

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

INDICE

Índice	Pág.	1
Agradecimiento	Pág.	2
Dedicatoria	Pág.	3
Resumen	Pág.	4
Abstract	Pág.	5
Introducción	Pág.	6
Objetivos	Pág.	8
Hipótesis	Pág.	9
Marco Teórico	Pág.	10
Material y Métodos	Pág.	12
*Estudio de Viabilidad de Mercado	Pág.	12
*Estudio de Viabilidad Organizacional	Pág.	18
*Estudio de Viabilidad Técnica	Pág.	23
*Estudio de Viabilidad Legal	Pág.	42
*Estudio de Viabilidad Económico Financiero	Pág.	52
Resultados	Pág.	63
Conclusiones	Pág.	64
Bibliografía	Pág.	65
Índice de Gráficos y Tablas	Pág.	66



Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Favaloro, en especial al Director de la Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud, el Dr. Ricardo Rezzonico por los conocimientos aportados, a los Coordinadores Dr. Roberto Schwartz y Dra. Menzica Cristina por el apoyo y acompañamiento durante todas clases.

Al Dr. Eduardo Stonski por sus enseñanzas en Medicina del Dolor, amistad y acompañamiento en esta Tesis. Al personal de estadística del Hospital de Agudos Dr. Ramón Madariaga por permitirme ingresar a los datos estadísticos.

A mi amigo Sergio Caballero por haberme impulsado a realizar esta maestría y acompañarme en el camino para poder finalizarla.



Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

DEDICATORIA

A mis hijos Tamara y Alejo por ser el motor él motor en mi vida y las alas para seguir volando.

A mi madre Ana, que con sus oraciones siempre nos brinda protección.

A mis Hermanas Ana y Katty, que son alegría de mi corazón.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

RESUMEN

El Dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Salud y tiene una notable influencia en la calidad de vida de los pacientes. Las Unidades para el tratamiento del Dolor son creados con el propósito de atender al paciente que sufre, fundamentalmente dolor crónico oncológico y no oncológico.

Las Unidades para el Tratamiento del Dolor fueron creadas con el fin facilitar la concientización y la colaboración de todos los profesionales en el proceso de alivio del dolor. Sin embargo, la sobrecarga asistencial en las Unidades del Dolor tradicionales queda limitada y esto repercute en la salud, generando gastos millonarios y poca respuesta a nivel biopsicosocial.

Por tal motivo, en esta Tesis se propone la Gestión en el Desarrollo para la Creación de un Centro para el Diagnóstico y Tratamiento del Dolor en la Provincia de Misiones.

Gestionar un Proyecto Privado que genere un impacto a nivel estatal, provincial y regional requiere estudios de viabilidad de mercado, viabilidad técnica, viabilidad legal, viabilidad organizacional y de viabilidad ambiental (económico y financiero).

A partir de los datos recopilados de diversos estudios sobre viabilidad se comprobó que en la provincia de Misiones hay una gran demanda de consultas por dolor. Así como también, se conoció que la mitad de la población (508, 634 afiliados) cuenta con obras sociales, lo cual es un gran indicador para un potencial de mercado para este proyecto.

Concluyo que con una buena gestión y coordinación se puede llevar a cabo este proyecto tan importante para la Salud en la Provincia de Misiones, como así también en la Argentina y así concretar con el objetivo deseado.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

ABSTRACT

Pain is one of the most frequent reasons for consultation in Health Services, and has a notable influence on the quality of life of patients. The Units for the treatment of Pain are created with the purpose of attending to the patient who suffers, fundamentally oncological and non-oncological chronic pain.

The Pain Treatment Units were created to facilitate awareness and collaboration of all professionals in the pain relief process. However, the care overload in the traditional Pain Units is limited and this has repercussions on health, generating million-dollar expenses and with little response at the biopsychosocial level.

For this reason, this Thesis proposes Development Management for the Creation of a Center for the Diagnosis and Treatment of Pain in the Province of Misiones.

Manage a Private Project that generates an impact at the state, provincial and regional level that requires market viability studies, technical viability, legal viability, organizational viability and environmental viability study (economic and financial).

From the data collected from various feasibility studies, it was found that in the province of Misiones there is a great demand for consultations for pain. As well as, it was known that half of the population (508, 634 affiliates) has social works, which is a great indicator for a market potential for this project.

I conclude that with good management and coordination it is possible to carry out this very important project in Health for the Province of Misiones as well as for Argentina and thus achieve the desired objective.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

INTRODUCCION

El Dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Salud, con una notable influencia tanto en la salud percibida, como en la calidad de vida de los pacientes y con gran repercusión en el ámbito personal, social, económico y laboral.

No obstante, se estima que aproximadamente el 40% de los casos de dolor agudo no se tratan de manera adecuada. Un porcentaje todavía mayor lo representa el dolor crónico. Y este problema es aún más grande en los países del tercer mundo.

A pesar de que el dolor es el síntoma más común y de que es una de las causas de consulta más frecuentes dentro del servicio de salud, la formación en medicina ofrece escaso entrenamiento en esta área. La mayoría de las facultades y escuelas de medicina dedican muy poco tiempo a la enseñanza del dolor y de los síndromes dolorosos. El resultado inevitable es que la mayoría de los pacientes con síndromes dolorosos son diagnosticados erróneamente, eliminando la posibilidad de un tratamiento precoz.

Una de las labores de las UD (Unidades del Dolor) a nivel mundial es facilitar la concientización y la colaboración de todos los profesionales en el proceso de alivio del dolor. Sin embargo, la sobrecarga asistencial hace que la actividad en las Unidades del Dolor tradicionales se reduzca a la atención de un limitado número de pacientes individuales.

En Argentina, los problemas económicos que enfrentan las entidades de salud tienen su origen en la escasez, y frente a la escasez hay que asignar prioridades; hay que elegir.

La Ciudad de Posadas, capital de la Provincia de Misiones no cuenta con Unidades, Clínicas o Centros del Dolor. Lo que demanda una gran cantidad de consultas en los Hospitales Públicos. Entre el 2017 y 2018 se atendieron cerca de 5000 pacientes por dolor en el Hospital de Agudos Dr. Ramón Madariaga (datos obtenidos del área de estadística del Hospital), generando gastos y tratamientos inadecuados.

Esta situación se resuelve con la creación y gestión de un Centro para Diagnóstico y Tratamiento del Dolor, cuya labor fundamental se dirige al tratamiento de pacientes con Dolor Crónico oncológico y no oncológico.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

La decisión de invertir en la creación de un Centro para el Diagnóstico y tratamiento del Dolor en Posadas – Misiones, como proyecto, es una tarea multidisciplinaria que involucra una serie de estudios de **viabilidad de mercado, viabilidad técnica, viabilidad legal, viabilidad organizacional y viabilidad ambiental (económico y financiero).**

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

OBJETIVOS

- 1.-Este trabajo tiene como objetivo general, gestar y organizar la creación de un Centro para el Diagnóstico y Tratamiento del Dolor en la Ciudad de Posadas, Misiones, que tenga como finalidad inicial la atención de pacientes con dolor crónico, oncológico y no oncológico.
- 2.- Disponer de un equipo multidisciplinario específico para el Diagnóstico y Tratamiento del Dolor, que sea de referencia para pacientes que enfrenten dicha patología, y que sirva de apoyo para otros servicios de Salud sean Hospitales, Sanatorios y/o Clínicas.
- 3.- Convertir este Centro de Diagnóstico y Tratamiento del Dolor en un centro de excelencia y referencia local, estatal y regional para la atención de todos los pacientes con Dolor crónico.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

HIPOTESIS

-El Dolor Crónico representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por su coste económico y social, que está relacionado con el envejecimiento de la población.

-La elevada prevalencia del dolor crónico requiere de la interrelación y estrecha coordinación entre atención primaria y las distintas especialidades implicadas en el manejo clínico de estos pacientes.

-El sistema de atención al dolor crónico debe utilizar una perspectiva biopsicosocial, lo que demanda la integración de múltiples disciplinas.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

MARCO TEÓRICO

En 1986 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrita en términos de ese daño”. Esta definición valora las diferentes dimensiones del dolor. Además, indica que no se produce exclusivamente por daño tisular, sino que también, puede ser generado sin causas somáticas.

Actualmente, el entendimiento de dolor integra tres componentes o dimensiones: el componente sensitivo del dolor, que se refiere al potencial de acción generado desde los nociceptores; el componente cognitivo se asocia con el aprendizaje cultural, experiencias previas respecto al dolor y las conductas relacionadas; finalmente, el componente emotivo-afectivo del dolor se relaciona con las emociones frente a un impulso doloroso y la manera en que estas influyen en la interpretación del mismo es clasificar en dos tipos; dolor agudo y dolor crónico.

El Dolor Agudo es un síntoma que es la respuesta fisiológica, ante una lesión tisular o estimulación nociceptiva provocada por una enfermedad. Es una respuesta protectora y su duración se extiende desde minutos a varias semanas.

El Dolor Crónico; es aquel que tiene una duración de más de tres meses. Es considerado como un trastorno psicofisiológico. Donde no solo se relaciona con el daño tisular y enfermedad física, sino también con fenómenos mentales, incluyendo depresión, ansiedad y somatización. Es considerado en si como una Enfermedad.

La OMS (Organización Mundial de Salud) reconoce que el alivio de dolor constituye un derecho humano irrenunciable y la realidad es que los pacientes lo siguen padeciendo innecesariamente en muchas ocasiones. Es uno de los síntomas que más afecta y preocupa a las personas y es motivo que acompaña a las mayores consultas médicas y que generan gastos millonarios.

El Dolor crónico es un problema de salud en todos los países desarrollados. Mientras que el reconocimiento de la causa y tratamiento del dolor han sido objeto de la medicina desde sus más

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

remotos orígenes, no ha sido hasta principios de la década de los años 50 cuando John Bonica alertó sobre el tratamiento insuficiente del dolor.

La evidencia epidemiológica, procedente es en su mayoría de los países desarrollados como en los Estados Unidos la magnitud del dolor es asombrosa. Más de 116 millones de estadounidenses tienen dolor que persiste durante semanas o años. El costo financiero total de esta epidemia es de \$ 560 mil millones a \$ 635 mil millones por año, según *Relieving Pain in America*. Estas cifras no incluyen el dolor en los niños o las personas que se encuentran en centros de atención a largo plazo, el ejército o la prisión.

Los Centros o Unidades para el tratamiento del Dolor son creados con el propósito de atender al paciente que sufre, fundamentalmente dolor crónico oncológico y no oncológico. Este tipo de servicios son heterogéneos, tanto en su origen como en su organización, cartera de servicios y profesionales que se integran en ellos. Se los define como una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinaria que cumple con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que requiere asistencia especializada.

En Argentina no contamos con centros estrictamente especializados en Dolor, tampoco con la formación estricta ya que no contamos con la especialidad, como en otros países de primer mundo.

Las Unidades de Dolor en Argentina, forman parte de entidades hospitalarias, brindando servicios limitados en la atención como en el seguimiento de los pacientes.

El proyecto surge como respuesta a una idea que busca la solución al problema que demanda gastos millonarios y con poca respuesta a nivel biopsicosocial.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

MATERIAL Y METODOS

Para la gestión de un proyecto se tiene que determinar la posibilidad de llevarlo a la práctica analizando todos los estudios de viabilidad. Entre ellos tenemos estudios de viabilidad de mercado, viabilidad técnica, viabilidad legal, viabilidad organizacional y viabilidad ambiental (económico y financiero).

I.- ESTUDIO DE VIABILIDAD DE MERCADO

Es estudiar la oferta y demanda de mercado, los precios y los canales de distribución para determinar las posibilidades de penetración del servicio en el mercado. Así también analizar las fuentes de competitividad. Para eso es necesario saber cómo se organiza el Sistema de Salud en la Provincia de Misiones.

A.1 Organización del Sistema de Salud en la Provincia de Misiones.

