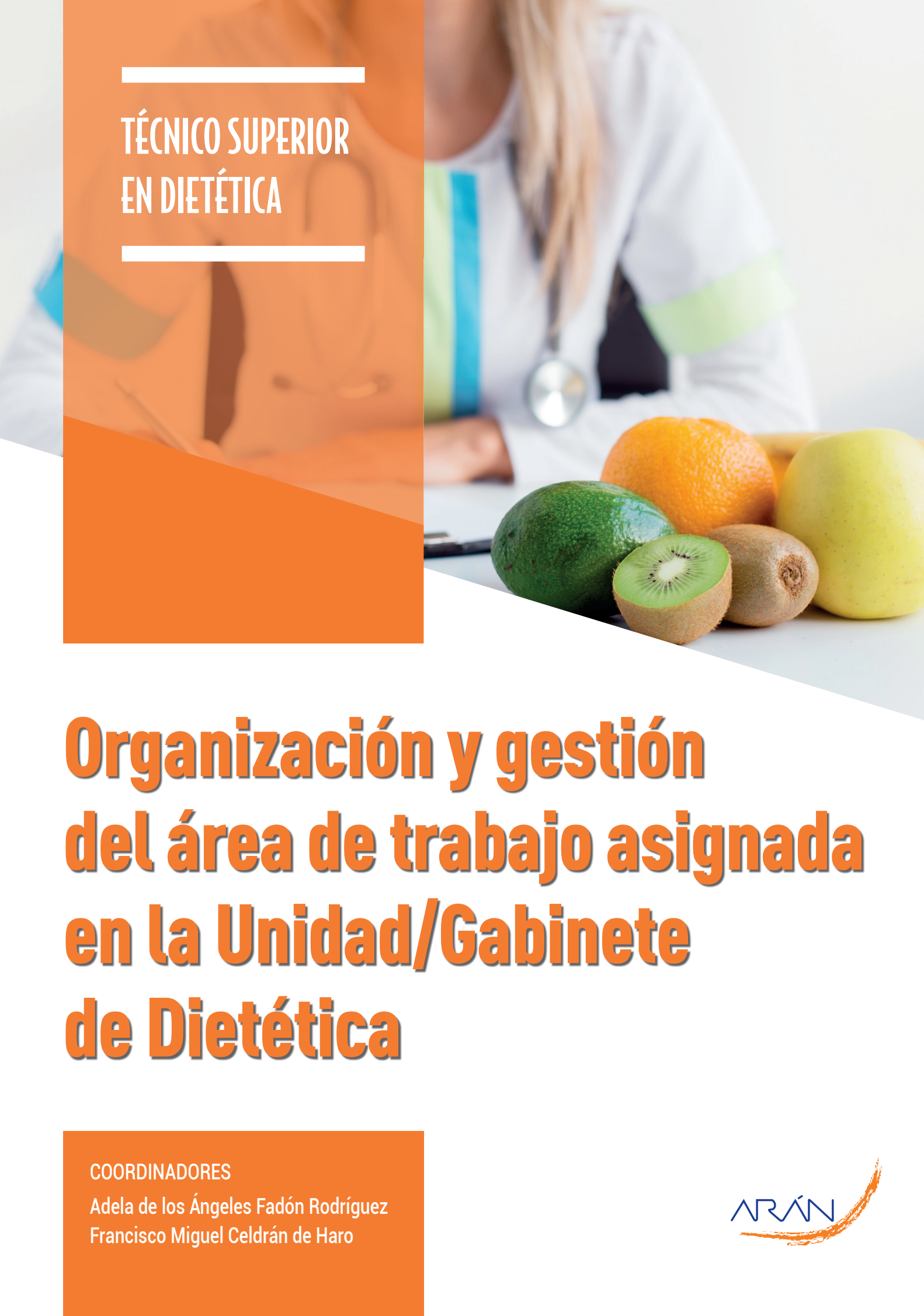




TÉCNICO SUPERIOR
EN DIETÉTICA

Organización y gestión del área de trabajo asignada en la Unidad/Gabinete de Dietética

COORDINADORES

Adela de los Ángeles Fadón Rodríguez
Francisco Miguel Celdrán de Haro



Autores

Coordinadores

Adela de los Ángeles Fadón Rodríguez

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Valoración de Incapacidades y Medicina del Seguro por la Universidad Miguel Hernández de Elche. Directora Médica de Zona de Contingencias Comunes en Ibermutua Alicante

