de la gestión en la farmacia Responsable del stock de medicamentos. Otros
TÉCNICO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL	TÉCNICO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL	<ul style="list-style-type: none"> Actividades de inspección y control sanitario. Preparación de los proyectos de saneamiento ambiental Organiza la disposición de los residuos sólidos del establecimiento. Otros

En lo referente a la acreditación para soporte administrativo y soporte asistencial se debe considerar que es la mínima necesaria para prestar los servicios indicados. Se da los siguientes casos:

1. Que un profesional de la salud cuente con acreditación para servicios distintos a su profesión Ejm. Además de ser profesional no médico, contar con acreditación para técnico en computación y sea contratado para prestar servicios de operador del sistema de información. En ese caso, percibirá renta correspondiente a técnico en computación.
2. Que un personal preste hasta dos servicios al mismo tiempo. Ejm. Chofer, técnico de enfermería, ya que cuenta con acreditación para realizar las dos funciones. Sin embargo su remuneración no necesariamente corresponderá a cada tipo de acreditación, sino al volumen de metas por cumplir a cada uno.



ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN:

La DIRESA AREQUIPA ha tratado de enfocar esta situación, visualizando lo que es el trabajo descentralizado y fortaleciendo el rol rector que posee sobre las microrred de salud. Prueba de ello es parte del proceso de autoevaluación y evaluación de las CLAS recientemente publicado, que se muestra en la siguiente tabla:

REGIÓN DE SALUD AREQUIPA				
TABLA COMPARATIVA DE EVALUACIÓN TÉCNICA				
CLAS	AUTO EVALUACION	AUTO CALIFICACIÓN	EVALUACION DISA	DISA CALIFICACIÓN
A. S. Alegre	92.00	GESTION ÓPTIMA	73.35	GESTION BUENA
Acari	84.65	GESTION BUENA	39.90	INCOMPLETO
Alto S. Martín	99.30	GESTION ÓPTIMA	39.30	INCOMPLETO
B. A. Cayma	80.93	GESTION BUENA	31.30	INCOMPLETO
Cabanaconde	92.50	GESTION ÓPTIMA	89.66	GESTION BUENA
Callalli	86.50	GESTION BUENA	29.00	INCOMPLETO
Caraveli	0.00	SIN CALIFICACIÓN	0.00	NO PRESENTO
Caylloma Alta	78.79	GESTION BUENA	74.06	GESTION BUENA
Ciudad Dios	88.90	GESTION BUENA	89.90	GESTION BUENA
Cocachaca	77.50	GESTION BUENA	38.00	INCOMPLETO
Condesuyos.	80.16	GESTION BUENA	21.00	INCOMPLETO
Contre	84.90	GESTION BUENA	34.90	INCOMPLETO
Cotahuasi	89.07	GESTION BUENA	82.41	GESTION BUENA
Chala	92.86	GESTION ÓPTIMA	40.00	INCOMPLETO
Chiguata	84.72	GESTION BUENA	38.80	INCOMPLETO
Chivay	88.50	GESTION BUENA	83.70	GESTION BUENA
Ed. Misti.	85.00	GESTION BUENA	84.71	GESTION BUENA
Fc. Bolognesi	102.00	GESTION ÓPTIMA	39.00	INCOMPLETO
Iqupi	81.80	GESTION BUENA	77.80	GESTION BUENA
La Joya	87.20	GESTION BUENA	79.70	GESTION BUENA
La Pampa	79.60	GESTION BUENA	28.50	INCOMPLETO
Majes	71.20	GESTION BUENA	82.63	GESTION BUENA
Mzal. Castilla	86.71	GESTION BUENA	83.10	GESTION BUENA
Melgariano	92.00	GESTION ÓPTIMA	85.83	GESTION BUENA
Molendo	99.50	GESTION ÓPTIMA	84.91	GESTION BUENA
Ocoña	74.30	GESTION BUENA	36.90	INCOMPLETO
P. Este	82.30	GESTION BUENA	81.15	GESTION BUENA
P. Norte	84.65	GESTION BUENA	84.65	GESTION BUENA
P. Sur	89.80	GESTION BUENA	82.30	GESTION BUENA
P. Trad. Sur	70.77	GESTION BUENA	70.55	GESTION BUENA
Pampacolca	88.00	GESTION BUENA	0.00	INCOMPLETO
R. G. Grima	99.28	GESTION ÓPTIMA	79.25	GESTION BUENA
San Gregorio	79.05	GESTION BUENA	76.07	GESTION BUENA
San Isidro	90.80	GESTION ÓPTIMA	39.80	INCOMPLETO