Se organiza en tres subsectores:

1.-Subsector Público: Provee servicios de salud a toda la población de manera gratuita y los recursos que lo financian son derivados del sistema impositivo. Generalmente, atiende la demanda de grupos sociales de bajos recursos. Pero también atienden a pacientes que aportan a OS y prepagas

Las provincias cuentan con autonomía respecto de las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones. A su vez, la relación con los gobiernos locales o municipios es establecida de manera autónoma en cada provincia. De este modo el subsector público en la Ciudad de Posadas (Capital de la Provincia de Misiones), cuenta con los siguientes establecimientos de salud (Tabla 1).

2.-Subsector de la Seguridad Social: Está compuesto por las Obras Sociales Nacionales como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), Provinciales que en Misiones cuenta con el Instituto de Previsión Social (IPS). Estas instituciones son

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales, activos (incluyendo a monotributistas) y pasivos con sus grupos familiares.

Su financiamiento proviene de un impuesto al salario del empleado y un aporte del empleador, actualmente 3% y 5% respectivamente. La afiliación es obligatoria. Así mismo la Obra Social Provincial (IPS) brinda cobertura a los empleados provinciales. Su financiamiento surge de los aportes salariales de los empleados públicos y las contribuciones de la provincia en su rol de empleador. Constituye una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismos de pagos con prestadores privados y el sector farmacéutico. Su financiamiento proviene de aportes de salarios de trabajadores en actividad (3% aporte personal y 2% patronal).

3.-Subsector Privado: Compuesto por distintos tipos de entidades privadas, que adoptan diferentes formas jurídicas. Lo constituye las empresas de medicina prepaga más gastos del bolsillo (pagos particulares, medicamentos). También instituciones privadas responsables de la formación de los recursos humanos en las distintas especialidades médicas y no médicas. Es una afiliación voluntaria.

Su financiamiento es a través de aportes individuales (primas, gastos del bolsillo).

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Figura 1- BOLETIN DE ESTADISTICAS HOSPITALARIAS. FUENTE: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (2019)

Consultas médicas ambulatorias según establecimiento de salud. Zona Sanitaria Capital. Provincia de Misiones. Año 2018							
Establecimientos	Consultorio Externo	Guardia	Total Efector	Área Programática		Comunidades Originarias	Total Zona
				C. Ext.	Guardia		
Hospital Escuela de Agudos Nivel III Dr. R. Madariaga	151.534	119.832	271.366	///	///	///	800.300
Hospital Nivel III de Pediatría Dr. Fernando Barreyro	51.989	72.787	124.776	///	///	///	
Hospital de Nivel III Materno Neonatal	28.402	22.362	50.764	///	///	///	
Hospital de Nivel I de Salud Mental Dr. R. Carrillo	0	0	0	///	///	///	
Hospital Nivel I de Enf. Transmisibles Dr. Pedro Baliña	6.592	0	6.592	///	///	///	
Hospital Nivel I Dr. René Favaloro	30.925	25.610	56.535	///	///	///	
Hospital Nivel I Ntra. Sra de Fátima	28.876	31.168	60.044	///	///	///	
Unidad de Geriatría Nivel I Villa Lanús	2.805	0	2.805	///	///	///	
Centro Monoclínico Manantial	3.888	0	3.888	///	///	///	
Consultorio Externo "Ramón Madariaga"	25.347	0	25.347	///	///	///	
CAPS de Zona de Salud Capital	///	///	///	178.375	17.657	///	
CAPS Municipales	///	///	///	2.151	0	///	
TOTAL ZONA	330.358	271.759	602.117	180.526	17.657	///	

FUENTE: Boletín de Estadísticas Hospitalarias. Dirección de Programación y Planificación. Ministerio de Salud Pública. Provincia de Misiones. Año 2018. **ELABORACIÓN:** Sala de Situación. Ministerio de Salud Pública. Provincia de Misiones. Año 2019

Análisis general de la oferta y demanda en la Provincia de Misiones

Aun sabiendo que la población y los dirigentes políticos adjudican gran parte de su preferencia hacia el sector público de la salud, la atención médica está apoyada fundamentalmente en el sector privado de salud.

Así la Provincia de Misiones cuenta con una Población estimada de 1,261,294 habitantes del año 2020. Datos obtenidos del INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo) de la República Argentina. La población estimada que cuenta con cobertura de obra social (IPS) en el 2020 es de 212,000 afiliados. PAMI cuenta con 112,238 afiliados, según datos relevados de la propia Obra Social y el total de las otras obras sociales en Misiones es de 396,184 afiliados, datos obtenidos de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación. (Tabla 2).

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Uno de los principales problemas que aqueja a los servicios de salud en nuestro país es el factor “cama”, es decir los servicios de internación. Esto es fundamental para empezar a explicar el porqué de la importancia económica de las clínicas y sanatorios privados en todo territorio argentino. La mayoría son instituciones privadas, pequeñas y medianas con fines de lucro.

Esto se ve reflejada en la Provincia de Misiones que cuenta con 19 Sanatorios, 15 Clínicas y 20 Centros de Salud. Habilitadas por el Colegio Médico de Misiones. (Tabla .3)

OBRA SOCIALES EN LA PROVINCIA DE MISIONES	CANTIDAD DE AFILIADOS
Instituto de Previsión Social de Misiones (IPS)	212,000
Programa de Atención Médica Integral en Misiones (PAMI)	112,238
Otras obras sociales	396,184
TOTAL	508, 634

Tabla 1- Obras Sociales en la Provincia de Misiones

DEPARTAMENTO	SANATORIOS	CLINICAS	CENTROS DE SALUD
PUERTO RICO		1	1
ALEM	2	1	2
OBERA	2	3	1
2 DE MAYO		1	1
IGUAZU	1	1	1
DORADO	1		2
SANTO PIPO		1	
SAN VICENTE	1		

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

ARISTOBULO DEL VALLE	1	2	
CAMPO GRANDE	1	1	
EL SOBERBIO	1	1	1
WANDA	1	1	
SAN PEDRO		1	
MONTE CARLO	1		
POSADAS	6	1	10
APOSTOLES	1		1
TOTAL	19	15	20

Tabla 2- Sanatorios, Clínicas y Centros Privados por Departamento. Fuente: Colegio Médico de Misiones. 2020

Si bien no hay un ranking publicado de las empresas de medicina prepaga, es de conocimiento que OSDE, Swiss Medical, Galeno y Omint lideran acaparando el 60% del mercado.

La efectividad de un sistema de atención médica en Dolor, está relacionado a:

- La posibilidad de acceso de una población cuando lo requiera, denominado nivel de cobertura.
- La modificación que ese sistema produce a la salud de esa población.
- La satisfacción de cada persona por el uso de los servicios de salud.

La “oferta de la atención médica” es la disponibilidad de recursos humanos, materiales y económicos con los que se cuentan para atender la demanda y hay elementos que la caracterizan:

- Desarrollo de tecnología médica.
- Mayor especialización de los RRHH en cantidad y calidad.
- Mayores inversiones en Investigación médica y farmacológica.
- Incremento en la oferta del servicio.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

- Despersonalización del acto médico

Los médicos son los auténticos gestores de los servicios prestados, tanto en su efectividad (mejora de la salud) como en su eficiencia (menor costo).

Quien adquiere un producto (tratamiento del dolor) debe conocer, al menos, que utilidad le va a brindar. Es decir, el comprador ejerce soberanía sobre el producto.

Es muy posible que el consumidor desconozca cómo funciona lo que compra, pero es imposible desconocer para qué lo compra.

Cuando alguien va a comprar atención médica por Dolor, requiere de un agente que transforme la demanda en real necesidad y ese es el médico especialista en Dolor. Esto es conocido como “Relación de Agencia”.

En esta “Relación de Agencia”, el médico que se dedica al Dolor, define el producto final y es apoderado de las decisiones del paciente, proveedor de algunos servicios, cliente de otros y generador simultáneo de demanda y oferta.

Área de Influencia del Proyecto

Cuando hablamos de área de influencia del proyecto nos referimos al área formada por:

- Localidad donde se ubicaría el establecimiento que da origen al proyecto. En este caso sería la ciudad de Posadas, capital de la Provincia de Misiones.
- Localidades donde existen establecimientos de salud que presten los mismos servicios, que podrían ser utilizados por las personas de la localidad. Con esto solo contamos con un centro instalado en la localidad de Alén.
- Otras localidades que podrían ser atendidas por el establecimiento bajo estudio, serían las localidades del Dorado, Oberá y Iguazú. Como zona estratégica.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

11.- ESTUDIO DE VIABILIDAD ORGANIZACIONAL

Las organizaciones son sistemas sociales compuestos por individuos y grupos de individuos que, mediante la utilización de recursos, desarrollan un sistema de actividades relacionadas y coordinadas para lograr un objetivo común y preestablecido.

La base de la organización está constituida por las personas que realizan el trabajo básico de prestar un servicio, lo que comúnmente suele llamarse “núcleo operativo”.

Las tareas son regidas por procedimientos, en la mayoría de las empresas y sin importar su tamaño. Sirven de guías para la ejecución permanente de una misma tarea. En las empresas de salud hay técnicos, administrativos, profesionales en enfermería y médica.

La IASP ha definido una tipología de centros para la atención en dolor crónico que, en orden de mayor o menor grado de complejidad y especialización es la siguiente: Centro o unidad multidisciplinaria para el tratamiento del dolor; Unidad multidisciplinaria del dolor, Unidad del dolor y Unidad Monográfica.

Tomando como base esta clasificación la Sociedad Española del Dolor (SED) establece tres categorías de acreditación de Unidades de Tratamiento del Dolor. Se tomará como Base la Categoría III.

Categoría I: Son unidades de técnicas específicas de tratamiento del Dolor (UTD I).

Ofrece algunos tipos de técnicas antiálgicas que no tienen carácter multidisciplinario e incluyen con frecuencia: Bloqueos nerviosos, neuroestimulación transcutánea, acupuntura. etc.

Las Características son:

-Debe contar con una planilla suficiente de profesionales sanitarios con titulación de acuerdo a las normas establecidas en Argentina. El personal sanitario debe poseer los conocimientos en ciencias básicas y clínicas necesarias para manejar al paciente con dolor crónico. Todos los médicos integrados en la unidad deben tener formación avanzada en medicina del dolor.

-Debe ofrecer capacidad diagnóstica y de tratamiento del paciente con dolor crónico

-Debe disponer de un espacio físico propio definido.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

-Deberá registrar la historia clínica del paciente y acceder al archivo central de historias clínicas. Debe valorar los resultados individuales y la eficacia de los tratamientos globalmente ofrecidos por la unidad.

Categoría II: Unidad Unidisciplinaria para el tratamiento del Dolor (UTD II)

Las Características son:

- Debe de estar constituida al menos por dos facultativos médicos especialistas.
- Deberá existir un coordinador médico con formación avanzada en medicina del dolor que será responsable de la calidad del servicio clínico prestado a los pacientes.
- Debe de tener capacidad diagnóstica y de tratamiento de pacientes con dolor crónico de distinta etiología y abordar los aspectos físicos, psicosociales, médicos y laborales del dolor crónico
- Debe de disponer de espacio físico definido.
- Debe contar con una dotación de recursos humanos propios suficientes para poder realizar sus actividades. El personal sanitario que desarrolla su labor en una UTD debe de poseer los conocimientos suficientes en materias básicas y clínicas necesarias para manejar pacientes con dolor crónico.
- Debe valorar y tratar los aspectos físicos y biopsicosociales del paciente. Debe de contar con un psicólogo o psiquiatra integrado en la planilla de la unidad o contar con la disponibilidad del mismo de forma interdisciplinaria.
- El personal de la unidad debe realizar sesiones interdisciplinarias y reunirse con frecuencia para tratar casos clínicos y valorar alternativas terapéuticas.

Categoría III: Centro o Unidad Multidisciplinaria para el Estudio y Tratamiento del Dolor (UTD III)

EL centro o unidad multidisciplinaria es el tipo más complejo de UTD. Se estima la necesidad de disponer de una UTD tipo III por cada 1,5 -2 millones de habitantes.

