

BUREAU OF PRIMARY HEALTH CARE

Dear Colleague:

The Bureau of Primary Health Care (BPHC) is pleased to make available a Spanish translation of Policy Information Notice No. 98-23: Health Center Program Expectations. In the next 2 months, BPHC will also make available Chinese and Vietnamese translations of this important document. Dissemination of these translated documents represents one of the many projects that we are doing to respond to the needs of persons with limited English proficiency.

Sincerely yours,

Marilyn Hughes Gaston, M.D.  
Assistant Surgeon General  
Associate Administrator

Enclosure

98-23S

**FECHA:** 17 de Agosto de 1998

**TITULO DEL DOCUMENTO:** Directivas del Programa de Centro de Salud

**PARA LOS:** Centros de Salud Comunitaria

Centros de Salud para Trabajadores Migratorios  
Beneficiarios del Programa de Atención de Salud de los Desamparados  
Beneficiarios del Programa Escuelas Sanas, Comunidades Sanas  
Servicios de Atención de Salud para Residentes de Viviendas Públicas  
Asociaciones de Atención Primaria  
Oficinas de Atención Primaria

El Aviso de Información de Política (PIN, siglas en inglés) aquí adjunto detalla las directivas de la Oficina de Atención Primaria de Salud para todos los programas de centro de salud cubiertos con arreglo a la sección 330 de la Ley del Servicio de Salud Pública que fuera modificada por la Ley del Servicio de Salud, modificada a su vez por la Ley de Consolidación de los Centros de Salud de 1996 (P.L. 104-299).

Además de los requerimientos que tienen los centros de salud que están especificados en la ley y la reglamentación, las directivas del Programa de Centro de Salud también reflejan las prioridades y las preferencias de la Oficina para la financiación del programa o aspectos de los programas de atención de salud que se vinculan con su culminación exitosa. Las directivas del Programa de Centro de Salud adjuntas substituyen a todas las anteriores que fueron emitidas para los Centros de Salud Comunitaria, los Centros de Salud para Trabajadores Migratorios, los Programas de Atención de Salud de los Desamparados, y los Centros de Salud de Viviendas Públicas

Si tiene preguntas acerca de las directivas de Programa de Centro de Salud, por favor no dude en comunicarse con el oficial que supervisa su proyecto en la oficina de campo de HRSA que lo atiende.

Marilyn Hughes Gaston, M.D.  
Assistant Surgeon General  
Associate Administrator

Anexos

**AVISO DE INFORMACIÓN DE POLÍTICA DE BPHC: 98-23S**

**FECHA: 17 de Agosto de 1998**

**DIRECTIVAS DEL PROGRAMA**

**CENTROS DE ATENCION DE SALUD**

**La Misión de la Oficina**

**de Atención Primaria de Salud (en inglés, BPHC)**

**es aumentar el acceso a la atención integral primaria y preventiva de salud.**



## ÍNDICE

<b>Directivas de Programa .....</b>	<b>2</b>
<b>VISIÓN PANORÁMICA.....</b>	<b>1</b>
<b>I. MISIÓN Y ESTRATEGIA .....</b>	<b>4</b>
<b>A. DIRECTIVA .....</b>	<b>4</b>
<b>B. EXPLICACIÓN .....</b>	<b>4</b>
1. Poblaciones Subatendidas.....	4
2. Competencia Cultural.....	5
3. Posicionamiento Estratégico.....	6
4. Evaluación de las Necesidades .....	8
5. Mediciones continuas de desempeño y de mejoramiento de la calidad. ....	11
<b>II. PROGRAMA CLÍNICO.....</b>	<b>13</b>
<b>A. DIRECTIVA .....</b>	<b>13</b>
<b>B. EXPLICACIÓN .....</b>	<b>13</b>
1. Sistema de atención .....	13
2. Modalidades de prestación de servicios .....	17
3. Contratación de servicios de salud.....	18
4. Planificación de la atención de salud.....	19
5. El personal clínico.....	19
6. Declaración de Derechos y Obligaciones del Consumidor .....	23
7. Sistemas y procedimientos clínicos.....	24
<b>III. GOBIERNO .....</b>	<b>26</b>
<b>A. DIRECTIVA .....</b>	<b>26</b>
<b>B. EXPLICACIÓN .....</b>	<b>26</b>
1. Síntesis de los mandatos .....	26
2. Composición de la mesa directiva .....	27
3. Funciones y responsabilidades de la mesa directiva .....	30
4. Excepciones .....	33
5. Red de beneficiarios .....	35
6. Filiales .....	35
<b>IV. ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS .....</b>	<b>36</b>

<b>A. DIRECTIVA .....</b>	<b>36</b>
<b>B. EXPLICACIÓN .....</b>	<b>36</b>
1. Personal y estructura administrativos .....	36
2. El papel que desempeña la administración en la planificación y el posicionamiento estratégico.....	39
3. Contratos de Atención Gerenciada .....	39
4. Sistemas administrativos .....	40
5. Sistema de Finanzas.....	43
6. Instalaciones .....	47

DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S



## **VISIÓN PANORÁMICA**

Este documento detalla y explica las directivas de programa que la Oficina de Atención Primaria de Salud (BPHC, siglas en inglés) dicta para las entidades que financia en concordancia a la sección 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública, modificada por la Ley de Consolidación de los ~~Centros de Salud de 1996. Estas directivas se aplican a todos los centros de salud autorizados para~~ recibir subsidios bajo a la sección 330. Dichas directivas son pertinentes a las siguientes entidades:

- ◆ Centros de salud comunitaria que prestan atención a los diversos sectores de la población que están subatendidos- sección 330(e);
- ◆ Centros que prestan servicios a los trabajadores agrícolas migratorios y temporarios, y a sus familias – sección 330(g);
- ◆ Centros que brindan servicios a las personas desamparadas, incluyendo a los niños de la calle – sección 330(h);
- ◆ Centros que ofrecen atención a los residentes de viviendas públicas – sección 330(i);
- ◆ Centros de salud establecidos en las escuelas, financiados a través del Programa Escuelas Sanas, Comunidades Sanas (“Healthy Schools, Healthy Communities Program”);
- ◆ Centros similares a los de salud reconocidos a nivel nacional (FQHC, siglas en inglés), que por definición tienen que satisfacer los requerimientos de los centros de salud con arreglo a la sección 330. Por lo tanto, se rigen por dichas directivas, de la misma manera que los centros de salud, y están sujetos a cualquier exención que haya sido otorgada por el Secretario del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, siglas en inglés).
- ◆ Los Programas de Certificados para Trabajadores Migratorios no están cubiertos por las directivas.

**Las directivas de programa** utilizan el término **Centro de Salud** para referirse a los distintos tipos de organizaciones y programas cubiertos por las diferentes sub-secciones de la sección 330. **Centro de Salud** incluye a las organizaciones financiadas para prestar servicios a los trabajadores agrícolas migratorios y temporarios; a los desamparados; y a los residentes de viviendas públicas. Las directivas subrayan las similitudes que existen entre los centros de salud, al mismo tiempo que reconocen sus diferencias.

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

No existe un centro de salud “modelo.” Todos los centros de salud comparten muchos atributos. Estos atributos comprenden:

- ◆ La misión de brindar, contando con recursos limitados, servicios de atención primaria y preventiva de salud a poblaciones subatendidas;
- ◆ La necesidad de mantener un liderazgo, finanzas e infraestructura sólidos para adaptarse y enfrentar a los desafíos que presenta el medio cambiante de atención de salud; y
- ◆ a prestación de servicios clínicos de alta calidad que tengan una repercusión demostrada en los resultados de salud.

Los centros de salud han sido un componente crítico del sistema que protegió la atención de salud en nuestro país por más de 30 años y seguirán siendo esenciales en el futuro próximo. Las directivas del programa tienen como objetivo garantizar que los centros de salud no solamente sobrevivan, sino que también florezcan al ingresar al siglo veintiuno.

**Las directivas del programa** reconocen que los centros de salud prestan servicios a poblaciones cultural y lingüísticamente diversas. Algunos centros de salud reciben financiación con el objetivo específico de prestar servicios a un sector definido de las poblaciones subatendidas. Ejemplos de poblaciones subatendidas son: los desamparados, los trabajadores agrícolas migratorios y temporarios y los residentes de viviendas públicas. La directiva establece que todos los centros de salud tienen que prestar servicios que sean cultural y lingüísticamente apropiados para las distintas poblaciones que atienden. Los centros de salud que reciben fondos para atender a un sector definido de la población, tienen que reunir requerimientos adicionales. Estos requerimientos están identificados en las **directivas**.

**Las directivas del programa** responden a los requerimientos de ley<sup>1</sup> y al reglamento,<sup>2</sup> tanto

---

<sup>1</sup> La Sección 330 de la Ley de Servicios de Salud Pública (PHS), modificada por la Ley Pública 104-299, la Ley de Consolidación de Centros de Salud de 1996.

<sup>2</sup> 42 CFR, Parte 51c y 42 CFR Parte 56. Estos reglamentos se aplican solamente a los centros de salud financiados con arreglo a las secciones 330(e) y 330(g) de la Ley de Salud Pública, respectivamente. Si bien es cierto que los programas de centro de salud financiados para atender a las personas desamparadas o a los residentes de viviendas públicas, no están sujetos a estos reglamentos, estos programas podrían aprovechar estos reglamentos para que les sirvan de orientación. Cuando las nuevas disposiciones de la Ley de Consolidación de los Centros de Salud de 1996 entren en

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

como a las políticas de BPHC. En general, las directivas que se fundamentan en la ley y en el reglamento, están indicadas en este documento con la palabra “tiene.” Los Centros tienen que cumplir con estas directivas para poder tener derecho a recibir fondos.

Las directivas que reflejan las prioridades y las preferencias de BPHC para financiar un programa o elementos que están vinculados con programas de provecho están indicadas por las palabras “debe,” o expresiones similares. Cuando evaluamos las solicitudes nuevas de financiación o la renovación de las anteriores, se tomará en consideración el nivel del cumplimiento del solicitante con las directivas indicadas con “debe.” Lo que es todavía más importante, es que las directivas reflejan aspectos que contribuyen al éxito de los programas de centro de salud.

**Las directivas de programa** brindan las bases para otros procesos y documentos de BPHC. Estos comprenden: las instrucciones para integrar la solicitud de fondos, el criterio de evaluación del subsidio, y el análisis de programa, incluyendo el Examen de Eficacia de Atención Primaria (PCER, siglas en inglés.)

De vez en cuando, BPHC publica Avisos de Información de Política (en inglés, PIN) y Cartas de Asistencia a los Programas (en inglés, PAL). Estos brindan más información y orientación sobre ciertos temas que se tratan en las directivas. Estas directivas pueden ser complementadas en los casos de tipos de centros de salud cuyos estilos singulares de organización o de operación exigen que las directivas se adapten a su accionar. Un centro de salud establecido en las escuelas es un buen ejemplo de un centro que utiliza un estilo singular de operación.