REGIÓN DE SALUD AREQUIPA				
TABLA COMPARATIVA DE EVALUACIÓN TÉCNICA				
CLAS	AUTO EVALUACION	AUTO CALIFICACIÓN	EVALUACION DISA	DISA CALIFICACIÓN
San José	91.30	GESTION OPTIMA	81.13	GESTION BUENA
Socabaya	108.00	GESTION OPTIMA	70.89	GESTION BUENA
Sta. Ursula	79.95	GESTION BUENA	80.38	GESTION BUENA
Unión N-E	71.16	GESTION BUENA	18.00	INCOMPLETO
V. R. Hinojosa	98.50	GESTION OPTIMA	37.00	INCOMPLETO
Valle Chili	74.47	GESTION BUENA	35.50	INCOMPLETO
Valle Tambo	94.50	GESTION OPTIMA	76.40	GESTION BUENA
Valle Volcanes	89.07	GESTION BUENA	35.90	INCOMPLETO
Virgen Rosario	79.48	GESTION BUENA	37.30	INCOMPLETO
Vitor	73.03	GESTION BUENA	70.21	GESTION BUENA
Yanahuara	88.63	GESTION BUENA	82.83	GESTION BUENA
Zamcolla	85.50	GESTION BUENA	88.68	GESTION BUENA

Se aprecia la autopercepción en la gestión, no sólo de recursos humanos, sino en general.

Lo que se apuesta para una participación comunitaria efectiva, está basado en los siguientes puntos:

- Nueva alianza estratégica CLAS-DISA-COMUNIDAD para tratar alternativas diversas de solución de los problemas.
- Restitución del financiamiento para bienes y servicios.
- Gratificaciones, capacitación y ampliación horaria de nombrados donde sea necesaria. El personal nombrado depende de la DIRESA, los contratados, dependen directamente de cada CLAS.
- Apoyo técnico, monitoreo y supervisión de las DISAS.
- Conducción y gobierno del programa de administración compartida.
- Aspectos operativos: Seguros públicos, nombramiento de jefes de establecimientos de salud, y disposición de recursos directamente recaudados por los CLAS.
- Superar el enfoque predominantemente recuperativo y enfatizar las actividades preventivo-promocionales.
- Desarrollar sistemas de información de base comunitaria para la toma de decisiones locales.
- Orientar los recursos locales hacia las prioridades de salud de la comunidad.

ESTUDIO DE CASO 8

EL LIDERAZGO Y LA SENSIBILIZACIÓN INSTITUCIONAL EN LA GESTIÓN DE UN HOSPITAL DE APOYO

El Doctor Ricardo Lama, director del Hospital San José, es uno de los directores que más tiempo ha dirigido una dirección hospitalaria (9 años) si tenemos en cuenta que la rotación en estos cargos es de un año a dos años, promedio por funcionario. El Dr. Lama está en el cargo en el año 1996, pasando los periodos 1996-2000, segundo periodo 2001-2002, y el año 2003 toma su tercer y actual periodo bajo la modalidad de concurso, que durara hasta el 2006. Manifiesta que por su buena labor de liderazgo y de organización se quedará en el siguiente periodo del 2006 - 2009, basándose en la normatividad de evaluación de la gestión, donde él confía, saldrá aprobado.

En 1996, el Dr. Lama asumió por primera vez la dirección del hospital bajo un panorama organizacional y laboral siguiente:

- No existía equipos médicos de apoyo diagnóstico con tecnología avanzada que fueran propios del hospital, muchos de ellos se alquilaban.
- La calificación del recurso humano era inadecuada. Lo conformaban alrededor de 180 a 200 personas.
- No existían documentos de gestión, es decir no habían sistemas de gestión plasmados en documentos: planes operativos, etc.
- El trabajo asistencial y administrativo de los diferentes servicios se caracterizaba por ser desorganizado, sin trabajo en equipo,
- El trabajo diario en cada trabajador no tenía una finalidad institucional.
- No habían sistemas de incentivos, solo la canasta navideña en víveres de fin de año.
- La identificación con la institución era entre los trabajadores muy escasa.
- La conformación del cuerpo médico era reciente (Mayo 1995)
- La organización de los sindicatos de trabajadores era débil y dispersa.
- Algunas amenazas principalmente la propuesta municipal de ampliar la Av. Faucett en 9 metros dentro del perímetro del hospital lo que hacía suponer su desaparición.

