

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Federico Pérez Neira

ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN TABLERO DE CONTROL EN LA GESTIÓN DE UNA CLÍNICA PRIVADA GASTROENTEROLÓGICA EN MENDOZA, ARGENTINA, AÑO 2021-2022

2023



Director de Tesis: Mg. Ruth Litmanovich

Citar como: Pérez Neira, F. (2023). Análisis de la contribución del diseño e implementación de un Tablero de Control en la gestión de una clínica privada gastroenterológica en Mendoza, Argentina, año 2021-2022. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.
<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/2626>



ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. PRESENTACIÓN	6
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3. CONTEXTO	7
1.4. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE TESIS	10
2.2. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS	11
3. MARCO TEÓRICO	12
1.1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN	12
1.2. TABLERO DE CONTROL	13
1.3. INDICADORES	17
1.4. ESTÁNDARES	22
TIEMPO DE DEMORA	23
SATISFACCIÓN DE PACIENTES	24
INDICADORES DE ESTUDIOS GASTROENTEROLÓGICOS	26
CANTIDAD DE PACIENTES	28
APROVECHAMIENTO DEL EQUIPO INSTALADO	33
4. LA CLÍNICA	35
5. METODOLOGÍA	46
IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES Y DISEÑO	47
APLICACIÓN	51
SEGUIMIENTO Y CONTROL	51

6.	DESAROLLO	52
	ESTUDIO Y ANÁLISIS DE INDICADORES: MOMENTO CERO.....	52
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE ADMISIÓN.....	54
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN EL BOX	54
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO	55
	TASA DE RECLAMOS REALIZADOS POR LOS PACIENTES	56
	PORCENTAJE DE ENDOSCOPIÁS CON LLEGADA A CIEGO	58
	MEDIDAS LLEVADAS A CABO	59
	SATISFACCIÓN	60
	CANTIDAD TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	60
	PRODUCTIVIDAD MEDICA.....	64
	OCUPACIÓN DE CONSULTORIOS EXTERNOS	65
	EQUIPOS	66
	SEGUNDO MOMENTO: ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES.....	66
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN ADMISIÓN.....	68
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN EL BOX	68
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO	69
	PORCENTAJE DE ENDOSCOPIÁS CON LLEGADA A CIEGO	71
	5.4.1. DIMENSIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	73
	5.4.2. DIMENSIÓN DE LOS PROCESOS INTERNOS	74
	5.4.3. DIMENSIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA	74
7.	CONCLUSIÓN	76
8.	DISCUSIÓN – PROPUESTAS.....	79
9.	BIBLIOGRAFÍA	83

RESUMEN/ABSTRACT

El presente trabajo tuvo como fin analizar la contribución de la implementación de un Tablero de Control Operativo como herramienta de gestión en la Clínica Higea S.A, clínica gastroenterológica de la provincia de Mendoza. Los objetivos planteados en el trabajo buscaron caracterizar las áreas críticas de gestión de la clínica, identificar los procesos operativos y los indicadores para las áreas de gestión de la clínica y finalmente analizar los resultados de la implementación del Tablero de Control Operativo y sus indicadores de gestión. La metodología que se utilizó se basó en el establecimiento de indicadores y la recolección de la información en dos momentos: un momento "cero" en el cual, a partir del establecimiento de indicadores, se analizaron los datos arrojados previo a implementación del Tablero de Control Operativo. Como consecuencia, se aplicaron acciones correctivas respecto a satisfacción del cliente, cantidad de estudios realizados, productividad médica, uso del consultorio y equipos, con el fin de mejorar los datos arrojados en el mes de diagnóstico. Luego, el segundo momento, se realizó en un plazo de seis meses que consistió en realizar una nueva medición para verificar si las acciones llevadas a cabo mejoraron la situación institucional identificada mediante indicadores de gestión de las áreas críticas.

En conclusión, el uso del Tablero de Control permitió en primer lugar ordenar los datos (económicos y prestacionales) de la clínica y enfocarlos en base a indicadores con objetivos y estándares para que sirvieran de guía al momento de tomar decisiones. A su vez, permitió comprobar el funcionamiento de la clínica y si se logró el cumplimiento de la misión, visión y los objetivos estratégicos de la institución.

Se evidenció la practicidad del uso del Tablero de Control como herramienta para mejorar la toma de decisiones a nivel gerencial y, paralelamente, contribuyó a mostrar cómo la información puede ser clave en el involucramiento de los actores responsables de cada una de las áreas críticas de la clínica, es decir que mejoró la construcción participativa de todos los agentes de la institución. No obstante, es fundamental que el Tablero de Control se adapte a los sistemas de recolección de datos con los que cuenta la clínica, por lo cual es importante que haya constantemente una actualización de los sistemas y las formas de depuración de los datos.

Por último, los datos arrojados del Tablero de Control, junto con el uso de indicadores buscó plantear una herramienta de gestión que brinde a los gestores de salud un conjunto de indicadores que permitan evaluar y eventualmente corregir los procesos asistenciales para alcanzar los planes estratégicos de cualquier clínica midiendo la productividad y haciendo a estas empresas más competitivas.

PALABRAS CLAVE

Tablero de Control Operativo, gestión clínica, indicadores de gestión sanitaria, información en gestión clínica, estrategia organizacional, productividad institucional, gestión sanitaria.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PRESENTACIÓN

El presente trabajo se justifica en la necesidad de hacer uso de una herramienta como el Tablero de Control Operativo para mejorar la toma de decisiones en una clínica. Por lo tanto, la investigación está centrada en la información, cómo se presenta en la institución y cómo se extraen datos de manera ordenada para permitir la toma de decisiones. El área disciplinar se enmarca en la economía de la salud y gestión sanitaria y dentro de este campo el control de gestión.

En este trabajo se analiza cómo los datos se presentan a través de diversos sistemas de información y la manera de poder estructurarlos para su visualización a lo largo del tiempo de manera simple y concreta. Es por ello que es necesario establecer qué es lo que se quiere visualizar y para qué. En este sentido se establecen indicadores que permiten medir la información basados en determinados estándares de gestión.

De esta forma, con un óptimo establecimiento de objetivos organizacionales e indicadores, permiten a la Dirección visualizar en qué situación se encuentra la clínica, a partir de una línea de base, establecer acciones guiadas en base a información objetiva y analizar si a partir de las mismas se logra acercarse a los objetivos planteados.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación busca analizar la forma en que los datos recogidos de manera ordenada y concreta sirven para tomar decisiones. Hasta el momento, la clínica de Gastroenterología Higea S.A no contenía un sistema de información que permitiera ordenar los datos existentes, lo cual dificultaba el proceso de establecer acciones para alcanzar los objetivos organizacionales. Es por ello que se implementó un Tablero de Control Operativo como una herramienta para la obtención de la información y a la vez llevar a cabo acciones para la mejora de los datos obtenidos en la búsqueda de la optimización del servicio prestado.

El Tablero ha resultado un sistema de mediciones útil en entornos dinámicos cuando las características desconocidas del mismo obligan a las gerencias a ser más flexibles con sistemas dinámicos e informales. (Ballvé, 2000)

1.3. CONTEXTO

El trabajo de investigación se realizó en una clínica privada de la provincia de Mendoza. Se observó su funcionamiento en base al desempeño y a la interacción de los actores intervinientes como personal administrativo, profesionales y directivos, junto con el análisis de los objetivos organizacionales, procedimientos, responsables y funciones de cada uno.

La investigación se realizó en un período que abarcó primariamente un momento "cero" de análisis de los datos de la clínica, se llevaron a cabo acciones de mejora en base a indicadores propuestos y el seguimiento de estándares. Luego, se extrajeron nuevamente los datos en un período de tiempo de seis meses, desde diciembre de 2021 hasta mayo del 2022, lo que permitió observar cómo los indicadores establecidos en un primer momento fueron cambiando a partir de las acciones implementadas, lo cual puso en evidencia si estas acciones permitieron acercarse a los objetivos organizacionales o si fue necesario implementar otras acciones. Para este análisis no fue necesario implementar nuevas acciones, sin embargo, dada las acciones de mejora continua, fue necesario relevar los datos seguidamente para evitar desviaciones en el futuro.

La Clínica Higea S.A. es una institución dedicada a la atención de pacientes que tiene como centro de especialización las enfermedades del aparato digestivo, sin embargo, en los

últimos años ha abierto un paraguas de especialidades de diversas índoles como odontología, cardiología, ginecología, urología, cirugía torácica, coloproctología, otorrinolaringología, reumatología, flebología, fonoaudiología, gastroenterología infantil, nutrición, etc., con el fin de brindar un servicio de calidad para mayor cantidad de pacientes.

Surgió en el año 2015 de la mano de profesionales que contaban con el afán de superarse día a día en la especialidad y poder abrir su propia organización para atender a una gran cantidad de pacientes que deseaban tratarse por algún tipo de enfermedad digestiva.

Sin embargo, la Clínica no contaba con un sistema que le permitiera ordenar la información obtenida, analizar en qué punto se encontraban y si se estaban logrando los objetivos organizacionales. Si bien contaba con sistemas que permitían obtener ciertos datos, éstos no eran utilizados correctamente con el objetivo de diagnosticar una situación y efectuar un monitoreo permanente. (Ballvé, 2000)

Por lo cual fue necesario recopilar la información obtenida y organizarla de manera que fuera útil para la institución. A la vez fue importante establecer indicadores que permitieran aportarle diversos estándares a los directivos de la Clínica con resultados certeros y precisos de lo que ocurría concluyendo en un abordaje claro en la toma de decisiones.

1.4. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de la tecnología ha hecho que los servicios de salud sean cada vez más complejos, y de la mano de este crecimiento también se ha visto acrecentada la dificultad de manejar los recursos que deben contribuir a la mejora del servicio. Una gestión eficiente de los sistemas de información genera de manera análoga una gestión competente de los servicios. (Organización Panamericana de la Salud, 1999)

A su vez, con el desarrollo tecnológico también se ha visto aumentada la sofisticación de la información y la necesidad de tomar el control de los datos e implementar mejoras que guíen el servicio hacia una prestación de calidad.

Este trabajo busca analizar el manejo de la información y fortalecer los conocimientos acerca del uso de herramientas como el Tablero de Control que mejoren la gestión eficiente en la toma de decisiones y la calidad de los servicios sanitarios.

Los resultados de esta investigación permitirán proponer los valores del uso de la información y el establecimiento de indicadores como una forma de renovar la toma de decisiones hacia modelos más modernos. Y también, hará posible que diferentes instituciones sanitarias implementen el uso de estas herramientas para optimizar sus servicios y en consecuencia mejoren la salud de la población.

Se espera que este trabajo pueda contribuir al cumplimiento de las siguientes metas: proponer una herramienta de gestión que brinde a los gestores de salud un conjunto de indicadores que permitan evaluar y eventualmente corregir los procesos asistenciales para alcanzar los planes estratégicos de la clínica midiendo la productividad y haciendo a estas empresas más competitivas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE TESIS

La implementación de herramientas de información para la atención sanitaria es actualmente un elemento crucial para brindar una asistencia de calidad y eficacia en la prestación de los servicios. La aplicación de sistemas de información contribuye a la mejora de la gestión de los servicios de salud al propiciar el acceso y la calidad de la asistencia a los pacientes y reforzar los conocimientos necesarios para la toma de decisiones sanitarias y administrativas (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

No obstante, las organizaciones sanitarias se enfrentan cada vez más a entornos complejos con multiplicidad de herramientas de gestión basada en mediciones y controles de procesos, por lo que se requiere un sistema de Indicadores que permitan a los directivos disponer de información precisa para la toma de decisiones y que permita lograr el cumplimiento de los objetivos estratégicos organizacionales (Gómez Gaviria, Rodríguez Ríos, & Toro Brand, 2014).

Actualmente la clínica en estudio cuenta con sistemas de información dispuesta de tal manera que no puede ser aprovechada para la toma de decisiones por no estar integrada, cuantificada y articulada con indicadores y objetivos específicos.

Por lo cual es necesario recopilar la información disponible, entenderla y organizarla; que sea de utilidad para la institución, mediante el uso de un sistema de indicadores que permita aportarles a los directivos de la Clínica un conocimiento certero con resultados claros y precisos de lo que ocurre en su institución y que permita mejorar la toma de decisiones.

En efecto, la pregunta problema que se plantea es ¿Cuál fue la contribución de la implementación del Tablero de Control Operativo en la gestión de la Clínica Higea S.A. en el período octubre 2021 - mayo 2022?

2.2. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo General:

- Analizar la contribución del diseño e implementación de un Tablero de Control Operativo como herramienta de gestión en la Clínica Higea S.A en el periodo octubre 2021- mayo 2022.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar las áreas críticas de gestión de la clínica.
- Identificar los procesos operativos y los indicadores para las áreas críticas de gestión de la clínica.
- Especificar la estructura y componentes del Tablero de Control Operativo de la Clínica, incluyendo la definición exhaustiva de las dimensiones clave, tales como satisfacción de pacientes, eficiencia de procesos internos y económico-financiera.
- Identificar y establecer los indicadores relevantes para cada una de estas dimensiones, considerando su relevancia en la mejora de la toma de decisiones y la eficacia operativa.
- Analizar los resultados de la implementación del Tablero de Control Operativo y de sus indicadores de gestión.

3. MARCO TEÓRICO

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

En este apartado se comenzará haciendo hincapié en los conceptos de manejo de información y toma de decisiones. Como lo establece el objetivo general de la presente investigación, es necesario comprender el uso de los sistemas de información para la mejora en la toma de decisiones. Sin embargo, se requiere de un instrumento de recolección de esa información, es por ello que se analizará el uso del Tablero de Control Operativo como forma de organizar la información de manera fiable y oportuna, basada en el establecimiento de indicadores y objetivos que permitirán tomar decisiones de manera más racional.

Bonilla Botia y Briceño Diaz en "Sistemas de Información como apoyo a la toma de decisiones" (Bonilla Botia & Briceño Diaz, 2006) analizan la importancia de los sistemas de información para los directivos de una institución al momento de tomar decisiones.

Los autores consideran que las organizaciones actualmente, para lograr ser más competitivas deben disponer información real para la toma de decisiones. Un sistema de información requiere de elementos que interactúen entre sí para apoyar las estrategias y las decisiones de una organización. Entre esos elementos se encuentran los datos, procesos, sistemas transaccionales, *data warehouse* o base de datos, interfaces, información interna y externa (Bonilla Botia & Briceño Diaz, 2006).

Un sistema de información es un conjunto formal de procesos que recopila, elabora y distribuye selectivamente la información necesaria de una organización para su operación, la realización de actividades de dirección y control correspondientes (Hernandez Trasobares, 2003).

De manera semejante, Bravo Cobeña y otros en "Los sistemas de información en la toma de decisiones gerenciales en las empresas comerciales de Portoviejo" (Bravo Cobeña, Valdivieso Guerra, & Arregui Pozo, 2018), consideran que los sistemas de información dan soporte a las operaciones empresariales, la gestión y la toma de decisiones, mediante el uso de tecnologías de la información.

Los autores sostienen que la toma de decisiones hace referencia a la selección de un curso de acción entre diversas alternativas, dentro del proceso de la planeación. Fue durante la década de los '90 donde se comienza a profundizar respecto al tema y sus principales

características. Previamente a esa fecha, el individuo tomaba decisiones basadas en estadísticas operativas y en información interna, pero para Bravo Cobeña (2018), este método carecía de sofisticación para hacer frente a los múltiples factores relacionados con las decisiones organizacionales, por lo que comienza a cambiarse la visión de la toma de decisiones por una más sistemática que integrare a los equipos que forman parte de la organización junto con la gerencia (Bravo Cobeña, Valdivieso Guerra, & Arregui Pozo, 2018).

Es por eso que el uso de la información es fundamental para que los individuos tomen decisiones de manera racional. En este proceso, es importante contar con datos, información y conocimiento, ya que por lo general los mismos se encuentran dispersos, fragmentados y almacenados en la cabeza de los individuos lo que lleva a producir interferencias en sus modelos mentales (Bravo Cobeña, Valdivieso Guerra, & Arregui Pozo, 2018).

TABLERO DE CONTROL

Así se enmarca la necesidad de contar con instrumentos que permitan ordenar la información, sistematizarla y racionalizar los datos obtenidos como un elemento de ayuda en el proceso de toma de decisiones.

Marcó, Marianela en "Tablero de control operativo para depósitos industriales" (Marcó, 2017), comienza su trabajo de investigación partiendo de la formulación de un Tablero de Control Operativo integrado por indicadores que sirvan al control de gestión de los bienes que en su institución se producen.

La autora resalta por un lado la definición establecida del Control de Gestión la cual es entendida como un instrumento administrativo creado y apoyado por la dirección de la empresa que permite obtener la información necesaria, fiable y oportuna para la toma de decisiones operativas y estratégicas. Y por otro lado sirve como un sistema de información para la Dirección al medir de manera eficiente la utilización de los recursos y el logro de los objetivos (Marcó, 2017).