**Las Directivas de Programa** se dividen en cuatro secciones:

**La Primera Sección. “Misión y Estrategia”** responde a las tres necesidades paralelas de: adaptarse a las tendencias de atención de salud; permanecer viable desde el punto de vista financiero; y cumplir con la misión fundamental del centro de salud de proveer servicios de atención primaria y preventiva para mejorar el nivel de la salud de las poblaciones subatendidas.

**La Segunda Sección. “El Programa Clínico”** destaca los servicios, el personal y los sistemas que contribuyen a la prestación de servicios de atención de salud de alta calidad.

**La Tercera Sección. “Gobernación”** resume la estructura, composición y responsabilidades de las entidades que rigen al centro de salud.

**La Cuarta Sección. “Administración y Finanzas”** describe el equipo, los sistemas y la infraestructura de gestión que conducen y apoyan al centro de salud en el cumplimiento de su misión.

---

conflicto con requerimientos específicos de los reglamentos, se aplicarán las disposiciones de la Ley.

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

Debido a que todos estos elementos funcionan en conjunto para beneficio del centro de salud, se deben examinar las **Directivas de Programa** en su totalidad. Para comodidad del lector, tenemos a continuación un índice para ayudarlo a hallar la sección que busque.

## **I. MISIÓN Y DEBERES**

Para cumplir con su misión de mejorar el nivel de la salud de las poblaciones subatendidas, los centros de salud tienen que seguir existiendo y prosperando dentro de un marco de reformas a la atención de salud, cambios en el mercado y adelantos en la atención clínica. Para sobrevivir y prosperar en un ambiente complejo y que cambia rápidamente, es preciso que los centros de salud hagan lo siguiente:

- ◆ evaluar las necesidades de las poblaciones subatendidas;
- ◆ diseñar programas y servicios que sean cultural y lingüísticamente apropiados para ellas;
- ◆ medir la eficacia y la calidad de sus servicios;
- ◆ hacer que sus programas evolucionen en forma continua para lograr el mayor impacto;
- ◆ operar lo más eficientemente que sea posible;
- ◆ colaborar con otras organizaciones; y
- ◆ mantener la integridad de los centros de salud como entidades financiadas federalmente, mediante el cumplimiento constante de su misión y el respeto a las leyes, reglamentos y directivas de aplicación.

## **B. EXPLICACIÓN**

### **1. Poblaciones Subatendidas**

Los centros de salud con fondos del gobierno Federal brindan servicios de atención de salud a las poblaciones subatendidas. El término *poblaciones subatendidas* se refiere a todas las personas que sufren limitaciones en el acceso a los servicios, por ejemplo:

- ◆ dificultades para pagar los servicios;
- ◆ diferencias lingüísticas o culturales; o
- ◆ la insuficiencia de profesionales de salud y de recursos disponibles en la comunidad.

Las poblaciones subatendidas también incluyen a las personas que enfrentan desigualdades en su condición de salud. Algunos centros de salud se dedican a ofrecer servicios a poblaciones específicas, como son los desamparados, los trabajadores agrícolas migratorios y temporarios, los residentes de viviendas públicas, o niños en

edad escolar que viven en condiciones de riesgo.

La mayoría de los centros de salud sirven a sectores múltiples de la población en sus comunidades. El centro de salud evalúa las necesidades, recursos y prioridades de la comunidad para definir a qué grupos específicos de la población va a atender.

Para muchos centros de salud, la necesidad de los servicios excede con mucho de los recursos disponibles. Los centros de salud se enfrentan con decisiones sumamente difíciles al definir a qué grupos de población subatendida servir. También tienen que seleccionar los servicios que van a brindar. Un proceso de planificación racional e inclusivo sirve de marco a las decisiones que cada centro debe adoptar.

## **2. Competencia Cultural**

Los centros de salud sirven a comunidades que pertenecen a distintos grupos lingüísticos y culturales. Muchos de los centros atienden a múltiples grupos culturales dentro de un solo centro. A pesar de que se considera que los elementos raciales y étnicos son los dominantes de una cultura, los centros deben aceptar una definición más amplia. Una definición de cultura que se extiende más allá de lo racial y lo étnico, también incluye:

- ◆ idioma,
- ◆ sexo,
- ◆ nivel socioeconómico,
- ◆ orientación sexual,
- ◆ capacidad física y mental,
- ◆ edad,
- ◆ religión,
- ◆ condición de vivienda y
- ◆ diferencias regionales

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

Las prácticas, actitudes, reglas de conducta organizativa, y políticas en todas las funciones del centro de salud tienen que respetar y responder a la diversidad cultural de las comunidades y de los clientes que atiende. Los centros de salud deben crear sistemas que garanticen la participación de las diversas culturas en su comunidad. Es importante enfatizar la necesidad de la participación de personas con capacidad limitada de hablar inglés en los programas que ofrece el centro de salud. Los centros de salud también necesitan contratar personal cultural y lingüísticamente apropiado.

### **3. Posicionamiento Estratégico**

La manera en que la atención a la salud se financia y presta está atravesando cambios importantes en todo el país. Los centros de salud necesitan comprender su mercado de atención, y poseer la disposición y la capacidad para adaptarse y redefinir su posición para sobrevivir en un mercado que está en proceso de cambio. Es necesario considerar lo que ocurre más allá de la zona de servicio del centro de salud para comprender el mercado de atención de salud. Los centros tienen que ver lo que está ocurriendo con los participantes más importantes dentro del mercado en general. Necesitan luego identificar los nuevos retos y oportunidades que presenta dicho mercado.

#### **a. Planificación**

Para tener éxito, los centros de salud tienen que emprender un proceso continuo y activo de planificación. Esto comprende una planificación a largo plazo y la planificación operativa anual. La planificación estratégica debe establecer metas estratégicas a largo plazo. La planificación operativa anual se concentra en los objetivos a corto plazo dentro del contexto del plan estratégico.

La planificación debe basarse en la recopilación y análisis de datos, tanto como en las contribuciones de diversos interesados, tales como:

- ◆ los miembros de la Mesa Directiva del centro de salud;
- ◆ el personal a todos los niveles;
- ◆ los miembros de la comunidad;
- ◆ los clientes, y
- ◆ las organizaciones involucradas en la provisión o el pago de servicios de atención de salud en el mercado.

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

Los beneficiarios de los fondos para proveer servicios a los residentes de viviendas públicas tienen que consultar con ellos como parte de los procesos de planificación y de solicitud de fondos.

La planificación debe incluir la evaluación constante; la información y la capacidad de adaptación al cambio ambiental, operativo, o clínico. Los planes deben describir los objetivos y prioridades del centro de salud lo suficiente para orientar a los miembros de la organización en la toma de decisiones estratégicas y operativas. Al mismo tiempo, los planificadores deben permanecer flexibles, y dar margen para las respuestas a las nuevas oportunidades y presiones que se presenten.

### ***b. Colaboración y Asociación***

Los centros de salud tienen que colaborar en la forma debida con otros proveedores de servicios de atención de salud y de servicios sociales en su zona. Esta colaboración es crítica para garantizar el uso eficaz de los recursos limitados de los que dispone el centro de salud. La colaboración también es crucial para brindar una variedad de servicios integrales a los clientes y en el acceso a la ayuda y al apoyo básico (vivienda, alimentos, y puestos de trabajo, por ejemplo). En muchos casos, los centros de salud pueden considerar oportunidades de vinculación más formales, tales como relaciones contractuales, ciertos tipos de empresas mixtas o fusiones. Las asociaciones son altamente deseables cuando resultan en sistemas integrados de atención, que fortalecen el esquema de protección para clientes subatendidos.

Los centros de salud pueden unirse con otras organizaciones, tales como otros centros de salud, hospitales, grupos de profesionales especializados y proveedores de servicios sociales, para formar un sistema integrado de prestación. Un sistema integrado puede formarse mediante relaciones contractuales o acuerdos de cooperación. En estas situaciones, cada una de las partes en la asociación retiene su autonomía e integridad organizativa. Las mesas directivas de los centros de salud siguen cumpliendo con las directivas de programa de BPHC. En otras situaciones, puede formarse una nueva organización.

Se estimula la colaboración de los centros de salud con otras entidades. Sin embargo, los centros tienen que garantizar la protección de las leyes, reglamentos y directivas sobre la selección de los miembros de la Mesa Directiva, su composición, funciones, y responsabilidades. Esta protección es esencial si se desea que el centro de salud siga teniendo derecho a recibir apoyo Federal. El sistema de servicios tiene que

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

contribuir a los objetivos deseados de disponibilidad, accesibilidad, calidad, integridad y coordinación.

### **c. *Efectividad en términos del costo y tarifas competitivas***

Muchas de las decisiones en el terreno de atención de salud son motivadas por consideraciones económicas. Es imperativo que los centros de salud traten de ser competitivos en el mercado. Todos los centros tienen que operar de la manera más eficiente que sea posible. Tienen que comprender los costos de los servicios que proveen y hacerlos parejos con los de los otros proveedores de servicios comparables en su mercado. Los centros de salud deben poder documentar el valor (el costo y la calidad) de los servicios que brindan. También tienen que demostrar la repercusión que tienen sus servicios sobre la salud y el bienestar de las comunidades que ellos atienden.

En el proceso de aumentar su eficacia en términos de los costos, se espera que los centros de salud evalúen sus sistemas de gestión y de prestación de servicios. La evaluación permite que los centros aumenten su eficacia y que mantengan su operación en un mercado competitivo y consciente de los costos. Los centros de salud precisan administrar los servicios de atención a sus pacientes de acuerdo con sus planes de control de riesgo de atención gerenciada. También deben vigilar su nivel de riesgo económico en relación con las provisiones contractuales de la atención gerenciada.

## **4. Evaluación de las Necesidades**

### **a. *Comprender las necesidades y los recursos comunitarios***

Trazar una estrategia exige un conocimiento profundo de la comunidad y de los grupos de población a los que el centro de salud intenta servir. Para usar los recursos limitados en forma eficiente, es necesario comprender las necesidades de atención de salud de la comunidad meta y entender cuáles son los recursos disponibles para satisfacer dichas necesidades. Las necesidades y los recursos disponibles deben ser monitoreados en forma continua. Se los debe analizar periódicamente en una forma integral, o cuando los cambios ambientales imponen una reevaluación. A pesar de que no existe una receta para llevar a cabo una evaluación de necesidades, cada programa debe poder describir lo siguiente:

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

- ◆ la zona geográfica y los grupos de población que constituyen su objetivo principal de prestación de servicios;
- ◆ las características de esta población: su edad, sexo, nivel socioeconómico, condición de seguro de salud, cultura e identificación étnica, idioma y condición de salud;
- ◆ cuáles son sus condiciones de vivienda, y sus patrones de uso de atención de salud;
- ◆ las percepciones que la población identificada tiene sobre sus propias necesidades de atención a la salud y sobre las limitaciones que enfrentan al procurar acceso a los servicios que necesitan;
- ◆ otros proveedores de servicios sociales y de salud que son accesibles a la población; y
- ◆ la carencia de servicios que el centro de salud propone satisfacer.