Francisco Miguel Celdrán de Haro

Doctor en Nutrición por la Universidad Católica de Murcia (UCAM). Máster Oficial en Nutrición y Seguridad Alimentaria por la UCAM. Diplomado en Nutrición Humana y Dietética, Especialista en Nutrición en el Deporte por la UCAM. Curso de Adaptación Pedagógica por la Universidad de Murcia (UMU). Profesor asociado de la Universidad Católica de Murcia. Profesor del Instituto Superior San Antonio de Murcia. Dietista-Nutricionista del Equipo Profesional de Fútbol Sala 1.ª división Jimbee Cartagena. Consultor Externo de la Federación Dominicana de Medicina en el Deporte. Académico de Número de la Academia Española de Nutrición y Dietética. Murcia

Autores

Francisco Miguel Celdrán de Haro

Doctor en Nutrición por la Universidad Católica de Murcia (UCAM). Profesor asociado de la Universidad Católica de Murcia. Profesor del Instituto Superior San Antonio de Murcia. Dietista-Nutricionista del Equipo Profesional de Fútbol Sala en 1.ª división Jimbee Cartagena. Consultor Externo de la Federación Dominicana de Medicina en el Deporte. Murcia

Adela de los Ángeles Fadón Rodríguez

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia. Máster en Valoración de Incapacidades y Medicina del Seguro por la Universidad Miguel Hernández de Elche. Directora Médica de Zona de Contingencias Comunes en Ibermutua Alicante

M.ª Bienvenida Gómez Sánchez

Graduada en Nutrición Humana y Dietética y Licenciada en Ciencia y Tecnología de los Alimentos. Doctora por la Universidad de Murcia. Máster Oficial en Nutrición Clínica y Máster Oficial en Nutrición y Salud. Académica de Número en la Academia Española de Nutrición. Profesora asociada en el Grado de Nutrición Humana y Dietética y en el Máster de Nutrición Clínica de la UCAM. Dietista-Nutricionista en el Servicio de Alimentación de Pacientes del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Murcia

Jorge Martín Zapater

Licenciado en Ciencia y Tecnología de los Alimentos por la Universidad de Valencia. Diplomado en Nutrición Humana y Dietética por la Universidad de Valencia. Máster Universitario en Seguridad Alimentaria por la Universidad CEU Cardenal Herrera. Especialista Universitario en Gestión y Control de la Calidad por la Universidad Politécnica de Valencia. Valencia

Mercedes del Pilar Montalván Pelegrín

Graduada en Nutrición Humana y Dietética. Licenciada en Ciencia y Tecnología de los Alimentos. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Índice

Capítulo 1

Organización sanitaria general	15
1. Estructura del sistema sanitario público en España.....	16
2. Niveles de asistencia y tipo de prestaciones	19
3. Estructuras orgánicas y funcionales tipo de instituciones sanitarias: públicas y privadas	26
4. Planificación sanitaria: conceptos, etapas, organización de los servicios sanitarios	28
5. Indicadores de salud	28
6. El equipo de Atención Primaria. Centro de salud. Salud comunitaria	28
7. Normas de seguridad e higiene aplicadas en almacenes de centros sanitarios	30

Capítulo 2

Organización sanitaria específica	37
1. Organización de un departamento de alimentación y nutrición en un hospital	38
2. Planificación y organización de las unidades/gabinetes de nutrición clínica o dietética	42
3. Relaciones dietética-cocina-hospital. Ratios personal/usuario	46
4. Integración de las unidades/gabinetes de dietética en el sistema de salud .	50

Capítulo 3

Gestión de existencias e inventarios	59
1. Sistemas de almacenaje: ventajas e inconvenientes. Control de almacén...	60
2. Clasificación de medios materiales sanitarios: criterios.....	63
3. Métodos de valoración de existencias.....	64
4. Elaboración de fichas de almacén.....	68
5. Inventarios: clasificación y elaboración	70
6. Plan de mantenimiento de equipos e instrumentación	71
7. Normas de seguridad e higiene en almacenes de los centros sanitarios	72