Las Características son:

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

- Contar con un director, persona experta en el manejo de pacientes con dolor, así como experiencia en investigación en dolor. Si este director no es un médico especialista con formación avanzada en medicina del dolor, entonces deberá crearse la figura del director médico que se encargará de supervisar los servicios médicos dispensados por la unidad.
- Disponer de un espacio físico propio y adecuado para realizar las actividades. Debe tener recursos propios para el manejo del paciente ingresado o en régimen de consulta externa.
- Atender un mínimo de actividad estimado en 800 primeras visitas al año, permitiendo así mantener y actualizar conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento del dolor.
- Estar en condiciones de tratar al paciente con dolor crónico de cualquier etiología, abordando aspectos médicos, psicológicos, sociales y laborales.
- Disponer de una dotación de recursos humanos propios, suficiente para realizar sus actividades y con conocimientos amplios y actualizados sobre ciencias básicas (anatomía, bioquímica, fisiología, farmacología) y experiencia clínica demostrada para manejar el paciente con dolor crónico.
- Deben existir al menos dos especialidades médicas representadas en el staff de la unidad, una de ellas, anestesiología o neurocirugía. Debe contar con un psicólogo o psiquiatra integrado en la planilla de la unidad o con la disponibilidad del mismo para valorar y tratar los aspectos psíquicos y psicosociales del paciente con dolor crónico. Todos los especialistas médicos que forman parte de la plantilla de la UTD III deben tener formación en medicina del dolor.
- Debe disponer de psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales como personal sanitario no médico integrado. La necesidad de otro tipo de personal sanitario estará en función de la población a la que atiende la UTD III.
- EL personal sanitario propio de la unidad debe realizar sesiones clínicas periódicas.
- Debe contar con la colaboración estable de otros especialistas (mantener sesiones interdisciplinarias de dolor, elaborar protocolos, investigar en dolor)

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

- Debe ofrecer posibilidades diagnósticas y terapéuticas, que abarquen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, incluyendo tratamientos invasivos de elevada complejidad.
- Debe elaborar una historia clínica del dolor, solicitar y evaluar estudios complementarios, practicar un examen físico completo y evaluar al paciente utilizando técnicas actualizadas. Será también responsable de la adecuada valoración y tratamiento psicológico, fisioterapia, valoración por un/a terapeuta ocupacional, además de otros recursos si fueran apropiados.
- Debe elaborar un registro o base de datos informatizada al paciente con dolor, para valorar la eficacia / eficiencia de los tratamientos. El registro deberá estar conectado con la historia clínica informatizada del paciente o al archivo central de historias clínicas.
- Debe garantizar el acceso físico o electrónico a una biblioteca / hemeroteca
- Debe establecer protocolos clínicos propios y valorar su eficacia periódicamente.
- Debe formar parte de un centro docente y/o investigador acreditado. Debe desarrollar labores de investigación sobre dolor (solicitud de becas /ayudas gubernamentales, para potenciar la investigación independiente y de calidad; la publicación de los resultados en revistas especializadas de ámbito nacional o internacional, con factor de impacto)
- Debe disponer de programas formativos dirigidos a todo profesional implicado, incluyendo pre graduados, postgraduados y especialistas en su red asistencial.
- Debe implicarse en programas educacionales para la ciudadanía, sobre analgesia y hábitos saludables en paciente con dolor.

Componentes de la Organización a tener en cuenta:

Misión

- Proporcionar a los ciudadanos, una atención sanitaria de excelencia y especializada en procesos complejos, asegurando la continuidad asistencial, en un entorno accesible, respetuoso y amable.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

- Los Profesionales a través de su conocimiento y dedicación, le confieren un carácter innovador, dinámico y de mejora continua en sus vertientes asistencial, docente e investigadora

Visión:

- Alcanzar el liderazgo y la excelencia en la atención sanitaria, apoyados en la confianza de los ciudadanos y el compromiso y la ilusión de los profesionales

Valores:

- Compromiso, trabajo en equipo, respeto, búsqueda de excelencia, confianza, orientación al paciente, eficacia, equidad, responsabilidad social y creatividad.

Líneas Estratégicas:

- 1. Atención sanitaria de excelencia; 2. Atención basada en la confianza; 3. Centro de Referencia; 4. Oportunidad para el desarrollo profesional; 5. Nuevos espacios pensados para el paciente; 6. Transparencia y calidad; 7. Docencia y calidad; 8. Gestión de la tecnología; 9. Gestión de procesos y alta resolución; 10. Tecnologías de Información en todos los procesos; 11. Responsabilidad Social; 12. Investigación e innovación, motores de cambio.

III.-ESTUDIO DE VIABILIDAD TÉCNICA.

Recurso Físico y Tecnología

La Organización Panamericana de la Salud incorpora el término de tecnología como el conjunto de métodos, técnicas, procedimientos, equipos e instrumentos derivados de la aplicación del conocimiento científico. En el conjunto de tecnología interactúan las siguientes variables que nos permiten diseñar cada una de las diferentes áreas que componen el programa de nuestro establecimiento: operación, recurso humano, recurso físico y recurso financiero.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

En los últimos años, los progresos tecnológicos han sido muy profundos en la medicina. Incluso, generaron cambios en las modalidades de atención, como la realización de infiltraciones en forma ambulatoria, cirugía ambulatoria y robótica.

A diferencia de otras áreas la renovación tecnológica en salud, provoca aumento del costo por sobre el incremento del presupuesto; es evidente, después de años de intentar reducir los gastos, que estos seguirán aumentando. Esto obliga ser muy prudente en la evaluación e incorporación de nuevas tecnologías y aumentar la efectividad y eficacia del gasto en salud, realizando una seria evaluación costo/efectivo del mismo. Por lo que es indispensable basar la práctica médica en la evidencia científica y el uso racional de los recursos.

El Centro para el Diagnóstico y tratamiento del Dolor, debe brindar a la comunidad cuidado y asistencia médico –social, formación profesional a su personal, educación sanitaria a la comunidad e investigación científica. Las necesidades crecientes de la población nos obligan a buscar soluciones teniendo en cuenta la escasez de recursos.

El Centro o Unidad Multidisciplinaria para el Estudio y Tratamiento del Dolor (UTD III). Es multidisciplinario, de elevada complejidad y habitualmente, localizada en hospital universitario de referencia o en un ámbito físico donde la población ronda en un entorno de 1.5 millones de habitantes.

Dispone de una estructura física diferenciada, con comunicación tanto con la circulación de pacientes ambulatorios como con la circulación interna, con objeto de garantizar el acceso a otras unidades asistenciales.

La UTD III debe contar con recursos ajustados a la actividad que se desarrolle en la misma y configurarse en zona de acceso y admisión, consulta y salas de tratamiento.

Para el desarrollo se han considerado los estándares de estructura y recursos materiales de la *International Association for the Study of Pain (Pain Clinic Guidelines)*, la Sociedad Madrileña del Dolor, y los documentos “*Recommended guidelines for Pain Management Programmes for adults*” y “*Pain Management Services: Good Practice*”, así como la experiencia de las Unidades de Dolor del Hospital Alemán, Fundación Favaloro, Fleni, Fundación Grupo de Alivio al de Argentina (GADA) entre otros.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Las zonas que integran la UTD III, son las siguientes. (Tabla 4)

1.- Recepción y Admisión

2- Consultas de Diagnóstico y Tratamiento

3- Hospital de día: Es una estructura sanitaria asistencia por el cual el paciente recibe las técnicas terapéuticas que requiere sin necesidad de abandonar su entorno familiar. El paciente es internado por un plazo de horas determinado, durante las cuales recibe todos los tratamientos especializados (terapias con aparatos, análisis, control posoperatorio, etc.) por parte de personal especializados que requieren seguimiento o aparatos médicos que deben ser manipulados dentro de instalaciones. Al finalizar la atención el paciente vuelve a su hogar.

4- Control de Enfermería y apoyos.

5- Zona de Personal

Es necesario considerar que la mayor parte de los pacientes tratados en el Centro para el Diagnóstico y Tratamiento del Dolor, son pacientes ambulatorios que requieren una estancia en el hospital de día propia del Centro.

Zona	Local	Nº	m2/local	Total m2
ACCESO Y ADMISIÓN	1. Vestíbulo de acceso	1	12	12
	2. Recepción y admisión	1	16	16
	3. Sala de espera	1	24	24
	4. Aseos públicos	2	4	8
	5. Aseo adaptado	1	5	5
	6. Almacén silla de ruedas	1	4	4
	SUPERFICIE ÚTIL DE LA ZONA DE ACCESO Y ADMISIÓN			69
CONSULTA: DIAGNÓSTICO Y	7. Consulta / Despacho	4	18	72
	8. Sala de tratamiento y bloqueos	2	30	60

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

TRATAMIENTO	9. Sala de terapia en grupo (tratamiento psicológico, ocupacional o educativo)	1	36	36
	SUPERFICIE ÚTIL DE LA ZONA DE CONSULTA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO			168
HOSPITAL DE DÍA	10. Vestuario y aseo de pacientes	2	6	12
	11. Puestos de hospital de día	4	9	36
	SUPERFICIE ÚTIL DE LA ZONA DE HOSPITAL DE DÍA			48
CONTROL DE ENFERMERÍA APOYOS	12. Mostrador y zona de trabajo	1	16	16
	13. Espacio para carro de paradas (en zona de trabajo)	1	3	3
	14. Oficio limpio	1	8	8
	15. Almacén de equipos	1	18	18
	16. Almacén de material fungible	1	12	12
	17. Almacén de lencería	1	4	4
	18. Aseo de personal	1	6	6
	19. Oficio de limpieza	1	4	4
	20. Oficio sucio y clasificación de residuos	1	5	5
	SUPERFICIE ÚTIL DE LA ZONA DE CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS			76
PERSONAL	21. Despachos clínicos	3	12	36
	22. Sala de trabajo clínico	1	20	20
	23. Secretaría (trabajo administrativo, archivo y reprografía)	1	14	14
	24. Sala de reuniones polivalente	1	24	24
	25. Sala de estar de personal	1	16	16
	26. Vestuarios y aseos de personal	2	12	24
	SUPERFICIE ÚTIL DE LA ZONA DE PERSONAL			134
SUPERFICIE ÚTIL TOTAL DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO DEL DOLOR				495

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

SUPERFICIE CONSTRUIDA TOTAL DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO DEL DOLOR (S. útil x 1,30)	643,5
---	-------

Tabla 3- Programa locales. Fuente: Unidad de Tratamiento del dolor “Estándares y recomendaciones” 2012.

1.- ZONA DE ACCESO Y ADMISIÓN

La situación de discapacidad en la que se encuentra algunos pacientes que acuden a la UTD III exigen soluciones funcionales y materiales que faciliten la accesibilidad en la UTD.

VESTIBULO Y ACCESO

En general el acceso a la UTD III, se realiza desde la circulación general externa destinada a los pacientes ambulantes.

Es deseable que el UTD III se localice en plantas con fácil acceso y con recorridos lo más cortos posibles. La señalización exterior deberá facilitar el acceso y es recomendable la existencia de un aparcamiento dada la necesidad de uso de vehículo particular o transporte sanitario programado para realizar el desplazamiento y organización por citas puntuales.

El vestíbulo de entrada será suficientemente amplio para permitir la circulación hasta el mostrador de recepción –admisión, evitando situaciones que pudieran dificultar el acceso.

RECEPCIÓN Y ADMISION

Este local debe disponer de espacio necesario para la atención al paciente y a sus acompañantes (deberá tenerse en cuenta la necesidad de un cierto grado de privacidad) durante el proceso de admisión.

El mostrador de recepción se diseñará de forma que resulte accesible desde la entrada principal y fácilmente localizable para los pacientes y acompañantes, y que el personal de recepción pueda observar la puerta de entrada y las circulaciones del público. Mostrador adaptado a pacientes en silla de rueda y zona de trabajo administrativo.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

El espacio para trabajo administrativo debe disponer del equipamiento necesario para desarrollar eficazmente su actividad, así como de espacio para almacenar la documentación específica: protocolos, folletos, informativos, etc.