### ***b. Descripción de los usuarios actuales y potenciales de los servicios***

Todas las evaluaciones de necesidades deben examinar a las personas que usan los servicios actualmente, así como también dentro de la población identificada a los que no usan los servicios que necesitan. Para que los centros de salud puedan documentar sus logros en el cumplimiento de los objetivos de atención fijados, deben describir a sus clientes actuales en términos demográficos, patrones de uso y su estado de salud. Al mismo tiempo, no deben perder de vista a los miembros de la población identificada que no usan los servicios que necesitan. A veces, estas son las personas que tienen más necesidades de atención y precisan más extensión comunitaria para que acepten la atención.

**c. Poblaciones Especiales**

Todos los centros de salud atienden a poblaciones diversas y tienen que comprender las diferentes necesidades que tienen estas poblaciones. Algunos centros de salud reciben fondos Federales destinados a atender poblaciones mal atendidas desde el punto de vista médico, incluyendo a los desamparados, trabajadores agrícolas migratorios y temporarios y a sus familias, a niños en edad escolar que viven en condiciones de riesgo, o a residentes de viviendas públicas. Los centros de salud que reciben fondos Federales para personas desamparadas, pueden utilizar estos fondos para prestarles servicios por un lapso de 12 meses después de que dichas personas hayan obtenido vivienda fija.

Los programas que reciben fondos Federales para atender a poblaciones especiales tienen que evaluar específicamente las necesidades que estas tienen y los recursos disponibles para responder a dichas necesidades. Los fondos de subsidios Federales no pueden ser utilizados para sustituir a otros fondos o contribuciones en especie provenientes de fuentes Estatales o locales para los centros que sirven a las personas desamparadas o a los residentes de viviendas públicas.

Los centros de salud también sirven a poblaciones que tienen ciertas necesidades de atención, debido a condiciones médicas tales como el VIH, el embarazo, la salud mental, o el abuso de sustancias. Todos los centros tienen que poder proveer o facilitar la provisión de una serie completa de servicios de atención primaria. Los centros de salud que sirven a grandes números de personas con una necesidad específica de atención de salud deben:

- ◆ Evaluar las necesidades específicas de atención que tienen;
- ◆ Fijar objetivos de atención e identificar criterios para analizar los resultados;

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

- ◆ Proveer los servicios necesarios o facilitar el acceso a estos servicios.

### **5. Mediciones continuas de desempeño y de mejoramiento de la calidad**

En la actividad de atención de salud, estas mediciones son elementos críticos para lograr un alto nivel de excelencia. En este sector se utilizan estos datos para:

- ◆ darle más cuenta de sus actos al público
- ◆ respaldar la mejora de calidad;
- ◆ facilitar y apoyar las decisiones clínicas;
- ◆ vigilar la condición de salud de la población;
- ◆ habilitar a los pacientes y sus familias para poder tomar decisiones educadas sobre los servicios de atención de salud; y
- ◆ demostrar la erradicación de gastos excesivos.

De la misma manera, tanto el gobierno Federal como los Estatales exigen que los programas documenten su rendimiento y mejoras como condición de apoyo continuo. Todos los centros de salud tienen que tener un sistema de mejora de calidad que incluya tanto a los servicios clínicos como a la administración.

La calidad depende del compromiso que el centro de salud tenga para con su comunidad y de su dedicación a la mejora de calidad. La calidad de los servicios del centro requiere que el liderazgo clínico y administrativo sea eficiente y que se establezcan sistemas clínicos y administrativos que funcionen. La organización debe apoyar y establecer un centro responsable del programa de mejora de calidad, por ejemplo un comité interdisciplinario de mejora de calidad. El personal clínico y administrativo y la mesa directiva deben recibir información sobre las actividades de mejora de calidad y sus resultados.

Los sistemas de mejora de calidad del centro de salud deben examinar tópicos como los siguientes:

- ◆ el acceso a los servicios y la satisfacción del paciente;
- ◆ la calidad de la atención clínica;

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

- ◆ la calidad de la fuerza laboral y el ambiente de trabajo
- ◆ el costo y la productividad; y
- ◆ los resultados que se ven en el Estado de salud de la población.

Además, los sistemas de mejora de calidad deben tener la capacidad de medir el desempeño, utilizando medidas y métodos científicos reconocidos.

Se insta a los centros a que establezcan normas de desempeño en consulta con otros centros que atienden a poblaciones similares. Al analizar la información de desempeño, los centros de salud deben cotejar sus resultados con los obtenidos por proveedores comparables a nivel Estatal y nacional. También deben fijarse objetivos realistas de mejora. La reevaluación periódica permite que los centros de salud midan el avance logrado hacia las metas de mejora y que respondan a los adelantos o cambios en la atención clínica.

La administración de la utilización de servicios es un medio efectivo de prestar servicios apropiados, al mismo tiempo que se les otorga un mayor valor. Las formas útiles de documentar el progreso consisten en realizar estudios de mejora de calidad que traten acerca de la administración del uso de los servicios apropiados tanto especializados, como de farmacia, hospitalarios, y otros servicios auxiliares.

## II. PROGRAMA CLÍNICO

### A. DIRECTIVA

El objetivo final de los programas de centro de salud es mejorar el estado de salud de las poblaciones subatendidas. Los centros de salud tienen que contar con un sistema que garantice el acceso a los servicios de atención primaria y preventiva. También tiene que facilitar el acceso a los servicios integrales de salud y sociales. Estos servicios tienen que estar atentos a las necesidades y a la cultura de la comunidad o de las poblaciones que atienden. La calidad de los servicios de los centros de salud es de la mayor importancia. Dichos centros tienen que contar con sistemas y procedimientos de dirección clínica y administrativa eficaces para orientar la prestación de servicios. También tienen que contar con programas en curso de mejora de calidad para garantizar que su accionar mejora en forma continua.

### B. EXPLICACIÓN

#### 1. Sistema de atención

##### a. Servicios obligatorios

Los centros de salud tienen que brindar los servicios obligatorios de atención de salud tal como se describe en los reglamentos y estatutos. Todos los programas de centro de salud tienen que prestar servicios de salud básicos, directamente o mediante el uso de contratos o acuerdos de cooperación. Los servicios básicos de salud comprenden:

- ◆ atención primaria;
- ◆ servicios de laboratorio para diagnóstico y de radiología.
- ◆ servicios preventivos que incluyen la atención prenatal y perinatal.
- ◆ detección del cáncer y de otras enfermedades;
- ◆ servicios de atención del niño sano;
- ◆ inmunizaciones contra enfermedades que se pueden prevenir con la vacunación;
- ◆ detección de niveles elevados de plomo en la sangre, del colesterol, y de enfermedades transmisibles.
- ◆ selección dental, auditiva y visual de los niños;
- ◆ servicios de planificación familiar y de prevención dental;

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

- ◆ servicios de emergencia médica y dental;
- ◆ servicios farmacéuticos que sean apropiados para el centro en particular.

Todos los centros de salud también tienen que prestar los servicios que sirvan para garantizar el acceso a estos servicios básicos de salud.

Dichos servicios tienen que facilitar el acceso a los servicios de salud integral y sociales. Específicamente, los centros de salud tienen que brindar:

- ◆ servicios de gestión de casos;
- ◆ asistencia para que los pacientes del centro obtengan el apoyo económico necesario para los servicios de salud y sociales;
- ◆ derivación a otros proveedores de servicios médicos y afines a la salud, incluyendo los servicios de salud mental y de abuso de sustancias;
- ◆ servicios que permitan a los pacientes el acceso a los servicios del centro de salud, tales como extensión comunitaria, interpretación y transporte; y
- ◆ educación a los pacientes y a la comunidad sobre la disponibilidad y el uso apropiado de los servicios de salud.

Los programas que reciben fondos para atender a las personas y a las familias desamparadas también tienen que ofrecer servicios de abuso de sustancias. Estos servicios incluyen el tratamiento del abuso del alcohol y/o de las drogas y pueden utilizar una variedad de modalidades de tratamiento, como por ejemplo:

- ◆ desintoxicación social, y no hospitalaria;
- ◆ tratamiento residencial no hospitalario y gestión de caso; y
- ◆ apoyo de asesoramiento comunitario.

Aunque estas obligaciones de servicio son específicas de los programas que reciben financiación para esta población especial, se recomienda que todos los centros de salud garanticen el acceso a estos servicios a todos sus pacientes.

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

Los servicios obligatorios pueden ser brindados por el personal del centro o mediante acuerdos establecidos con otras personas u organizaciones. Cuando el personal del centro no provea directamente un servicio que es obligatorio, se deben redactar acuerdos escritos definiendo cómo se van a brindar estos servicios.

### **b. Otros servicios**

Puede que otros servicios sean críticos para mejorar el nivel de salud de una cierta comunidad o parte de la población. Por ejemplo, los centros de salud que atienden a los trabajadores agrícolas migratorios y temporales, deben brindar programas que reduzcan sus riesgos ocupacionales y ambientales. Los centros para trabajadores migratorios deben conocer las “Normas para Proteger a los Trabajadores” de la Agencia de Protección al Medio Ambiente, y otros reglamentos que rigen la seguridad relativa al uso de pesticidas. Un programa que atienda a las personas desamparadas puede decidir que los servicios de salud mental son fundamentales para la eficaz prestación de servicios de atención primaria.

Los centros de salud deben brindar otros servicios aparte de los obligatorios sobre la base de:

- ◆ las necesidades y prioridades de la comunidad;
- ◆ la disponibilidad de otros recursos para responder a estas necesidades; y los recursos del centro de salud.

### **c. La hospitalización y la continuidad de la atención**

El punto focal de los centros de servicio de salud se encuentra en la atención primaria y preventiva. Sin embargo, todos ellos deben:

- ◆ Evaluar todas las necesidades de atención de salud que tienen las poblaciones a las que quieren servir;
- ◆ Crear un sistema de atención integral, incorporando los servicios sociales y de salud que sean apropiados; y
- ◆ Gestionar la atención que sus pacientes reciben a través de este sistema.

Todos los centros de salud tienen que tener acuerdos vigentes con un hospital o con varios de ellos para poder derivarles sus pacientes. El personal clínico del centro de salud debe obtener derechos de internación en ellos y ser miembros

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

del personal de estos hospitales. Esto permite que el mismo personal clínico pueda continuar atendiendo a los pacientes que necesitan ser hospitalizados. Cuando ello no es posible, el centro de salud tiene que tener acuerdos firmemente establecidos para la hospitalización, planificación de altas y seguimiento de los pacientes.

El centro de salud debe garantizar que haya atención médica especializada, servicios de diagnóstico y terapéuticos de calidad a disposición de los pacientes mediante un sistema de acuerdos organizados de derivación a estos servicios. La eficacia de estos acuerdos depende del intercambio puntual de información sobre el paciente entre los especialistas y el personal clínico del centro. Los centros de salud deben considerar formar parte de o asociarse con sistemas integrados de prestación para ganar mayor acceso a servicios hospitalarios y a otros servicios para sus pacientes.