Capítulo 4

Tratamiento de la información/documentación	83
1. Documentación clínica: tipos de documentos: intrahospitalarios, extrahospitalarios e intercentros, utilidades y aplicaciones, criterios de cumplimentación, métodos de circulación de la información.....	84
2. Documentación no clínica: tipos de documentos: intrahospitalarios, extrahospitalarios e intercentros, utilidades y aplicaciones, criterios de cumplimentación, métodos de circulación de la información.....	89
3. Documentación relativa a operaciones de compra-venta: propuestas de pedido, albaranes, facturas, notas de abono/cargo, requisitos legales de cumplimentación	91
4. Regímenes de aplicación del IVA.....	97

Capítulo 5

Aplicaciones informáticas	105
1. Uso de aplicaciones informáticas de gestión y control de almacén, facturación y gestión económica	106
2. Utilización de paquetes informáticos para la gestión del fichero de pacientes, historias clínicas, etc.	108
3. Explotación de bases científicas.....	110

Capítulo 6

El proceso de atención o prestación del servicio	125
1. Objetivos, fases, operaciones y recursos	126
2. Análisis de datos e hipótesis de necesidades	130
3. La asesoría dietética.....	132
4. La atención sanitaria como proceso de producción	140

Capítulo 7

Calidad de la prestación del servicio o del producto	149
1. La calidad de los servicios sanitarios: calidad óptima, calidad lógica.....	150
2. Evaluación del proceso. Objetivos y actividades de investigación.....	152
3. Evaluación del paciente/cliente.....	154
4. Optimización del rendimiento de control de calidad.....	157

Capítulo 8

Conceptos fundamentales de economía sanitaria	165
1. Administración en salud pública	166
2. Planificación sanitaria: conceptos, etapas, organización de los servicios sanitarios	170
Soluciones “Evalúate tú mismo”	180



CAPÍTULO

8

CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE ECONOMÍA SANITARIA

*Adela de los Ángeles Fadón Rodríguez,
Francisco Miguel Celdrán de Haro*

Sumario

1. Administración en salud pública
 2. Planificación sanitaria: conceptos, etapas, organización de los servicios sanitarios
- Resumen, glosario, abreviaturas y siglas, ejercicios y test de evaluación

El concepto de **almacenamiento** ha ido cambiando y ampliando su funcionalidad en el ámbito de su competencia. En la actualidad, la **gestión de almacenes** es una estructura clave capaz de generar un valor agregado.

Es un **proceso logístico** cuyo principal objetivo es **optimizar el abastecimiento y la distribución física**, así como garantizar en todo momento el suministro continuo y oportuno de existencias para asegurar la prestación de los distintos servicios por parte de la empresa.

La clasificación de los distintos **tipos de materiales**, los **métodos de valoración y control de existencias**, así como los **planes de mantenimiento de equipos** y las **normas de seguridad e higiene**, completan la información necesaria para comprender esta estructura funcional que tanta importancia tiene para la empresa.

I. SISTEMAS DE ALMACENAJE: VENTAJAS E INCONVENIENTES. CONTROL DE ALMACÉN

Un **almacén sanitario** es un lugar o espacio físico donde se almacenan las mercancías necesarias de una organización a la espera de que puedan ser utilizadas para la prestación de sus servicios.

Tenemos que resaltar que, en cualquier organización en general y en una sanitaria en particular, un **correcto funcionamiento en la cadena de suministro**, en el marco de una estrategia logística sanitaria, es crucial en la eficiencia de las distintas operaciones.

Dada la gran variedad, cantidad y, en ocasiones, complejidad de los materiales de los centros sanitarios, además de la situación del consumidor final, el paciente nos requiere ser muy exhaustivos en el control de las condiciones de almacenaje para su posterior utilización de un modo eficaz y seguro (Figura 1).

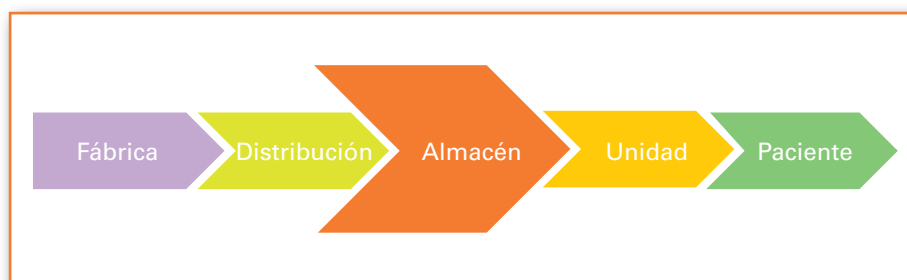
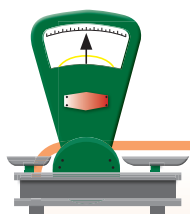


Figura 1. Secuencia de la línea de aprovisionamiento de un centro sanitario.