Se recomienda que toda la tramitación administrativa se realice, siempre que sea posible, en el propio mostrador de recepción, evitando la utilización de despachos adyacentes. En los nuevos diseños se considera que el sistema de información debe soportar íntegramente el desarrollo de todas las actividades, incluyendo, además de las meramente administrativas, el registro y la gestión de la documentación clínica.

SALA DE ESPERA DE PACIENTES Y ACOMPAÑANTES

La sala de espera para pacientes y acompañantes adyacentes a la recepción y admisión, y con espacio para la estancia prolongada de acompañantes durante los tratamientos de los pacientes en el Centro.

La sala debe ser confortable y disponer de teléfono, televisión, espacio para máquinas de refrigerio y fuente automática para agua fría, así como los aseos públicos (uno de ellos adaptado) en su proximidad.

La dimensión de la zona de espera dependerá de la actividad prevista y las características socioculturales de la población, debiendo contar con una previsión de 1,5 asientos cómodos (los tiempos de espera pueden ser largos) por paciente que se encuentre en cualquier zona de la unidad. Deberá disponer de espacio suficiente para el movimiento de sillas de ruedas.

Tendrá preferentemente acceso directo desde el vestíbulo de entrada, permitirá el contacto visual con el mostrador de recepción y dará acceso a la zona de consultas y salas de tratamiento y al hospital del día.

ASEOS PÚBLICOS Y ASEO ADAPTADO

Junto a la sala de espera principal se programan unos aseos para el público dotados de lavado e inodoro, uno de ellos adaptado para minusválidos.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

ALMACEN DE SILLAS DE RUEDAS

Local que sirve para depósito de sillas de ruedas de los pacientes que acuden en ellas al centro del dolor, mientras son tratados en la misma. Es recomendable que se ubique en local cerrado, próximo al vestíbulo y a la recepción de la unidad.

2.- ZONA DE CONSULTA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

En esta zona se localizan las consultas y las salas para la realización de diferentes tratamientos como infiltraciones, bloqueos nerviosos, algunas técnicas de radiofrecuencia, boqueo espinal (epidural o subaracnoideo), administración espinal de corticoides. Para la realización de otros procedimientos (tales como los implantes de neuroestimuladores, reservorios, bombas de infusión o los bloqueos invasivos), se requiere el uso del Bloqueo Quirúrgico. La tendencia actual, es que se está produciendo técnicas mínimamente invasivas, derivadas de los argumentos basados en la evidencia, plantean realizar múltiples procedimientos orientados al tratamiento del dolor en el área ambulatoria de la UTD III. (Tabla 5)

CONSULTA

Local de trabajo para la realización de la Historia Clínica, facilitar al paciente la información pertinente y obtener su consentimiento, si fuera necesario.

El local de consulta deberá permitir en un único espacio la actividad combinada de consulta y exploración, de forma que se optimicen las condiciones de intimidad y se logre mayor versatilidad en la utilización de un espacio que funcionalmente, resulte más flexible.

Además de la historia clínica y exploración, en este local se tomarán las constantes vitales y se realizarán otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos menores. Para ello será necesario, además del mobiliario de despacho (mesa, sillón, sillas), una camilla de exploración accesible por ambos lados y aislable mediante cortinas o biombos y demás mobiliario clínico para almacenar el material fungible e instrumental de uso en la consulta.

Cuando el local de consulta esté destinado a intervenciones psicológicas individuales deberá contar con una butaca reclinable o similar para facilitar el entrenamiento en relajación y/o visualización y equipo de biofeedback.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Para el desarrollo de las funciones antes señaladas se recomienda disponer de una superficie útil mínima de 18 m².

SALA DE TRATAMIENTOS Y BLOQUEOS

La disponibilidad de una sala de tratamientos y bloqueos con ambiente quirúrgico, permite la realización de la mayor parte de procedimientos quirúrgicos que requieren condiciones de quirófano.

La sala de intervenciones contara con una superficie útil mínima de 30 m². Debe disponer de una zona de preparación clínica (6 m²) y un acceso de pacientes diferenciado, con espacio para vestidor (4 m²). Equipada con mesa y lámparas quirúrgicas, y monitorización básica (ECG, pulsioximetría y TA no invasiva). Disponibilidad de oxígeno y vacío. Equipamiento para resucitación cardiorrespiratoria.

Material para bloqueos nerviosos, incluidos estimulador de nervios periféricos y todo el material necesario para un correcto funcionamiento.

Material para técnicas de radiofrecuencia, incluidos aparatos de radiofrecuencia y todo el material necesario para su correcto funcionamiento.

Las salas deben disponer de ambiente quirúrgico y una climatización e instalaciones adecuadas a las exigencias del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones y el Colegio Médico de Misiones.

La sala deberá disponer de puertas automáticas (ancho mínimo 1,20 y mirilla) que aseguren la existencia de sobrepresión sobre los espacios adyacentes.

Se recomienda que la sala de tratamientos disponga de torres independientes para monitores y equipos de cirugía. Asimismo, la sala debe contar con lámpara quirúrgica. Es recomendable disponer de panel de control, en el que entre otros elementos se incorporen los indicadores y controles de temperatura, humedad relativa, indicador de sobrepresión, así como interruptores, tomas de corriente, tomas de video, tomas de voz y datos, intercomunicación etc.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

El suelo de la sala debe ser flexible y continuo, antideslizante y conductivo, conectado a la red equipotencial. El revestimiento de parámetros debe ser liso, continuo, sin juntas, fácil de limpiar y resistente a limpiezas continuadas con productos desinfectantes. Los materiales de acabados de suelos y paramentos deben de ser de difícil combustión, auto extingüibles que no contribuyan a la transmisión de incendio y que no desprendan humos ni gases tóxicos en caso de incendio.

El techo debe ser liso, continuo y no registrable.

La sala debe disponer de las siguientes instalaciones:

- Electricidad: cuadro eléctrico por sala, conectado a la red normal y de emergencia, con transformador de aislamiento. Suministros con tomas de corriente en panel de control. En torre de cirugía y en torre de anestesia
- Iluminación: Iluminación general de la sala de intervención regulada
- Climatización: Sistema de volumen de aire constante con climatizador independiente por sala de intervención Intervalo de temperatura: 20- 24°C. Intervalo de humedades relativas: 45-55%. Nivel sonoro máximo en la sala.
- Oxígeno y vacío
- Protección contra incendios: Sistema de detección (detector óptico de humos en la zona central de la sala), alarma y extintor en zona próxima a la sala.
- Comunicaciones: Conjunto de video y audio. Sistema de videograbación, altavoz de megafonía e interfono. Por lo general todas las salas de intervención tienen 1-2 ordenadores para registro de datos del paciente (presión arterial, ECG, Sat O2); también para que enfermería registre el material utilizado, la duración de la intervención, etc.
- Sistema de gestión: Controles de temperatura, humedad y sobrepresión en el interior de la sala de intervención. Control y alarma del sistema de aislamiento del cuadro eléctrico, y alarmas e interruptores magneto térmica del cuadro eléctrico de la sala.

SALA PARA TRATAMIENTOS GRUPALES, OCUPACIONALES, EDUCATIVOS

Sala para intervención grupal con capacidad para un mínimo de 15 personas, equipada con el siguiente material:

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

- Sillas de paleta para poder tomar notas o mesa suficientemente grande para que los pacientes y acompañantes se puedan sentar alrededor de ella y participar de la sesión de trabajo.
- Medios audiovisuales, cañón, ordenador, video, TV y cámara para poder grabar. Conectados a wifi.
- Cámara de Gesel para poder realizar docencia. Debe disponer de aislamiento acústico para poder trabajar técnicas de relajación e hipnosis y de control de temperatura individualizado.

Se recomienda que esta sala sea adyacente a la de fisioterapia. Cumpliendo de la normativa de accesibilidad (escaleras, rampas demasiado pronunciadas o de suelo resbaladizo).

Dependiendo del volumen de actividad y ocupación de estas salas, pueden ser compartida con otras unidades o servicios.

Ámbito	Función	Características estructurales
CONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar historia clínica, historia del dolor; exploración, diagnóstico y evaluación. ○ Facilitar información al paciente y consentimiento informado, si es preciso. ○ Realizar tratamientos psicológicos individualizados. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Deberá permitir en un único espacio la actividad combinada de consulta y exploración, manteniendo en todo momento condiciones de privacidad, con una única puerta. ○ La distribución del espacio facilitará la comunicación con otras consultas adyacentes, a fin de posibilitar la circulación del personal sanitario. ○ Toma de voz y datos, así como espacio para el almacenamiento de material. ○ Dispensador de solución hidroalcohólica. ○ Se recomienda una superficie útil mínima de 18 m².

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

<p style="text-align: center;">SALA DE TRATAMIENTOS Y BLOQUEOS</p>	<p>Sala de intervención externa al bloque quirúrgico, que requiere ambiente quirúrgico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se recomienda una superficie útil mínima de 30 m². ○ Debe disponer de una zona de preparación clínica (6 m²) y un acceso de pacientes diferenciado, con espacio para vestidor de pacientes (4 m²). ○ La sala deberá disponer de puertas automáticas (ancho mínimo 1,20 y mirilla) que aseguren la existencia de mayor presión que los espacios adyacentes. ○ Ambiente quirúrgico.
<p style="text-align: center;">SALA DE TERAPIAS GRUPALES (Psicológicas, Ocupacionales, Educativas)</p>	<p>Sala para la realización del programa de tratamiento psicológico en grupo (también tratamiento ocupacional o de carácter educativo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Debe contar con un espacio suficiente donde albergar 6 pacientes y sus respectivos acompañantes, además de los diferentes profesionales que en ocasiones pueden participar en las sesiones. También debería permitir la incorporación de 2-3 personas en proceso de formación. Un total de 15 a 18 personas según los momentos y las actividades. ○ Es recomendable que esta sala esté comunicada con la sala de rehabilitación y fisioterapia.

Tabla 4 – Zona de acceso y admisión: función y características estructurales. Fuente: Unidad de Tratamiento del Dolor “Estándares y recomendaciones”, 2012.

3.- ZONA DE HOSPITAL DE DÍA

En el Hospital de día de la UTD III se realizan los procedimientos y tratamientos tales como estimulación eléctrica (transcutánea o percutánea), iontoforesis, diferentes técnicas de infusión espinal y sistémica, programación de neuroestimuladores implantados y por radiofrecuencia, test

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

intravenoso, así como la preparación y recuperación de los pacientes sometidos a los procedimientos previstos en las salas de tratamiento del centro. (Tabla 6)

PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA

Espacios destinados a la preparación y recuperación del paciente antes y después de las sesiones de tratamiento en el Centro, así como para la aplicación de tratamientos especiales y farmacológicos. El puesto de control de enfermería es la central de comunicación de la unidad, por lo que debe poner infraestructuras de telecomunicación, sistema de comunicación con los pacientes, transporte neumático y alarmas (contra incendios, gases, etc.).

Los puestos del hospital de día tendrán tomas de oxígeno y vacío, camas o sillones de tratamiento regulables en altura, una mesita con espacio para los efectos personales de los pacientes y ala para apoyar bandejas, así como espacio para una silla adicional (a utilizar por un acompañante).

Cada puesto dispondrá de las instalaciones eléctricas necesarias tanto para iluminación como para la utilización de los equipos electro-médicos. Se valorará, además la conveniencia de que dispongan de televisión y, en todo caso, se proporcionará al paciente una unidad de control manual, que le permita avisar al personal de enfermería, manejar la iluminación y, en su caso, el mando a distancia de la televisión.

Se considera conveniente que la sala del hospital de día, disponga de iluminación natural y a ser posible, vistas al exterior, si bien ello, garantizando en todo momento la intimidad durante la aplicación de los tratamientos.