El control de Gestión necesita de la utilización de una herramienta que le permita diagnosticar una situación, conocer más sobre ella y que esté alineada a los objetivos organizacionales. Es así como entra en juego el Tablero de Control, como un instrumento que apunta a visualizar la información útil para diagnosticar la situación.

El Tablero de Control ayuda a desarrollar las actividades definidas como fundamentales para el éxito de las compañías: el desarrollo de una arquitectura de la información y la implementación de la tecnología necesaria para sustentar esa arquitectura. (Marcó, 2017)

Para Marcó Marianela, el Tablero de Control es la base de un sistema de mediciones de desempeño que se puede utilizar como un medio sólido para controlar y diagnosticar situaciones ya que genera y presenta información uniforme, clave y confiable. A partir de la elección de indicadores que sirvan para el diagnóstico de acuerdo a criterios gerenciales se diseña una estructura de información basada en herramientas tecnológicas que permiten revolucionar la dirección. (Marcó, 2017)

Sin embargo, el Tablero de Control es el último eslabón de la cadena de información, que comienza con datos que se convierten en información y en indicadores seleccionados para ayudar a diagnosticar la situación de una determinada institución. Esto es lo que Marcó denomina como arquitectura de información. Los indicadores se seleccionan de acuerdo al enfoque que tenga la gerencia y el personal centrando su atención hacia los factores que permitirán lograr los objetivos organizacionales (Marcó, 2017).

El tablero de control a su vez, ofrece información necesaria para la operación cotidiana de la institución, al responder a las necesidades de los gerentes quienes deben operar con información diaria. Permite hacer un seguimiento de un sector o área de la empresa, estableciendo un responsable de ese sector quien será el usuario principal ya que se busca medir su evolución a partir de la información brindada (Marcó, 2017). La información puede ser compartida con los empleados del sector a fin de conseguir su motivación y alineación con los objetivos planteados y la estrategia de la empresa.

El Tablero de Control está diseñado para realizar un seguimiento temporal del estado en cada departamento de una organización y en caso de detectar algún problema, poder tomar las acciones correctivas de manera proactiva y no reactiva (Marcó, 2017).

Las características que presentan los tableros de control son las siguientes:

- *"Agilidad: La utilización del tablero de control debe ser ágil y no deben existir retrasos entre la carga de la información y la presentación de los resultados.*
- *Apoyo de los mandos superiores: el Tablero de Control debe ser constantemente apoyado por los mandos medios y superiores. Una forma de realizar esto es utilizando los datos provenientes del tablero de control en las reuniones de trabajo.*

- *Seguridad: los administradores del sistema deben proveer las claves de acceso al Tablero de Control para reducir el acceso a usuarios no autorizados.*
- *Intuitivo: el usuario no debe necesitar una larga capacitación para poder usar el Tablero de Control.*
- *Escalable: el Tablero de control debe contemplar la posibilidad de ser escalable y permitir modificaciones según requiera su uso.*
- *Volumen de información: La cantidad de información presentada en pantalla por el Tablero de Control no debe ser excesiva. Se debe presentar sólo la información detallada y en caso que el usuario lo requiera se le debe permitir el acceso a la totalidad de la información en forma desglosada.*
- *Debate de resultados e ideas: debe ser acompañado por un sistema de reuniones periódicas que funcione como catalizador para el debate continuo sobre los resultados entre línea, hipótesis y planes de acción (Marcó, 2017, pág. 26)"*

La autora afirma que no existe un tablero de control único, cada empresa, cada área, cada usuario ha de terminar de definir cómo es su herramienta ideal, la que le aporta seguridad, confianza y enriquece su trabajo (Marcó, 2017).

Alesso y otros en "Sistema de Información Gerencial como base del presupuesto por resultados y costos en hospitales públicos seleccionados" (Alesso F. C., y otros, 2008) consideran que la información es un requisito fundamental en el proceso de toma de decisiones. Así, se presenta el tablero de Control Operativo como un sistema de información gerencial para las distintas organizaciones de salud.

Definen al Tablero de Control como un instrumento que

"...resume la información relevante para un directivo dentro del ámbito de su responsabilidad, informándole de los resultados de su gestión y ayudándole en la toma de decisiones en la medida que existan desviaciones respecto a los objetivos que se habían previsto alcanzar" (Alesso F. C., y otros, 2008, pág. 15)

Paralelamente, los autores sostienen que el manejo de la toma de decisiones está directamente relacionado con la información que cuentan. La gestión implica administrar recursos y tomar decisiones, por lo que es imprescindible contar con información certera, no redundante, oportuna, precisa y completa. En el ámbito sanitario esas cualidades son más importantes ya que el objetivo principal es la salud de la población por lo que una decisión

basada en información que carece de certeza puede traer aparejados riesgos de vida (Alesso F. C., y otros, 2008).

También, en el informe (Alesso F. C., y otros, 2008) se consideran la dificultad de las organizaciones sanitarias de obtener este tipo de información ya que los datos se encuentran dispersos, incompletos o carecen de vinculación entre sí. Es por eso necesario contar con herramientas concretas que permitan sintetizar de manera ordenada y sistemática los aspectos clave de la actividad. Es así como el Tablero de control entra en juego, como una herramienta para conjugar esas necesidades.

El uso del tablero requiere establecer indicadores representativos de los procesos y factores críticos de cada una de las dimensiones consideradas prioritarias dentro de la gestión de la organización sanitaria. Estos indicadores se encuentran a su vez asociados a factores clave de éxito que permitirán realizar un seguimiento de la marcha de un centro de responsabilidad, aportando información que permita una actitud activa a nivel gerencial y mejorando la toma de decisiones. Por lo que es primordial definir qué es lo que se quiere medir, es decir el punto de partida del diseño de los indicadores (Alesso F. C., y otros, 2008).

Los factores clave del éxito, según los autores, deben estar relacionados con los principales objetivos del centro de asistencia sanitaria, situación económico - financiero, satisfacción de pacientes, producción sanitaria, procesos internos, aprendizaje y crecimiento. Luego de definidos los factores, se seleccionan los objetivos que es menester alcanzar (Alesso F. C., y otros, 2008).

Por otro lado, Gómez Gaviria, C., Rodríguez Ríos, K. J., & Toro Brand, A. M. en "Diseño de un Tablero de Control para una institución prestadora de servicios de salud privada III nivel de atención" (2014) analizan la manera en que las instituciones sanitarias han evolucionado hacia la concepción de organizaciones con ánimos de lucro, incorporando el desarrollo del conocimiento de otras áreas científicas como la administración y la economía, introduciéndose en el concepto de "empresa".

Frente a ello, las instituciones sanitarias incorporan las herramientas de gestión, entendidas como productoras de actos médicos, agregando la planeación estratégica, la gestión y la planificación del talento humano, el marketing, la atención al cliente y al usuario. Esto ha permitido y facilitado la necesidad del sistema sanitario de generar información que permita optimizar la toma de decisiones de la mejor manera posible, permitiendo conocer sus costos, tiempos de producción, demanda de servicios, márgenes de contribución y de utilidad.

Los autores entienden que calidad es un pilar fundamental de toda institución sanitaria, el cual impacta directamente en el bienestar y la vida de las personas. Los sistemas de Gestión de Calidad se basan en la gestión por procesos y la determinación de indicadores de calidad, que permiten evaluar el funcionamiento de las organizaciones prestadoras de servicios (Gómez Gaviria, Rodríguez Ríos, & Toro Brand, 2014).

Sin embargo, uno de los problemas de la calidad y la gestión por procesos en los niveles sanitarios es la recolección y el análisis de la información "dirigido al establecimiento de actuaciones correctoras del sistema que permiten el cierre de los ciclos de mejora continua" (Gavira et al.: 59, 2014), en función de los objetivos estratégicos.

INDICADORES

De esta manera se introduce el concepto de Tablero de Control cuya utilización permite mayor flexibilidad al ser una herramienta que facilita la consolidación de la información que la institución genera en base a la plataforma estratégica establecida.

El Tablero de Control permite a las instituciones públicas y privadas recoger y consolidar la información mediante la definición y estructuración de un sistema de indicadores. Estos son definidos como una expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación de variables que permite evaluar el desempeño y evolución en el tiempo (Gómez Gaviria, Rodríguez Ríos, & Toro Brand, 2014).

Para los autores (2014), los indicadores tienen una determinada estructura la cual está basada en los siguientes ítems:

- *Objetivo: señalar el para qué se establece el indicador y qué mide*
- *Definición: debe ser simple y clara, e incluir además solo una característica*
- *Responsabilidad: Indica el proceso dueño del indicador y, por lo tanto, los responsables de las acciones que se deriven del mismo*
- *Definir los recursos a utilizar: ya sean recursos humanos, instrumentos, informáticos, entre otros.*
- *Periodicidad: debe ser la suficiente para informar sobre la gestión*

- *Nivel de referencia: pueden ser metas, datos históricos, un estándar establecido, un requerimiento del cliente o de la competencia, o una cifra acordada por consenso en el grupo.*
- *Puntos de lectura: debe tenerse en claro en qué punto se llevará a cabo la medición, al inicio, en una etapa intermedia o al final del proceso."* (Gavira et al.: 63, 2014)

A su vez consideran que los indicadores de calidad tienen un doble propósito:

- *"Proveer información que sea trazadora de la calidad de la atención en el sistema y permita la referenciación a nivel nacional y/o internacional.*
- *Promover procesos de mejoramiento en las instituciones."*(Gavira et al.: 71, 2014)

Por último, sostienen que el tablero de control permite recopilar de forma ordenada los indicadores que la organización determine que debe consolidar constituyéndose en una fuente de información permanente, de fácil acceso y que permita compartir los resultados en los niveles organizativos desde el operativo hasta la alta dirección. (Gómez Gaviria, Rodríguez Ríos, & Toro Brand, 2014).

Bigolin, L. M., & Calvete, M. S. en "Tablero de Control. Indicadores de salud" (2017), consideran que el Tablero de control nace como una herramienta al no existir una metodología clara para enseñar a los directivos a organizar y configurar la información. El objetivo y utilidad básica del Tablero es diagnosticar adecuadamente una situación, y es posible de aplicar a cualquier organización y nivel de sistema.

Es definido como un conjunto de indicadores cuyo seguimiento y evaluación periódica permitirá contar con un mayor conocimiento de la situación de una empresa o sector apoyándose en tecnologías informáticas. Específicamente en las organizaciones sanitarias sostienen que permite realizar auditorías sobre información gerencial, permitiendo a los directivos evaluar resultados y facilitar la toma de decisiones (Bigolin & Calvete, 2015).

Se entiende a los indicadores como variables con características de calidad, cantidad y tiempo que miden los cambios en una situación de salud, directa o indirectamente, y permiten apreciar el grado en que los objetivos y metas de un programa han sido alcanzados.

Asimismo, existen diferentes tipos de Tableros de Control:

- *"Tablero de control operativo: es aquel que permite hacer un seguimiento diario del estado de situación de un sector o proceso de la empresa, para poder tomar a tiempo las medidas correctivas necesarias.*
 - *Tablero de control directivo: es el que posibilita monitorear los resultados de la empresa en su conjunto y de las diferentes áreas clave en que se puede segmentarla.*
 - *Tablero de control estratégico: brinda la información interna y externa necesaria para conocer la situación y evitar sorpresas respecto al posicionamiento estratégico y a largo plazo de la empresa.*
 - *Tablero de control integral o cuadro de mando integral: nuclea la información más relevante de las tres perspectivas anteriores para que el equipo directivo de la alta dirección de una empresa pueda acceder a aquella que sea necesaria para conocer la situación integral de su empresa.*
- (Bigolin & Calvete: 9, 2015)

Para la investigación de este trabajo, se utilizará el Tablero de Control Operativo, es decir que a través del uso de indicadores y estándares previamente establecido se pueda hacer un seguimiento diario del estado de situación de la clínica para poder tomar a tiempo las medidas correctivas necesarias.

Para los autores (Bigolin & Calvete, 2015) un aspecto importante a la hora de llevar a cabo la implementación del Tablero de Control es la planificación de los procedimientos a analizar: el profesional responsable deberá como primera medida identificar los aspectos claves, definir indicadores y luego poder determinar el tipo de procedimiento o auditoría a emplear.

Esto a su vez permite que todos los niveles de la organización comprendan la estrategia a largo plazo y se alineen a ella estableciendo objetivos departamentales como individuales. El Tablero permite evaluar la estrategia a partir de los resultados obtenidos, también es posible modificar las estrategias para que se refleje en un aprendizaje de tipo real.

Por otra parte, Montico-Riesco y Velarde en "Formulación de un tablero de comando para el análisis de la productividad y la gestión competitiva en el sector salud" (2014) consideran que las instituciones sanitarias se encuentran bajo una presión constante debido a la demanda creciente, los aumentos de los costos y la invasión de nuevas tecnologías y fármacos. Esto hace que sea cada vez más complejo gestionar las empresas sanitarias por lo

que resulta necesario contar con instrumentos que permitan monitorear el conjunto de actividades realizadas por los profesionales que interactúan entre sí de forma no coordinada.

Es por eso que los autores plantean el uso de una herramienta de gestión de salud que brinde un conjunto de indicadores que permitan evaluar para luego corregir los procesos asistenciales y así alcanzar los planes estratégicos de la compañía midiendo la productividad y haciendo empresas más competitivas (Montico-Riesco & Velarde, 2014).

Previamente, se considera que es clave el establecimiento de objetivos, planes y metas estratégicas acorde al plan estratégico de la organización, que marquen el camino hacia donde se dirige. Pero a la vez tener en cuenta en dónde se encuentra la institución y cuál es el camino que se está transitando para llegar al destino deseado. Es por eso que es importante contar con instrumentos que permitan medir la posición actual en la que se encuentra la organización y cómo se acerca o no a las metas trazadas.

Montico-Riesco y Velarde (2014) proponen el uso del tablero de control para medir las diferentes perspectivas de la organización en el logro de los planes estratégicos en base al establecimiento de indicadores.

Los autores dividen los indicadores de acuerdo a las prestaciones de servicios, sus costos y teniendo en cuenta elementos de calidad:

- Vinculados a las prestaciones de asistencia
- Vinculados a los costos y utilización de recursos asociados a las prestaciones de asistencia.
- Vinculados a la medición de la calidad. (Montico-Riesco & Velarde, 2014)

TABLA 1: INDICADORES PROPUESTOS POR MONTESCO-RIESCO & VELARDE (2014)

<p>INDICADORES VINCULADOS A LAS PRESTACIONES DE ASISTENCIA AMBULATORIA Y DE EMERGENCIA:</p> <p>Son aquellos indicadores que miden la productividad del recurso utilizado sea humano o instalaciones físicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de consultas /mes • Promedio consultas por médico/mes • Tiempo promedio de reiteración de consulta • Porcentaje de pacientes derivados a especialistas • Cantidad de pacientes vistos por hora • Tiempo de respuesta consulta de emergencia • Pacientes derivados a los niveles superiores
<p>INDICADORES VINCULADOS A LAS PRESTACIONES DE INTERNACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Total de días hospitalizados/mes • Total de días egresos/mes • Promedio de estadía • Tasa de ocupación
<p>INDICADORES VINCULADOS A LOS COSTOS DE PRESTACIONES DE ASISTENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Costo promedio por receta • Recetas por consulta • Costo promedio por exámenes de laboratorio • Costo día cama ocupada
<p>INDICADORES VINCULADOS A LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES DE ASISTENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Largo de la cola de espera para consulta ambulatoria • Largo de la cola de espera para coordinación quirúrgica • Tasa de mortalidad • Tasa de reingresos • Tasa de infecciones

FUENTE: MONTICO-RIESCO & VELARDE (2014)

No obstante, los autores sostienen que, por lo general, algunas empresas cometen el error de considerar el establecimiento de indicadores como un fin en sí mismo, al "focalizar todo el esfuerzo en obtener esos datos, sin percibir que ellos son en realidad el principio del análisis" (Montico-Riesco & Velarde: 759, 2014). Establecen que la utilización de indicadores es una simple herramienta para saber en qué situación se encuentra la institución, si se están logrando los objetivos planteados, si se está alcanzando la estrategia organizacional, etc.

Por último, plantean la necesidad de utilización de distintas herramientas tecnológicas que permiten analizar la información, profundizar en los procesos y correlacionar las distintas variables para determinar las tasas de ocurrencias de los eventos ocurridos. Entre ellas podemos encontrar sistemas ERP, CRM, entre otros, las cuales potencian la eficiencia en el procesamiento de datos y permiten efectivizar la toma de decisiones (Montico-Riesco & Velarde, 2014).

ESTÁNDARES

Fiorella Ruiz-Rondón en "Determinación de indicadores, estándares y características de calidad en empresas de servicio" (Ruiz-Rondón, 2016), sostiene que los indicadores son una herramienta para la medición y control que refleja ya sea cuantitativa como cualitativamente el nivel de calidad que posee una actividad. Es decir que mide la manera en que se están cumpliendo los objetivos, si existen desviaciones y el grado en que se satisface a los clientes (o en el caso de la presente investigación, pacientes).