### **d. Atención fuera de horario**

La atención integral y continua comprende la atención de los pacientes durante las horas cuando el centro de salud está cerrado. Aunque los acuerdos específicos para garantizar la atención a los pacientes fuera de hora varían de acuerdo con la comunidad. Todos los centros de salud deben establecer mecanismos sólidos para que los pacientes reciban servicios fuera de hora. Cuando sea posible, la cobertura debe incluir al personal clínico del centro. También puede incluir a otros personal clínico de la comunidad. Como mínimo el sistema de cobertura debe:

- ◆ garantizar el acceso telefónico al personal clínico de turno;
- ◆ contar con mecanismos establecidos para que los pacientes que necesitan atención puedan ser atendidos en una ubicación apropiada; y
- ◆ asegurar que el personal clínico del centro tenga la oportunidad de ver nuevamente a los pacientes que han sido atendidos fuera de hora en un momento oportuno para continuar la atención.
- ◆ Los centros de salud deben tomar en cuenta las necesidades lingüísticas de sus pacientes cuando diseñen estos sistemas de cobertura fuera de hora.

## **2. Modalidades de prestación de servicios**

Los centros de salud atienden a diversas poblaciones, tienen distintos niveles de recursos y diversas dinámicas de mercado. Esta diversidad ha generado una amplia gama de modalidades de prestación de servicios. Los centros de salud también tienen una variedad de características distintas. Estas características incluyen:

- ◆ La ubicación y el horario de servicios;
- ◆ La combinación de los servicios que ofrecen; y
- ◆ El tipo de personal que presta estos servicios.

**Ubicación:** Los centros de salud tienen que brindar servicios en ubicaciones y en horarios que garanticen que los servicios sean accesibles a las comunidades que atienden. Las mesas directivas de los centros de salud son responsables de decidir en qué lugares y horarios se ofrecerán los servicios. Muchos de los centros operan principalmente en lugares fijos y otros ofrecen servicios en ubicaciones que van desde los albergues para desamparados a los campamentos para trabajadores agrícolas migratorios, a los locales de viviendas públicas, o las escuelas. Algunos usan camionetas para llevar los servicios específicos a vastos sectores de la población, o llegar hasta los que tienen un estilo de vida errante. Muchos ofrecen servicios en varias ubicaciones a la vez, incluyendo en lugares externos. Los programas que atienden a los desamparados o a las personas errantes, llevan a cabo actividades de extensión comunitaria amplias para ofrecer sus servicios dondequiera que se encuentren los pacientes.

**Horarios:** El horario de atención del centro de salud debe facilitar el acceso a los servicios. Deben incluir las primeras horas de la mañana, el atardecer, y/o durante los fines de semana. Los centros también deben prever el acceso a la atención necesaria cuando el centro de salud está cerrado.

**Combinación de servicios:** Los factores demográficos, epidemiológicos, de recursos y del mercado influyen en la combinación de servicios específicos que ofrecen los centros de salud. Por ejemplo, los centros que atienden a una población compuesta principalmente por mujeres en edad reproductiva y niños pequeños, ofrecerán servicios apropiados para estos sectores de la población. En contraste, los centros de salud que atienden principalmente a hombres adultos centrarán sus servicios en las necesidades de esa población. Las comunidades que registran una elevada incidencia de ciertos problemas de salud (como la

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

tuberculosis, el VIH, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades mentales, o el abuso de sustancias) deben diseñar la combinación de servicios que mejor responda a estas necesidades.

***Tipos de proveedores de servicios:*** Los tipos de proveedores de servicios usados por los centros de salud dependerán de la combinación de servicios que ofrezca el centro. Muchos centros de salud hacen uso de los equipos interdisciplinarios de proveedores. Los centros deben utilizar las diversas disciplinas y niveles de proveedores que resulten apropiados. Los médicos, asistentes médicos, enfermeras especializadas y enfermeras parteras, tanto como el personal capacitado para proveer servicios de salud mental, asistencia social, y de abuso de sustancias, todos ellos pueden ser parte del equipo de proveedores. Los programas también pueden seleccionar a los miembros del personal que sean integrantes de la comunidad para brindar servicios de educación y de extensión comunitaria.

### **3. Contratación de servicios de salud**

Los centros de salud pueden tener contratos u otros tipos de convenios para garantizar que los pacientes del centro puedan recibir servicios que este no brinda directamente. El convenio de prestación de servicio tiene que contribuir a los productos deseados de disponibilidad, accesibilidad, calidad, integridad y coordinación.

Los convenios de la organización beneficiaria para proveer servicios mediante un sub-contratista deben ser por escrito, y establecer claramente:

- ◆ el lapso de vigencia del acuerdo;
- ◆ los servicios específicos que cubre;
- ◆ bajo qué condiciones especiales se van a proveer los servicios;
- ◆ los plazos y mecanismos de cobro y de pago;
- ◆ las credenciales profesionales de los proveedores de servicios contratados;
- ◆ hasta qué punto están sujetos los servicios contratados y/o los

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

proveedores a las normas de orientación y reglas de mejora de calidad y manejo del riesgo del centro; y

- ◆ Qué tipo de información se precisa y en qué forma debe transmitirse.

### **4. Planificación de la atención de salud**

Los centros de salud tienen que garantizar que los recursos humanos y económicos se utilicen de la manera más efectiva y eficaz posible para mejorar el estado de la salud de la comunidad y para responder a las necesidades identificadas en la comunidad. Por lo tanto, cada centro de salud debe fijar metas y objetivos de atención de salud como parte de su proceso de planificación. Dichas metas y objetivos deben responder a las necesidades de atención de salud de mayor prioridad de la comunidad a la que atiende. Estas deben tener en cuenta tanto el papel que desempeña el centro en el sistema de atención de salud de la comunidad, y las medidas específicas que el centro debe adoptar a favor de sus pacientes y de la comunidad.

Los objetivos y los pasos a seguir deben ser específicos, razonables, evaluables, y asequibles. Cuando sea posible, la colaboración y asociación con otras agencias y proveedores deben ser utilizadas para lograr las metas de mejorar la atención de salud.

### **5. El personal clínico**

La composición y estructura del personal clínico del centro de salud son fundamentales para que el centro de salud tenga la capacidad de brindar atención de alta calidad y para que pueda garantizar la continuidad de atención a sus pacientes. Se espera que, mediante el reclutamiento y la retención activos, todos los centros puedan mantener un núcleo básico de personal clínico de atención primaria con la capacitación y experiencia apropiada para responder a las necesidades identificadas en la comunidad, y a la cultura de sus miembros.

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

### *a. Liderazgo*

El liderazgo clínico firme es esencial para todos los centros de salud. Dichos centros deben tener un Director Clínico con capacitación e experiencia para ejercer el liderazgo y trabajar en estrecho contacto con los otros miembros del equipo administrativo del centro de salud. Normalmente, el Director Clínico es un médico, a pesar de que otros tipos de clínicos pueden también desempeñar este papel. Esto es cierto especialmente en programas muy pequeños, cuya planta se integra con personal no médico. En algunos mercados, un Director Clínico médico puede ser vital para que el centro de salud pueda tener una posición eficaz.

Los Directores Clínicos deben:

- ◆ Dirigir desde el punto de vista técnico y administrativo a todo el personal clínico del centro, incluyendo a los empleados, contratistas, y voluntarios;
- ◆ Trabajar como parte integral del equipo administrativo; y
- ◆ Establecer, fortalecer, y negociar las relaciones entre el centro de salud y demás personal clínico, organizaciones prestadoras y de pago de servicios en su mercado.

Es fundamental que el Director Clínico siempre represente los intereses del centro de salud, de sus pacientes, y de la comunidad que sirve. Por esta razón BPHC prefiere que el centro de salud contrate al Director Clínico directamente. Si esta persona no trabaja directamente para el centro, el Director del Centro debe retener la autoridad para contratar y despedir a esta persona.

### *b. Personal*

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

La estructura del personal clínico varían entre los centros de salud. Todos los contratos con el personal de planta deben contribuir a los resultados deseados de disponibilidad, accesibilidad, calidad, integridad y coordinación de los servicios para los pacientes del centro de salud. El personal médico debe contar con certificación de la Junta o haber recibido capacitación de residencia. El resto del personal clínico debe contar con las certificaciones y licencias necesarias de acuerdo con las leyes Estatales.

Es preferible que el centro de salud emplee directamente a su personal clínico de planta (o por lo menos a la mayoría de los proveedores del centro de salud). Si el personal de planta, no está empleado directamente por el centro, entonces el Director debe retener la autoridad para seleccionar y prescindir de las personas que provean servicios. Además, con la excepción de los centros más pequeños o de ciertos programas para poblaciones especiales, se espera que el personal de planta empleado trabaje para el centro de salud exclusivamente. Al personal de planta se le puede agregar, cuando sea necesario, con el empleo de personal contratado o de voluntarios.

- ◆ El reclutamiento y la retención de profesionales de salud altamente capacitados, establece la base para que el centro de salud prospere, y requiere un enfoque múltiple. Los sistemas y políticas del centro de salud deben apoyar al personal clínico con las herramientas y sistemas apropiados para brindar atención de calidad, incluyendo un alto nivel de satisfacción del paciente. Las estrategias clave para contar con un personal estable y productivo comprometido con la misión y el futuro del centro de salud, comprenden:
  - ◆ colaboración estrecha con la dirección;
  - ◆ trabajo interesante y gratificante;
  - ◆ compromiso de compartir información; y
  - ◆ participación garantizada en la adopción de decisiones.

Un salario y un esquema de beneficios justos apoya la retención del

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

personal a largo plazo y realiza la productividad y la calidad. Para maximizar el nivel de retención de profesionales productivos, de alta calidad y comprometidos, se debe explorar la posibilidad de ofrecer un plan de incentivos y de pensiones apropiado. Estos planes deben ser compatibles con los recursos económicos disponibles, y con la misión y la filosofía de gestión del centro de salud. Los mismos tienen que estar de acuerdo con las leyes Estatales y Federales.

### *c. Credenciales y Habilitaciones*

El centro de salud debe definir las normas para evaluar la capacitación, experiencia y competencia del personal clínico, para garantizar que su capacidad los acredite para poder atender en los hospitales y estar reconocidos por las entidades que pagan por los servicios. Para obtener las credenciales, se debe seguir el proceso formal, que incluye la solicitud de información de la Base de Datos Nacional de Profesionales y la verificación de las credenciales académicas y de las licencias. Los procesos de obtención de credenciales y reconocimiento debe satisfacer las normas de las agencias nacionales de acreditación tales como la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención de Salud (JCAHO, siglas en inglés) y la Asociación de Acreditación de Atención Ambulatoria de Salud, (AAAHC, siglas en inglés) así como los requisitos de cobertura con arreglo a la Ley Federal de Reclamos Ilícitos (FTCA, siglas en inglés). Las conclusiones a las que se haya llegado acerca de garantía de calidad deben considerarse en forma específica en el proceso continuo de mantener las credenciales del personal clínico.

### *d. Educación Profesional Continua*

La educación profesional continua (CPE, siglas en inglés) es crítica para brindar atención de calidad. Los centros de salud deben garantizar el acceso al CPE que mantenga la licencia del proveedor y sea pertinente a las necesidades de cada centro de salud, su personal, y la comunidad que atiende.