Bajo este panorama el Dr. Lama tenía muchas cosas en que trabajar, pero él ya tenía un principio muy claro para empezar la gestión: "La Clave es el Recurso Humano, en la

medida que este motivado, calificado, satisfecho con la labor que hace, se le proporcione las facilidades para su labor: el trabajador podrá mecanizar sus esfuerzos para el desarrollo de la institución”.

Las estrategias que se implementaron para que exista una cultura organizacional fuerte y para que se trabaje en equipo y no en grupo, necesita un líder, que en este caso es el director; mas en una institución de estas características el liderazgo tiene que ser compartido, de este modo los demás jefes de servicios debían ser líderes, es por esto que se posicionó a los trabajadores del siguiente concepto: ustedes son líderes en sus puestos y en sus áreas.

De este modo la mejora de la gestión se plantea en un primer momento bajo tres pilares:

- **Primer Pilar:** Liderazgo. Se considera que el líder tiene que cumplir con requisitos mínimos como:
 - Primer requisito: ser soñador, visionario, si no fuera así, se considera que carecería de un direccionamiento estratégico adecuado.
 - El segundo requisito: el líder da el ejemplo, cumple con las normas.
 - El tercer requisito: el líder tiene que motivar, debe ser el primero en levantar la autoestima de los trabajadores, reconociendo sus aciertos y virtudes.

Además el líder debe cumplir las funciones ineludibles que tiene como finalidad a la institución (figura 8.1)

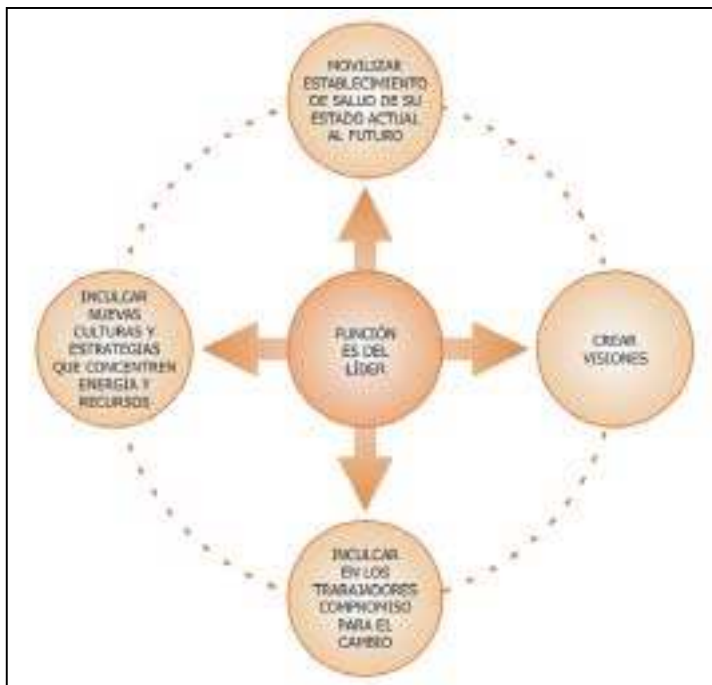


Figura 8.1: Funciones de un líder. Hospital San Jose.

- Segundo Pilar: Mejorar la cultura de la organización.
- Tercer Pilar: Estimular el trabajo en equipo.

Para el año 1996 se incentivo al trabajador para darle valor agregado a su labor y a los procesos y el hospital sea más competitivo en el mercado; el trabajador debía entender que al principio la labor se caracterizaría por poco incentivo, remuneraciones bajas, a veces se trabajaran horas sin pago, se maximizaría las tareas, para la mejora conjunta y una vez que dé buenos resultados se retribuiría los beneficios.