El hecho de establecer indicadores permite entonces tomar medidas preventivas o correctivas para que se logren mejorar los procedimientos y a la vez poder compararlos en distintos períodos de tiempo. (Ruiz-Rondón, 2016)

Pero a la vez es necesario establecer estándares que permitan evaluar esos indicadores. Los estándares hacen referencia al grado de cumplimiento de un criterio, es decir, el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad. El verdadero valor del estándar estriba en poder comparar en base a una cuantía mínima aceptable. (Lorenzo Martinez, Susana; Miras Solves, Jose; Moracho del Río, Oscar, 2012).

Paralelamente, Lorenzo Martinez et al (2012) consideran que ante la ausencia de estándares lo mejor es establecer valores por consenso entre los directivos y a la vez optar por acordarlos en función de los resultados observados en el medio. A su vez, sostienen que

lo mejor es compararse no sólo con los resultados del propio servicio sino del mejor servicio de referencia que sea posible.

Carlos Rey Peña (2011) sostiene que ante la inexistencia de estándares resulta dificultoso poder establecer medidas comparativas entre empresas, es por ello que es necesario buscar aquellas medidas que mejor comuniquen el significado de aquello que se quiere medir para mostrar el grado de avance de los objetivos a lo largo del tiempo.

El autor (Peña, 2011) considera que en esta representación de las medidas a lograr debe existir un alto grado de consenso entre directivos, así como también se debe involucrar en la medida de lo posible a los miembros de los distintos ámbitos y niveles de la organización.

TIEMPO DE DEMORA

Fontova-Almató et al. evalúan la satisfacción de los pacientes y sus acompañantes de un servicio de urgencia hospitalario y la relación con el tiempo de espera (Fontova-Almató, Juvinyà-Canal, & Suñer-Soler, 2015). Para los autores, la percepción del tiempo de espera está inversamente relacionado con su satisfacción: cuanto mayor es el tiempo de espera menor es su satisfacción y viceversa.

Cuando la espera de los pacientes en la sala es larga, el malestar de los pacientes es mayor, específicamente si se tiene en cuenta que cuando acceden a las instituciones sanitarias ya tienen un estado de ánimo ansioso o depresivo sumado a un dolor insoportable. Es por ello que los tiempos de espera son un factor importante en el cuidado del paciente, la rapidez de la valoración es más importante que el tiempo total de espera y la percepción de la espera está influida por un importante componente psicológico (Fontova-Almató, Juvinyà-Canal, & Suñer-Soler, 2015).

De manera análoga, se sostiene que el factor determinante de la satisfacción está ligado a la percepción del tiempo de espera y no del tiempo real de espera, tal es así que un tiempo percibido como corto o aceptable se relaciona positivamente con la satisfacción. Los pacientes que esperan menos de 15 minutos hasta la visita médica están más satisfechos que los que esperan más tiempo. (Fontova-Almató, Juvinyà-Canal, & Suñer-Soler, 2015)

Sin embargo, los autores sostienen que:

"(...) se debe reducir la sensación de un tiempo de espera prolongado por parte de los usuarios informando sobre el mismo para conseguir mejorar la satisfacción del paciente y sus acompañantes en los servicios." (Fontova-Almató, Juvinyà-Canal, & Suñer-Soler, pág. 15)

En cuanto al tiempo de atención en consultas médicas, Delia Outomuro y Andrea Mariel Actis en "Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica" (2013) consideran que el establecimiento de un sistema de turnos debe ser eficiente y flexible tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud y el personal no médico.

El sistema y organización de turnos depende principalmente del establecimiento del tiempo de atención del profesional con el paciente. A la vez este tiempo es crucial para garantizar la calidad de atención médica: un turno demasiado corto, es entre otras cosas, un impedimento para la realización de una buena promoción de la salud. La promoción de la salud son todos los aspectos que están relacionados con aquellas actividades que buscan mejorar el nivel de salud de los individuos y la comunidad. (Outomuro & Actis, 2013)

El objetivo del artículo de las autoras es "establecer el tiempo de consulta médica ambulatoria que resulte éticamente aceptable en consulta médica" (Outomuro & Actis, pág. 361). Sostienen que a nivel mundial se respalda que la atención de pacientes dure entre 10 y 15 minutos. Sin embargo, no están de acuerdo ya que el primer contacto con el paciente implica presentarse al paciente, establecer empatía, confeccionar una buena historia clínica, un examen semiológico, la indicación de exámenes complementarios y orientación al paciente. Sugieren que un nivel de consulta menor a 10 minutos es inaceptable, porque supone riesgos tanto para el paciente como para el médico (2013).

Consideran que una consulta médica que oscile entre los 15 y 20 minutos es éticamente aceptable: "un tiempo menor a este no permite cumplimentar adecuadamente el acto médico, tanto técnica como humanamente" (Outomuro & Actis, pág. 365).

SATISFACCIÓN DE PACIENTES

Paralelamente, en relación a los indicadores de los reclamos de los pacientes, Rodríguez Perez y Do Muíño (2010) sostienen que uno de los factores más importantes a tener en cuenta para evaluar la calidad de las instituciones sanitarias es la satisfacción de los pacientes, ellos específicamente ahondan respecto a las quejas presentadas y la realización de encuestas de satisfacción.

Los autores sostienen que las reclamaciones o quejas son un instrumento fundamental para conocer las expectativas de los pacientes, a la vez que están encuadrados dentro de los derechos y garantías que tienen los usuarios del sistema sanitario y sirven como un indicador de calidad percibida y del grado de satisfacción de los mismos. A su vez, conocer la percepción de los usuarios de las determinadas instituciones es esencial para determinar oportunidades

de mejora y aplicar los cambios necesarios para corregir las deficiencias de funcionamiento detectadas y lograr una mayor calidad de asistencia. (Rodríguez Perez & Do Muíño Joga, 2010)

De igual manera, Fernando Gómez-Pajares et al (2001) sostienen que la satisfacción del paciente está relacionada con la accesibilidad a los servicios sanitarios, la calidad de los mismos y la información y satisfacción con el tratamiento. Entre los métodos más utilizados para recoger las opiniones de los usuarios se encuentra el análisis de quejas presentadas (en libros de quejas) y la realización de encuestas de satisfacción.

Por el lado del análisis de las quejas presentadas sostienen (Gómez-Pajares, Pérez-Bermudez, Fernández-Martinez, Sanchis, & Zanón, 2001) que son una fuente de información útil para evaluar la atención de los servicios sanitarios, sin embargo estos son meramente análisis descriptivos, aproximaciones parciales del funcionamiento institucional, ya que se ignora otras fuentes de información como quejas verbales, prensa, demandas judiciales, etc. Por ello es que los autores recomiendan acompañar el análisis de quejas con otros métodos como encuestas de satisfacción u hojas de sugerencias. No obstante, el análisis de quejas presentadas contribuye a la vez a mejorar la imagen y la opinión que los pacientes en general tienen sobre la institución.

Así y todo, Gómez-Pajarez et al consideran que existe una dificultad a la hora de comparar los resultados con otros estudios debido a la ausencia de bibliografía y a la vez debido a que muchos trabajos relacionados con el tema tenían su origen en la atención primaria para lo cual se utilizaron múltiples clasificaciones de reclamaciones y diversas metodologías.

Por su parte, Juan Carlos Armijos y Alicia Núñez Mondaca en "Indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos: un caso de estudio en Chile y Ecuador" (2020) proponen un modelo de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos a través del establecimiento de indicadores de proceso, con el fin de mejorar la toma de decisiones.

Los autores (Armijos & Núñez Mondaca, 2020) seleccionaron un grupo de indicadores a medir y asociado a ellos se encuentra un objetivo, una métrica, un estándar, una frecuencia, y un área o departamento a su cargo. Específicamente, establecieron un estándar para el indicador de la tasa de reclamos realizadas por pacientes según se puede observar en la tabla 2:

TABLA 2: ESTÁNDAR DE LA TASA DE RECLAMOS REALIZADAS POR PACIENTES

INDICADOR	OBJETIVO	MÉTRICA	FRECUENCIA	ESTÁNDAR
Tasa de reclamos realizadas por pacientes	Aumentar la satisfacción del paciente, por medio de la disminución de reclamos	(nº de pacientes que han presentado reclamos en el período de estudio/nº total de pacientes atendidos en el periodo de estudio) x 100	Mensual	< 5%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A ARMIJOS & MONDACA (2020)

INDICADORES DE ESTUDIOS GASTROENTEROLÓGICOS

En relación a los indicadores establecidos en los estudios gastroenterológicos el grupo de trabajo conformado por Oncología Digestiva y de Endoscopía Digestiva de la Sociedad Española de Gastroenterología (AEG) y la Sociedad Española de Endoscopía Digestiva (SEED) en "Clinican practice guidelines: quality of colonoscopy in colorectal cancer screening" (Jover, y otros, 2012) elaboraron una guía práctica clínica que aporta la evidencia disponible en calidad en colonoscopia a personas que en principio se encuentran sanas para poder distinguir aquellas probablemente enfermas.

La estrategia utilizada por la AEG y la SEED (2012) para la elaboración de los indicadores se basó en primer lugar en la selección de tópicos relacionados a la calidad de las colonoscopías en la detección del Cáncer Colorrectal:

- Indicadores de Calidad antes de la colonoscopia
- Manejo de anticoagulantes y terapia de antiplaquetas
- Limpieza colónica
- Grado de detección de adenomas
- Valoración del entrenamiento y experiencia del endoscopista
- Grado de intubación cecal
- Tiempo de retirada colonoscópica
- Calidad de las polipectomías endoscópicas
- Extracción de pólipos
- Complicaciones de las colonoscopías y polipectomías.

- Sedación en colonoscopías
- Desinfección de los equipos de endoscopías
- Calidad de los indicadores luego de la colonoscopia.

En cuanto al tiempo estimado de duración de las colonoscopías la American Cancer Society establece que debería estar entre los 25 y 30 minutos, aunque podría tardar más si se encuentran pólipos y es necesario extirparlos (Society, 2019).

En ese tiempo se toma en cuenta el tiempo de retirada del endoscopio, contabilizado desde el momento de llegada a ciego hasta la extracción del endoscopio del orificio anal (Quintero, Alarcón-Fernández, & Jover, 2013). La AEG y la SEED (2012) establecen 6 minutos como tiempo mínimo que debe ser empleado en la exploración del colon durante la retirada del endoscopio. Esto es así, ya que el tiempo de extracción es el más importante para la detección de adenomas, tanto en el colon proximal como el distal.

Por el lado de la cantidad de estudios suspendidos por mala preparación, la preparación para las endoscopias es de vital importancia para poder realizar un diagnóstico adecuado. Una limpieza defectuosa puede impedir la localización de lesiones significativas y afectar negativamente en la efectividad de los programas de cribado (Quintero, Alarcón-Fernández, & Jover, 2013).

La AEG y la SEED establece que el porcentaje de pacientes a los que se le debería repetir la prueba por una preparación inadecuada no debe superar el 10% de todas las colonoscopías (Jover, y otros, 2012).

Para que los pacientes realicen una preparación adecuada se les debe proporcionar la información detallada respecto al cumplimiento de las recomendaciones, ya sea por parte de los profesionales como también de personal capacitado.

Por el lado de las endoscopías con llegada a ciego, una colonoscopia se considera completa cuando ha llegado a ciego, es decir, cuando se inserta la punta del endoscopio hasta un punto proximal a la válvula ileocecal de tal manera que todo el polo cecal, incluida su pared medial sea visualizado y explorado (Quintero, Alarcón-Fernández, & Jover, 2013).

La AEG y la SEED establecen que el médico endoscopista debe llegar al ciego en más del 90% de todas las exploraciones realizadas (Jover, y otros, 2012).

En relación a la tasa de suspensión de cirugías, Abeldaño y Coca (2016), definen la misma como el número de cirugías suspendidas dividido por el número total de cirugías programadas en un período de tiempo en una institución multiplicado por 100. Para la

construcción de este indicador sostienen que es necesario considerar todos los motivos por los cuales se puede suspender una cirugía: ya sean los relacionados con el paciente (por ejemplo, una mala preparación) y los relacionados con el establecimiento (organización del centro quirúrgico, error en la programación quirúrgica, prioridad de las urgencias, disponibilidad de recursos humanos y materiales).

Paralelamente, consideran (Abeldaño & Coca, 2016) que la suspensión de una cirugía interfiere tanto en la administración del propio equipo de salud como en la gestión del tiempo y los recursos materiales. A su vez va en contra de la preocupación de los administradores de salud en el afán de optimizar las actividades, reducir costos, evitar las pérdidas materiales y desarrollar el trabajo con la más alta calidad.

Es por eso que Abeldaño y Coca (2016) sostienen que un establecimiento que cuente con servicios quirúrgicos debería tener una baja suspensión de cirugías para ser eficiente, ya que de existir una alta tasa de suspensión significaría una subutilización de las instalaciones y el personal. Es por ello que el rango de suspensión de cirugías debería oscilar entre un 4.3% y un 11.1% por mes.

Entre las causas que encuentran los autores (Abeldaño & Coca, 2016) relacionadas con la suspensión de cirugías, la principal se da por la falta de tiempo en el quirófano, es decir el inicio tardío de las cirugías, lo cual retrasa e influye en la suspensión de las últimas intervenciones del día. Como consecuencia, sostienen que debe existir un compromiso por parte de todos los actores intervinientes desde el personal de transporte, al de limpieza de los quirófanos, pasando por anestesistas y cirujanos.

CANTIDAD DE PACIENTES

En cuanto a la cantidad total de pacientes, la "Guía para la elaboración de indicadores sanitarios" de la Dirección de estadísticas e información de salud (2005), establece el indicador de cantidad de consultas médicas ambulatorias total y por unidad operativa. Esto se refiere a la cantidad de atenciones recibidas por parte de un paciente bajo la modalidad de consulta médica ambulatoria, es decir es una medida de volumen de la producción de un establecimiento asistencial.

Para ello lo que se mide es la cantidad de consultas ambulatorias totales que es igual a la suma de las consultas médicas del establecimiento en un período dado. Este indicador debe ser relacionado con los recursos a utilizar, lo que permitirá planificar la reasignación de los mismos. (Dirección de estadísticas e información de salud, 2005)

Sin embargo, el informe considera que es menester tener en cuenta que este indicador tiene la limitación de que puede no ser igual al total de pacientes que fueron atendidos bajo esta modalidad, ya que un mismo paciente puede haber sido atendido más de una vez en el establecimiento en el mismo periodo.

La guía de la Organización Panamericana de la Salud de los "Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud" (1997) presenta indicadores sobre cinco dimensiones del desempeño del sistema sanitario: acceso, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad.

En relación a eficiencia, el informe (1997) sostiene que existen diversos puntos de vista: un establecimiento de salud es eficiente desde un punto de vista técnico cuando produce el máximo de servicios físicos (por ejemplo el número de visitas) para un determinado nivel de insumos.

Se es eficiente desde un punto de vista económico si utiliza una combinación de insumos (médicos, medicina, recursos humanos, etc.) que le permiten producir un determinado nivel de servicios al menor costo. Puede ocurrir sin embargo, que exista ineficiencia económica cuando los directivos de un establecimiento tienen un reducido o ningún control sobre las combinaciones de insumos que utilizan, y donde los establecimientos se construyen para servir a mercados que son demasiado pequeños para soportar una escala de servicios óptima (Organización Panamericana de la Salud, 1997).

Luego, existe un punto de vista desde la asignación de los recursos por parte de los establecimientos donde se es eficiente cuando el nivel de producción de cada servicio producido es tal que el costo marginal de la última unidad producida es igual a su valor social marginal. Es decir, se es óptimo cuando se obtiene la mayor cantidad de valor en salud para la mayor cantidad de personas por el costo incurrido (Organización Panamericana de la Salud, 1997).

En relación al análisis de los puntos de vista, la PAHO (Organización Panamericana de la Salud, 1997) considera que hay un consenso en relación a la interpretación de las dimensiones de eficiencia técnica y económica, ya que ambas dimensiones se refieren a distintos modos de usar los recursos para producir servicios de salud específicos, a su vez, ninguno de estos puntos de vista implican juicios de valor sobre los méritos en que se basa el servicio.

No obstante, cuando se considera el punto de vista de la asignación hay un quiebre con respecto a las anteriores dimensiones, ya que en la asignación se aplican juicios de valor basados en el mérito relativo de los distintos servicios de salud, los cuales dependen

principalmente de si se juzgan desde la perspectiva de los profesionales de la salud o de los usuarios de la atención de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 1997).

Los indicadores propuestos por la PAHO (1997) en relación a la productividad son:

-Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo médico (o por médico)

-Relación entre las visitas de pacientes ambulatorios y costos de personal (costos unitarios de personal)

Estos indicadores se refieren a la productividad laboral y según el informe (Organización Panamericana de la Salud, 1997) son mayormente utilizados ya que son más fáciles de medir. Estos indicadores de productividad son válidos en relación a las dimensiones de eficiencia o procesos relacionados con el control de la calidad. Lo que muestra por ejemplo es una ineficiencia técnica si los trabajadores de la salud aprovechan su tiempo laboral o si existe una baja productividad ya sea por una deficiente supervisión o falta de incentivos.