### *e. Asociación con programas educativos*

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

Se insta a los centros de salud para que, cuando sea apropiado, sean parte en los programas de capacitación clínica. Para que sean de provecho, el objetivo de dicha participación debe:

- ◆ contribuir a la misión y a los objetivos del centro de salud;
- ◆ satisfacer los objetivos educativos de los profesionales de la salud en proceso de capacitación; y
- ◆ mejorar el conocimiento de las necesidades de atención de salud de las poblaciones subatendidas.

Se insta a los centros de salud que adopten la decisión de ser parte en programas educativos para que procuren que se los compense por los costos de la capacitación que brinden.

### **6. Declaración de Derechos y Obligaciones del Consumidor**

El sistema de salud está en un estado de cambio continuo. Por lo tanto, los centros de salud necesitan reafirmar los derechos y obligaciones de las personas que usan los servicios de salud. Esto es especialmente necesario en el caso de poblaciones subatendidas y minoritarias. Los centros de salud deben implementar la Declaración de Derechos y Obligaciones del Consumidor para lograr los siguientes objetivos:

- ◆ fortalecer la confianza del consumidor en los centros de salud y en un sistema de atención a la salud que sea justo, responsable, y que responde a sus preocupaciones;
- ◆ alentar a los consumidores para que asuman un papel activo en mejorar su salud;
- ◆ fortalecer una relación sólida entre los pacientes y los profesionales de atención de salud; y
- ◆ reforzar el papel fundamental que desempeñan los consumidores en la protección de su propia salud.

Los centros de salud deben examinar la Declaración de Derechos y Obligaciones

del Consumidor establecida por la Comisión Asesora de Protección del Consumidor y Calidad en la Atención a la Salud. Después de revisarla, deben adoptar e implantar aquellos principios que son pertinentes a sus operaciones.

## **7. Sistemas y procedimientos clínicos**

### **a. Políticas y Procedimientos**

Los centros de salud deben tener políticas y procedimientos escritos, que traten de los siguientes elementos:

- ◆ horario de funcionamiento;
- ◆ sistema de derivación y seguimiento de los pacientes;
- ◆ uso de protocolos clínicos;
- ◆ procedimientos de gestión de riesgo;
- ◆ procedimientos para evaluar la satisfacción del paciente;
- ◆ declaración de los derechos del consumidor; y
- ◆ procedimientos para atender a las demandas de los pacientes.

Los protocolos clínicos del centro de salud deben reflejar las normas actuales establecidas por las agencias de salud o las organizaciones profesionales, tales como: la Agencia para la Investigación y la Política de Atención de Salud, la Asociación Americana de Obstetras y Ginecólogos, y el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización. Los centros de salud que están en procura de su acreditación deben asegurarse que sus políticas y procedimientos cubran todos los elementos que espera la agencia de acreditación.

### **b. Sistemas Clínicos**

El sistema de citas y de flujo de pacientes debe fomentar el acceso y la continuidad de atención y reducir el tiempo de espera, y el número de personas que no se presentan. El sistema de citas y de flujo de pacientes también debe prever la atención de los pacientes que llaman por teléfono o llegan sin cita previa y de las emergencias.

Se debe establecer que el expediente médico sea el núcleo del sistema

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

de información. La confidencialidad de los registros y de la información debe ser protegida a todos los niveles. El centro de salud debe utilizar un sistema de expedientes médicos que estimule la documentación completa y la calidad de atención tales como el Expediente Médico orientado a los Problemas, (POMR, siglas en inglés) y que utilice diagramas de flujo y formularios para registrar la información cuando es necesario.

Para un programa de calidad es esencial que haya un sistema clínico que incorpore la llamada de seguimiento para servicios preventivos rutinarios, y el control de las enfermedades crónicas. Además, el sistema debe permitir el rastreo de los pacientes que se derivan a especialistas o a otros servicios externos, a los que requieren radiografías, o servicios de laboratorio, o a los que están hospitalizados. El sistema de información clínica provee datos e información al programa de mejora de calidad del centro de salud.

### **III. GOBIERNO**

#### **A. DIRECTIVA**

---

El gobierno de y para la población a la que se sirve es un elemento esencial y distintivo del programa de centro de salud. Con la excepción indicada a continuación, los centros de salud tienen que contar con una entidad de gobierno, que asuma plenamente la autoridad y la responsabilidad de la supervisión del centro de salud. La mesa directiva tiene que tener un número de miembros, una composición, y un calendario de reuniones aceptables. La conceptualización y la planificación estratégica y la planificación son funciones esenciales de la mesa directiva del centro.

La mesa directiva se dedica a cumplir con la misión y los objetivos del centro y a poner en práctica su plan operativo. Desempeña su función jurídica y cumple con la responsabilidad de ejercer la dirección a nivel político y vigilar y evaluar el funcionamiento del centro de salud.

#### **B. EXPLICACIÓN**

##### **1. Síntesis de los mandatos**

La ley, los reglamentos y las políticas establecen los mandatos de gobierno de los centros de salud. Los requisitos establecidos por la ley se aplican a todos los centros. Los reglamentos que prevé la sección 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 51c y la sección 42, Parte 56 se aplican solamente a los centros de salud comunitaria y a los centros de atención de la salud de los trabajadores migratorios, respectivamente. Brindan una guía útil para los otros tipos de centros de salud.

La sección 330 establece que el centro de salud tiene un mecanismo de gobierno que:

- ◆ se compone de personas, de las cuales la mayoría se atienden en el centro y que, como grupo, representan a las personas que atiende el centro;
- ◆ se reúne por lo menos una vez al mes;
- ◆ programa los servicios ofrecidos por el centro;
- ◆ establece el horario de atención;
- ◆ aprueba la solicitud de fondos y el presupuesto anual del centro;
- ◆ aprueba la selección del director del centro; y

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

- ◆ establece la política general del centro, excepto en el caso de entidades públicas.

### **2. Composición de la mesa directiva**

#### **a. Miembros de la mesa directiva que son consumidores**

Las mesas directivas del centro de salud están compuestas de personas que ofrecen su tiempo y energía voluntariamente para crear una organización que tenga una dirección y administración sólidas, con el propósito de mejorar el estado de la salud de sus comunidades. La mayoría de los miembros de la mesa directiva tienen que recibir servicios del centro de salud. Como grupo, tienen que representar a las personas que atiende el centro.

Los programas de centro de salud que han obtenido una exención del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, siglas en inglés), del requisito de contar con una mayoría de consumidores, tienen no obstante que cumplir con el espíritu de la ley de garantizar que la participación de los consumidores tenga peso en la formulación de las políticas del programa de centro de salud. En estas situaciones, dicha participación se puede lograr usando distintos métodos:

- ◆ mediante un sistema formal de consejos asesores;
- ◆ mediante grupos especiales que se formen regularmente; o
- ◆ mediante la inclusión de personas que han sido consumidores antes, pero que ya no pueden identificarse como parte de una población especial.

El espíritu de la ley es que los miembros de la mesa directiva que son consumidores tengan una participación importante en la formulación de la dirección estratégica y de la política del centro. Por lo tanto, dichos miembros deben utilizar al centro de salud como su fuente principal de atención primaria de salud y haber utilizado los servicios del centro de salud en los 2 últimos años. También se puede considerar como consumidor para los efectos de la representación en la mesa directiva al tutor legal de un consumidor menor o adulto bajo custodia, o el patrocinador legal de un inmigrante.

Como grupo, los que integran la mesa directiva como consumidores tienen que representar, lo más posible, la raza, grupo étnico y sexo de

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

las personas atendidas por el centro de salud. Cuando el centro de salud recibe fondos de BPHC exclusivamente para apoyar los servicios a una población especial (los desamparados, los trabajadores agrícolas migratorios o temporarios, los residentes de viviendas públicas o los niños en edad escolar que corren riesgo) la mayoría de los consumidores tienen que provenir de estos grupos específicos, a menos que se haya otorgado una exención. Cuando el centro de salud recibe tanto fondos para el centro comunitario de salud como los destinados a atender a una población especial, la representación de esa población en la mesa directiva debe ser lo más proporcional posible al porcentaje de consumidores de esa población. Debe haber por lo menos un representante de ese grupo de población. El espíritu no es el de procurar imponer cuotas de miembros de la Junta, sino garantizar que las juntas sean sensibles a las necesidades de todos los consumidores del centro de salud.

### **b. *Otros miembros de la mesa directiva***

Los centros de salud son organizaciones complejas que operan en un medio dinámico. Por lo tanto, la mesa directiva debe estar compuesta de miembros con una experiencia y capacitación ampliamente diversa. Los conocimientos y las experiencias que deben tener para cumplir con sus responsabilidades incluyen:

- ◆ finanzas;
- ◆ asuntos jurídicos;
- ◆ empresas;
- ◆ salud;
- ◆ atención gerenciada;
- ◆ servicios sociales;
- ◆ relaciones laborales; y
- ◆ gobierno.

Los reglamentos para los centros de salud comunitaria y de atención a la salud de los trabajadores agrícolas migratorios ponen un límite en el porcentaje de los miembros que no son consumidores, que representan al ramo de atención de salud. No más de la mitad (las dos terceras partes en los centros de atención a trabajadores agrícolas) de los

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

representantes que no son consumidores, pueden obtener más del 10 por ciento de su ingreso anual del ramo de atención de salud. Todos los centros deben tratar de cultivar la diversidad de perspectiva e idoneidad entre los miembros de sus mesas directivas.

### **c. *Número de miembros***

Se debe especificar en los estatutos de la organización. Los estatutos pueden definir un número específico, o dar un cierto margen si hay razones para no mantener un número determinado de miembros. La cantidad de miembros de la mesa directiva debe estar relacionada con la complejidad de la organización y con la diversidad de la comunidad a la que sirve.

Las reglamentaciones de los centros de salud comunitaria y de salud de los trabajadores agrícolas migratorios especifican que las mesas directivas deben tener por lo menos 9 y no más de 25 miembros. Estas limitaciones de número garantizan que la mesa directiva que sea lo suficientemente grande para que tenga representación e idoneidades diversas entre los distintos grupos de consumidores. Asimismo garantizan que la mesa directiva mantenga un número que funcione eficazmente y que adopte decisiones equilibradas.

### **d. *Selección de los miembros de la mesa directiva***

Los estatutos de la organización o las otras reglas internas vigentes tienen que especificar el proceso de selección de los miembros de la mesa directiva. Los estatutos deben especificar la cantidad de mandatos que un integrante puede ejercer. También deben prever la elección normal de los oficiales de la mesa directiva y los cambios periódicos en el liderazgo de la mesa directiva.

### **e. *Conflicto de Interés***

Los estatutos de la organización o la política escrita aprobada por la mesa directiva tienen que incluir disposiciones que prohíban el conflicto de interés o la apariencia de ello de los miembros de la mesa directiva, los empleados, consultores, y de quienes proveen bienes o servicios al centro de salud. Ningún miembro de la mesa directiva puede ser empleado del centro de salud, ni familiar cercano de un empleado. El Director del Centro puede servir como miembro de oficio de la mesa directiva.