El Dr. Lama enfatiza: *“Se estimula a los servicios, al equipo de trabajo; es mas fácil que comprendan que el desarrollo de la institución va depender de ellos, no de la tecnología, ni de la infraestructura”.*

De este modo, el enfoque que se utiliza en todas la actividades de los trabajadores es el enfoque integral que deben conocer y que se realiza en la inducción y reinducción del personal (ver caso 7: LA IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS EN UN HOSPITAL DE APOYO) y que se esquematiza en la siguiente figura (figura 8.2)

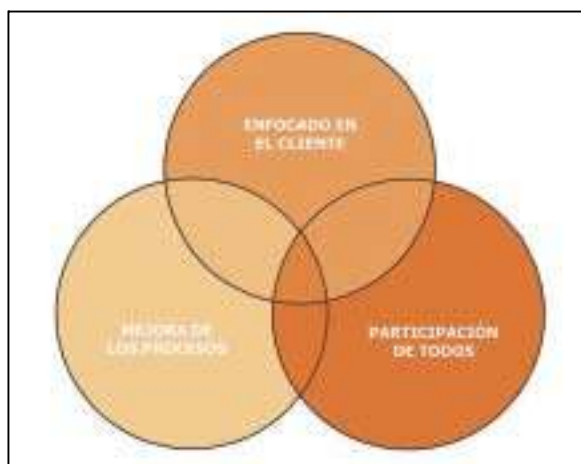


Figura 8.2: El enfoque integral del Hospital San José.

Como se puede apreciar se perfila el trabajo en equipo, cuyo enfoque es hacia los clientes, tanto interno como externo; y que por ende mejora los procesos tanto administrativos, como asistenciales. Todo esto incluido en la filosofía de mejoramiento y cuyos lemas son:

**QUIENES CUMPLIMOS LA TAREA: ¡TODOS!
“ENTRE TODOS PODEMOS HACERLO TODO”
NUESTRA FAMILIA, EL HOSPITAL SAN JOSÉ**

La filosofía del mejoramiento tiene sus principios cuya base es la proyección a futuro bajo seis principios y cuyo horizonte y finalidad es la satisfacción de los pacientes y clientes internos (figura 8.3)



Figura 8.3: Principios filosóficos del Hospital San Jose.

Toda esta estructuración de la filosofía del hospital ha sido el primer paso para asentar las bases y proseguir con las siguientes etapas del mejoramiento institucional, esta etapa se remarcó más en los dos primeros años de la gestión.

Para el Dr. Lama, la clave de la gestión está en que la mayor preocupación es que el personal tenga más que habilidades y destrezas, o un brillante CV; tengan VALORES, que el personal se comprometa con la institución, que el personal llegue a sensibilizarse con la filosofía del hospital, que comparta los VALORES INSTITUCIONALES. De este modo el hospital cuenta con su propio Código de Ética y Comportamiento en la que se destaca en la portada la frase: *“No hacer mas de lo mismo, sino más de lo mejor”*.

Para que los principios filosóficos y el enfoque institucional sean identificados en cada trabajador, el Dr. Lama refiere que se avanzó poco a poco, teniendo en cuenta algunas amenazas que luego se convierten en oportunidades: por ejemplo la propuesta municipal de ampliar la Av. Faucett en 9 metros dentro del perímetro del hospital lo que hacía suponer su desaparición, esta idea fue la idea fuerza para que el personal se identifique más con su



institución y dio el empuje para que la nueva directiva pueda concentrarse estos mensajes y conceptos, para que la institución se destaque y se convierta en imprescindible para la población.

Se implementan las siguientes estrategias:

A) Estrategias funcionales (1997-1999):

Se conceptúan estrategias para asegurar la operatividad eficiente del hospital y el posicionamiento en el mercado local de salud.

1. Estrategia de diferenciación: es decir se comienza a implementar varios servicios que no existían en el hospital, como el de oftalmología 1997; se implementa con equipos modernos y de alta especialidad como la adquisición de la lámpara de hendidura, etc.; diferenciándose de otros servicios de la competencia.
2. Estrategia de liderazgo de costos: se diseña un programa de costos hospitalarios en Excel para tomar la mejor toma de decisiones y hacer más eficientes los procesos, el hospital no presentaba utilidades para el año 1996. De este modo, y ya que la institución tenía la libertad de fijar los precios, por lo menos se fijaba los precios al costo y aquel servicio que era subvencionado es decir que el precio era por debajo del costo se evitaba que los procesos sean eficientes. Por ejemplo: el precio de la hospitalización por cama/día era de s/. 10, pero su costo era de s/. 35. por la subvención estatal; entonces se tenía en cuenta: que el porcentaje de camas ocupadas supere el 80% y se evitaban las hospitalizaciones prolongadas innecesarias.
3. Estrategia de enfoque: las actividades debían estar enfocadas para poder destacar en una determinada actividad, que para ese tiempo fue el servicio de gastroenterología (1997-98) considerado como uno de los mejores servicios de gastroenterología en el Callao, el cual se logra implementar con colonoscopio, endoscopio para adultos y niños, y otros equipos de avanzada; a través del proyecto que implemento el Ministerios de la Presidencia (CORDELICA).