Paralelamente si los recursos complementarios disponibles son inadecuados (personal administrativo, insumos laborales, equipos, etc.) o si existe un exceso de personal en relación a la demanda de servicios, puede darse una ineficiencia económica (Organización Panamericana de la Salud, 1997). A la vez, también puede existir baja productividad laboral si el establecimiento no entrega el tipo o la calidad de servicios que los usuarios desean.

El informe (1997) indica a la vez que si bien la productividad laboral es fácil de medir presenta algunos problemas: en primer lugar, las visitas no son uniformes, esto quiere decir que hay establecimientos donde se pueden atender casos relativamente complejos o pueden haber más visitas iniciales que en otros, hasta internamente en los establecimientos se puede dar que algunos profesionales por su especialidad pueden tener más pacientes que otros. También pueden existir diferencias de calidad entre un establecimiento y otro o entre profesionales, por ejemplo, las visitas de un establecimiento pueden requerir más tiempo de personal y otros insumos que los de otro establecimiento. Es por eso que puede ser necesario sustituir el número de personal por el número de horas trabajadas como medida de insumos laborales (Organización Panamericana de la Salud, 1997).

Luego el informe (Organización Panamericana de la Salud, 1997) establece los indicadores relacionados con el costo por visita de paciente o costo de operación por visita de paciente ambulatorio y el costo por uso de consultorio o por admisión en establecimiento.

A diferencia de los costos de producción, estos últimos son indicadores de insumo/producción, mientras que los de productividad laboral son indicadores de

producción/insumo. Esto implica que la eficiencia estará dada por costos bajos mientras que en los indicadores de producción/insumo la eficiencia estará dada por los altos niveles de productividad (Organización Panamericana de la Salud, 1997).

Por otro lado, la medida de los costos considera todos los insumos utilizados ponderados por sus costos unitarios. Sin embargo, para la PAHO (1997) el principal inconveniente de este indicador es que se requieren estimaciones de costos, en algunos casos desglosadas por función y por lo general esta información si no se disponen de datos presupuestarios de buena calidad, es más difícil de calcular.

En relación a la productividad médica, el Ministerio de Salud de Perú estableció los "Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA" (2013). En el informe, define la productividad hora medico como el indicador que permite evaluar la productividad del recurso médico, al conocer el número de atenciones que realiza por cada hora de trabajo programada en consultorio externo. El objetivo es conocer la productividad hora medico por el número de pacientes atendidos por hora por el profesional médico, donde el estándar recomendado por el informe sostiene que se debe oscilar entre las 3 y 4 consultas por hora (según servicio o especialidad).

Para poder investigar correctamente la cantidad de pacientes que es necesario atender en la clínica para que haya rentabilidad, se analizó el informe de la Universidad ISALUD de Sistemas de Costos Hospitalarios (Schweiger, Cuomo, Rosende, & Spadafora, 2010) que en primer lugar define los costos como el valor de los recursos utilizados para producir o alcanzar el valor de un bien o servicio, es decir son los recursos que la institución sacrifica, consume o pierde en pos de alcanzar un objetivo específico, expresado en términos monetarios (2010).

Paralelamente, se define al sistema de costos como:

"La acumulación ordenada y regular mediante un sistema de registro de datos de la información inherente a los costos de los productos o servicios de una organización pública o empresa. Se denomina costeo al proceso de determinar el costo de prestar un servicio o producir un bien". (Schweiger, Cuomo, Rosende, & Spadafora, 2010, pág. 4)

Los autores (2010) consideran que para establecer un adecuado sistema de costos es necesario contar con información precisa de los costos de una institución para administrar la toma de decisiones y alcanzar los objetivos.

El servicio del cual se desea saber el costo se denomina objeto del costo, estos son seleccionados de acuerdo a la importancia para la toma de decisiones. Los objetivos de un sistema de costos difieren en identificar las unidades de producto, los procesos intermedios y los diversos centros de producción. (Schweiger, Cuomo, Rosende, & Spadafora, 2010)

En una organización sanitaria, el sistema de costos debe permitir identificar las unidades de producto, los procesos intermedios y los centros de producción para la toma de decisiones, es por ello importante cumplir con diversos requisitos (2010):

Se debe establecer una clasificación de costos, entre los que se pueden encontrar los costos fijos, es decir los costos que no tienen costo de oportunidad, ya que no pueden ser utilizados en otra alternativa durante el período a analizar, por ejemplo, alquileres, amortización de la tecnología, seguros, impuestos a la renta, etc. Y, por otro lado, se encuentran los costos variables que son aquellos costos que varían de acuerdo con el nivel de producción de la actividad. (Schweiger, Cuomo, Rosende, & Spadafora, 2010)

A su vez, se deben definir los costos totales, medios y marginales (2010): el costo total es igual a la suma de los costos fijos más los variables más los costos de oportunidad, es decir el costo total es la suma de todos los costos. El costo medio es el promedio que resulta de dividir el costo total por el número de unidades de producción (por ejemplo, consultas realizadas). Y, por último, el costo marginal es la variación del costo total cuando tiene lugar un cambio unitario en la producción, es decir es el costo de producir una unidad adicional de una actividad o programa o servicio dado cierto nivel de producción.

Paralelamente, para calcular la cantidad de estudios que se le realizan a los pacientes que es necesario atender se tomó la definición de Punto de Equilibrio Operativo dada por Marcial Córdoba Padilla (2012), que sostiene que es el nivel de ventas mínimo para cubrir los costos, cuando la utilidad es igual a cero. El punto de equilibrio es necesario para determinar el nivel de operación que se requieren para cubrir los costos operativos, y a la vez, para evaluar la rentabilidad con diversos niveles de ventas.

Para calcular el punto de equilibrio operativo se debe conocer: el precio de venta por unidad, la cantidad en unidades, los ingresos por venta, los costos fijos del período y los costos variables (Padilla, 2012). Para lo cual el cálculo quedaría así:

Punto de equilibrio = (Precio de venta x unidades) – (costos unitarios variables x unidades) – costos fijos

$$(P \times U) - (C_{vu} \times U) - CF = 0$$

El punto de equilibrio es el punto o nivel en el cual los ingresos totales y los costos totales son iguales, por encima de su nivel más elevado de producción la institución comenzará a obtener un beneficio por cada unidad, por debajo de ese punto la institución sufrirá pérdidas. Es decir es el punto en el que cesan las pérdidas y empiezan las utilidades o viceversa (Padilla, 2012).

APROVECHAMIENTO DEL EQUIPO INSTALADO

En relación al aprovechamiento del equipo instalado, se tomó lo establecido en la disposición n° 127 de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) (DISPOSICIÓN 127, 2016), quien establece en su artículo primero la autorización de la inscripción en el Registro Nacional de Productores y Productos de Tecnología Médica a la marca LEISTUNG INGENIERIA SRL.

El manual de instrucciones de uso de LEISTUNG establece el mantenimiento preventivo y servicio técnico de los equipamientos el cual deberá ser realizado respetando las horas de uso:

TABLA 3: MANTENIMIENTO Y HORAS DE USO DE LOS EQUIPOS LEISTUNG

MANTENIMIENTO	HORAS DE USO
1º	3500
2º	7000
3º	10500
4º	14000
5º	17500

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DISPOSICIÓN N° 127

Por el lado de los equipos de endoscopias, la empresa CHEMTRONICS®, establece una guía de mantenimiento de endoscopía (CHEMTRONICS®). con el fin de establecer estudios de manera adecuada, es necesario establecer una limpieza y mantenimiento adecuados después de usar el equipo y antes de usarlo en el próximo paciente.

Según lo establecido por la empresa de industria electrónica, el mantenimiento preventivo debe realizarse semestralmente, este debe hacerlo un ingeniero de servicio o especialista en aplicaciones utilizando una lista de procedimientos (CHEMTRONICS®, 2022):

TABLA 4: TABLA DE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR POR EL INGENIERO EN RELACIÓN AL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS

PASO	PROCEDIMIENTO
1	MANEJO ADECUADO DEL ENDOSCOPIO
2	MANTENIMIENTO DE FUENTES DE LUZ Y MONITORES
3	MANTENIMIENTO DE SISTEMA DE CÁMARA O ENDOSCOPIO
4	MANTENIMIENTO DEL INSUFLADOR

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS RECOGIDOS DE CHEMTRONICS®

4. LA CLÍNICA

La Clínica Higea es una institución privada enmarcada dentro de la Ley de Habilitaciones 5532/90, Decreto Reglamentario 3016/92 considerada como Hospital de día con internación parcial. Esto es el establecimiento asistencial en el cual se presta atención a pacientes de forma simultánea y que permanecen alojados durante el día, sin pernoctar en el mismo.

Cuenta con dos edificios, el primero en el cual se realizan las prácticas médicas, específicamente todos los estudios que tienen que ver con las enfermedades del aparato digestivo: video rectosigmoidoscopia, video esofagogastroduodenoscopia, videocolonoscopia, colocación de video capsulas digestivas, test de aire espirado, PH metría esofágica, manometrías rectal y esofágica, elastografías hepáticas (fibroscan) y colocación de balones dilatadores.

Estructuralmente cuenta con tres salas de quirófano y una sala con siete box de recuperación, una sala de espera de estudios, cinco consultorios y tres salas de espera de los mismos.

El segundo edificio está compuesto por los Consultorios Externos. Actualmente cuenta con 58 profesionales especialistas es gastroenterología, clínica médica, odontología, cirugía de tórax, hepatología, ginecología, nutrición, hematología, psiquiatría, gastroenterología infantil, coloproctología, cardiología, diagnóstico por imágenes, reumatología, flebología, fonoaudiología, cirugía abdominal y bariátrica, endocrinología, urología y otorrinolaringología.

Cuenta a su vez con personal que pertenece directamente a la clínica: tres instrumentadores quirúrgicos, tres técnicos de anestesia y dos enfermeras. A su vez cuenta con ocho secretarías médicas repartidas entre las dos instituciones.

El horario de apertura de la clínica va desde las 8 am hasta las 20 pm. Los consultorios están abiertos las 12 horas, mientras que los estudios se realizan en dos turnos que van desde las 8 a las 12, y el segundo desde las 12 a las 16.

La Clínica Higea, plantea una determinada línea a seguir:

- **MISIÓN**

Ofrecer a la población un servicio de excelencia en diagnóstico y tratamiento terapéutico en gastroenterología. Para ello se cuenta con atención especializada de profesionales altamente capacitados utilizando tecnología médica de vanguardia.

- **VISIÓN**

Ser la mejor institución privada prestadora de servicios médicos, específicamente en el ámbito de gastroenterología de Mendoza.

- **VALORES**

Compromiso ético, que permite que los pacientes depositen su confianza plena en los profesionales.

Tolerancia y respeto por parte de todo el personal de la clínica que genera una cultura y un clima organizacional de excelencia.

- **OBJETIVOS**

OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de la Clínica Higea es brindar un servicio de óptima calidad, en base a la confianza y la calidad profesional, que garantice una adecuada atención humana; acompañado de insumos tecnológicos y personal apropiado; con la finalidad de satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes en un ambiente adecuado y en excelentes condiciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Prestar un servicio médico integral, oportuno de alta calidad que satisfaga las expectativas de los pacientes a partir del talento humano y la infraestructura confiable.
- ✓ Ser un centro de referencia en materia de gastroenterología en la provincia de Mendoza.
- ✓ Mantener un ambiente de trabajo agradable que permita el desempeño óptimo del desarrollo interno.
- ✓ Optimizar recursos en cada una de las áreas de la clínica, a partir de la eficiente utilización de los mismos y minimizando los costos.

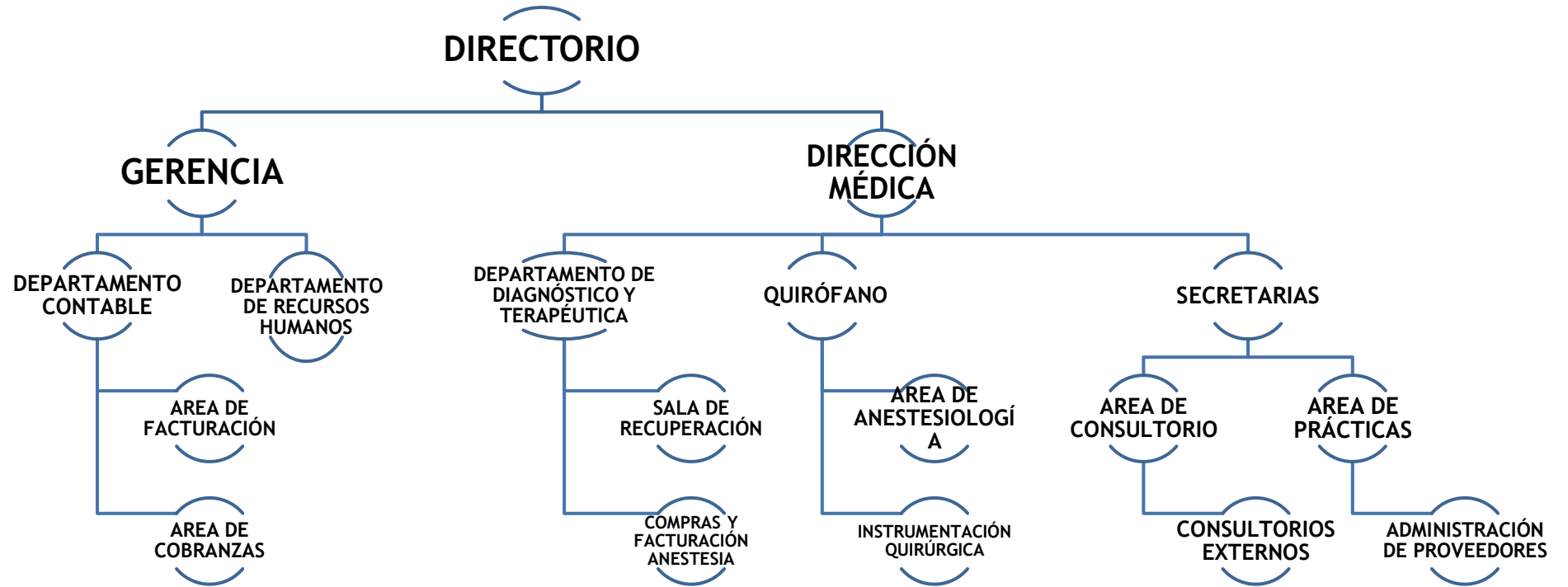
- ✓ Optimizar la utilización de las tecnologías sanitarias y administrativas para proveer servicios de calidad.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- ✓ Aumentar la cantidad y la calidad de la cobertura de atención en los servicios de salud
- ✓ Sistematizar los procesos estratégicos, administrativos y de apoyo.
- ✓ Llevar a cabo un crecimiento financiero sostenible para la clínica.
- ✓ Establecer un crecimiento institucional que permita aumentar la atención e invertir en nuevas tecnologías.
- ✓ Evaluar periódicamente la excelencia en la prestación de servicios.
- ✓ Aumentar la productividad y la eficiencia en todos los procesos.

Como se dijo en el apartado metodológico, el Tablero de Control Operativo tiene como meta principal informar los resultados de la gestión a los directivos y servir de ayuda para la toma de decisiones en la medida que existan desviaciones respecto a los objetivos estratégicos de la clínica.

- **ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN**



- **FUNCIONES**

A partir del Manual de Organización y Funciones de la Clínica se ha realizado una breve descripción de las unidades de la clínica que se verán en la Tabla 7, específicamente aquellas de mayor nivel jerárquico con funciones y responsabilidades.