RECUERDA QUE

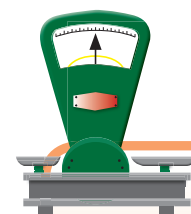
El Hospital San Nicolás de Bari fue el primer hospital de América. Se construyó en 1503 en Santo Domingo de Guzmán, capital de La Hispaniola, actual República Dominicana. Fue fundado por Nicolás de Ovando, quien en ese entonces fuera gobernador de la isla.



Figura 1. Atención integral de la salud.



Este Sistema Nacional de Salud español garantiza el derecho universal a la protección de la salud en todo el territorio del Estado.



RECUERDA QUE

Todo ciudadano español, según la Constitución, tiene derecho a la protección de la salud. Los distintos cambios políticos han ido modificando la interpretación de la llamada "sanidad universal".

I.1. Estado

Las **administraciones públicas** a través de los órganos competentes del Estado deben desarrollar:

- › Las **bases y coordinación general de la sanidad**, estableciendo normativamente los requisitos mínimos y básicos para el correcto funcionamiento de esta gestión en el resto de administraciones.
- › **Sanidad exterior** y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales. Con la globalización y transporte de mercancías y viajeros a nivel internacional, se hace necesaria una vigilancia de los riesgos para la salud que puedan derivarse de ello. También es preciso controlar esta situación con la colaboración con otros países y organismos en la lucha contra las enfermedades transmisibles, control ambiental o investigación biosanitaria.
- › **Legislación sobre productos farmacéuticos.** El Estado, a través de la normativa establecida y de la Agencia Española del Medicamento, regula la autorización y registro de medicamentos de uso humano, veterinario y productos sanitarios, así como sus precios. También entra en estas competencias el control de sustancias estupefacientes (Figura 2).

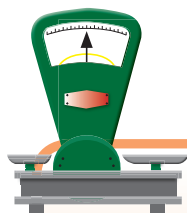
La **Administración del Estado**, además, en colaboración y coordinación con las comunidades autónomas, debe llevar a cabo también actuaciones en materia de:

- › **Control sanitario del medioambiente y de alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.** Debe actuar por ejemplo en la elaboración y ejecución de legislación sobre calidad del aire o aguas, residuos, higiene alimentaria en mataderos e industrias relacionadas.



https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229

Constitución Española



RECUERDA QUE

Al terminar la Segunda Guerra Mundial (1945), los aliados reunieron a un equipo de prestigiosos nutriólogos con el objetivo primordial de formular unos criterios nutritivos para los supervivientes de los campos de concentración nazi. Sin embargo, aquellos especialistas no conocían el hambre, lo cual desembocó en una penosa experiencia conocida como “la vergüenza de la ciencia”. Los supervivientes murieron al ingerir alimentos para los que su aparato digestivo no estaba preparado, debido al largo periodo de inanición al que fueron sometidos en los campos de concentración.

1.3. ¿Cómo surgieron en España los departamentos de alimentación y nutrición?

La primera información que se obtuvo sobre el interés por el control nutricional y de la calidad de la comida servida en los hospitales de España fue en 1930, en la Casa de Salud de Valdecilla de Santander, donde se comenzaron a realizar análisis microbiológicos y nutricionales de los alimentos cocinados en este hospital. El objetivo de estos análisis era poder alimentar a los pacientes de un modo científico para proveer al médico de una herramienta que pudiera usar para establecer una dieta apropiada para los pacientes.

Esto supuso un **punto de ruptura** con la forma de manejo habitual de la alimentación de los hospitales. Lo que en los hospitales del resto de España era expresado en kilogramos, en la Casa de Salud de Valdecilla se expresaba en forma de carbohidratos, grasa, proteínas o calorías.

1.4. El interés por la nutrición tras la Segunda Guerra Mundial

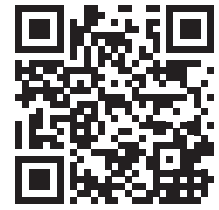
Tras la Segunda Guerra Mundial, se produjo una concienciación de la necesidad de profundizar en el conocimiento de la nutrición y la salud, motivada por las graves consecuencias que produjo la desnutrición en aquella época. Esto influyó para que se creara la **Food and Agriculture Organization** (FAO), una agencia de las Naciones Unidas para estudiar y paliar el hambre en el mundo, que fue el inicio de la creación de grandes alianzas para la mejora de la alimentación.