### **3. Funciones y responsabilidades de la mesa directiva**

La mesa directiva del centro de salud brinda liderazgo y orientación en apoyo de la misión del centro de salud. La mesa directiva tiene la responsabilidad legal de garantizar que el centro de salud opere de acuerdo con las leyes y reglamentos Federales, Estatales y locales pertinentes, y que sea estable desde el punto de vista financiero. Las responsabilidades cotidianas de la administración y liderazgo corren por cuenta del personal, bajo la dirección del Director del Centro o del Director del Programa.

#### **a. Estatutos**

Tienen que establecerse estatutos, con la aprobación de la mesa directiva del centro de salud. Los estatutos deben ser revisados y modificados cuando sea necesario para actualizarlos. Como mínimo, los estatutos del centro de salud deben tratar de:

- ◆ la misión del centro de salud;
- ◆ la composición de la mesa directiva (número, miembros, responsabilidades, duración del mandato, proceso de selección y de destitución);
- ◆ los mandatos (responsabilidades, duración del mandato, proceso de selección o de destitución);
- ◆ comités (permanente, especial, de afiliación y responsabilidades);
- ◆ el horario de las reuniones, el quórum y los sitios donde se puede reunir;
- ◆ el registro, distribución y mantenimiento de las actas, y;
- ◆ disposiciones sobre el conflicto de interés, las reuniones ejecutivas y la disolución de la mesa.

#### **b. Responsabilidades**

La mesa directiva es responsable de asegurar que el centro de salud sobreviva en su mercado mientras cumple con su misión. Este es un gran reto. El medio de atención de salud es sumamente dinámico hoy en día, lo que representa cada vez mayores presiones económicas y de servicio sobre todos los proveedores de atención de salud.

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

Los miembros de las mesas directivas tienen que ser conocedores de las tendencias de mercado. Tienen que estar dispuestos a adaptar sus políticas y posición para reflejar estas tendencias. Las mesas directivas aprueban normalmente las solicitudes anuales de fondos, planes y presupuestos. Además, deben trabajar con la administración del centro de salud y con los líderes de la comunidad para integrarse en forma activa al proceso de planificación estratégica a largo plazo. Este tipo de planificación colaborativa pondrá al centro de salud en una posición favorable para el futuro.

El éxito depende de la capacidad del centro de salud de adaptarse efectivamente a las tendencias del mercado y de mantener su estabilidad económica. Las mesas directivas no solamente tienen que planificar eficazmente. También tienen que evaluar y medir el avance del centro de salud en el cumplimiento de sus objetivos programáticos anuales y a largo plazo, así como también sus metas económicas. La misión, metas, y planes del centro de salud deben ser revisadas cuando sea necesario. Las revisiones deben responder a la información obtenida mediante el proceso de evaluación.

La mesa directiva tiene que seleccionar los servicios que el centro de salud va a prestar. Si bien es cierto que algunos servicios son obligatorios por ley, las directivas de los centros de salud tienen un margen amplio para decidir qué otros servicios debe ofrecer el centro de salud. También deciden si los servicios se deben ofrecer en forma directa, o mediante la derivación a y colaboración con otros proveedores de servicios. Los recursos siempre son limitados. Un reto importante que enfrentan las mesas directivas de los centros de salud es decidir qué servicio se debe solventar con los recursos disponibles. La evaluación precisa de las necesidades y los procesos de planificación son esenciales para tomar decisiones educadas sobre la configuración de los servicios.

La mesa directiva tiene que determinar los horarios de atención de los locales del centro de salud. Se espera que los centros de salud fijen horarios apropiados para su comunidad. Los centros deben ofrecer horarios durante las primeras horas de la mañana, al atardecer y durante los fines de semana para atender a las personas que no pueden tener acceso fácil a sus servicios durante las horas de atención normales.

Las mesas directivas deben aprobar el presupuesto anual y la solicitud de fondos. La intención de la ley no es que la mesa directiva simplemente firme los documentos. Los miembros también deben

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

entender la esencia y las implicaciones del presupuesto y de la solicitud de fondos. Las funciones fundamentales de los miembros de la mesa directiva son la de garantizar la integridad económica de la organización, y hacer coincidir los objetivos de la solicitud del proyecto con la dirección estratégica del centro de salud. Para cumplir con estas funciones en forma eficaz, la mesa directiva tiene que participar en el proceso de planificación del centro durante todo el año.

La mesa directiva tiene que aprobar la selección y la remoción del Director de Centro o del Director de Programa del centro de salud. Debido a que el Director del Centro es el nexo básico entre las políticas establecidas por la mesa directiva y las operaciones del centro, la mesa directiva debe evaluar el desempeño del director ejecutivo y hacerlo responsable de la actuación del centro de salud. La mesa directiva, el Director, y otros integrantes del equipo de administración ejercen la dirección del centro de salud en una unidad. Para tener éxito, tienen que trabajar juntos para garantizar una organización sólida y avanzar hacia el futuro.

Con la excepción del caso de las entidades públicas financiadas con arreglo a la sección 330(e), la mesa directiva tiene que formular las políticas del centro de salud. Dichas políticas comprenden la de personal, atención de salud, financiera y de control y mejora de calidad, que sirven de marco con arreglo al cual el personal del centro realiza las operaciones cotidianas de la organización.

### **c. Reuniones de la mesa directiva**

Las mesas directivas de los centros de salud tienen que reunirse por lo menos una vez al mes. Cuando el terreno u otras circunstancias hacen engorrosas las reuniones mensuales en persona, estas pueden realizarse por teléfono o mediante otros medios de comunicación electrónica.

La mesa directiva tiene que mantener las actas de cada reunión que se aprueban en la reunión siguiente. La mesa directiva también debe mantener un sistema de control sistemático de las políticas y de los procedimientos aprobados o rechazados y otros registros para verificar y documentar su funcionamiento.

**d. Capacitación y desarrollo de la mesa directiva**

Se espera que los miembros de la mesa directiva tengan suficiente información y conocimientos para tomar decisiones educadas sobre la dirección estratégica, las políticas, y la posición económica del centro. Para ello, se les debe brindar oportunidades de capacitación y desarrollo. También deben hacer auto-evaluaciones de su desempeño como miembros, y del desempeño del conjunto de la mesa directiva. Esta es responsable de identificar y satisfacer sus necesidades de capacitación. Ello incluye la orientación y preparación de los nuevos miembros de la mesa directiva.

**e. Comités**

La mesa directiva debe contar con comités que le permita cumplir con sus responsabilidades. Los comités respectivos pueden incluir un comité ejecutivo, y comités de finanzas, mejora de calidad, personal y planeamiento. El comité ejecutivo es el único que debe estar autorizado para actuar a nombre de la mesa directiva.

**4. Excepciones**

**a. Exenciones otorgadas a centros que atienden a poblaciones especiales**

Si existe una causa justa, la ley permite que el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos otorgue exenciones totales o parciales de los requerimientos a:

- ◆ centros de salud que atienden a poblaciones especiales;
- ◆ aquellos que sirven a trabajadores agrícolas migratorios y temporales y a sus familias – sección 330(g);
- ◆ los que atienden a las personas desamparadas, incluyendo a los niños de la calle - sección 330(h); y
- ◆ los programas que sirven a los residentes de viviendas públicas - sección 330(i).

Los centros de salud que solicitan exenciones a todos o algunos de los requerimientos tienen que demostrar de una manera contundente por qué el programa no puede satisfacer este mandato. Además, tienen que brindar otras estrategias posibles, explicando detalladamente cómo van

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

a cumplir los programas con el espíritu de la ley. Los centros de salud comunitaria financiados con arreglo a las disposiciones de la sección 330(e), con o sin fondos para un programa de atención a poblaciones especiales, no tienen derecho a obtener exenciones a ninguna parte de los requerimientos de gobierno.

### **b. Entidades Públicas**

Los centros de salud comunitaria financiados bajo la sección 330(e) de la Ley Acta que son auspiciados por entidades públicas tales como departamentos de salud, hospitales públicos, y universidades públicas, pueden satisfacer los requerimientos de junta directiva en una de dos formas. La mesa directiva de la entidad pública puede satisfacer los requerimientos de la composición de la mesa directiva, incluso de tener una mayoría de consumidores. En este caso, no se necesitan consideraciones especiales.

Cuando la mesa directiva de la entidad pública no satisface los requerimientos de composición de centro de salud, se debe establecer una mesa directiva aparte. La mesa directiva del centro de salud debe satisfacer todos los requerimientos de composición y selección. También debe asumir todas las responsabilidades de las mesas directivas, con la salvedad que la entidad pública puede retener la responsabilidad de establecer las políticas de cuentas y de personal.

Los centros de salud deben ser una entidad jurídica establecida de manera formal. La mesa directiva del centro de salud y la de la entidad pública solicitan en forma conjunta al programa de centro de salud. Cuando hay dos mesas directivas, se deben especificar por escrito las responsabilidades de cada una de ellas. Al escribir las responsabilidades de cada mesa directiva en el desempeño de las funciones de gobierno, todos deben estar de acuerdo sobre cuáles son estas responsabilidades.

### **c. Entidades Tribales**

No existe un mandato de que los centros de salud operados por una tribu indígena, u organización tribal o indígena con arreglo a la Ley de Autodeterminación Indígena, ni tampoco las organizaciones indígenas urbanas, con arreglo a la Ley de Mejoramiento de la Salud del Indígena tengan mesa directiva.

## **5. Red de beneficiarios**

Los centros de salud están formando y participando en redes con diversos objetivos. En la mayoría de los casos, los centros de salud participantes retienen sus propias mesas directivas. Estas mesas directivas siguen estando sujetas a las leyes, reglamentaciones y directivas pertinentes. Cuando los centros de salud se unen en una red, y la red es beneficiaria de la sección 330(e), y los centros de salud operan como sub-beneficiarios, la mesa directiva a nivel de la red tiene que satisfacer los mandatos y directivas relativas a la mesa. Además, la red debe tener suficiente personal y otros recursos para garantizar que la mesa directiva de la red desempeñe sus funciones.

## **6. Filiales**

En algunas filiales de las organizaciones, la selección, composición y/o responsabilidades de la mesa directiva del centro de salud se pueden modificar. Esto puede ocurrir debido a la formación de una nueva mesa directiva para un sistema integrado de prestación de servicios. También puede ocurrir debido a la participación de representantes de las filiales en las mesas directivas de los centros de salud. También pueden haber convenios donde una porción de la totalidad del proyecto es provista por una entidad que no es el beneficiario. Con cualquiera de dichos acuerdos, la mesa directiva debe retener su autoridad total, satisfacer los requerimientos de selección y composición y ejercer todas las responsabilidades y funciones prescritas en la legislación y en los reglamentos.

# **IV. ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS**

## **A. DIRECTIVA**

Un equipo administrativo sólido es esencial para el éxito del centro de salud. El equipo de administración tiene que cooperar con la mesa directiva, dirigiendo cambios organizativos para adaptarse a las tendencias del mercado. La administración del centro de salud tiene que operacionalizar la misión y los objetivos estratégicos del centro de salud. Tiene que hacerlo con los recursos disponibles. También tiene que garantizar que el centro de salud es económicamente estable y que ofrece servicios a costos competitivos. La administración del centro de salud tiene que estar respaldada por sistemas clínicos, de personal, y de informática sólidos.