TABLA 5: FUNCIONES DE LOS DIFERENTES NIVELES DE LA CLÍNICA

<p>DIRECTORIO</p>	<p>Compuesto por un equipo de siete miembros, son los accionistas de la clínica. Tienen la función principal de establecer la estrategia y los objetivos de la clínica junto con las directrices a llevar a cabo en temas financieros, de inversión y mejoramiento continuo. A su vez establecen apoyo y supervisan a las demás reparticiones de la clínica ya que los mismos miembros del directorio son médicos activos de la institución.</p> <p>Los siete miembros son médicos de la clínica que a su vez prestan servicios haciendo estudios y consultorio.</p>
<p>GERENCIA</p>	<p>Compuesta por un solo miembro, encargada de ejecutar la estrategia empresarial formulada por el Directorio. Entre sus tareas más importantes se encuentra la de tomar decisiones basada en los objetivos institucionales, elabora presupuestos, gestión de cuentas por cobrar/pagar; supervisar la función administrativa de las demás áreas de la clínica, gestiona las demás oficinas e instalaciones; encargada del reclutamiento y el entrenamiento del personal; supervisa la función de abastecimiento y servicios que terceros proveen a la clínica.</p> <p>La Gerente se encuentra en el mismo nivel jerárquico que el Director Médico por lo que las decisiones se suelen tomar conjuntamente, específicamente aquellas funciones que convergen a estas dos áreas.</p>
<p>DIRECCIÓN MÉDICA</p>	<p>Compuesta por un médico profesional el cual tiene la función principal de asegurar que los servicios llevados a cabo en la clínica se adecuen a la estrategia organizacional, a las normas y a las expectativas de los pacientes. Entre sus funciones principales se encuentra las de planificar, organizar</p>

	<p>y dirigir la producción de servicios de salud; asegurar la calidad de los servicios prestados; asegurar la implementación de instrumentos que permitan evaluar la satisfacción de los pacientes, garantizar el buen estado y conservación del equipamiento instrumental médico; supervisar que se apliquen medidas de seguridad e higiene para la protección de salud del personal; garantizar que la relación médico-paciente sea acrecentada, respetada y humanizada.</p> <p>El Director Médico ejerce sus funciones sobre las demás unidades de la clínica, específicamente todo lo concerniente a la parte profesional. A su vez tiene a su cargo el control y funcionamiento de los Consultorios Externos.</p>
<p>DEPARTAMENTO CONTABLE</p>	<p>Compuesto por un contador el cual tiene la función de controlar las demás áreas responsables de la contabilidad de la clínica, la administración de proveedores y la administración de Recursos Humanos. Sus funciones estriban principalmente en la liquidación de haberes, registración de asientos contables, presentación de balances, presentación de regímenes de participación societaria, conciliaciones bancarias, cierres de balance, etc.</p> <p>Sus funciones se llevan a cabo bajo la órbita de la Gerencia Administrativa y del Directorio al cual debe presentarle los balances requeridos.</p>
<p>AREAS DE COBRANZA Y FACTURACIÓN</p>	<p>Compuesta por dos personas las cuales son responsables de las áreas de Facturación y de Cobranzas de la clínica. Entre sus funciones principales se encuentran las de recibir las cobranzas de las obras sociales, realizar las facturas para su cobro, generar las liquidaciones de los profesionales y confeccionar los pagos. Debe mantener la organización y supervisión de los procesos de cobranza establecido por cuentas a cobrar y verificar los registros de valores adecuados.</p>
<p>DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS</p>	<p>Compuesta por un solo miembro, que tiene contacto con todas las áreas de la clínica ya que se encarga del</p>

	reclutamiento y la búsqueda de candidatos; la mejora del clima organizacional y la cultura; también tiene a su cargo el planteamiento de los Manuales de estructura y funciones; el control del presentismo y las licencias de los trabajadores; y todas aquellas actividades que tiendan a la mejora de la satisfacción de los pacientes.
SECCIÓN DE SECRETARIAS	La sección de secretarías está vinculada administrativamente con la gerencia y profesionalmente con la Dirección Médica ya que son el primer contacto con los pacientes que ingresan a la clínica. Se encuentra dividida en el Área de Consultorios y el Área de Prácticas, la primera establece el contacto con los pacientes que asisten solamente a consultas médicas, solicitud de turnos, requerimiento de recetas, atención telefónica, etc. A su vez tiene a su cargo el control de los consultorios externos. Por otro lado, el Área de Prácticas está representada por una secretaria quien realiza el ingreso de los pacientes que asisten a realizarse distintos tipos de estudios.
SECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PROVEEDORES	Actualmente compuesta por una persona encargada de las áreas de Presupuesto y Compras, y el Área de Pagos. Tiene la función principal de asegurarse que todas las áreas de la clínica sean abastecidas, evaluar los precios a los que se adquieren los productos, entablar relaciones con la Gerencia Administrativa específicamente en las compras de suministros y materiales, ya que esta última es quien aprueba las compras y quien realiza los pagos.
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA	El departamento está a cargo de una persona cuya función principal estriba en el control de todo aquello que se realice en la sala de recuperación, la recepción de los pacientes al box correspondiente para los estudios a realizarse, el control de los pre anestésicos realizados por los técnicos, el control de los insumos médicos que se requieren, la facturación de anestésicos y estudios a las Obras Sociales correspondientes.
QUIROFANO	El quirófano está presidido por una persona que tiene como función principal mejorar y optimizar las actividades

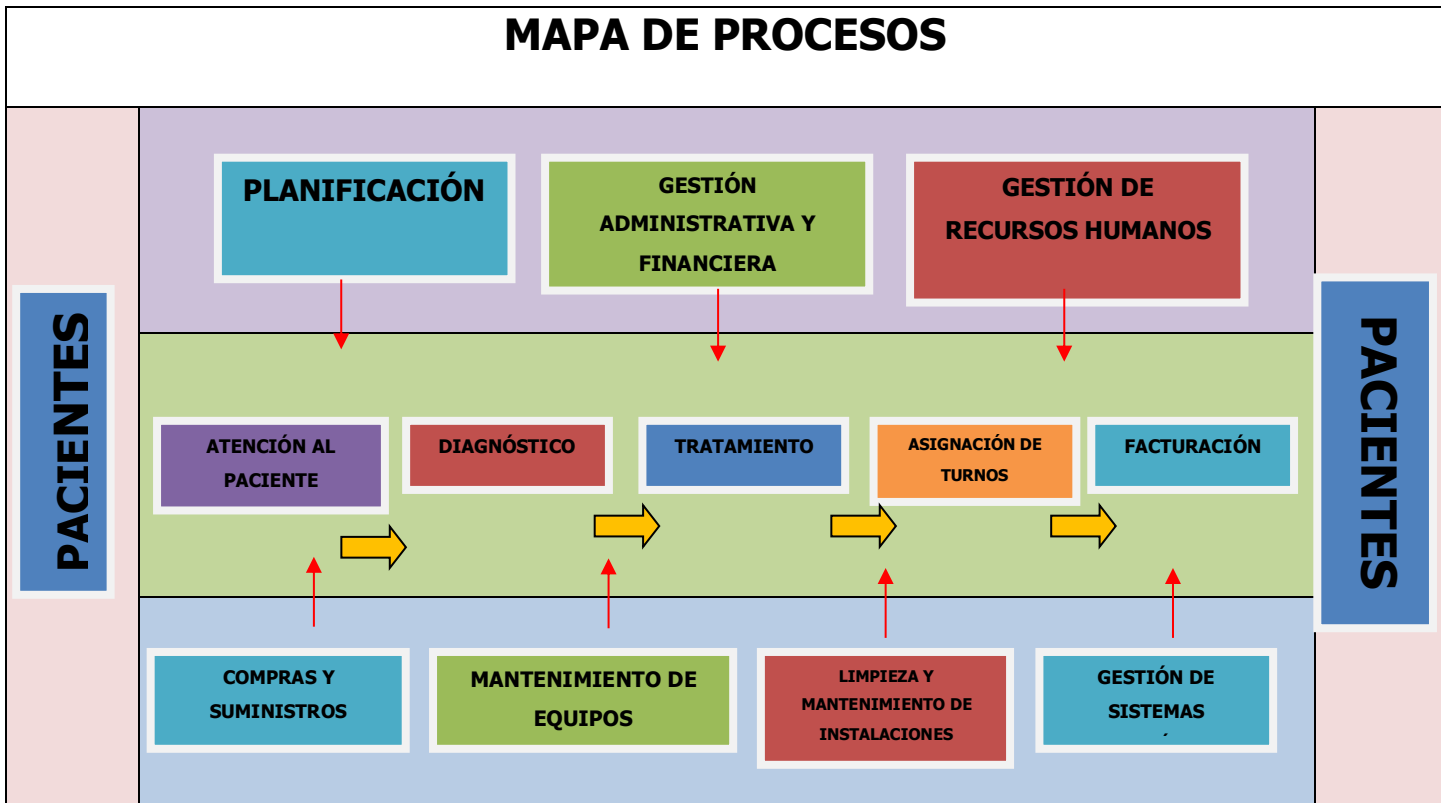
	<p>tendientes a los estudios realizados en la clínica. A su vez se encarga de garantizar la atención de los pacientes que requieran intervención quirúrgica programada, liderar el equipo de instrumentadores quirúrgicos y técnicos en anestesia, verificar que los equipos e instrumental quirúrgico estén disponibles y en condiciones, verificar que las órdenes para las obras sociales se realicen correctamente, supervisar que se hagan los controles respecto a los pacientes, supervisar la asignación del personal a su cargo.</p>
--	---

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA CLÍNICA

- **MAPA DE PROCESOS**

En el cuadro 1 se presenta el mapa de procesos, es decir, que se articulan las actividades de la institución para comprender mejor su funcionamiento:

CUADRO 1: MAPA DE LOS DISTINTOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA CLÍNICA



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A LOS PROCESOS DEFINIDOS CON DIRECTIVOS

- **TABLA DE PROCESOS**

Siguiendo el esquema anterior, se nombraron los procedimientos más importantes de la Clínica con los sectores responsables:

TABLA 6: PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA CLÍNICA

TABLA DE PROCESOS				
PROCESO	PROCEDIMIENTO	CARÁCTER	REPARTICIÓN	RESPONSABLE
PROCESO DE ADMISIÓN DE PACIENTES	PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE TURNOS	ADMINISTRATIVO	SECCIÓN DE SECRETARIAS	ÁREA DE CONSULTORIOS
	PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN DE PACIENTES A CONSULTORIO	ADMINISTRATIVO		ÁREA DE PRÁCTICAS
	PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN DE PACIENTES	ADMINISTRATIVO		
PROCESO DE PRÁCTICAS	PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE PACIENTES AL BOX	ASISTENCIAL	DIRECCIÓN MÉDICA	SALA DE RECUPERACIÓN
	PROCEDIMIENTO DE PREPARACIÓN DE PACIENTES PARA ESTUDIOS	ASISTENCIAL		SALA DE RECUPERACIÓN
	PROCEDIMIENTO DE POLIPECTOMÍAS ESPONTÁNEAS DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE LA PROVINCIA	ADMINISTRATIVO		SALA DE RECUPERACIÓN
	PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN DE MATERIALES	ADMINISTRATIVO		ÁREA DE PRÁCTICAS
	PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE PRECIOS DE ANESTESIAS	ADMINISTRATIVO		ÁREA DE PRÁCTICAS
	PROCEDIMIENTO DE ANESTESIAS SIN FACTURAR	ADMINISTRATIVO		ÁREA DE PRÁCTICAS
	PROCEDIMIENTO DE CARGA DE ANESTESIAS	ADMINISTRATIVO		ÁREA DE PRÁCTICAS
	PROCEDIMIENTO DE INSUMOS DE POLIPECTOMÍAS DE SWISS MEDICAL	ADMINISTRATIVO		ÁREA DE PRÁCTICAS - ÁREA DE ANESTESIAS
	PROCEDIMIENTO MÉDICO DE PRÁCTICA	ASISTENCIAL		SECCIÓN DE ENDOSCOPIA, DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA
	PROCEDIMIENTO DE RECUPERACIÓN	ASISTENCIAL		
	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE PRÁCTICAS	ASISTENCIAL		
	ALTA DEL PACIENTE	ASISTENCIAL		SALA DE RECUPERACIÓN
PROCESO DE COMPRAS	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS DE INSUMOS MÉDICOS	ADMINISTRATIVO	SECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN CON PROVEEDORES	ÁREA DE PRESUPUESTOS Y COMPRAS - ÁREA DE PAGOS
	COMPRAS DE INSUMOS NO MÉDICOS	ADMINISTRATIVO		
PROCESO DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA	PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIONES Y COBRANZAS	ADMINISTRATIVO	DEPARTAMENTO CONTABLE	ÁREA DE FACTURACIÓN
	PROCEDIMIENTO DE PAGOS	ADMINISTRATIVO		ÁREA DE COBRANZAS
PROCESOS DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL	PROCEDIMIENTO DE MOTIVACIÓN E INCENTIVO DE PERSONAL	ADMINISTRATIVO	SECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	
	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DE PUESTOS	ADMINISTRATIVO		
	PROCEDIMIENTO DE AUSENCIAS LABORALES	ADMINISTRATIVO		
	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	ADMINISTRATIVO		

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA CLÍNICA

- **ANÁLISIS FODA**

A través de la siguiente herramienta se estableció un diagnóstico respecto a la situación en la que se encontró la organización en relación a las fuerzas competitivas externas que enfrentó

la clínica, por un lado, y a la capacidad de la misma para competir en su entorno llevando a cabo un diagnóstico de los recursos principales, medios que dispone y la habilidad de la clínica frente a su entorno, por el otro.

CUADRO 2: ANÁLISIS DE FORTALEZAS, AMENAZAS, OPORTUNIDADES Y DEBILIDADES

ANÁLISIS FODA		
	DE ORIGEN INTERNO	DE ORIGEN EXTERNO
PUNTOS DÉBILES	<p align="center"><u>DEBILIDADES</u></p> <p>Falta de realización de otros estudios complementarios. Demoras en la atención de los pacientes. Falta de prácticas convenidas con las Obras Sociales. Falta de procedimientos establecidos en el ámbito administrativo Comunicación ineficaz sobre la realización de las tareas. Poco compromiso en alcanzar objetivos de la clínica. Mucha presión por parte de los profesionales hacia las áreas administrativas.</p>	<p align="center"><u>AMENAZAS</u></p> <p>Demoras en pago de las obras sociales. Miedo de las personas a realizarse alguna práctica gastroenterológica debido a la mala prensa.</p>
	<p align="center"><u>FORTALEZAS</u></p> <p>Profesionales altamente calificados Trato humano con los pacientes Alta tecnología de equipamiento médico Ubicación geográfica adecuada Constante capacitación del personal. Formación constante de profesionales. Adecuados valores de consultas convenidos con Obras Sociales</p>	<p align="center"><u>OPORTUNIDADES</u></p> <p>Pocas organizaciones dedicadas al servicio de gastroenterología en la Provincia. Otras clínicas y hospitales que realizan estudios no cuentan con personal capacitado. Personal médico y no médico de otros ámbitos con necesidad de sumarse a la clínica.</p>
PUNTOS FUERTES		

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA CLÍNICA

El análisis FODA muestra por un lado los puntos débiles y los puntos fuertes de la clínica, sean estas de origen interno como externo. A través del Tablero de Control Operativo se buscará mejorar las debilidades de la clínica aprovechando los puntos fuertes de la misma,

a partir del establecimiento de indicadores y el seguimiento de objetivos estratégicos que mejoren los datos recogidos y permitan a los directivos tomar decisiones específicas en relación a las áreas críticas.

5. METODOLOGÍA

El presente trabajo corresponde a una investigación de tipo descriptiva y comparativa ya que se realizaron mediciones en un período de tiempo determinado y se compararon los resultados de los indicadores del Tablero de Control Operativo para evaluar las acciones correctivas que fueron llevadas a cabo. Es longitudinal, ya que las mediciones se realizaron en varias oportunidades y se valoró su evolución; es retrospectiva ya que se trató de la obtención de datos primarios luego de la formulación del problema de investigación en el período de octubre 2021 hasta mayo del 2022.

Se llevó a cabo una primera medición de los indicadores del Tablero de Control Operativo, en un momento "cero" a partir del cual se establecieron las distintas acciones correctivas congeniadas con la gerencia y cada uno de los responsables de las áreas para que esos resultados pudieran modificarse según los objetivos estratégicos acordados previamente. Esta primera medición a su vez permitió establecer los estándares que se pretendieron alcanzar de acuerdo a los resultados arrojados.

Luego, se analizó en un plazo de seis meses una nueva medición para verificar si las acciones llevadas a cabo mejoraron los resultados, se mantuvieron o empeoraron de acuerdo al estándar previamente establecido.

El alcance de la Investigación fue desde la recolección de los primeros datos en el momento cero, hasta la obtención de nuevos datos en el transcurso de los siguientes seis meses. Teniendo en cuenta que se implementaron sucesivas acciones de mejora a partir de los resultados obtenidos como base para la mejora continua de la gestión institucional.

Las mediciones con los ajustes correspondientes fueron la meta principal de la presente investigación, informando los resultados de la gestión a los directivos y sirviendo de ayuda para la toma de decisiones en la medida que existan desviaciones respecto a los objetivos estratégicos de la clínica que se propusieron alcanzar, y así poder analizar la contribución del Tablero de Control Operativo.

El proceso se llevó a cabo en dos etapas:

IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES Y DISEÑO

La primera etapa implicó el estudio y relevamiento de las áreas seleccionadas para el análisis de acuerdo a los procesos claves de la organización y sus respectivos indicadores de gestión. Para ello fue importante el consenso con la dirección de la Clínica respecto al contenido a estudiar y su factibilidad.

Este consenso implicó agendar reuniones tanto con la Gerenta Administrativa como con los miembros del directorio donde se buscó que los procesos elegidos estuviesen alineados con los objetivos estratégicos de la Clínica y contribuyeran a su visión y misión. Paralelamente se seleccionaron las áreas cuyos procesos tuviesen un impacto significativo en la prestación de servicios, la satisfacción del paciente y el rendimiento financiero de la clínica.