Los puestos del hospital de día podrán habilitarse en salas comunes o puestos individuales, en función de las necesidades y características del tratamiento. En las salas comunes cada puesto debería ocupar, como mínimo, un espacio de 3.0 por 3.0 y deben poder aislarse convenientemente mediante cortinas o biombos o, en su caso mamparas.

Las salas comunes de hospital del día utilizadas por pacientes de ambos sexos presentan claras ventajas organizativas económicas. Es esencial, sin embargo, que ellos no afecten a las condiciones de intimidad y dignidad en la administración de los tratamientos.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

VESTUARIO Y ASEO DE PACIENTES

Los pacientes que acuden a la UTD III para recibir un tratamiento deben de poder acceder directamente a la zona de hospital de día (si es posible sin pasar por la zona de consultas).

Los vestuarios de los pacientes usuarios de esta zona estarán ubicados en un espacio contiguo a la sala en la que se localizan los puestos de tratamiento.

Los vestuarios estarán diferenciados para hombres y mujeres y deberán contar con espacio suficiente para taquillas, que permitan la custodia de ropa y objetos personales.

Los aseos para uso específico de pacientes (incluyendo minusválidos), estarán ubicados junto a los vestuarios y tener una dimensión adecuada al tamaño de la unidad.

Ámbito	Función	Características estructurales
PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA	Para tratamientos ambulantes.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sala abierta con capacidad para dos, cuatro o más puestos. ○ Cada puesto debe disponer de cabecero con tomas eléctricas e informáticas, iluminación y oxígeno y vacío.
LOCALES DE APOYO	Para el funcionamiento de la zona	Vestuario y aseo de pacientes

Tabla 5 – Zona de hospital de día: función y características estructurales. Fuente: Unidad de Tratamiento del Dolor “Estándares y recomendaciones” 2012

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

4.- ZONA DE CONTROL DE ENFERMERIA Y APOYOS

La zona de control de enfermería atiende tanto al hospital de día como a la zona de consultas y salas de tratamiento de la UTD III.

Esta zona incorpora los locales de apoyo (material y equipos) necesarios para el funcionamiento de la UTD III. (Tabla 7)

MOSTRADOR Y ZONA DE TRABAJO

Se ubicará en la zona central de la unidad (sala común de puestos de hospital de día) y con fácil acceso a los puestos individuales, abierto para minimizar distancias y facilitar control. Con elementos de apoyo en función de las características de los tratamientos y los cuidados que requiera su administración y la recuperación de los pacientes.

Dispondrá de mostrador con superficie para escribir, equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera, espacio para almacenar el material de trabajo y para la documentación clínica. Se recomienda la instalación de estaciones de trabajo con acceso a las aplicaciones de gestión de pacientes y estación clínica, así como terminal de sistema de transporte neumático de muestras.

CARRO DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

Es un espacio específico (no un local diferenciado), próximo al mostrador de enfermería y con facilidad para el transporte hacia los puestos en los que son tratados los pacientes, debe ubicarse el carro móvil de paradas con desfibrilador.

OFICIO LIMPIO

Local asociado directamente al puesto de control de enfermería, que se encuentra destinado al almacenamiento de medicamentos, material estéril y preparación de material clínico.

Debe disponer de una zona de lavado de manos, frigorífico (a 4°C con control homologado de temperatura y alarma visual y acústica en caso de mal funcionamiento) para conservación de medicamentos y espacio para el almacenamiento de material.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

El oficio limpio debe estar equipado con estanterías y vitrinas, así como con panel de información y protocolización y repisa apropiada para medicación.

ALMACEN DE EQUIPOS

Equipos de monitorización básica (ECG, pulsioximetría y TA no invasiva), así como almacén de equipos específicos para los tratamientos que se realizan en la UTD III (bombas de infusión, soportes, TNS, etc.).

ALMACEN DE MATERIAL FUNGIBLE

Espacio para el almacenamiento de material estéril, como textil estéril, agujas, jeringas y otro material fungible.

ALMACEN DE LENCERIA

Espacio para los carros de ropa limpia, y almacenamiento de material textil (mantas, almohadas, toallas), que debe estar diferenciada de la sucia (a ubicar en el oficio de clasificación de residuos)

ASEO DE PERSONAL

Se debe disponer de un aseo (lavado, inodoro y ducha) para el personal que trabaja en el hospital de día, de manera que no requiera salir de esta zona de trabajo.

OFICIO DE LIMPIEZA

Local para el alojamiento de equipos y material de limpieza de los locales y el equipamiento de la unidad.

El oficio debe de disponer de espacio para el movimiento de carros y equipos de limpieza, así como una zona equipada con un fregadero

OFICIO SUCIO Y CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS

Para la limpieza de material, así como el depósito de ropa sucia y residuos clasificados, si los hubiera. Los distintos residuos clínicos deberán disponerse en contenedores herméticos de acuerdo con la normativa y los protocolos vigentes.

Debe disponer de fregadero y vertedero.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

El local debe de disponer de espacio para alojar el carro de ropa sucia.

Ámbito	Función	Características estructurales
MOSTRADOR Y ZONA DE TRABAJO	Trabajo del personal de enfermería: observación del paciente durante su tratamiento y recuperación, planificación de los cuidados y labores administrativas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Debe poder controlarse visualmente al paciente, disponer de un mostrador de trabajo, equipado con tomas de voz y datos, y con una zona que permita la atención de personas en silla de ruedas. ○ Debe disponer de infraestructura de telecomunicación, sistema de comunicación con el paciente, transporte neumático, y alarmas (contra incendios, gases, etc.).
LOCALES DE APOYO	Actividades de soporte para la actividad asistencial de la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Espacio para el carro de paradas ○ Oficio de limpio ○ Almacén de material fungible ○ Almacén de lencería ○ Almacén de equipos ○ Oficio de sucio y clasificación de residuos ○ Oficio de limpieza ○ Espera del paciente ingresado

Tabla 6 – Zona de control de enfermería y apoyos: función y características estructurales. Fuente: Unidad de Tratamiento del Dolor “Estándares y recomendaciones”, 2012.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

5.- ZONA DE PERSONAL

La zona de personal debe de localizarse en la parte más interna del centro, asociada a la circulación destinada a personal, pacientes ingresados y servicios.

Aunque las consultas externas del Centro sirvan como despachos, es conveniente disponer de un número de despachos adicionales que sirvan de apoyo a los diferentes especialistas que integran el equipo multidisciplinario de la UTD III.

Asimismo, resultan esenciales espacios y recursos destinados a la formación de docencia, así como para la gestión, organización e investigación del Centro (Tabla 8).

DESPACHO; SALA DE TRABAJO Y DE REUNIONES

Deben disponer de un espacio suficiente para una mesa de trabajo dotada con ordenador, teléfono e impresora.

El dimensionado de los despachos depende de la actividad programada para la UTDIII, su cartera de servicios y demanda prevista y características del equipo multidisciplinario.

Los despachos deben disponer de infraestructuras y equipos de telecomunicación (voz y datos)

SECRETARIA

Local para el trabajo administrativo y de organización de la unidad. Con espacio para Archivo y reprografía.

SALA DE REUNIONES POLIVALENTE

Sala para sesiones clínicas, formación y docencia.

Resulta recomendable que una de las salas polivalentes disponga de un sistema de videoconferencia que permita reuniones y sesiones clínicas entre UTDIII y los diversos cursos de atención primaria, centros de atención socio sanitarios y de cuidados paliativos externos al Centro.

SALA DE ESTAR Y REFRIGERIO DE PERSONAL

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Sala para la estancia y descanso del personal, próxima a la zona de hospital de día y de tratamientos, de manera que se pueda atender cualquier llamada de paciente, o cualquier situación de emergencia.

Debe disponerse de material y equipos para el refrigerio del personal: Lavado, frigorífico con máquina para fabricar hielo, microondas, cafetera, hervidor de agua, despensa, utensilios de cocina y vajilla, etc.

ASEOS Y VESTUARIO PERSONAL

En esta zona se localizan los aseos y vestuarios del personal de la UTDIII.

Se recomienda programar un aseo para personal con movilidad reducida

Los vestuarios deben disponer de una zona de taquillas, diferenciada de la de aseos que deben disponer lavado de manos, inodoros y ducha.

Cada zona de aseos estará dotada de un inodoro por cada 15 personas y de un lavado de manos por cada 10 personas o fracción que trabajen en la unidad.

Ámbito	Función	Características estructurales
DESPACHOS, SECRETARÍA, SALAS DE TRABAJO Y DE REUNIONES	Realización de las actividades de gestión, investigación, docencia, trabajos administrativos y estudio.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Con infraestructuras y equipos de telecomunicación (voz y datos). ○ Superficie útil de 16 m² por despacho.
ESTAR DE PERSONAL Y REFRIGERIO	Para descanso del personal. Debe poder atender cualquier llamada de paciente o emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Próxima al puesto de control de enfermería. ○ Dentro de la sala, en una zona reservada, debe disponerse de material y equipos para el refrigerio del personal.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

VESTUARIOS Y ASEOS DE PERSONAL	Para uso del personal de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> ○ Próximo a la sala de estar de personal. ○ Los vestuarios deben disponer de una zona de taquillas, diferenciada de la de aseos.
---	------------------------------------	---

Tabla 7– Zona de personal: función y características estructurales. Fuente: Unidad de Tratamiento del Dolor “Estándares y recomendaciones”, 2012.

IV.- ESTUDIO DE VIABILIDAD LEGAL

Se debe considerar que el sistema argentino opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles: Nacional, Provincial y Municipal.

La Nación en la figura del Ministerio de Salud de la República Argentina, asumió en los años noventa las funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. En la práctica el rol de nivel central queda disminuido. En su mayoría, no interviene en la política de salud nacional.

Teniendo en cuenta que la Provincia de Misiones cuenta con autonomía respecto a las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones, el poder de decisión del Ministerio de Salud Nacional se ha visto acotado.

Sin embargo, el Ministerio de Salud Nacional es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicio de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la normalización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación. Es importante entonces hacer una descripción de la función del Ministerio de Salud Nacional como así también de la Superintendencia de Servicios de Salud, la ANMAT y las Leyes Sanitarias Nacionales, para poder tener la información necesaria a la hora del análisis.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Misión, visión y objetivos del Ministerio de Salud de la República Argentina

1. Entender en la determinación de los objetivos y políticas de área de su competencia
2. Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme a las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Nacional
3. Entender en la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud.
4. Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud consensuado que cuente con la suficiente viabilidad social.
5. Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina. Garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica
6. Intervenir en la fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y de aquellos que pertenecen
7. Intervenir en su ámbito, en el estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar tareas, cualquiera sea su índole o naturaleza, con presencia circunstancial o permanente de personas físicas.
8. Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo
9. Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del deporte
10. Entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional
11. Entender en el ejercicio del poder de policía sanitaria en lo referente a productos, equipos e instrumental vinculados con la salud, e intervenir en la radicación de las industrias productoras.
12. Entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

13. Intervenir en la aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas.
14. Entender en la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social y del sector privado.
15. Entender en la organización, dirección y fiscalización del registro de establecimientos sanitarios públicos y privados.
16. Intervenir en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes.
17. Intervenir en la corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en el mercado interno de productos medicinales.
18. Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud.
19. Intervenir en la normalización, registro, control y fiscalización sanitaria y bromatológica de alimentos, en el ámbito de su competencia, en coordinación con el Ministerio de Economía y Producción.
20. Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva o asistencial
21. Intervenir, en su ámbito, en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de la salud en situaciones de emergencia a necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor
22. Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

23. Entender en la actualización de las estadísticas de salud y los estudios de recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad, así como el diagnóstico de la situación necesaria para la planificación estratégica del sector salud.
24. Entender en la normatización y elaboración de procedimientos para la captación y el procesamiento de datos sanitarios producidos a nivel jurisdiccional, efectuar su consolidación a nivel nacional y difundir su resultado
25. Entender en la difusión e información sobre los servicios sustantivos de salud a los destinatarios para disminuir las asimetrías de información.
26. Entender en el desarrollo de estudios sobre epidemiología, economía de la salud y gestión de las acciones sanitarias de manera de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones públicas de salud.
27. Entender en la regulación de los planes de cobertura básica de salud
28. Entender en las relaciones sanitarias internacionales y en las relaciones de cooperación técnica con los organismos internacionales de salud.
29. Entender en la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial.
30. Intervenir con criterio preventivo en la disminución de la morbilidad por tóxicos y riesgos químicos en todas las etapas del ciclo vital.
31. Intervenir, en su ámbito, en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales, para crear desde la niñez conciencia sanitaria en la población, en coordinación con el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.
32. Entender en la elaboración y ejecución de los programas materno infantiles, tanto en el ámbito nacional como interregional a disminuir la mortalidad infantil

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

33. Entender en la elaboración de los planes de las campañas sanitarias destinadas a lograr la erradicación de enfermedades endémicas, rehabilitación de enfermos y detección y prevención de enfermedades no transmisibles

34. Intervenir, en su ámbito, en el desarrollo de programas preventivos y promoción de la salud tendiente a lograr la protección de las comunidades aborígenes y todo otro servicio sanitario.