## **B. EXPLICACIÓN**

### **1. Personal y estructura administrativos**

#### ***a. La relación entre el personal administrativo y la mesa directiva***

Los centros de salud deben contar con una línea de autoridad de la mesa directiva al Director (Presidente, Director, Director Ejecutivo,

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

Director de Proyecto) que delega a otros miembros del personal administrativo y profesional en la medida de lo necesario. El Director Ejecutivo, en su carácter de cabeza del equipo administrativo, debe tener la autoridad, la responsabilidad, y la experiencia necesaria para:

- ◆ comunicarse con la mesa directiva y el equipo administrativo;
- ◆ operacionalizar las políticas de la mesa directiva;
- ◆ administrar al personal y a los sistemas existentes;
- ◆ distribuir los medios y operar dentro de los recursos disponibles;
- ◆ identificar y resolver problemas;
- ◆ interactuar con la comunidad, proveedores, y responsables de los pagos en el mercado;
- ◆ responder a las oportunidades que se presenten; y
- ◆ planear los eventos futuros.

El Director Ejecutivo es responsable por la implantación y adherencia a las metas a largo plazo establecidas por la mesa directiva y los planes operativos.

La mesa directiva tiene que seleccionar, contratar y despedir directamente al Director Ejecutivo o director del centro de salud. El resto del personal administrativo importante, y el núcleo de personal proveedor de atención primaria debe ser empleado directamente por el centro. Sin embargo, un beneficiario puede contratar o hacer otros arreglos para estos puestos. En todos los arreglos, se le tiene que dar al Director Ejecutivo el nivel apropiado de autoridad para encabezar y dirigir al centro de salud. Esta persona debe tener control total sobre la selección y la terminación de todo el personal.

Las exigencias de encabezar un centro de salud, generalmente requieren que se contrate a un Director Ejecutivo con dedicación plena. En algunas instancias, las funciones del director pueden ser realizadas en combinación con otras responsabilidades. Por ejemplo los centros de salud pequeños pueden contratar a una persona que desempeñe las funciones de director a la vez que realiza las funciones de finanzas o administración clínica.

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

Una organización que opera otras actividades empresarias afines a o de apoyo al centro de salud, puede tener un Director Ejecutivo que sea responsable de la administración de la corporación en general y que en realidad trabaja con dedicación parcial en otras actividades del centro de salud, y parte del tiempo en las actividades administrativas.

### **b. *El equipo administrativo***

La calidad del equipo administrativo es un elemento crítico que predice el éxito del centro de salud. El centro debe reconocer como prioridad, el reclutamiento y retención del personal administrativo. Los centros de salud son administrados más eficientemente por un equipo de personas con las destrezas para brindar dirección, administración de las finanzas, la dirección clínica y facilidad de utilizar el sistema de información administrativa. El equipo administrativo normalmente consiste de un Director Ejecutivo o Director del Programa, quien encabeza el equipo que incluye a un Director Clínico, al Director de Finanzas y al Director de Información. Las funciones vinculadas con estos puestos pueden combinarse y las pueden realizar una o más personas, según corresponda. En los centros de salud más grandes, el personal administrativo extraordinario puede ser parte del equipo administrativo. En situaciones donde el centro de salud está colaborando con otros centros en su mercado, algunos de estos puestos pueden ser compartidos.

Es preferible que los miembros del equipo de administración tengan experiencia y capacitación en Administración. Estas son esenciales para los directores ejecutivos y clínicos. La administración debe preparar las descripciones de los puestos. También debe preparar un organigrama que refleje estas funciones y sus relaciones. Entonces debe proveer a la mesa directiva esta información y los instrumentos administrativos. La estructura y los procesos organizacionales tienen que facilitar un enfoque de equipo a la administración.

**c. Personal**

Los centros de salud deben tener un plan activo para reclutar y retener a todo el personal, incluyendo a los voluntarios. Todo el personal debe ser calificado por su capacitación y/o experiencia para cumplir con sus responsabilidades. Los puestos que requieren licencias tienen que ser llenados por los profesionales que tengan los títulos correspondientes. Las descripciones de los puestos del personal de planta deben incluir las destrezas profesionales e interpersonales que garanticen que el personal pueda satisfacer sus funciones dentro del contexto del idioma y de la cultura de la zona.

Debe crearse un programa de desarrollo de recursos humanos para que todo el personal mejore las destrezas críticas al centro de salud. El personal que ocupa puestos directivos tienen que tener y mantener las calificaciones apropiadas. La educación profesional continua es fundamental al suministro de atención de calidad. Todo el personal apropiado tiene que recibir la capacitación que necesita para mantener su licencia y para satisfacer los requerimientos reglamentarios tales como los de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional, (OSHA, siglas en inglés) y las Modificaciones a la Ley de Mejoramiento de los Laboratorios Clínicos (CLIA, siglas en inglés)

**2. El papel que desempeña la administración en la planificación y el posicionamiento estratégico.**

Todos los miembros del equipo administrativo desempeñan un papel clave en la planificación estratégica y operativa. El equipo debe colaborar estrechamente con la mesa directiva, los miembros de la comunidad y otros proveedores y fuentes de reembolso en el mercado para liderar el diseño de la estrategia del centro de salud. El equipo administrativo conoce mejor que nadie las capacidades y limitaciones internas del centro de salud. Los miembros del equipo proveen una perspectiva importante al proceso de planificación. La administración del centro de salud es también responsable de evaluar su avance. Además, brinda la información crítica a la mesa directiva para que pueda examinar la dirección estratégica del centro de salud.

Bajo la dirección del equipo administrativo, el personal del centro de salud traza el plan operativo anual del centro. El plan refleja la misión y las metas establecidas por la mesa directiva. También orienta a los directivos en la toma de decisiones cotidiana. La mesa directiva aprueba el plan operativo. La administración del centro lo controla y ajusta durante todo el año.

**3. Contratos de Atención Gerenciada**

Los contratos de atención gerenciada afectan a muchos de los centros de salud. Los centros de salud deben poder demostrar que han realizado una evaluación de si el reembolso es adecuado para la gama específica de servicios comprendidos en sus contratos. Se deben haber establecido sistemas apropiados para manejar el riesgo asociado con los contratos. El centro de salud también debe implantar las actividades de las cuales se lo va a considerar responsable. Estas actividades están relacionadas con el control de la utilización y/o la mejora de calidad. El contrato o los otros acuerdos deben describir claramente las actividades específicas de gestión de la utilización.

Los centros de salud deben tener sistemas de datos para la recolección de los tipos de información necesaria; para compartir información con organizaciones de atención gerenciada y las actividades de gestión de la utilización y de mejora de calidad.

#### **4. Sistemas administrativos**

##### **a. *Gestión de la Información***

La calidad de todas las decisiones que toman los centros de salud depende de la disponibilidad de información que sea accesible, precisa, pertinente, y actualizada. La gestión de información define una estrategia para poner la información correcta en las manos de la persona que tiene que tomar las decisiones en el momento oportuno. Puede ser para prestar atención, para coordinar el acceso a la atención de salud, para el control interno, o para la garantía y la mejora de calidad. También puede ser para la administración financiera, el control de riesgos, o para las decisiones y planificación de gestión. Una estrategia de gestión de la información establece las políticas y procedimientos para recopilar, organizar, almacenar y mantener los datos (incluyendo los respaldos). También establece las políticas y los procedimientos de seguridad, la presentación (formatos e informes), y la comunicación e intercambio de los datos con otras organizaciones. Las políticas y procedimientos cubren todos los formatos de información desde las cartillas médicas, notas, e imágenes hasta todas las formas de almacenamiento electrónico.

Los centros de salud tienen que tener sistemas que recopilen y organicen los datos en forma precisa para preparar los informes de las estadísticas relativas al programa. Tienen que tener, también, sistemas de control interno, de mejora de calidad, y de apoyo a las decisiones y a la planificación de gestión. El centro de salud debe poder integrar la información clínica, administrativa y financiera para permitir el control de las operaciones y del estado de la organización como un todo.

En el medio de hoy en día es esencial la capacidad de recolectar y analizar la información de servicio basada en los códigos de Terminología de Procedimientos Actuales (CPT, siglas en inglés) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, siglas en inglés) y utilizando un sistema basado en unidades de valor relativo (RVU, siglas en inglés) para analizar la producción y los costos. Se espera que los centros de salud los utilicen para controlar su desempeño en comparación con los modelos internos y externos, y también para rastrear las tendencias.

Los sistemas de información tienen que ser capaces de rastrear, analizar e informar sobre los aspectos claves del estado financiero de la organización. Estos incluyen la generación de ingresos categorizados de acuerdo con su origen, recaudación y facturación, movimiento de

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

fondos, gastos (por categoría o centro de costos) y costos por unidad. Los sistemas tienen que brindar suficiente información para respaldar las funciones de contabilidad necesarias. Los sistemas de información financiera deben tener la capacidad de adaptarse a los cambios en los mecanismos de reembolso en el mercado de atención de salud. Estos mecanismos incluyen los contratos prepagos (de riesgo) y el apoyo contable y el control de todos los mecanismos de reembolso en los que participa la organización. La información sobre el costo debe ser recogida y notificada de tal forma que ayude a la administración a tomar las decisiones con respecto a posibles acuerdos financieros. El centro de salud debe obtener información sobre los costos, para determinar si sus contratos de atención gerenciada son rentables.

Los sistemas de información también deben tener la capacidad de apoyar las operaciones clínicas del centro de salud, tanto como proveedor de atención rutinaria, aguda, y preventiva de salud y de servicios auxiliares de salud, como en su capacidad de administrador y coordinador de atención del acceso a la atención a la salud. La información debe ser recopilada y presentada de tal manera que brinde información clínica oportuna y pertinente sobre los pacientes individuales al personal clínico. Debe alimentar al programa de mejora de calidad y gestión de la utilización del centro de salud. El sistema debe estar diseñado de tal forma que proteja la confidencialidad de la información del cliente.

Los sistemas de datos electrónicos (computarizados) son los que mejor responden a las necesidades de información de los proveedores de atención de salud de hoy en día. El procesamiento automático de datos ofrece ventajas importantes a la mayoría de los centros de salud en cuanto a su eficacia y eficiencia en satisfacer sus necesidades de información. Esto se debe a la complejidad y al volumen de información que requiere el ambiente moderno de atención de salud. El volumen de información exige el uso de sistemas potentes que puedan administrar y procesar grandes volúmenes de datos de una forma rápida y precisa.

Se alienta a los centros de salud para que empleen la tecnología de datos computarizados cuando sea práctico dado el tamaño y los recursos de la organización, y la naturaleza de los servicios que brinda. El acceso oportuno a la información y la capacidad de comunicarse y establecer redes con otros proveedores y las agencias y organizaciones pertinentes son esenciales para la supervivencia en esta era de la información. Los sistemas de computadoras deben ser diseñados para que permitan el

acceso de todo el personal administrativo y clínico indicado a Internet.