También se aseguró que el personal relevante esté comprometido con el proceso de implementación y esté dispuesto a contribuir activamente en la recopilación y análisis de datos.

Las áreas seleccionadas fueron:

ÁREAS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES	ÁREA DE CONSULTORIOS	ÁREA DE ESTUDIOS	ÁREA DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN
--	-------------------------	------------------	--

El momento de diagnóstico implicó el establecimiento de las dimensiones de la clínica de acuerdo a los procesos clave y los sectores intervinientes. Luego se planteó, por consenso, con los directivos de la clínica los indicadores que mejor se adecuaron a las dimensiones a partir de los objetivos de cada una:

1. Satisfacción de pacientes: esta dimensión plantea la forma en que se satisfacen a los clientes y cuál es el motivo por el cual eligen a la clínica.
2. Procesos internos: esta dimensión identifica los procesos críticos internos en los que la organización debe ser excelente. Las medidas de los procesos internos se centran en aquellos procesos que tendrán mayor impacto en la satisfacción del cliente y en la consecución de los objetivos de la organización.

3. Económico-financiera: esta dimensión se refiere específicamente a la tasa de crecimiento y la relación entre productos y producción, la reducción de costos y productividad aumentada; y las reglas básicas de utilización de la capacidad de producción y estrategia de inversión.

TABLA 7: INDICADORES ESTABLECIDOS DE ACUERDO A LA DIMENSIÓN A ANALIZAR

TABLA DE INDICADORES		
DIMENSIÓN	OBJETIVO DE MEDICIÓN	INDICADORES
SATISFACCIÓN DE PACIENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la satisfacción • Incrementar la Cantidad de Pacientes atendidos en relación a la capacidad. • Mejorar la Imagen Institucional • Reducir la cantidad de quejas de los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo promedio de espera en la admisión • Tiempo promedio de espera en el box • Tiempo promedio de espera por procedimiento médico • Tasa de reclamos realizada por los pacientes
PROCESOS INTERNOS	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la calidad de los procedimientos • Disminuir el porcentaje de errores que se pueden cometer en los procesos estratégicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de cirugías suspendidas • Cantidad de estudios suspendidos por mala preparación • Porcentaje de endoscopías con llegada a ciego
ECONÓMICA – FINANCIERA	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr la eficiencia en relación a la inversión realizada y los costos de la Clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Costo total de uso de los consultorios • Aprovechamiento del equipo instalado • Cantidad total de intervenciones quirúrgicas realizadas

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DIMENSIONES DEL TABLERO DE CONTROL

En la Tabla 6 se establecen los indicadores de acuerdo a los objetivos específicos de cada uno, la forma de medirlos y la frecuencia en la que se obtuvieron los datos:

TABLA 8: TABLA DE INDICADORES ESTABLECIDOS Y FORMA DE MEDIRLOS

INDICADOR	DEFINICIÓN	OBJETIVO	MÉTRICA	FRECUENCIA
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE ADMISIÓN	ES EL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE LOS PACIENTES DESDE LA RECEPCIÓN HASTA EL LLAMADO POR PARTE DEL PROFESIONAL	MINIMIZAR TIEMPO DE ESPERA DE ADMISIÓN	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA TOTAL POR PACIENTE DE LA HORA DE INICIO DE RECEPCIÓN - HORA INGRESO DE PACIENTE / N° DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MES	MENSUAL
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN EL BOX	ES EL TIEMPO DE DEMORA DEL PACIENTE PREVIO AL ESTUDIO A REALIZARSE	MINIMIZAR TIEMPO DE ESPERA PARA ENTRAR AL QUIRÓFANO	(SUMATORIA DE LA DIFERENCIA TOTAL DE LA HORA INGRESO PACIENTE AL BOX -HORA DE INGRESO AL QUIRÓFANO TRIAGE) / N° DE PACIENTES INGRESADOS EN EL MES	MENSUAL
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO	ES EL TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO MÉDICO DEL ESTUDIO REALIZADO	MINIMIZAR TIEMPO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA TOTAL ENTRE LA HORA INICIO PROCEDIMIENTO –HORA ORDEN DE PROCEDIMIENTO) / N° TOTAL DE ESTUDIOS REALIZADOS POR MÉDICO EN EL MES	MENSUAL
TASA DE RECLAMOS REALIZADOS POR LOS PACIENTES	ES LA TASA DE LOS RECLAMOS REALIZADOS POR LOS PACIENTES EN LAS ENCUESTAS Y EN EL LIBRO DE QUEJAS	AUMENTAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, POR MEDIO DE LA DISMINUCIÓN DE RECLAMOS	(N° DE PACIENTES QUE HAN PRESENTADO RECLAMOS EN EL PERÍODO DE ESTUDIO / N° TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL PERÍODO DE ESTUDIO) X 100	MENSUAL
CANTIDAD TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	ES EL NÚMERO TOTAL DE PACIENTES QUE INGRESAN A LA CLÍNICA A REALIZARSE ALGÚN TIPO DE ESTUDIO AMBULATORIO	AUMENTAR LA CANTIDAD DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	CANTIDAD DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS TOTALES EN UN MES	MENSUAL
PRODUCTIVIDAD MÉDICA	HACE REFERENCIA A LA CANTIDAD DE CONSULTAS REALIZADAS SEGÚN LA CANTIDAD HORAS TRABAJADAS	AUMENTAR LA PRODUCTIVIDAD MÉDICA	TOTAL DE CONSULTAS EFECTUADAS EN CONSULTORIO POR PROFESIONAL/TOTAL DE HORAS EN CONSULTORIO POR PROFESIONAL	MENSUAL
PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	CANTIDAD TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR LOS PROFESIONALES DEBIDO A PROBLEMAS TÉCNICOS, COMPLICACIONES MÉDICAS O PROBLEMAS LOGÍSTICOS Y DE PROGRAMACIÓN	MINIMIZAR EL PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	(N° DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SUSPENDIDAS / N° INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS) X 100	MENSUAL
PORCENTAJE DE ESTUDIOS SUSPENDIDOS POR MALA PREPARACIÓN (VIDEOENDOSCOPIAS ALTAS Y BAJAS EN QUIRÓFANO)	CANTIDAD TOTAL DE ESTUDIOS NO REALIZADOS POR MALA PREPARACIÓN DE PACIENTES X 100	MINIMIZAR EL PORCENTAJE DE ESTUDIOS SUSPENDIDOS POR MALA PREPARACIÓN	N° DE ESTUDIOS SUSPENDIDOS POR MALA PREPARACIÓN/N° TOTAL DE ESTUDIOS PROGRAMADOS POR MES X 100	MENSUAL
PORCENTAJE DE COLONOSCOPIAS CON LLEGADA A CIEGO	UNA COLONOSCOPIA COMPLETA REQUIERE DE LA VISUALIZACIÓN COMPLETA DE TODO EL CIEGO Y SUS PARÁMETROS ANATÓMICOS	AUMENTAR EL PORCENTAJE DE LLEGADA A CIEGO EN COLONOSCOPIAS	(TOTAL DE COLONOSCOPIAS CON LLEGADA A CIEGO / TOTAL DE COLONOSCOPIAS REALIZADAS POR CADA MÉDICO ENDOSCOPISTA) x100	MENSUAL
APROVECHAMIENTO DEL EQUIPO INSTALADO	HACE REFERENCIA AL APROVECHAMIENTO DEL EQUIPO UTILIZADO PARA ESTUDIOS	MEJORAR EL RENDIMIENTO Y UTILIDAD DE LOS EQUIPOS INSTALADOS	TOTAL DE HORAS UTILIZADAS EN EL EQUIPO/TOTAL DE HORAS QUE PUEDE SER UTILIZADO	SEMESTRAL
OCCUPACIÓN DE CONSULTORIOS EXTERNOS	CALCULAR CUAL ES EL PORCENTAJE DE OCCUPACIÓN DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS	REDUCIR LAS HORAS OCIOSAS DE CONSULTORIO DONDE NO HAY PROFESIONALES UTILIZÁNDOLOS.	(TOTAL DE HORAS TRABAJADAS EN CONSULTORIOS EXTERNOS X 100) / CANTIDAD TOTAL DE HORAS DISPONIBLES	MENSUAL

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A INDICADORES ESTABLECIDOS EN LA CLÍNICA

APLICACIÓN

El Segundo momento implicó la aplicación del Tablero de Control, a partir de los datos obtenidos en un primer análisis, se aplicó la herramienta, se ordenaron los datos y se aplicaron mejoras a los procedimientos consensuados en la primera etapa. Se utilizó la siguiente tabla como herramienta para el ordenamiento de los datos:

INDICADOR	VALOR ESTANDAR	VALOR OBSERVADO	FRECUENCIA
-----------	----------------	--------------------	------------

Para el análisis de los indicadores de gestión es importante tener en claro qué es lo correcto y cómo hacerlo correctamente, esto permite seguir en la senda de la efectividad y la productividad (Marcó, 2017).

SEGUIMIENTO Y CONTROL

En el transcurso de seis meses desde la aplicación de la primera medición y las acciones correctivas, se volvió a medir para verificar si lo realizado mejoró la situación de la clínica y los valores esperados.

Por otro lado, se utilizaron datos secundarios obtenidos del sistema Ras Salud para reunir la información respecto a profesionales, facturación, tiempo de demora, obras sociales, etc.

El Ras Salud es un software web de gestión administrativa y médica para clínicas y consultorios. Incluye módulos de turnos, recepción, facturación a obras sociales y liquidación a profesionales. A su vez elabora informes de acuerdo a los datos que se soliciten respecto a la totalidad de pacientes que ingresan a la clínica, las obras sociales que se reciben y los profesionales que atienden. Permitiendo intercambiar esos datos para obtener información concreta y poder elaborar el Tablero.

6. DESAROLLO

ESTUDIO Y ANÁLISIS DE INDICADORES: MOMENTO CERO.

En el siguiente apartado se muestran los datos recogidos en el momento "cero" es decir previo a la aplicación de las medidas correctivas. En la tabla 7 se muestran los datos recogidos de acuerdo a la tabla de indicadores propuestas:

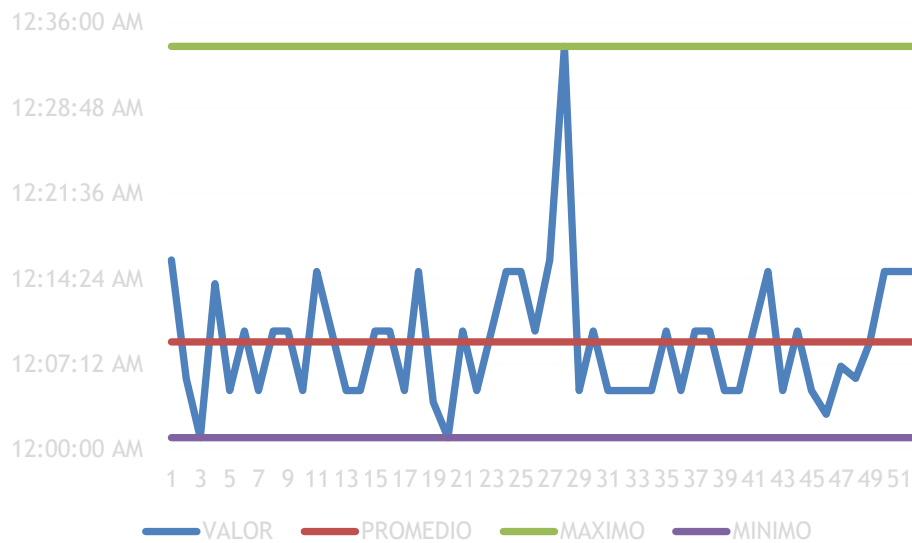
TABLA 7: INDICADORES OBTENIDOS EN EL "MOMENTO CERO"

INDICADOR	DEFINICIÓN	OBJETIVO	MÉTRICA	FRECUENCIA	VALOR OBSERVADO
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE ADMISIÓN	ES EL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE LOS PACIENTES DESDE LA RECEPCIÓN HASTA EL LLAMADO POR PARTE DEL PROFESIONAL	MINIMIZAR TIEMPO DE ESPERA DE ADMISIÓN	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA TOTAL POR PACIENTE DE LA HORA DE INICIO DE RECEPCIÓN - HORA INGRESO DE PACIENTE / N° DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MES	MENSUAL	9' / 1895 PACIENTES
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN EL BOX	ES EL TIEMPO DE DEMORA DEL PACIENTE PREVIO AL ESTUDIO A REALIZARSE	MINIMIZAR TIEMPO DE ESPERA PARA ENTRAR AL QUIRÓFANO	(SUMATORIA DE LA DIFERENCIA TOTAL DE LA HORA INGRESO PACIENTE AL BOX -HORA DE INGRESO AL QUIRÓFANO TRIAGE) / N° DE PACIENTES INGRESADOS EN EL MES	MENSUAL	13' / 504 PACIENTES
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO	ES EL TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO MÉDICO DEL ESTUDIO REALIZADO	MINIMIZAR TIEMPO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO	(SUMATORIA DE LA DIFERENCIA TOTAL ENTRE LA HORA INICIO PROCEDIMIENTO -HORA EGRESO DEL QUIRÓFANO) / N° TOTAL DE ESTUDIOS REALIZADOS POR MÉDICO EN EL MES	MENSUAL	23'/504 PACIENTES
TASA DE RECLAMOS REALIZADOS POR LOS PACIENTES	ES LA TASA DE LOS RECLAMOS REALIZADOS POR LOS PACIENTES EN LAS ENCUESTAS Y EN EL LIBRO DE QUEJAS	AUMENTAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, POR MEDIO DE LA DISMINUCIÓN DE RECLAMOS	(N° DE PACIENTES QUE HAN PRESENTADO RECLAMOS EN EL PERÍODO DE ESTUDIO / N° TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL PERÍODO DE ESTUDIO) X 100	MENSUAL	1,25%
CANTIDAD TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	ES EL NÚMERO TOTAL DE PACIENTES QUE INGRESAN A LA CLÍNICA A REALIZARSE ALGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA AMBULATORIA	AUMENTAR LA CANTIDAD DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	CANTIDAD DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS TOTALES EN UN MES	MENSUAL	504
PRODUCTIVIDAD MÉDICA	HACE REFERENCIA A LA CANTIDAD DE CONSULTAS REALIZADAS SEGÚN LA CANTIDAD HORAS TRABAJADAS	AUMENTAR LA PRODUCTIVIDAD MÉDICA	TOTAL DE CONSULTAS EFECTUADAS EN CONSULTORIO POR PROFESIONAL/TOTAL DE HORAS EN CONSULTORIO POR PROFESIONAL	MENSUAL	2,97 PACIENTES/HORA
PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	CANTIDAD TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR LOS PROFESIONALES	MINIMIZAR EL PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	(N° DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SUSPENDIDAS / N° INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS) X 100	MENSUAL	0
PORCENTAJE DE ESTUDIOS SUSPENDIDOS POR MALA PREPARACIÓN	CANTIDAD TOTAL DE ESTUDIOS NO REALIZADOS POR MALA PREPARACIÓN DE PACIENTES	MINIMIZAR EL PORCENTAJE DE ESTUDIOS SUSPENDIDOS POR MALA PREPARACIÓN	N° DE ESTUDIOS SUSPENDIDOS POR MALA PREPARACIÓN/N° TOTAL DE ESTUDIOS PROGRAMADOS POR MES X 100	MENSUAL	0
PORCENTAJE DE COLONOSCOPIAS CON LLEGADA A CIEGO	CANTIDAD DE VECES QUE SE LLEGA A CIEGO, ES DECIR EL NIVEL ÓPTIMO DE COLONOSCOPIAS ALCANZADO.	AUMENTAR EL PORCENTAJE DE LLEGADA A CIEGO EN COLONOSCOPIAS	TOTAL DE COLONOSCOPIAS CON LLEGADA A CIEGO / TOTAL DE COLONOSCOPIAS REALIZADAS POR CADA MÉDICO ENDOSCOPISTA	MENSUAL	96,23%
APROVECHAMIENTO DEL EQUIPO INSTALADO	HACE REFERENCIA AL APROVECHAMIENTO DEL EQUIPO UTILIZADO PARA ESTUDIOS	MEJORAR EL RENDIMIENTO Y UTILIDAD DE LOS EQUIPOS INSTALADOS	TOTAL DE HORAS UTILIZADAS EN EL EQUIPO/TOTAL DE HORAS QUE PUEDE SER UTILIZADO	SEMESTRAL	10500/14000 HORAS
OCUPACIÓN DE CONSULTORIOS EXTERNOS	ES EL PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CONSULTORIOS EXTERNOS DE LA CLÍNICA	REDUCIR LAS HORAS OCIOSAS DE CONSULTORIO DONDE NO HAY PROFESIONALES UTILIZÁNDOLOS.	(TOTAL DE HORAS TRABAJADAS EN CONSULTORIOS EXTERNOS X 100) / CANTIDAD TOTAL DE HORAS DISPONIBLES	MENSUAL	66% DE OCUPACIÓN

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A LOS DATOS RECOGIDOS EN EL MES "CERO"

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE ADMISIÓN

GRAFICO 1: HOJA DE CONTROL DE TIEMPOS PROMEDIO DE ESPERA EN ADMISIÓN MES DE DIAGNOSTICO

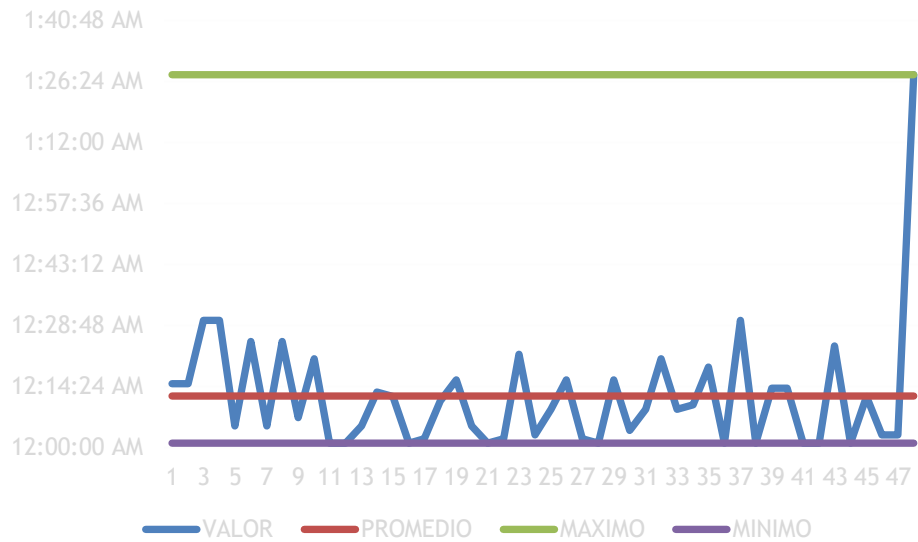


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Como se observa en el Gráfico 1, los rangos máximos y mínimos oscilaron entre más de 30 minutos y menos de 5 minutos respectivamente.