35. Entender en el control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de enfermedades

36. Entender en la programación y dirección de los programas nacionales de vacunación e inmunización

37. Entender, en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales – determinados en situación de riesgo

38. Entender en la elaboración y ejecución de acciones tendientes a lograr la readaptación y reeducación del discapacitado e inválido

39. Entender en la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las leyes Nros. 23.660 y 23.661

40. Entender, en su ámbito, en las relaciones y normativa de la medicina prepaga

41. Entender en la formulación de políticas y estrategias de promoción y desarrollo destinadas a prevenir y/o corregir los efectos adversos del ambiente sobre la salud humana, en forma conjunta con otros organismos dependientes del Poder Ejecutivo Nacional con competencia en la materia.

Misión, visión y valores de la Superintendencia de Servicios de Salud de la República Argentina

Misión: la Superintendencia de Servicios de Salud es el ente de regulación y control de los actores del sector, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación vigente.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Visión: Transformar a la Superintendencia de Servicios de Salud en un Organismo a la vanguardia de las nuevas tendencias en materia de Salud, fortaleciendo su carácter integrador y articulador de las políticas del área, centralizando su accionar en el bienestar de las personas; con la voluntad de trascender lo nacional para convertirse en un órgano referencial en ámbitos internacionales.

Valores:

. *Solidaridad.* Para fortalecer el principio rector que sustenta el Sistema Nacional del Seguro de Salud, en pos de garantizar el acceso a las prestaciones médico-asistenciales a los usuarios del sector

. *Transparencia* en la implementación de las políticas de gestión, facilitando y promoviendo el conocimiento público y el libre acceso a toda aquella información inherente a esta Superintendencia de Servicios de Salud.

. *Innovación* como condición esencial para generar un cambio significativo en los procesos, mediante la implementación de nuevas tecnologías de la Información y Comunicación, que faciliten la toma de decisiones y garanticen la eficiencia y eficacia de los mismos.

. *Ética* en el cumplimiento de las funciones desempeñadas por cada miembro de la organización.

. *Sensibilidad* para recibir, comprender y resolver con celeridad, las demandas de los usuarios del Sistema

Definición de la ANMAT y sus Objetivos

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional creado en agosto de 1992, mediante el Decreto 1490/92. Colabora en la protección de la salud humana, garantizando que los medicamentos, alimentos y dispositivos médicos a disposición de los ciudadanos posean eficacia (que cumplan su objetivo terapéutico, nutricional o diagnóstico), seguridad y calidad. Para ello, se encarga de llevar adelante los procesos de autorización, registro, normatización, vigilancia y fiscalización de los productos de competencia en todo el territorio nacional. La ANMAT depende técnica y científicamente de las normas y directivas que le imparte la

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud, con un régimen de autarquía económica y financiera.

Objetivos:

- Autorizar y registrar la elaboración y comercialización de especialidades medicinales, productos para diagnóstico y cosméticos, así como su actualización y modificaciones.
- Fiscalizar los establecimientos dedicados a la elaboración, importación, fraccionamiento y/o comercialización de los productos mencionados, además de establecer las normativas y especificaciones técnicas que deben reunir.
- Controlar la composición, calidad, eficacia e inocuidad de los productos de su competencia.
- Autorizar, registrar, controlar y fiscalizar la calidad y sanidad de los alimentos, incluyendo los suplementos dietarios, así como los materiales en contacto con los alimentos. Todo ello, en coordinación con las jurisdicciones sanitarias federales y las delegaciones del INAL.
- Participar en la elaboración y actualización de normas.
- Autorizar, registrar, controlar y fiscalizar la calidad y sanidad de los productos de uso doméstico, así como también los materiales en contacto con éstos.
- Autorizar dispositivos de uso médico, materiales y equipos de uso en medicina humana.
- Formular y aplicar normas que aseguran la calidad de los procesos de producción, importación y depósito de los dispositivos de uso médico.
- Vigilar los efectos indeseables, falta de eficacia y calidad de los productos de su incumbencia, mediante el desarrollo de redes de información que reúnen las notificaciones que realizan profesionales, instituciones y usuarios, a través de los Sistemas Nacionales de Farmacovigilancia, Tecno vigilancia y Vigilancia Alimentaria.
- Comunicar y difundir, a los profesionales y al público en general, la información que resulta relevante para la salud, mediante publicaciones periódicas y no periódicas.
- Promover que la investigación clínica de nuevos medicamentos en la Argentina sea efectuada en base a la “Buena Práctica para Estudios de Farmacología Clínica”

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

cumpliendo con normas éticas de alcance internacional y bajo un programa específico de inspección.

- Autorizar la publicidad de medicamentos de venta libre, suplementos dietarios y dispositivos de uso médico para facilitar y orientar a los consumidores.

Leyes Sanitarias Nacionales

Leyes Sanitarias Nacionales es un producto de información legislativa generado en el ámbito de “Legisalud” – Legislación en Salud de la República Argentina.

En nuestro país, Legisalud (<http://leg.msal.gov.ar/>) se creó por resolución 1673/2007 MS.

Publica los instrumentos jurídicos (leyes, decretos, resoluciones, disposiciones y otros), oficializados por los boletines oficiales de las veinticinco jurisdicciones del país (Nación, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las veintitrés provincias). Contiene más de 31.000 normas sanitarias nacionales, provinciales y municipales (fig. 1).

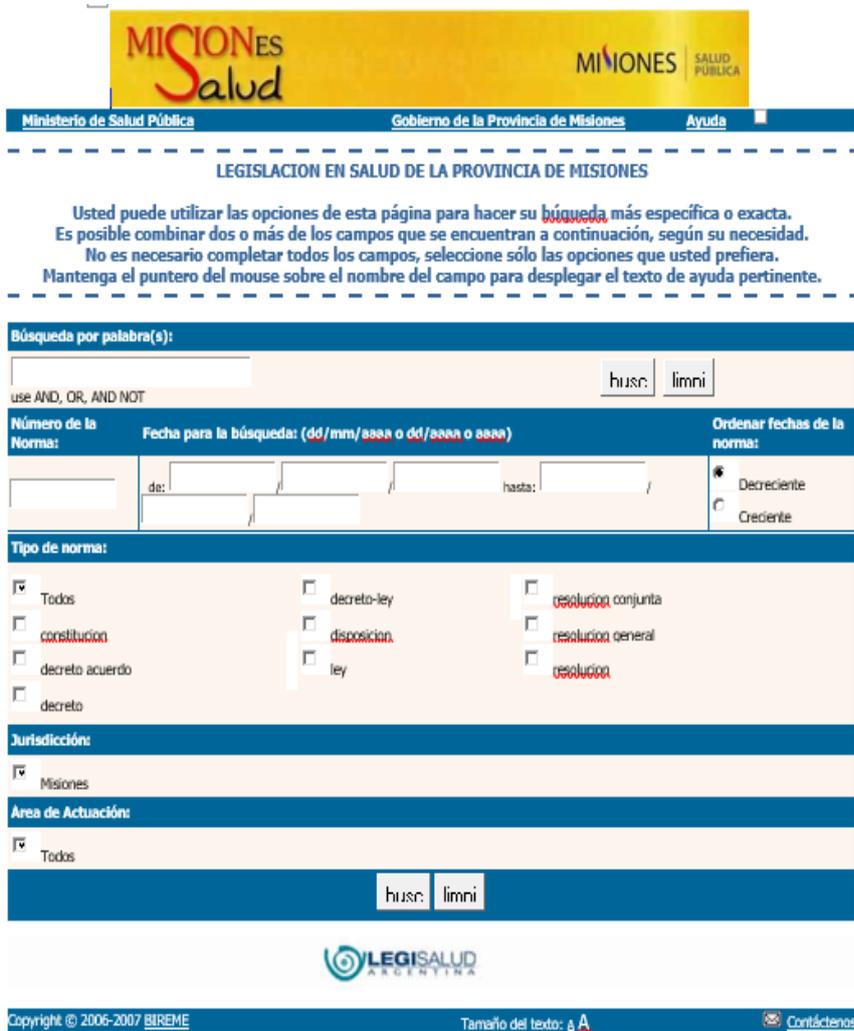
Funciona en el ámbito de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud, Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación.

La presente publicación se enmarca en la obligación del Estado de proveer información; lo cual condice con la necesidad de mejorar la calidad en salud.

El acceso en tiempo real de los ciudadanos a la información legislativa es salud o legislación sanitaria, se relaciona con el derecho humano a la información (Artículo 75 Inc. 22 C.N.)

La “Legislación Sanitaria” reglamenta los derechos humanos relacionados con la salud de la persona humana reconocidos en la Constitución Nacional (Art 33 y 75 Inc.22).

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar



Ministerio de Salud Pública Gobierno de la Provincia de Misiones Ayuda

LEGISLACION EN SALUD DE LA PROVINCIA DE MISIONES

Usted puede utilizar las opciones de esta página para hacer su búsqueda, más específica o exacta. Es posible combinar dos o más de los campos que se encuentran a continuación, según su necesidad. No es necesario completar todos los campos, seleccione sólo las opciones que usted prefiera. Mantenga el puntero del mouse sobre el nombre del campo para desplegar el texto de ayuda pertinente.

Búsqueda por palabra(s):

use AND, OR, AND NOT

Número de la Norma: Fecha para la búsqueda: (dd/mm/aaaa o dd/aaaa o aaaa) Ordenar fechas de la norma:

Tipo de norma:

Jurisdicción:

Área de Actuación:

Copyright © 2006-2007 BIREME Tamaño del texto: 8 Contáctenos

Figura 2 – Legislación en Salud de la República Argentina- Provincia de Misiones

Sistema integrado de información Sanitaria Argentina

Es un proyecto de tecnología de la información con etapas de implementación gradual de largo plazo. Impulsado y financiado por el Ministerio de Salud de la Nación, pero de participación y concepción Federal (<https://sisa.msal.gov.ar>)

Su visión es contribuir al fortalecimiento del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud Provinciales. Su función es de rectoría del sistema de salud y de mejora en la toma de decisiones de todos los actores a través de la optimización de la gestión en las organizaciones,

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

tanto de los diversos subsectores como niveles mediante la integración y conformación de un sistema federal de información sanitaria.

Su misión es de reducir la fragmentación de información sanitaria en todos sus niveles y hacer disponible la información en tiempo y forma para quienes necesiten; integrando, construyendo y **articulando los distintos registros federales en una misma plataforma de tecnología moderna y confiable.**

Dentro de sus objetivos se encuentran optimizar y mejorar el trabajo de las personas y las organizaciones de salud, contribuir a la utilización eficiente de los recursos financieros públicos y unificación de criterios y/o lenguaje sanitario.