En todo este proceso, hubo cierta resistencia al cambio, mas cabe destacar que los médicos fueron el personal más difícil de sensibilizar, pero para esto hubo una estrategia de la demostración: por ejemplo se instaló un tarjetero para el chequeo de la asistencia; antes los médicos firmaban en una lista; ante esto los directivos fueron los primeros en dar el ejemplo. Actualmente no se usa el tarjetero, se tiene un equipo lectora de huella dactilar para esta función.

Asimismo en el año 2000, un grupo de médicos apoyados por el sindicato, propuso rotar a los directivos de la dirección del hospital, el Dr. Lama recuerda: *“aducían que ya habían pasado cuatro años en la conducción del hospital y que ya era tiempo de elegir otro director.....”*

“La estrategia utilizada fue designar en diferentes jefaturas a estas personas para que puedan trabajar juntos con la dirección, así se designo al jefe de compras, jefe de admisión y estadística....., y dieron una grata satisfacción. Lo asumieron como un reto y destacaron en sus tareas y propuestas”.

Los logros institucionales para esos años (1997--1999) se plasmaron con el equipamiento médico de última tecnología; la ampliación los servicios y los programas preventivo-promocionales, mejoramiento de los sistemas y unidades administrativas, modernización de los sistemas de comunicación e informática. En Agosto de 1997 al HSJ se le reconoce como “Hospital Amigo de la Madre” y desde Junio de 1999 tiene el reconocimiento del Programa de Salud Materno Perinatal del Ministerio de Salud, como Hospital que cumple los “Diez Pasos Para un Parto Seguro”.

B) Estrategias de negocios (a partir del 2000):

Se conceptúan estrategias para la competencia y el liderazgo en el mercado de salud, entonces se da inicio a la implementación del Pacto de la Calidad y cuyos indicadores se incorporan progresivamente desde el 2001; asimismo el Convenio de Administración por Resultados se implementa ya para el 2003, siendo el único hospital con este convenio.

La socialización de todas estas estrategias se hizo por medio de:

- Reuniones periódicas con los trabajadores en cada servicio y en todos los servicios.
- Reuniones con los jefes de los diferentes departamentos y servicios.
- Reuniones con jefes de unidades administrativas.
- Cursos de capacitación de alta gerencia para el personal directamente involucrada en gestión.

Poco a poco las ideas de identificación institucional sensibilizaron al personal del HSJ, es así que de modo mejor se pueden proponer y hacer efectivas las estrategias. Así cada servicio tiene Las Tres Estrategias del Servicio para la Mejor Atención:

- Amabilidad: atender la paciente con sonrisa amable y atención.
- Oportunidad: al paciente se le debe atender rápido.
- Información: Pues el paciente se le debe informar.

De este modo cada servicio concatena la filosofía institucional, con las estrategias y todo esto inmerso en el modelo de gestión de la calidad (figura 8.4)

RESULTADOS:

- El hospital cuenta actualmente con indicadores de gestión positivos, con metas que inclusive sobrepasan las expectativas para un hospital de mediano nivel de complejidad (ver caso 6: LA IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS EN UN HOSPITAL DE APOYO).

- El personal se identifica con su institución y con sus líderes.
- Las relaciones con los gremios y sindicatos son óptimas, se tiene reuniones mensuales de coordinación, con presencia del director.