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN EL BOX

GRAFICO 2: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN EL BOX



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

En el gráfico 2 se observa el tiempo promedio de espera en el BOX con un máximo de 1 hora y 30 minutos y un mínimo de menos de 2 minutos de espera.

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO

GRAFICO 3: HOJA DE CONTROL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

El tiempo promedio de espera por procedimiento médico arrojó un valor máximo de 30 minutos y un valor mínimo de menos de 10 minutos.

TASA DE RECLAMOS REALIZADOS POR LOS PACIENTES

Para el cálculo de la tasa de reclamos realizados por pacientes, se tomó en cuenta los reclamos realizados por los pacientes en los libros de quejas, encuestas de satisfacción y comentarios realizados a través de la página web. Para ello se realizó un cálculo de la cantidad de quejas por día, la tabla 8 muestra la cantidad de pacientes atendidos por día en la clínica y la cantidad de reclamos realizados.

TABLA 8: TASA DE RECLAMOS REALIZADOS SEGÚN LA CANTIDA DE PACIENTES DIARIOS

DÍA	CANTIDAD DE PACIENTES	CANTIDAD DE RECLAMOS	TASA DE RECLAMOS
2021-08-02	124	2	1,25%
2021-08-03	124	6	
2021-08-04	96	1	
2021-08-05	99	2	
2021-08-06	123	0	
2021-08-09	137	1	
2021-08-10	136	1	
2021-08-11	98	1	
2021-08-12	102	3	
2021-08-13	109	1	
2021-08-17	122	0	
2021-08-18	84	2	
2021-08-19	114	1	
2021-08-20	121	1	
2021-08-23	128	1	
2021-08-24	153	1	
2021-08-25	84	1	
2021-08-26	101	1	
2021-08-27	102	2	
2021-08-30	105	0	
2021-08-31	137	2	
TOTAL	2399	30	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Luego el gráfico 4, muestra la relación entre la cantidad de pacientes diarios y la cantidad de reclamos realizados. La cantidad de reclamos presentados no supera los 10 reclamos por día.

GRAFICO 4: RELACIÓN ENTRE LA CANTIDAD DE PACIENTES POR DÍA Y LA CANTIDAD DE RECLAMOS



PORCENTAJE DE ENDOSCOPIÁS CON LLEGADA A CIEGO

TABLA 9: TABLA DE PORCENTAJE DE ENDOSCOPIÁS CON LLEGADA A CIEGO POR PROFESIONAL

PORCENTAJE DE ENDOSCOPIÁS CON LLEGADA A CIEGO			
	CANTIDAD DE ESTUDIOS	ESTUDIOS CON LLEGADA A CIEGO	PORCENTAJE LLEGADA A CIEGO
PROFESIONAL 1	8	7	88%
PROFESIONAL 2	36	34	94%
PROFESIONAL 3	10	10	100%
PROFESIONAL 4	10	10	100%
PROFESIONAL 5	23	20	87%
PROFESIONAL 6	3	3	100%
PROFESIONAL 7	45	40	89%
PROFESIONAL 8	33	33	100%
PROFESIONAL 9	21	20	95%
PROFESIONAL 10	15	15	100%
PROFESIONAL 11	58	56	97%
PROFESIONAL 12	70	67	96%
PROFESIONAL 13	100	98	98%
PROFESIONAL 14	72	72	100%
TOTAL	504	485	96%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

El porcentaje total de llegada a ciego en el mes de diagnóstico fue del 96%.

MEDIDAS LLEVADAS A CABO

Atento a lo observado en el mes de diagnóstico o momento “cero” las medidas llevadas a cabo con el fin de mejorar los datos estuvieron enfocadas en las siguientes categorías:

SATISFACCIÓN

La primera categoría a la hora de mejorar estuvo centrada en mejorar la satisfacción de los pacientes tomando en cuenta los tiempos de demora. Se llevaron a cabo las siguientes medidas:

- Otorgar turnos a los médicos que mayor demora de atención tenían de manera más espaciada (es decir cada 25 minutos) con el objetivo de reducir el tiempo de espera
- También se puso en marcha el uso de una aplicación que les permitía a los pacientes confirmar los turnos 24 horas antes y además el día del turno les informaba cuántos pacientes antes de su turno estaban esperando.
- En cuanto al tiempo de demora en los procedimientos médicos, se colocaron cronómetros digitales en cada uno de los quirófanos, esto permitía tener una noción a todo el personal de la clínica cuánto les lleva cada estudio y a la vez contabilizar desde la llegada a ciego hasta la extracción del equipo.
- Se brindaron capacitaciones a todo el personal administrativo en atención al público, coaching y manejo de pacientes.
- Como muchos pacientes tenían turnos para realizarse un estudio a las 8 horas y para evitar demoras en la atención, se comenzó a abrir la clínica a las 7:45 para que pudieran hacer todos los trámites administrativos.

CANTIDAD TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Se buscó aumentar la cantidad de pacientes que se realizaron algún tipo de intervención quirúrgica para mejorar la rentabilidad de la clínica. Como se dijo más arriba, la clínica realiza intervenciones quirúrgicas ambulatorias que tienen que ver con las enfermedades del aparato digestivo: video rectosigmoidoscopia, video esofagogastroduodenoscopia, videocolonoscopia, colocación de video capsulas digestivas, test de aire espirado, PH metría esofágica, manometrías rectal y esofágica, elastografías hepáticas (fibrosan) y colocación de balones dilatadores.

Con el fin de ampliar las intervenciones, en primer lugar, se buscó afianzar una política centrada en el marketing: se contrataron a personas especializadas en Community Manager con un enfoque en redes sociales con el objetivo de aumentar las publicaciones de la clínica en las distintas plataformas virtuales y se buscó también promover las publicidades de cada uno de los profesionales junto con las prácticas que realizan.

En segundo lugar, se calcularon los ingresos y gastos de la clínica para analizar a partir del punto de equilibrio cuál fue la cantidad de intervenciones quirúrgicas ambulatorias requeridas, y así poder determinar el nivel de operación necesario para cubrir los costos operativos y a la vez evaluar la rentabilidad económica.

Para ello se calculó, por un lado, los ingresos provenientes de estudios, en los cuales se tuvo en cuenta la facturación proveniente de las obras sociales por mes. En la tabla 10 se observa el resultado arrojado en términos de ingresos a partir de los datos arrojados en el mes de diagnóstico donde se realizaron 504 intervenciones quirúrgicas:

TABLA 10: MATRIZ DE INGRESOS POR CANTIDAD DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS EN PESOS

	INGRESOS	
	CANTIDAD DE INTERVENCIONES	INGRESOS
ESTUDIOS	504	\$ 13.986.834,80
TOTAL		\$ 13.986.834,80

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Por otro lado, se calcularon los costos fijos en los que incurrió la clínica en momento cero. En la tabla 11 se muestra la matriz de costos fijos:

TABLA 91: COSTOS FIJOS MENSUALES

CATEGORÍA	COSTO
Limpieza	\$ 301.600,00
Mantenimiento Equipos	\$ 195.000,00
Luz , Municipalidad ,Seguros	\$ 118.083,33
Publicidad	\$ 150.000,00
Librería	\$ 80.694,63
Eventos	\$ 56.105,93
Arreglos	\$ 43.333,33
Sistemas	\$ 52.680,00
Seguros	\$ 21.431,48
Matafuegos	\$ 19.183,34
Mantenimiento Computadoras	\$ 20.000,00

Gestión de Residuos y saneamiento urbano y ambiental (SUSTENTA)	\$ 14.544,13
Telefono	\$ 14.526,42
Dispenser	\$ 13.433,33
Agua	\$ 2.600,00
Sellados	\$ 10.833,33
Municipalidad	\$ 9.316,67
Ropa de Trabajo	\$ 10.000,00
Consortio	\$ 8.750,00
Supermercado	\$ 7.700,00
Honorarios Escribana	\$ 7.150,00
Internet	\$ 6.175,00
Gastos Bancarios	\$ 4.983,33
Luz Departamento	\$ 4.520,53
Emergencias	\$ 5.085,60
Fletes y encomiendas	\$ 2.977,00
Posnet	\$ 2.600,00
Mensajeria	\$ 1.653,17
Gas	\$ 975,00
Gastos Administración Tributaria Mendoza	\$ 11.000,00
Impuesto Inmobiliario	\$ 10.000,00
Sueldos	\$ 678.628,44
Honorarios Administrativos	\$ 650.000,00
TOTAL	\$ 2.535.563,99

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS PROPORCIONADOS POR LA CLÍNICA

Luego se realizó el cálculo de los costos variables, para lo cual se tuvo en cuenta los gastos de la Asociación Mendocina de Anestesia, ingresos brutos, honorarios de los profesionales que realizan estudios y los insumos médicos utilizados. En la tabla 12 se muestra la matriz de costos variables:

TABLA 12: COSTOS VARIABLES DE ESTUDIOS Y CONSULTORIOS EN PESOS

COSTOS VARIABLES	
INGRESOS BRUTOS	\$ 440.704,05
GASTOS AMA	\$ 309.496,15
HONORARIOS MEDICOS	\$ 3.763.780,28
INSUMOS MÉDICOS	\$ 961.397,92
AMORTIZACIÓN DE EQUIPOS	\$ 216.825,00
TOTAL COSTOS VARIABLES	\$ 5.692.203,40

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS PROPORCIONADOS POR LA CLÍNICA

Por último, teniendo el dato de los costos fijos, variables y los ingresos, se calculó el punto de equilibrio para las intervenciones quirúrgicas. La ecuación establecida por Padilla es: (2012)

PUNTO DE EQUILIBRIO:

(PRECIO DE VENTA POR X UNIDADES)-(COSTO UNITARIO VARIABLE POR X UNIDADES) – (COSTOS FIJOS) = 0

$$(P_x \times U) - (C_{vu} \times U) - CF = 0$$

Precio de venta= ingresos por estudios / cantidad de estudios mensuales

Costo unitario variable= costos variables / cantidad de estudios mensuales

Costos fijos= total de costos fijos

Unidades (U) = Unidades

Para lo cual, despejando la X o sea las Unidades, el resultado arrojado en el mes de diagnóstico fue:

$$\text{Unidades (X)} = (\$ 13.986.834,80 / 504 * X) - (\$ 5.692.203,40 / 504 * X) - \$ 2.535.563,99$$

$$X = (\$ 27.751,6563 * X) - (\$ 11.294,0544 * X) - \$ 2.535.563,99 = 0$$

$$X = (\$ 27.751,6563 - \$ 11.294,0544). X = \$ 2.535.563,99$$

$$X = \$ 2.535.564 / (\$ 27.751,6563 - \$ 11.294,0544)$$

$$X = \$ 2.535.563,99 / \$ 16.457,6019$$

Unidades X = 154,0664 estudios

Reemplazando U en la fórmula $(Px \times U) - (Cvu \times U) - CF = 0$

$(\$ 13.986.834,80 / 504 * 154,0664) - (\$ 5.692.203,40 / 504 * 154,0664) - \$ 2.535.563,99 = 0$

$\$ 4.275.598 - \$ 1.740.034 - \$ 2.535.564 = 0$

A partir del cálculo realizado, se obtuvo que el punto de equilibrio es de 154 estudios mensuales. Es decir, que a partir de 154 estudios la clínica puede cubrir los costos y obtener un beneficio económico. Por debajo de este número la clínica sufriría pérdidas.

PRODUCTIVIDAD MEDICA

En orden de mejorar la productividad médica y por consiguiente aumentar la cantidad de pacientes atendidos por hora, el objetivo estuvo centrado en mejorar la comunicación con los profesionales en relación a los pacientes atendidos en consultorio y la relación con los costos de alquiler.

Cada mes se les envió a los profesionales a través de un email una orden de pago con el detalle del monto que tienen que pagar por el alquiler del consultorio, además se agregó el detalle de la cantidad de pacientes atendidos, la cantidad de horas ocupadas en consultorio y el cálculo de promedio de pacientes atendidos por mes. Con ello se buscó que el profesional tuviera en cuenta el costo del uso del consultorio y cuántos pacientes fue necesario atender para poder cubrir el costo del alquiler.

En la figura 1 se muestra un ejemplo de la orden de pago enviada al profesional donde se muestra el detalle de las consultas realizadas, la cantidad total de pacientes atendidos, el total de horas en el mes ocupadas en el consultorio y el promedio de pacientes por hora que resulta de dividir la cantidad de pacientes por la cantidad de horas mensuales.

FIGURA 1: EJEMPLO DE ORDEN DE PAGO ENVIADA AL PROFESIONAL

Higea Clínica		ORDEN DE PAGO		2494
A nombre de: PROFESIONAL 2				
Comentario: A PAGAR POR PROFESIONAL EN CAJA, ALQUILER CONSULTORIO X 8 HORAS				
Detalle				
Detalle				
CONSULTAS PARTICULARES FACTURADAS MES CORRESPONDIENTE				
CONSULTAS PARTICULARES COBRADAS				
ALQUILER CONSULTORIO 8 HORAS x \$800				
PROFESIONAL	CANTIDAD DE PACIENTES	CANTIDAD DE HORAS EN CONSULTORIO X MES	PROMEDIO PACIENTES X HORA	COSTO CONSULTORIO
PROFESIONAL 2	32	8	4	\$ 6.400,00
Forma de pago				
Cheque		\$ 6.400,00		
Total:		\$ 6.400,00	SEIS MIL CUATROCIENTOS	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS PROPORCIONADOS POR LA CLÍNICA

A mayor cantidad de pacientes atendidos por hora, mayor es la rentabilidad económica del profesional y así poder hacer frente a los costos del alquiler del consultorio. Sin embargo, no se debe descuidar la calidad de la prestación ya que una mayor cantidad de pacientes por hora implicaría un turno demasiado corto, lo que es, entre otras cosas, un impedimento para la realización de una buena promoción de la salud, es por ello que la Clínica dispuso que el mínimo debía ser 3 pacientes por hora, es decir por lo menos un paciente cada 20 minutos. La promoción de la salud son todos los aspectos que están relacionados con aquellas actividades que buscan mejorar el nivel de salud de los individuos y la comunidad. (Outomuro & Actis, 2013).

OCUPACIÓN DE CONSULTORIOS EXTERNOS

Para mejorar el uso del consultorio, se organizaron reuniones semestrales con todos los profesionales con el objetivo de que fueran conociendo cuáles han sido los profesionales y las especialidades que se fueron sumando a la clínica. Con ello se buscó mejorar la publicidad y la comunicación interna de los profesionales y que cada uno supiera cuál es el abanico de profesionales que atendía en la clínica.

Por otro lado, en las reuniones se mostró la cantidad de pacientes que atendió cada profesional, la satisfacción de los pacientes, los tiempos de demora y la cantidad de obras sociales que se atendieron. El objetivo fue que existiera un mayor compromiso y confianza de los profesionales hacia la clínica con el fin de atraer a una mayor cantidad de pacientes.