Registro de Marca ante el INPI – Instituto Nacional de la Propiedad Industrial

La UTD III deberá tener en cuenta la importancia de registrar la marca que está creando con el fin de protegerla. Las marcas son dispositivos de un alto valor económico y muchas veces recibe escasa atención por parte de los inversores.

Quien ingresa en el juego de la oferta y la demanda desea que los servicios que presta, sean preferidos en relación a aquellos que ofrece la competencia. Busca así diferenciarlos y acude a la protección que ofrece el derecho marcario.

Desde el inicio del derecho marcario argentino una marca es prácticamente todo tipo de signo (símbolo, emblema, palabra, etc.) con la cual se logre distinguir un servicio o producto.

El registro de la marca atribuye su propiedad al titular, otorgando el derecho de exclusiva. Este último posibilita oponerse al ingreso de nuevos signos iguales o similares al registro y ser utilizados por terceros.

La esencia del sistema marcario reside en evitar la coexistencia de marcas confundibles pertenecientes a distintos titulares.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

V.- ESTUDIO DE VIABILIDAD ECONÓMICO – FINANCIERO

Estudio de viabilidad económica

Sera fundamental esta etapa de análisis de viabilidad económica para determinar de manera precisa los costos, entendiéndose por éstos el sacrificio o esfuerzo económico que debemos realizar para lograr el objetivo.

En el sector salud, uno de los más importantes en la economía argentina, existe gran discrepancia entre las metodologías empleadas para calcularlos.

Estas metodologías son conocidas con el nombre de “sistemas de costos”. Son los métodos utilizados para registrar todos los elementos que, necesariamente, se deberán desembolsar para prestar los servicios o brindar atención.

En la literatura se pueden encontrar múltiples opciones mediante las cuales se pueden obtener el costo de un producto o servicio, en el sector salud la más utilizadas son:

1.- Costeo Basado en Actividades ABC (Activity Base Costing): Surge con la finalidad de mejorar la asignación de recursos a cualquier objeto de costo (producto, servicio, cliente, mercado, dependencia, proveedor, etc.) y tiene como objeto medir el desempeño de las actividades que se ejecutan en una empresa y la adecuada asignación de costos a los productos o servicios a través del consumo de las actividades; lo cual permite mayor exactitud y visión de la empresa por actividad.

Este sistema pone de manifiesto de gestionar las actividades, en lugar de gestionar los costos. Es una de las metodologías más utilizadas ya que tiene amplia aceptación y mayor credibilidad para el cálculo, la gestión de los costos y su estrecha relación con el direccionamiento estratégico, lo cual genera mejor información para la toma de decisiones y la gestión empresarial.

2.- Costeo por Protocolos: Se entiende por protocolo, desde el punto de vista clínico, a una secuencia ordenada de procedimientos utilizables ante un individuo con un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un problema de salud. Permite al médico o personal del área de la salud encargado del procedimiento, realizar el tratamiento de manera efectiva y con el costo mínimo.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Este sistema es muy utilizado en el área de salud, pero más que una metodología de costeo es una herramienta que permite calcular estándares de consumo ante determinado procedimiento, los cuales son utilizados por el costeo ABC o el Costeo Absorbente – al momento de calcular el costo real de la prestación del servicio y por el costo estándar para proyectar el comportamiento de los servicios.

3.- Costos por Procesos: El enfoque sistémico o por procesos, es la forma natural de organización del trabajo y surge en contraprestación de las organizaciones piramidales o verticales, estructuradas con base en las funciones (enfoque funcional). Todo proceso hace parte de un Sistema y es uno de los elementos importante de él. Un sistema es cualquier conjunto de elementos interconectados por una configuración de relaciones que constituyen la organización que lo define y especifica su identidad. El objetivo es calcular el costo de cada uno de los procesos misionales u operativos que componen el negocio y así poder tomar las decisiones necesarias. Es una metodología muy utilizada en el sector salud, dado que los procesos pueden definirse y separarse relativamente fácil; los procesos misionales dejan de lado los procesos administrativos que representan un valor importante dentro de la estructura de este tipo de entidades, así como el costeo de otros niveles de información relevantes como los procedimientos, pacientes, productos, etc.

4.- Costeo por Paciente/Patología: Esto parte de una clasificación en dos grandes tipos de costos; variables y fijos. Por un lado, el sistema deberá calcular los costos variables por paciente que serán todos aquellos gastos que se originan por la atención al paciente (medicamentos, material de uso médico, análisis, honorarios específicamente para este paciente, etc.) y, por otro lado, se deben calcular los costos fijos o costos por utilización de los Servicios del Centro (costo del día/cama según el tipo de sala, el costo de utilización del quirófano, el costo de la consulta médica por especialidad, etc.). Este método exige sistemas de información muy complejos que permiten registrar los costos para cada uno de los pacientes, además no tiene en cuenta la asignación de un grupo grade de costos indirectos asociados a los servicios.

Es necesario trabajar fuertemente en establecer una cultura de costos dentro de nuestra empresa, para que pueda haber un monitoreo permanente en los diferentes niveles y con ello mejorar la gestión y los resultados.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Del correcto análisis de la información financiera y sus costos, se puede implementar un modelo de gestión estratégica que involucra otras herramientas:

- Análisis de capacidad ociosa: Hacer un mejor uso de la infraestructura disponible y de los costos fijos que tiene el centro mejorará los niveles de productividad.
- Calculo de puntos de equilibrio: definir el punto mínimo de actividad con el cual se recuperan los costos y así poder determinar qué actividades se deben estimular y/o cuales replantear o eliminar.
- Fijación de precios: contar con información confiable y completa a la hora de negociar con los financiadores.
- Análisis de eficiencia de las actividades: poder determinar si se necesita subcontratar con terceros, reestructurar o eliminar actividades repetitivas.
- La comparación (Benchmarking): compara con empresas líderes para poder mejorar nuestros procesos asistenciales y administrativos.
- Presupuestación: si la información de costos es la adecuada podremos tener un adecuado presupuesto de actividades.
- Sistema de calidad: permite racionalizar los recursos con una adecuada prestación del servicio, mediante el cual se controlen los índices de demanda insatisfecha, los tiempos de espera, los reclamos de los usuarios, etc.

Estudio de viabilidad financiera

Financieramente hablando, al iniciar este proyecto estaremos haciendo una inversión en varios activos tales como insumos, inventarios, maquinaria, tierra y mano de obra. La cantidad de efectivo que invertimos en los activos debe corresponder a una cantidad igual en efectivo derivada del financiamiento. Cuando comencemos a vender nuestra empresa generará efectivo. Ésta es la base de la creación del valor. El propósito de la empresa es crear un valor para el propietario.

Es así como nuestro proyecto de inversión corporativo generará una serie de flujos de efectivo y se puede evaluar descontándolos. Este enfoque es conocido Valor Actual Neto (VAN); aunque se considera que este enfoque es el mejor para evaluar proyectos de presupuesto de capital,

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

nuestro análisis estaría incompleto si ignoráramos métodos alternativos. Por tal motivo, se examinarán también tres alternativas: el Periodo de Recuperación (PRI), el Rendimiento Contable Promedio (RCP) y la Tasa Interna de Retorno (TIR).

Planeación Financiera

La planeación financiera formula el método mediante el cual las metas financieras pueden lograrse.

Teniendo dos dimensiones: Un marco temporal y un nivel de agregación. Es una declaración de lo que debe hacerse en un momento futuro. La mayoría de las decisiones tienen períodos prolongados de ejecución, por lo cual deben tomarse con bastante antelación a su implementación. En la práctica se considera “corto plazo” a los siguientes 12 meses y para el “largo plazo” se suelen considerar desde el segundo año hasta el quinto.

Los planes financieros siempre implican conjuntos alternativos de supuestos, lo ideal sería que se preparen tres planes alternativos para los siguientes tres años con la finalidad principal de evitar sorpresas.

- 1.- El peor caso; se harán los peores supuestos posibles. Podría, incluso, implicar venta de activos y liquidación.
- 2.- Un caso normal; supuesto más probable considerando la economía.
- 3.- El mejor de los casos; supuesto más optimista. Es posible que implique nuevos productos y expansión.

Ingredientes de un modelo de planeación financiera

- 1.- Pronóstico de ventas: Es imposible hacer pronósticos de ventas exactos, más aún en un proyecto de inversión donde no tenemos antecedentes. El futuro incierto de la economía es otro factor que influye en la imposibilidad de ser exactos. Se puede buscar obtener ayuda de negocios que se especializan en proyecciones macroeconómicas e industriales
- 2.- Estado proforma: El plan financiero tendrá un balance general pronosticado, un estado de resultados y otro estado de origen y aplicación de recursos.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

- 3.- Requerimiento de activos: El plan describirá el gasto de capital presupuestado; además planteará los usos propuestos de capital de trabajo neto
- 4.- Requerimientos Financieros: Se debe exponer las políticas de dividendo y deuda
- 5.- Supuestos económicos: El plan debe establecer en forma explícita el ambiente económico con el cual la empresa espera encontrarse durante la vida del plan. Entre los supuestos económicos que deben hacerse se encuentra el nivel de tasa de interés.

Advertencia sobre los modelos de planeación financiera

Principales críticas:

- A- Los modelos de planeación financiera no indican cuales son las mejores políticas financieras
- B- Los modelos de planeación financiera son necesarios para ayudar a planear las inversiones futuras y las decisiones financieras de la empresa. Sin alguna clase de plan financiero a largo plazo, la compañía se podría encontrar inmersa en un mar de cambio sin un timón que lo dirija.

Premisas para elaborar un flujo de caja

- Presunción de flujos: tenemos que tener plena certeza de su ocurrencia. En condiciones de riesgo debemos asignar probabilidades de ocurrencia. De ser esto último imposible, debemos de recurrir a técnicas de investigación operativa en las que intervienen modelos de matemáticos y criterios subjetivos de aquellas personas que toman las decisiones; siendo este escenario de total incertidumbre.
- Confiables: No deben manipularse las cifras en beneficio del proyecto
- Moneda constante: No se confecciona el proyecto asumiendo un proceso inflacionario. Sin embargo, deberán deflactarse los planes de desembolso de financiamiento ya que usualmente las tasas monetarias del sistema financiero toman en cuenta la inflación. Si el financiamiento fuera en moneda extranjera, habría que considerar las tasas de devaluación entre la moneda del préstamo con la moneda en la que está confeccionando el flujo de fondos

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

- Impuestos: Deben calcularse detalladamente todos los impuestos que se generen durante la duración del proyecto.

Rentabilidad Económica, Rentabilidad Financiera y Tasa de Descuento

Breve aclaración, sobre la diferencia entre los conceptos de rentabilidad económica y rentabilidad financiera.

Cuando se hace una evaluación económica, algunos autores agregan la letra “E” al VAN y a la TIR, mencionándolos como VANE y TIRE. En este caso, evalúan la bondad del proyecto y su viabilidad sin considerar la estructura financiera. Es decir, no consideran en sus flujos de fondos ni las amortizaciones financieras ni los gastos financieros. Si los consideran suelen mencionarlos como VANF y TIRF.

Comparando ambos escenarios sin endeudamiento (económico) y con endeudamiento (financiero) podemos observar que, desde el punto de vista del accionista, sería mejor que la empresa no contrate pasivos; sin embargo, esto siempre va a depender de los recursos propios que posean. En cambio, desde el punto de vista de la empresa, resultará más conveniente el endeudamiento porque genera un mayor valor a la empresa el cual se verá reflejado por el valor de salvamento.

Con respecto a las Tasas de Descuento, a utilizar para descontar los flujos en el análisis económico, deberíamos tomar como tasa de corte el Costo Promedio Ponderado de Capital y para el análisis financiero la de Costo de Oportunidad de Capital de los aportantes del capital propio.