A mediados de los años cincuenta, la FAO, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), crearon diferentes organismos compuestos por expertos en nutrición, cuyas recomendaciones han servido de orientación sobre las políticas, los programas y las investigaciones en nutrición y alimentación de los diferentes países. Así, en 1962, se creó la Comisión del **Codex Alimentarius**, para prestar asesoramiento científico y establecer las normas internacionales sobre la calidad e inocuidad de los alimentos. A partir de esta fecha, en España se comenzaron a crear las sociedades de nutrición que hoy día conocemos, como la **Sociedad Española de Nutrición** (SEN) y la **Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo** (SENPE). Esta última ha sabido acoger a todas las disciplinas comprometidas con la nutrición clínica, como: cirujanos, intensivistas, endocrinólogos, dietistas-nutricionistas, Técnicos en Dietética, farmacéuticos, digestólogos, bioquímicos, enfermeros, etc. Posteriormente, en 1986 nació la revista *Nutrición Hospitalaria*, revista oficial de la SENPE, en la que a día de hoy podemos seguir leyendo de forma gratuita sus interesantísimos artículos.

de la necesidad e importancia de la detección y el tratamiento precoz de la desnutrición en los centros sanitarios.



Figura 4. Desnutrición relacionada con la enfermedad y la hospitalización.



<http://www.alianzamasnutridos.es/>

Alianza Másnutridos

2.2. Las unidades/gabinetes de nutrición, clínica o dietética

Las **unidades de nutrición clínica o dietética** son las encargadas de garantizar un tratamiento nutricional correcto de los pacientes, que evite la depleción nutricional y pueda favorecer la respuesta a los tratamientos tanto farmacológicos como quirúrgicos. Las unidades de nutrición que se han ido creando en los últimos años están generalmente integradas por **equipos multidisciplinares** formados por médicos, enfermeros, dietistas-nutricionistas, Técnicos Especialistas en Dietética, auxiliares de clínica, etc. Este equipo multidisciplinar permite un trabajo de alta calidad y eficiencia (Figura 5).

Actualmente, el **objetivo** de las unidades de nutrición se contempla de una **forma integral**, garantizando un tratamiento nutricional adecuado y costo-efectivo a todos los pacientes dependientes del hospital.

Este **objetivo** se alcanza a través de tres vías:

- 1 **Identificando a los pacientes con riesgo nutricional o malnutrición** para prevenir y reducir las complicaciones asociadas a la malnutrición mediante un cribado nutricional.



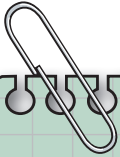
Figura 5. Equipo multidisciplinar.

- 】 Fecha de salida del producto del almacén.
- 】 Unidad o servicio al que va destinado el producto.
- 】 Número de unidades compradas y precio por unidad.

Además de los siguientes datos, también se pueden incluir para un mayor control: fecha de entrega por parte del proveedor, especificaciones de seguridad en el almacenamiento, código del producto, fecha de caducidad, etc. (Figura 5).

		FICHA DE ALMACÉN							
		Lugar del pedido: _____						N.º de ficha: _____	
		Existencias mínimas: _____							
		Existencias máximas: _____							
F. pedido	Proveedor	F. entrega	N.º factura	Lote	Unidades	Precio unitario	F. de salida	Destinatario	Existencias

Figura 5. Ejemplo de ficha de almacén.



AMPLÍA TUS CONOCIMIENTOS

El Hospital Universitario La Paz ha sido uno de los centros que más ha apostado por la logística, empezando por la automatización del almacén con tecnología de radiofrecuencia y terminando en la mejora de la gestión de sus recursos. “El almacén del hospital gestiona 586.000 líneas de pedido, distribuye y entrega 8.000 kilos de material y realiza compras de material sanitario por 60 millones de euros”.

- » **Crecimiento.** Dado que la implantación de estos sistemas requiere un importante coste económico para el centro, debemos considerar y estudiar detenidamente cómo va a crecer la documentación generada (Figura 2).