**b. *Control de riesgos***

El centro de salud tiene que establecer políticas y procedimientos para controlar los riesgos. Dichas políticas y procedimientos deben identificar y planear en forma activa los riesgos posibles y reales del centro de salud. Las áreas de inquietud concernientes a los riesgos deben incluir las instalaciones, personal, clientes, y el bienestar financiero, clínico y organizativo.

Las políticas y procedimientos de control del riesgo deben incluir manifestaciones relativas a la garantía y mejora de calidad, la prevención de accidentes fatales y de incendios, el cumplimiento de las reglamentaciones y otros aspectos de riesgo potencial. También deben tratar temas de fianzas, seguro, y responsabilidad profesional y general. Los protocolos de control de riesgos tienen que ser incorporados a las políticas de centro de salud para garantizar que se respetan y se siguen las normas apropiadas de atención y las pautas clínicas. Estos protocolos se deben revisar y examinar de vez en cuando.

La capacitación periódica en el control de riesgos y la educación continua anual es necesaria para todos los proveedores de servicios de atención primaria, para garantizar que se mantiene y se mejora la calidad. Los centros de salud deben explorar su participación en el plan de cobertura de responsabilidad profesional a su disposición con arreglo a la Ley Federal de Reclamos Ilícitos.

## **5. Sistema de Finanzas**

Como mínimo, los programas de centro de salud tienen que mantener sistemas financieros que permitan lo siguiente:

- ◆ controles internos;
- ◆ protección de los bienes;
- ◆ garantizar el manejo adecuado de los fondos Federales;
- ◆ mantener un nivel de efectivo adecuado para apoyar las operaciones;
- ◆ garantizar el acceso a la atención; y
- ◆ maximizar el ingreso proveniente de fuentes no Federales.

Los sistemas de finanzas deben ser examinados y actualizados en forma rutinaria y para garantizar que la organización sigue siendo económicamente viable, competitiva y a tono con los cambios locales, Estatales, y nacionales en el ámbito de atención de salud.

### **a. Contabilidad y controles internos**

Los centros de salud tienen que tener sistemas de contabilidad y de control internos adecuados al tamaño y a la complejidad de la organización. El sistema de contabilidad tiene que basarse en los Principios Generalmente Aceptados de Contabilidad (GAAP, siglas en inglés). Debe estar diseñado para reflejar precisamente la marcha financiera de la organización. Dentro de los límites organizativos y de la cantidad de personal, debe implementarse la separación de las funciones financieras para proteger los bienes.

El personal administrativo que corresponda y los miembros de la mesa directiva del centro de salud tienen que generar y revisar una serie de informes financieros de rutina. Esto debe ocurrir en forma normal. Los informes variarán dependiendo del volumen, la complejidad, y los servicios que ofrece la organización. Deben reflejar el estado financiero actual del centro de salud y permitir la comparación entre la posición financiera pasada y la proyectada.

### **b. Presupuesto**

El presupuesto es la culminación de las negociaciones entre los

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

administradores, el personal clínico y los miembros de la mesa directiva del centro de salud, dado que estos determinan el nivel y el alcance de los servicios que se van a prestar dentro de las limitaciones de los recursos de la organización. Como parte del plan operativo del centro de salud, el presupuesto tiene que procurar proyectar precisamente, tanto los recursos disponibles en el periodo presupuestario venidero como los gastos necesarios para lograr los objetivos y metas del centro de salud. El presupuesto operativo anual debe ser aprobado por la mesa directiva.

Para poder proyectar los ingresos y los gastos de manera realista, los centros de salud deben poder valerse de la experiencia presupuestaria previa. Deben identificar los cambios importantes que se anticipan en el próximo periodo, tanto internamente como en el mercado de atención de salud donde opera la organización. Los administradores del centro de salud deben prestar atención cuidadosa a los cambios en las fuentes básicas de ingresos. Esto incluye todas las fuentes Federales, Estatales, locales y privadas de subsidios y los fondos generados por los servicios prestados. Deben poner atención especial en los cambios del sistema Estatal de Medicaid. Los cambios en el nivel y el mecanismo de reembolso de Medicaid y el criterio de afiliación al programa, pueden tener repercusiones importantes sobre los reembolsos al centro de salud. También pueden afectar el nivel y el tipo de demanda existente. Los miembros correspondientes del equipo administrativo y de la mesa directiva del centro deben examinar el presupuesto del centro regularmente, y deben hacer los ajustes que sean necesarios.

### **c. Facturación y cobros**

Los centros de salud tienen que brindar acceso a los servicios sin tener en consideración la capacidad económica de la persona. Dada la limitada disponibilidad de los recursos Federales, un componente importante para satisfacer este mandato es la maximización de los ingresos provenientes de todas las fuentes. La maximización de ingresos requiere:

- ◆ una lista de tarifas adecuada y competitiva;
- ◆ una lista correspondiente de descuentos;
- ◆ facturación precisa e inmediata a las terceras partes que pagan;
- ◆ facturar a los pacientes de acuerdo con la lista de descuentos; y

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

- ◆ el seguimiento oportuno de las cuentas que no han sido pagadas.

Es sumamente importante que la población que el centro de salud atiende participe en programas de seguro de salud. Es igualmente importante asegurarse que el reembolso proveniente de dichos acuerdos sea adecuado para cubrir los costos de los servicios provistos. Los centros de salud tienen que maximizar el ingreso y participar en programas de reembolso con mejoras favorables o basados en el costo a los cuales tienen derecho.

Se tiene que facturar a los clientes que no tienen seguro, recaudar las franquicias y los honorarios mínimos y controlar la condición financiera, de una manera armoniosa con la cultura de los clientes. El personal del centro debe asegurarse que estos importantes pasos administrativos no levanten barreras a la atención de salud. Esto es particularmente importante para las organizaciones que trabajan con poblaciones especiales que enfrentan barreras socio-económicas singulares. Los pasos delineados no deben entrar en conflicto con la misión y el mandato de los programas de atención de salud. Al contrario, deben garantizar que los fondos provenientes de recursos Federales a disposición de las organizaciones se utilicen para sortear a las barreras económicas reales de acceso en la medida máxima de lo posible.

Los centros de salud tienen que contar con políticas y procedimientos de facturación, crédito y cobro que hayan sido redactados y aprobados por la mesa directiva del centro. Como mínimo, estas deben comprender:

- ◆ una lista de tarifas de todos los servicios facturables que comprenden costos reembolsables y comparables con los precios locales vigentes;
- ◆ un método para descontar o ajustar las tarifas con ajuste al ingreso del paciente y el número de miembros de familia, de acuerdo con las Pautas Federales sobre la Pobreza;
- ◆ un sistema para facturar a los pacientes y a terceras partes que paguen dentro de un periodo de tiempo razonable, después que se han prestado los servicios, en general dentro de los 30 días;

## DIRECTIVAS DEL PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD 98-23S

Los centros de salud deben establecer metas del número de días que las cuentas están pendientes en servicios facturables por pagador. También deben controlar la tasa de cobro de los saldos pendientes, y el cobro o la imputación a deudas impagas de esas sumas, según corresponda. Cuando sea posible, se insta a los centros de salud a que utilicen sistemas electrónicos de facturación y de verificación de seguros.

Los centros de salud que participan en planes de pago previo, deben tener un sistema para recibir oportunamente la notificación de los miembros que están inscritos en estos planes. El sistema también debe conectar los recibos de los pagos per capita a los miembros inscritos, sin tener en cuenta la utilización de los servicios. Se insta a los centros de salud a que creen un cuadro ampliado de tarifas que reflejen los costos asociados con servicios no facturables que han sido brindados a los pacientes. También deben establecer políticas y procedimientos para recaudar por servicios no incluidos en el plan de los pacientes que cotizan, y por el requerimiento de autorización previa de los servicios y derivaciones de los pacientes que están cubiertos por contratos de atención gerenciada

En la medida que los centros de salud incurren el riesgo de los servicios prestados fuera de sus instalaciones, “gastos incurridos pero no reportados” (IBNR, siglas en inglés) los gastos – el costo impago de los servicios ya provistos a un miembro del plan – tienen que ser cuidadosamente rastreados como una carga que puede amenazar la estabilidad económica del centro de salud. Estos pasos ayudarán a garantizar que los centros de salud permanecen viables y proveen acceso fácil a la atención a todos los pacientes en vista de las presiones que se dan en un mercado cambiante.

### **d. Auditoría Independiente de las Finanzas**

Los centros de salud tienen que garantizar que se realice una auditoría independiente de las finanzas anualmente, de acuerdo con los requerimientos Federales. La auditoría de los centros de salud sin fines de lucro tiene que seguir las pautas Federales más recientes relativas a la de los entes sin fines de lucro y, específicamente, a la de los beneficiarios de otorgamientos Federales a dichas instituciones. Los centros de salud deben emitir un memorando de participación en una auditoría anual independiente que se llevará a cabo de acuerdo con las pautas Federales pertinentes. Además, se debe preparar el Informe del Estado de Finanzas (FSR, siglas en inglés) y la reconciliación entre la auditoría y el FSR.

El informe del auditor tiene que dar una opinión escrita sobre el alcance de la auditoría, la integridad de los estados de ganancias y pérdidas del beneficiario, y una evaluación del sistema de controles internos de contabilidad de la organización. El auditor determinará si el centro de salud está operando de acuerdo con las GAAP y le dará al beneficiario una opinión de sus conclusiones. Cuando hay excepciones importantes en el resultado de la auditoría y/o existen conclusiones en cuanto al control de la contabilidad interna, el centro de salud tiene que implantar un plan gradual de acción correctiva y puede estar sujeto a las condiciones del otorgamiento de los subsidios.

## **6. Instalaciones**

El lugar o lugares donde los centros de salud proveen sus servicios a los clientes son importantes para la imagen y aceptabilidad del centro de salud entre los clientes, el personal y la comunidad. Su apariencia, distribución, y ubicación tienen impacto en el acceso, eficacia, calidad, reclutamiento, y reembolso cuando se trata de participar en acuerdos de paneles cerrados de pagadores. Las instalaciones utilizadas por los programas de los centros de salud deben estar ubicadas en una zona apropiada para facilitar el acceso de la población a la que intenta servir. Tienen que ser de tamaño y distribución adecuados para proveer los servicios ubicados allí. También tienen que estar diseñadas para fomentar los servicios de atención de salud, y servicios auxiliares que sean eficientes, eficaces y de alta calidad en un ambiente sano. Las instalaciones de propiedad de o rentadas por el centro de salud tienen que cumplir con los requerimientos de los códigos de seguridad, de prevención de accidentes y de incendios, de acceso para personas minusválidas, y los códigos y reglamentos de construcción vigentes.

El centro de salud debe garantizar que cualquier instalación que utilice, esté debidamente asegurada. Debe administrar sus instalaciones para garantizar la limpieza, seguridad, y el mantenimiento y la reparación constantes. Los centros de salud deben planificar sus necesidades de espacio y de adquisiciones importantes de equipos en el futuro previsible. También deben hacer los arreglos necesarios para obtener el capital y los otros recursos necesarios para satisfacer dichas necesidades.