Alternativas de evaluación para aceptar o rechazar proyectos

Valor Actual Neto (VAN)

Es uno de los conceptos más importantes de la finanza corporativa; la relación que existe entre un peso el día de hoy y un peso en el futuro, comúnmente llamamos valor presente y valor futuro. Teniendo en claro estos conceptos, podemos afirmar que un peso recibido en el futuro vale menos que un peso recibido hoy, ya que el mismo se puede reinvertir y generara un rendimiento mayor a futuro.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

¿Cómo se calcula?

$$VAN = C_0 + \frac{C_1}{1+r} + \frac{C_2}{(1+r)^2} + \frac{C_3}{(1+r)^3} + \dots$$

C_0 = Inversión Inicial

$C_1 \dots$ = Flujos Netos de cada periodo

r = Tasa de descuento

Ejemplo:

Vamos a suponer que hacemos una inversión inicial de 5.000.000 pesos del cual recibimos dos cobros de 3.000.000 al final del primer y del segundo año. Con una tasa de descuento del 10%

$$VAN = -5.000.000 + [3.000.000 / (1 + 0.10)] + [3.000.000 / (1 + 0.10)^2]$$

$$= -5.000.000 + (3.000.000 / 1,10) + (3.000.000 / 1,21)$$

$$= -5.000.000 + 2.727.272 + 2.479.338 = +206.610$$

La regla básica de inversión se puede generalizar a:

1.- Aceptar un proyecto si el VAN es mayor a cero, la inversión es más aconsejable cuanto más positivo es el VAN

2.- Rechazar un proyecto si el VAN es menor a cero

Periodo de Recuperación (PRI). Es un indicador que mide en cuánto tiempo se recuperará el total de la inversión a valor presente. Puede revelarnos con precisión en años, meses días, la fecha en la cual será cubierta la inversión inicial. Para calcular el PRI se usa la siguiente fórmula:

$$PRI = a + \frac{(b - c)}{d}$$

d

Donde:

a = Año inmediato anterior en que se recupera la inversión.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

b = Inversión Inicial.

c = Flujo de Efectivo Acumulado del año inmediato anterior en el que se recupera la inversión.

d = Flujo de efectivo del año en el que se recupera la inversión

Año	Flujo de Efectivo a Valor Presente	Flujos de Efectivo Acumulativos
0 (I ₀)	200,000 (b)	
1 (a)	97,500	97,500 (c)
2	101,250 (d)	198,750
3	125,000	323,750

Así, los datos son:

a = 1 año

b = 200,000

c = 97,500

d = 101,250

Reemplazando los valores en la fórmula:

$$PRI = 1 + \frac{(200,000 - 97,500)}{101,250} = 2.012345679 \text{ años}$$

$$101,250$$

Para determinar el número de meses se resta el número entero y luego se multiplica por 12:

$$0.12345679 \times 12 = 1.48 \text{ meses}$$

Se aceptarán todos los proyectos de inversión que tengan periodos de recuperación de dos años o menos y, todos aquellos que exceden dicho plazo (si es que se recuperan), se rechazarán.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Problemas del Método de Recuperación

Existen por lo menos, tres problemas:

- Periodicidad de los flujos de efectivo dentro del periodo de recuperación: un problema con el periodo de recuperación es que no contempla la periodicidad de los flujos de efectivo.
- Pagos después de periodo de recuperación: otro problema del período de recuperación es que ignora todos los flujos de efectivo posteriores. Debido a la orientación a corto plazo de este método, es probable que algunos proyectos valiosos a largo plazo se rechacen.
- Estándar arbitrario del período de recuperación: Los mercados de capitales nos ayudan a estimar la tasa de descuento usada en el método VAN. La tasa de riesgo, quizás asignada por el rendimiento sobre un instrumento de la Tesorería, sería la tasa apropiada para una inversión libre de riesgo.

Rendimiento Contable Promedio (RCP). Esta técnica consiste en tomar como referencia las utilidades generadas por un proyecto, a fin de confrontarla con la inversión inicial. Resulta ser otro enfoque atractivo, pero también, con fallas importantes.

El primer paso es una revisión cuidadosa de los flujos de efectivo proyectados. Para calcular el rendimiento contable promedio del proyecto, se divide la utilidad neta promedio entre el monto promedio invertido. Esto se hace siguiendo los pasos que se detallan a continuación.

- . **Paso 1: Determinación de la utilidad neta promedio.** Es el flujo neto de efectivo menos la depreciación y los impuestos. Se suman las utilidades netas de cada período y se divide con la cantidad de periodos
- . **Paso 2: Determinación del valor promedio de la inversión.** Se resta de la inversión inicial el monto de las depreciaciones calculadas para cada año y se divide por la cantidad de períodos que dura el proyecto más uno por la inversión inicial
- . **Paso 3: Determinación del RCP.** Se divide el valor obtenido en el paso1 por el valor obtenido en el paso 2 y nos da la tasa de rendimiento contable base. El proyecto deberá rechazarse si el rendimiento esperado fuese menor.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Tasa Interna de Retorno (TIR) Es un índice de rentabilidad ampliamente aceptado y la alternativa más importante al método VAN.

Está definida como la tasa de interés que reduce a cero el valor presente, el valor futuro o valor anual equivalente de una serie de flujos de fondos.

La regla básica de inversión se puede generalizar a:

- 1.- Aceptar un proyecto si la TIR es mayor que la Tasa de Descuento
- 2.- Rechazar el proyecto si la TIR es menor a la Tasa de Descuento

Cualidades de la TIR

La TIR satisface una necesidad que el Valor Presente Neto (VPN) no cubre. Por lo general, la gente dese una regla que resuma la información sobre un proyecto en una sola tasa de rendimiento. Esta tasa única le facilita una manera sencilla para discutir los proyectos.

Sin embargo, las empresas que emplean este enfoque parecen comprender sus deficiencias.

Por ejemplo, las compañías suelen restringir las proyecciones administrativas de flujos de efectivo para que sean negativas al principio y estrictamente positivas después. Entonces tal vez la capacidad de enfoque de la TIR para capturar un proyecto de inversión complejo en una sola cifra y la facilidad para comunicarla explican la supervivencia de la TIR.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

RESULTADOS

Mediante los datos obtenidos en forma objetiva que se pudo recabar, las consultas sobre dolor en el Hospital Público de Agudos Dr. Ramón Madariaga fueron aproximadamente de 5000 pacientes entre 2017-2018, contando un año, esto da aproximadamente 13.6 pacientes que consultan en forma diaria para una población de 383.418 habitantes en la ciudad de Posadas, Misiones.

No se obtuvo datos de las otras entidades públicas y privadas de salud, sobre consultas en Dolor. Pero realizando una proyección se tomaron cinco hospitales públicos y seis sanatorios privados que son de referencia en la ciudad de Posadas, como así también de la Provincia de Misiones, y se llegó a una totalidad de 149,6 consultas diarias, que equivale a una gran demanda de consultas para dicha patología.

Se observa también que casi la mitad de la población de Misiones posee obras sociales con un total de 508, 634 afiliados, lo que genera un buen potencial mercado para este proyecto, ya que en la Provincia de Misiones tampoco se cuenta con entidades de salud dedicados exclusivamente a esta patología.

En la Provincia de Misiones se cuenta con los especialistas necesarios para formar parte del Centro para el Diagnóstico y Tratamiento del Dolor que recomienda la IASP y SED. A medida que se vayan involucrando, la formación en dolor será en forma periódica, realizando cursos, postgrados o maestrías.

En el sector de la salud, uno de los más importantes en la economía argentina, es necesario conocer las distintas herramientas para poder financiar el proyecto. Como se observa en viabilidad económica y financiera, esto nos servirá para poder generar financiamiento de los sectores públicos y privados, demostrando con total claridad los métodos para prestar servicio. Y a su vez, establecer una cultura de costos dentro de nuestro centro para el Diagnóstico y Tratamiento del Dolor, para que pueda haber un monitoreo permanente en los diferentes niveles y con ello mejorar los resultados.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

Para finalizar, teniendo los recursos gestionados para el financiamiento, se podrá realizar el centro de acuerdo con las recomendaciones de la SED, con toda la gestión legal que esto implica en la república argentina.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

CONCLUSIONES

Se puede concluir que el Dolor y su tratamiento están básicamente relacionados con alteraciones físicas, emocionales, familiares, sociales y laborales que limitan día a día a cualquier enfermo.

Esto constituye un serio problema para los sistemas de salud a nivel mundial y principalmente en nuestro país, que genera gastos millonarios y poca respuesta a nivel biopsicosocial.

Como se demuestra en la tesis, la Provincia de Misiones no cuenta con centros especializados o unidades en Dolor, lo cual genera un gran problema en la salud, como así también a un nivel social y económico.

El Centro para el Diagnóstico y Tratamiento del Dolor surge como respuesta a esta necesidad social y, al mismo tiempo, como forma de respuesta eficiente frente al consumo de recursos sanitarios y terapéuticos de los pacientes con dolor crónico.

Concluyo que, con una buena gestión y coordinación para llevar a cabo este proyecto tan importante para la salud de la Provincia de Misiones, como así también, de la Argentina podemos lograr el Objetivo esperado.

Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar

BIBLIOGRAFIA

David Borsook, Alyssa A. Lebel, Bucknam McPeck. Massachusetts General Hospital. Tratamiento del Dolor 2000; Pág. 4-6

Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain Management: A Fundamental Human Right. Anesth Analg 2007; 105: 205-221

Dolor Agudo y Crónico. Clasificación del Dolor , www.academia.cat/files/425-11062

Palanca Sánchez Ines, Elola Somoza, Puig Riera de Conias Margarita M. Unidad de Tratamiento del dolor “Estándares y recomendaciones”. Ministerio de Sanidad. Valencia. Pág. 36-50 y 52 -64

Rezzonico y Aranguren. Auditoria médica, tomo II. Pág. 1439-41.

Langley, P., Pérez, C Margarit, C., Ruiz, D.y Lubian, M, (2011). Pain, health related quality of life and healthcare resource utilization in Spain. Journal of Medical Economists, 14(5), 628-38.

Superintendencia de Servicios de Salud (2020). Argentina. Consultas varias desde <http://www.sslaud.gov.ar>

Ricardo Rezzónico, Cristina Menzica, María Rezzónico. Auditoria médica y garantía de calidad de la gestión sanitaria. Pág. 165-176

Organización Panamericana de Salud (2017). Recursos Humanos Para la Salud Universal. Consultas varias desde <http://www.paho.org/arg/>

Tratado del Dolor 5. Edición Wall y Melzack 2007; Pág. 3-30; 190-295; 455-58.

Unidad Multidisciplinaria para el Estudio y Tratamiento del Dolor. Unidad del Dolor. Valencia. <https://chguv.san.gva.es/servicios-salud/servicios-unidades/anestesia/unidad-del-dolor>

Walter Lenzi (2017) “Guía para Formular y Evaluar un Proyecto Privado de Inversión en el sector Salud de la República Argentina”. Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Universidad Favaloro.

Carlos Paeile J, Norberto Bilben L. El Dolor. Mediterraneo 2005; Pág. 685-691

ANMAT. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (2020). Consultas varias. <http://www.anmat.gov.ar>

I.N.P.I. Instituto Nacional de la Propiedad Industrial. (2017). Consultas desde <http://www.inpi.gov.ar>

INDICE DE GRAFICOS Y TABLAS

Figura1. Boletín de Estadísticas Hospitalarias de la Provincia de Misiones	Página 14
Figura 2. Legislación en Salud de la República Argentina- Provincia de Misiones	Página 50
Tabla 1. Obras Sociales en la Provincia de Misiones	Página 15
Tabla 2. Sanatorios, Clínicas y Centros Privados por Departamento en Misiones	Página 15-16
Tabla 3. Programa Locales.	Página 25-26
Tabla 4. Zona de acceso y admisión: función y características estructurales	Página 32-33
Tabla 5. Zona de hospital de día: función y características estructurales	Página 35
Tabla 6. Zona de control de enfermería y apoyos	Página 38-39
Tabla 7. Zona de personal: función y características estructurales	Página 41



Dr. Zárate Ninamango, Paulo Cesar