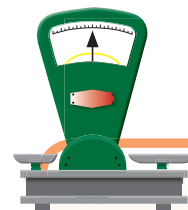
Figura 2. Programas de gestión sanitaria.

Dentro de los sectores que son más beneficiados en la digitalización de documentos se encuentra el **sector sanitario**. En nuestro sector cualquier proceso asistencial nos va a generar una serie importante de documentos, incluyendo imágenes, en donde el proceso de digitalización va a suponer una ventaja competitiva, un ahorro de dinero y tiempo y, en definitiva, una optimización de todos los procesos que conllevará consigo un mejor servicio a nuestros pacientes.

En el mercado existen una gran cantidad de **programas** cuyo fin es realizar una tarea eficiente, posibilitando la generación de una buena base de datos; base de la que a partir de ella podremos extraer la información necesaria en el menor tiempo posible que posibilite una adecuada identificación y se puedan realizar comparaciones con otros documentos similares y utilizarlos para el desarrollo de estrategias que posibiliten soluciones rápidas a los pacientes.

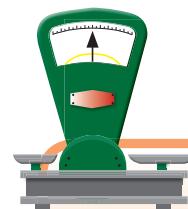
Algunos de los **programas** que podemos encontrar son:

- » **Salucenter:** *software* de gestión de pacientes para profesionales de la salud.
- » **Doctorgest:** es un *software* para gestión de consultas médicas o clínicas. Una de sus ventajas es la facilidad de uso, aunque esto no esté reñido con su potencia. Su manejo está al alcance de cualquier persona con conocimientos básicos de usuario.
- » **Mediconta:** se trata de un programa o *software* médico para gestión de clínicas médicas que le permitirá gestionar su clínica o



RECUERDA QUE

En nuestro campo las aplicaciones informáticas a utilizar irán enfocadas al uso clínico, a la restauración colectiva en el servicio de dietética y a las destinadas a la investigación y formación en las propias entidades sanitarias.



RECUERDA QUE

El tamaño del centro determinará el volumen de documentación generada.

- » La explotación de los resultados: una vez que se ha dividido el material se vuelve a organizar, se pretende reconstruir el sentido del texto una vez realizado el análisis del contenido.

En el penúltimo punto tendríamos la **obtención de los resultados y las conclusiones**. Las conclusiones serán las interpretaciones que a partir de los resultados y los productos de la investigación obtenemos. Estas conclusiones serán revisadas durante el proceso investigador pudiendo llegar a ser modificadas.

Para finalizar, debemos verificar las **conclusiones** del estudio; es decir, comprobar la realidad de lo que se ha descubierto, así como la validez basándonos en juicios sobre la correspondencia entre lo hallado y la realidad.

3. LA ASESORÍA DIETÉTICA

3.1. ¿Qué es una asesoría dietética?



Figura 3. Dietista con plan personalizado al paciente.

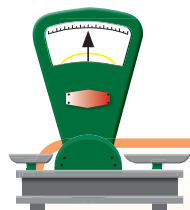
Se trata de un servicio que tiene como misión conseguir o mantener un adecuado estado de salud nutricional del paciente/cliente que acude al profesional/unidad en cualquiera de sus situaciones fisiológicas o fisiopatológicas.

Para ello, el dietista-nutricionista, con la ayuda del Técnico Superior en Dietética, necesita una completa evaluación nutricional para detectar si existe una malnutrición (por exceso o defecto), que de alguna forma pueda incrementar el riesgo de poder desarrollar alguna patología asociada a esta. A partir de la evaluación de la dieta y el estado nutricional del paciente, podemos diseñar un plan dietético-nutricional personalizado (Figura 3).

En el establecimiento de un plan dietético personalizado es clave la **cuantificación y detalle del consumo alimentario** de cada paciente. De esta forma podremos ponderar con mayor exactitud la situación de partida, y personalizar más efectivamente la pauta dietética, aumentando así la probabilidad de éxito en la implementación y seguimiento del tratamiento del paciente.

3.2. Servicios

En la asesoría dietética se realizan **tratamientos nutricionales** para las distintas franjas de edad (infancia, adolescencia, tercera edad, etc.),



RECUERDA QUE

El concepto de historia dietética fue desarrollado por Burke entre los años 1938 a 1947 en un entorno clínico. De ahí su denominación como “historia dietética”, por analogía con la clásica “historia clínica”.