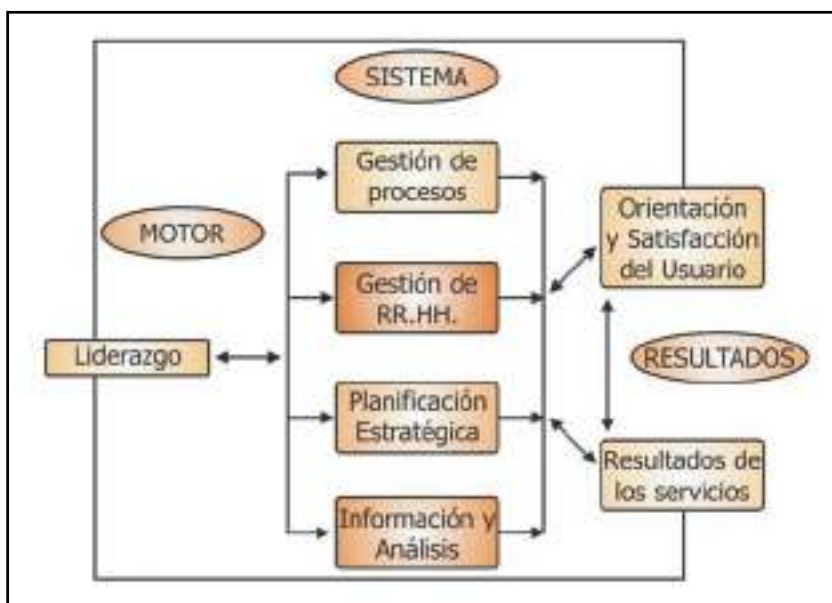


Figura 8.4: Modelo de gestión de la calidad del Hospital San José.



BIBLIOGRAFÍA





BIBLIOGRAFÍA

AGUADO R. Método de Análisis de Campo de Fuerzas 2000.
www.avantel.net/~rjaguado/mil.html

Análisis de Situación, Orientación y Método de la UICN para Análisis y Planificación Estratégicos, Basados en la experiencia de los programas regionales y de la Sede Central de la UICN. Julio de 1999 En <http://www.iucn.org/themes/eval/index.html>

BALLESTEROS H; VITANCURT A; SÁNCHEZ S. Bases científicas de la administración. 1997, Interamericana Mc Graw-Hill editores.

BERWICK D. El Mejoramiento Continuo Como Ideal de la Atención de la Salud. 2000.

CHIAVENATO I. Introducción a la Teoría General de la Administración y Estrategia. Editorial Ediciones Macchi. Buenos Aires Argentina 1998.

Consultoría sobre Mejoramiento y Garantía de Calidad. Modelo de Gestión basado en la Calidad. Programa Nutrición y Salud Básica - MINSA, 2002

ESSALUD. Sistema de Garantía de la Calidad. Perú. 1999.

GOAL/QPC, The Memory Jogger II, 1994.

HARRINGTON J. The Improvement Process; 1987.

HERMIDA J; SERRA R. Administración y Estrategia, 2º edición, 1996.
Ediciones Macch - Buenos Aires. Pg 163-173.

LÉON O. Análisis de decisiones: Técnicas y situaciones aplicables a directivos y profesionales. Mc Grawhill Madrid 1994.

LEJTER J; DÍAZ J. El Proceso de Aprender-Enseñar, Módulo de Capacitación Pedagógica. Vínculos y respuestas a las necesidades sociales. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS "DR. ARNOLDO GABALDON", Caracas 2002.

MINSA- OGP. Propuesta Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 - 2012 y Fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006. Lima, Enero del 2002.

MINSA - Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Elementos complementarios para el Plan Operativo Institucional" Módulos de Gestión N°6. Curso de Gestión en las Redes de Establecimientos y Servicios de Salud. Enero de 1999.

PACD. Presentación: Evaluación semestral del Proyecto de Atención de Comunidades Dispersas- PACD Ayacucho. Enero a Junio del 2002, Ayacucho - Perú.

PEREL V. y Col. Administración General: Organización, Planeamiento y Control Ediciones Macchi - Buenos Aires, 1998, Pg. 243-255

Perú. The top 10 000 Companies. 2004, editorial Perú Top Publication.

PQ System Inc; Total Quality Tools, 1996

REYNOLDS J. El Método del caso y la formación en gestión. O.I.T.,1990, Impresión Blasco Requena S.A. - Valencia, España.

ROBBINS S. Administración. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana S.A. Sexta edición. México 1999.

Sociedad Latinoamericana para la Calidad. Análisis del Campo de Fuerzas. Copyright © 2000 All rights reserved.

STONES J. y col. Administración. 1996, 6° edición, Prentice - Hall Hispanoamericana S.A., Pg. 287-297