Para la **obtención de los patrones** a nivel individual, de forma general se encuentran las **encuestas dietéticas o nutricionales**, gracias a las cuales vamos a conocer las ingestas desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo (Figura 4).



Figura 4. Encuesta al paciente.

La **historia clínica y psicosocial** es, como indicamos en el capítulo 4, una herramienta/documento básico escrito o en formato digital, que recoge datos, valoraciones e informaciones del estado de salud/enfermedad del paciente, de la asistencia recibida y de la evolución de esta. En este documento se incluyen distintos bloques de información de los que podemos destacar la historia médica, de enfermería y social. En definitiva, nos va a ayudar al conocimiento de sus antecedentes personales y familiares, distintos tipos de tratamientos farmacológicos recibidos, hábitos de estilos de vida, factores étnicos que pueden influir en los hábitos alimentarios.

3.3.1. Historia dietética

Esta es la herramienta o método más tradicionalmente utilizado en el **análisis y valoración de la ingesta alimentaria**. Con este método vamos a valorar cualitativa y cuantitativamente la ingesta global del paciente, los hábitos adquiridos en relación con el consumo de alimentos y la distribución y composición habitual de cada una de las comidas realizadas a lo largo del día.

Esta herramienta de elección por antonomasia suele estar compuesta por:

- » **Recordatorio 24 horas (R-24).** Documento de cumplimentación retrospectiva donde el profesional solicita al paciente que con detalle registre todos y cada uno de los alimentos y bebidas que ha ingerido durante el día anterior. Para la obtención de la información, el entrevistador se puede ayudar de otras herramientas como un álbum de



Figura 2. Satisfacción del cliente.

Los **servicios** se diferencian de los productos en una serie de **características** que hay que tener en cuenta para establecer un plan de control de calidad que resulte aplicable y de utilidad para la organización. Estos son:

- › **Intangibilidad.** El servicio no puede ser percibido sensorialmente antes de su adquisición.
- › **Inseparabilidad.** El servicio se produce en el momento de su consumo.
- › **Heterogeneidad.** Por muy estandarizados que estén los protocolos de prestación de un servicio, existe gran variabilidad en su prestación.

- › **Carácter perecedero.** Son de consumo inmediato, no pueden almacenarse.

Si partiéramos de una situación ideal con una cantidad de recursos a nuestra disposición ilimitada, el grado de calidad de nuestro servicio sería máximo. Sin embargo, en el mundo real los **recursos son limitados** y, por lo tanto, se debe de optimizar su consumo. Por ello, se entiende por **calidad óptima** aquel grado de calidad máximo que puede lograrse con los recursos de los que se dispone.

Un paso más adelante se encuentra la **calidad lógica**, que prioriza las medidas que resultan más eficaces y que tienen un menor coste, jugando un papel fundamental la evidencia científica a la hora de establecer esas prioridades.



Los objetivos del proceso de control de calidad deben ir encaminados hacia la prestación de un servicio que satisfaga en mayor medida las expectativas del paciente, que respete las normas legales y deontológicas, y que aplique correctamente el conocimiento científico y técnico disponible en ese momento.

2. EVALUACIÓN DEL PROCESO. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos del proceso de control de calidad

Los **objetivos del proceso de control de calidad** deben ir encaminados hacia la prestación de un servicio que satisfaga en mayor medida las expectativas del paciente, que respete las normas legales y deontológicas, y que aplique correctamente el conocimiento científico y técnico disponible en ese momento (Figura 3).

instituciones y coordinación con otros sectores como servicios sociales, educación o el mundo laboral, que pueden ser relevantes en la puesta en marcha en grupos específicos de población como ancianos, niños, trabajadores, etc.

2.3.6. Evaluación



Figura 4. Evaluación sanitaria.

La **evaluación** es la última etapa de la planificación, y debe desarrollarse a todo lo largo del programa, no solo al final.

Se analizan los resultados obtenidos según unos criterios e indicadores definidos. Se evaluarán recursos utilizados (económicos, humanos, materiales), actividades realizadas durante el proceso y cobertura de las mismas, así como el impacto de la aplicación del programa y las diferencias que se encuentren entre los objetivos propuestos y los resultados alcanzados (Figura 4).

EJEMPLO DE PLANIFICACIÓN:

Plan de Salud de una comunidad autónoma, que incluye, entre otros, un programa de salud orientado al fomento de la actividad física y el deporte. Un **objetivo general** sería disminuir la tasa eventos cardiovasculares en 10 años por causas prevenibles; un **objetivo intermedio**, disminución de la tasa de obesidad entre población escolar en un 25 % en 5 años; y un **objetivo específico**, realizar talleres de fomento del deporte y la alimentación equilibrada en todos los colegios de un determinado distrito escolar del municipio.

Para llevar a cabo este programa se cuenta con **personal sanitario** del área de salud, escolar (profesores y enfermería escolar), el apoyo del Colegio Oficial de Dietistas Nutricionistas de la comunidad autónoma y Técnicos del ayuntamiento correspondiente.

Se contó con una **financiación pública** por parte de subvenciones de la Diputación, Ministerio de Sanidad y la Comunidad Europea, así como la participación de varios clubes de atletismo y otros deportes de la localidad.

Se realizaron **charlas y talleres**, con una frecuencia de entre 2-4 talleres/semana, de 2 horas cada uno, durante el periodo de 3 meses, en un 80 % de los colegios que se habían incluido, con una cobertura del total de los escolares de los mismos, de entre 3.º de Primaria y 4.º de la ESO.

RESUMEN

- ✓ Los distintos **soportes software** que existen en el mercado nos ayudan a la **implementación y desarrollo** de forma más rápida y efectiva de los procesos de nuestra organización. Una **evaluación** de cada uno nos ayudará a realizar una adecuada elección a la hora de su adquisición. El gran volumen de los datos que vamos a tener en el entorno sanitario recogidos en una **base de datos** nos va a posibilitar que a partir de ella podamos extraer la información necesaria en el menor tiempo con una adecuada **identificación** y con la posibilidad de realizar comparaciones con otros documentos similares y utilizarlos para el desarrollo de **estrategias** que aporten soluciones rápidas a los pacientes.
- ✓ Por otro lado, la **explotación de las bases de datos científicas** ha sido y será una operación importante en el trabajo científico-técnico de cualquier profesional u organización sanitaria. El diseño de una buena estrategia para las búsquedas determinará la calidad y el volumen de la información recopilada.

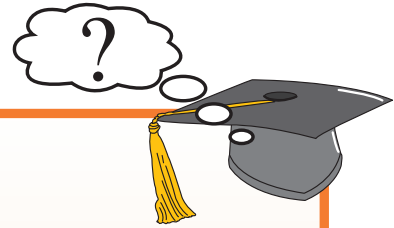
GLOSARIO

Bases de datos científicas bibliográficas: son bases donde se recopila información (publicaciones de contenido científico técnico) estructurada en registros y que se almacena en un soporte electrónico.

Operadores booleanos: operadores que nos permiten localizar los registros que incluyen los términos que coinciden con alguno de los campos que hemos especificados o con todos.

Sistema de gestión WMS: solución de *software* que da soporte a las distintas operaciones diarias del almacén y ofrece una visibilidad completa del inventario de la empresa.

Software de gestión de almacenes (SGA): programas que nos van a facilitar la labor de la gestión de los almacenes.



EJERCICIOS

- › E1. Enumera y explica los aspectos importantes a tener en consideración en la elección de un software de gestión documental.
- › E2. Realiza un esquema de la clasificación de las distintas bases de datos.
- › E3. Enumera y explica la utilidad de cada uno de los operadores más utilizados en las búsquedas bibliográficas.



EVALÚATE TÚ MISMO

1. Los *softwares* de gestión y control de almacenes...:

- ☐ a) Nos van a permitir realizar un seguimiento en general a través del control de existencias de cada uno de los productos.
- ☐ b) Nos pueden ayudar a fijar un punto de pedido donde la aplicación nos alertará cuando las existencias lleguen a ese punto.
- ☐ c) Estos programas nos permiten gestionar: *stock*, entradas y salidas, pedidos, productos no aptos, etc.
- ☐ d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

2. En el *software* ERP... Señala la respuesta incorrecta:

- ☐ a) Se trata de un sistema de gestión interna donde están todos los sistemas de la organización/empresa.
- ☐ b) Se trata de un sistema de gestión externa donde están todos los sistemas de la organización/empresa.
- ☐ c) Destaca como ventaja que se puede adaptar a los requerimientos de la empresa.
- ☐ d) Las respuestas b y c son correctas.



SOLUCIONES EVALÚATE TÚ MISMO



http://www.aranformacion.es/_soluciones/index.asp?ID=45