EQUIPOS

En cuanto al mantenimiento de los equipos y para evitar solicitar arreglos innecesarios, se estableció como medida principal la capacitación a todos los médicos endoscopistas, anestesistas, técnicos instrumentistas y técnicos anestesistas en el uso y cuidado de los equipos. Esto se llevó a cabo por bioingenieros quienes brindaron la información para realizar los usos y mantenimientos adecuados.

SEGUNDO MOMENTO: ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES.

Una vez que se aplicaron las medidas para corregir los datos del momento cero, se volvió a analizar los datos recogidos mensualmente con el fin de observar si las acciones correctivas mejoraron los indicadores.

En la tabla siguiente se muestran los indicadores analizados:

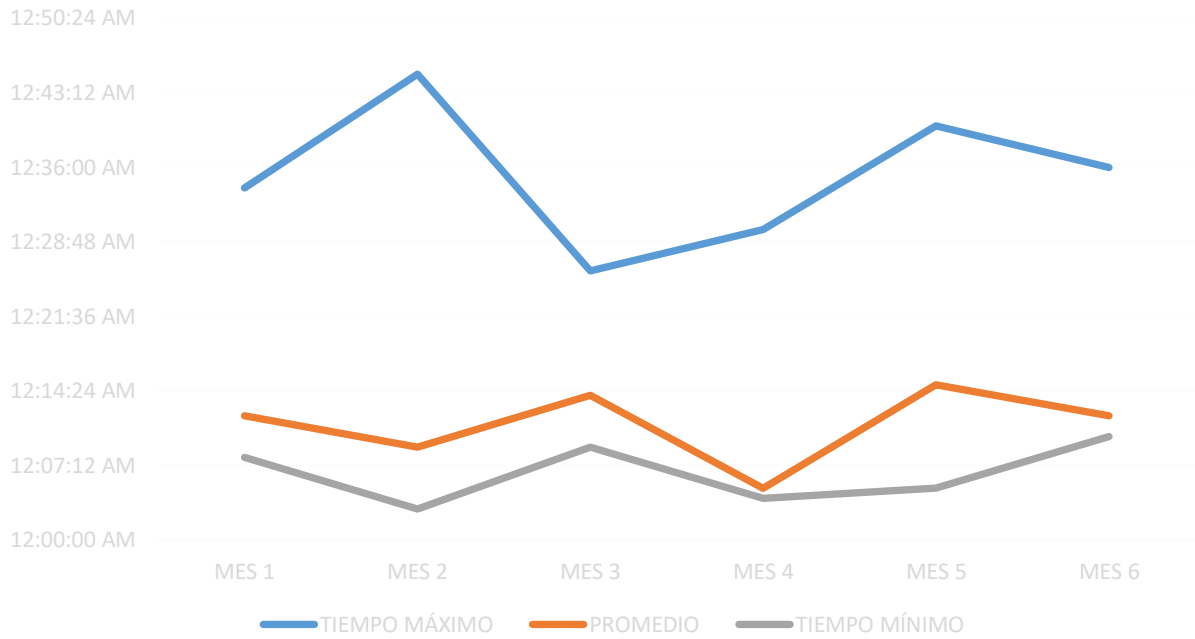
TABLA 1310: INDICADORES OBSERVADOS EN LOS SEIS MESES DE ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO

INDICADOR	VALOR ESTANDAR	VALOR MES 1	VALOR MES 2	VALOR MES 3	VALOR MES 4	VALOR MES 5	VALOR MES 6
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE ADMISIÓN	EL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DEBE SER DE 15 MINUTOS	12'	9'	14'	5'	15'	12'
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN EL BOX	EL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DEBE SER DE 15 MINUTOS	13'	16'	10'	9'	11'	9'
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO	LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DEBEN DURAR ENTRE 25 Y 30 MINUTOS	29'	26'	30'	25'	24'	25'
TASA DE RECLAMOS REALIZADOS POR LOS PACIENTES	LA TASA DE RECLAMOS DEBE SER MENOR AL 5%	1,7%	0,8%	0,5%	0,7%	1%	0,5%
CANTIDAD TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	A PARTIR DE LOS COSTOS CALCULADOS, SE DEBERÍA MANTENER COMO MÍNIMO UN TOTAL DE 154 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	582	446	455	614	619	654
PRODUCTIVIDAD MÉDICA	EL VALOR DE LA PRODUCTIVIDAD DEBE OSCILAR ENTRE LAS 3 Y 4 CONSULTAS POR HORA	3.77 PACIENTES POR HORA	3.09 PACIENTES POR HORA	3.77 PACIENTES POR HORA	1.72 PACIENTES POR HORA	1.67 PACIENTES POR HORA	1.78 PACIENTES POR HORA
PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	EL RANGO DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS DEBE OSCILAR ENTRE 4,3% Y UN 11% DEL TOTAL DE ESTUDIOS POR MES.	0	0	0	0	0	0
CANTIDAD DE ESTUDIOS SUSPENDIDOS POR MALA PREPARACIÓN	EL ESTÁNDAR ESTABLECIDO DE SUSPENSIÓN DE ESTUDIOS SUSPENDIDOS POR MALA PREPARACIÓN NO DEBE SUPERAR EL 10% DEL TOTAL DE ESTUDIOS	0	0	0	0	0	0
PORCENTAJE DE COLONOSCOPIAS CON LLEGADA A CIEGO	EL PORCENTAJE DE ENDOSCOPIAS CON LLEGADA A CIEGO DEBE SER MAYOR AL 90%	94%	94%	90%	93%	95%	92%
APROVECHAMIENTO DEL EQUIPO INSTALADO	EL ESTÁNDAR ESTABLECE QUE EL TOTAL DE HORAS DE UTILIZACIÓN DEBE SER MENOR A LA CANTIDAD DE HORAS MÁXIMAS QUE PUEDE SER UTILIZADO	10500 HS, 11050 HS, Y 14600 HS / 17500 HS					
OCUPACIÓN DE CONSULTORIOS EXTERNOS	REDUCIR LAS HORAS OCIOSAS DE CONSULTORIO DONDE NO HAY PROFESIONALES UTILIZÁNDOLOS	66%	66%	66%	47%	47%	47%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN ADMISIÓN

GRAFICO 5: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN LOS SEIS MESES DE ANÁLISIS

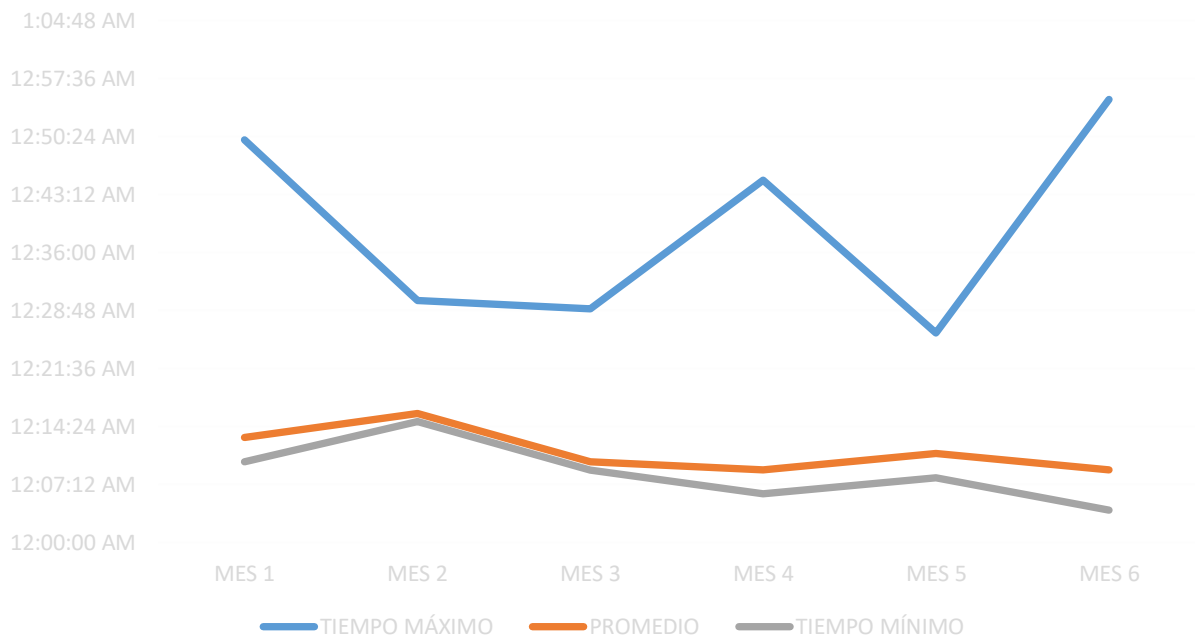


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

En el gráfico 5 se muestran el tiempo promedio de espera por mes, los tiempos máximos y mínimos.

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN EL BOX

GRAFICO 6: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN EL BOX EN LOS SEIS MESES DE ANÁLISIS

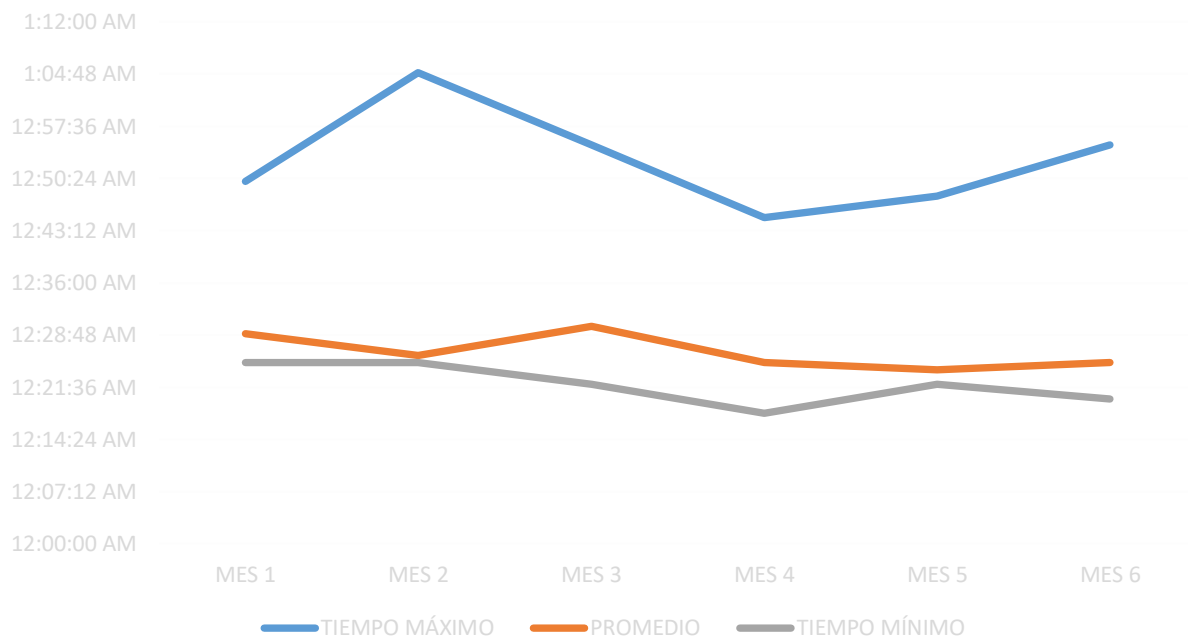


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

En relación al tiempo de espera en el BOX en los seis meses de estudio se observa el tiempo promedio, los máximos y mínimos por mes.

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO

GRAFICO 7: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO EN LOS SEIS MESES DE ANÁLISIS.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

A partir del gráfico 7 se observan los tiempos máximos y mínimos.

PORCENTAJE DE ENDOSCOPIÁS CON LLEGADA A CIEGO

TABLA 14: PORCENTAJE DE ENDOSCOPIÁS CON LLEGADA A CIEGO EN LOS SEIS MESES DE ANÁLISIS.

	PORCENTAJE DE ENDOSCOPIÁS CON LLEGADA A CIEGO					
	PORCENTAJE LLEGADA A CIEGO MES 1	PORCENTAJE LLEGADA A CIEGO MES 2	PORCENTAJE LLEGADA A CIEGO MES 3	PORCENTAJE LLEGADA A CIEGO MES 4	PORCENTAJE LLEGADA A CIEGO MES 5	PORCENTAJE LLEGADA A CIEGO MES 6
PROFESIONAL 1	90%	92%	88%	90%	94%	90%
PROFESIONAL 2	90%	95%	91%	92%	96%	91%
PROFESIONAL 3	98%	94%	93%	95%	98%	94%
PROFESIONAL 4	96%	93%	92%	94%	94%	93%
PROFESIONAL 5	99%	92%	90%	93%	96%	92%
PROFESIONAL 6	98%	91%	91%	94%	95%	93%
PROFESIONAL 7	91%	98%	90%	96%	94%	95%
PROFESIONAL 8	95%	99%	90%	91%	93%	90%
PROFESIONAL 9	94%	95%	91%	93%	92%	92%
PROFESIONAL 10	92%	98%	90%	96%	95%	95%
PROFESIONAL 11	93%	92%	89%	92%	94%	91%
PROFESIONAL 12	95%	89%	90%	93%	94%	92%
PROFESIONAL 13	94%	91%	90%	94%	92%	93%
PROFESIONAL 14	92%	93%	90%	93%	96%	92%
TOTAL	94%	94%	90%	93%	95%	92%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

En la tabla 14 se ve la relación entre el momento cero y el promedio de los meses siguientes para comparar las acciones llevadas a cabo:

TABLA 17: COMPARACIÓN DE VALORES EN MOMENTO CERO Y EL PROMEDIO DE LOS SEIS MESES SIGUIENTES

INDICADOR	VALOR ESTANDAR	VALOR OBSERVADO MOMENTO CERO	VALOR PROMEDIO SEIS MESES SIGUIENTES
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE ADMISIÓN	EL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DEBE SER DE 15 MINUTOS	9'	12'
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN EL BOX	EL TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DEBE SER DE 15 MINUTOS	13'	11'
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA POR PROCEDIMIENTO MÉDICO	LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DEBEN DURAR ENTRE 25 Y 30 MINUTOS	23'	27'
TASA DE RECLAMOS REALIZADOS POR LOS PACIENTES	LA TASA DE RECLAMOS DEBE SER MENOR AL 5%	1,25%	0,87%
CANTIDAD TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	A PARTIR DE LOS COSTOS CALCULADOS, SE DEBERÍA MANTENER COMO MÍNIMO UN TOTAL DE 154 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	504	428
PRODUCTIVIDAD MÉDICA	EL VALOR DE LA PRODUCTIVIDAD DEBE OSCILAR ENTRE LAS 3 Y 4 CONSULTAS POR HORA	2,97 PACIENTES / HORA	2,63 PACIENTES / HORA
PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	EL RANGO DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS DEBE OSCILAR ENTRE 4,3% Y UN 11% DEL TOTAL DE ESTUDIOS POR MES.	0	0
CANTIDAD DE ESTUDIOS SUSPENDIDOS POR MALA PREPARACIÓN	EL ESTÁNDAR ESTABLECIDO DE SUSPENSIÓN DE ESTUDIOS SUSPENDIDOS POR MALA PREPARACIÓN NO DEBE SUPERAR EL 10% DEL TOTAL DE ESTUDIOS	0	0
PORCENTAJE DE COLONOSCOPIAS CON LLEGADA A CIEGO	EL PORCENTAJE DE ENDOSCOPIAS CON LLEGADA A CIEGO DEBE SER MAYOR AL 90%	96,23%	93%
APROVECHAMIENTO DEL EQUIPO INSTALADO	EL ESTÁNDAR ESTABLECE QUE EL TOTAL DE HORAS DE UTILIZACIÓN DEBE SER MENOR A LA CANTIDAD DE HORAS MÁXIMAS QUE PUEDE SER UTILIZADO	10500/14000	10500, 11050 Y 14600 HORAS / 17500
OCUPACIÓN DE CONSULTORIOS EXTERNOS	REDUCIR LAS HORAS OCIOSAS DE CONSULTORIO DONDE NO HAY PROFESIONALES UTILIZÁNDOLOS	66%	51%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

A partir de las acciones llevadas a cabo luego de los datos arrojados en el momento cero se evaluaron los datos en los seis meses siguientes con el fin de analizar si las medidas surtieron efecto.

Para ello se evaluaron los indicadores en base a las dimensiones propuestas: Satisfacción del paciente, procesos internos y la dimensión económico financiera:

5.4.1. DIMENSIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

La primera dimensión tuvo como objetivo de medición: aumentar la satisfacción, incrementar la cantidad de pacientes, mejorar la imagen institucional y reducir la cantidad de quejas de los pacientes a partir de los indicadores de tiempos de demora.

Los indicadores planteados en la dimensión de satisfacción de pacientes fueron el tiempo promedio de espera en admisión, el tiempo promedio de espera en el box, el tiempo promedio de espera por procedimiento médico y la tasa de reclamos realizada por los pacientes.

En primer lugar, en base a los tiempos de demora, se analizaron los tiempos de espera tanto en admisión como en el box de estudios. El objetivo de los mismos estuvo enfocado en minimizar los tiempos de espera, mientras que el estándar establecido era mantener el tiempo de demora en promedio de 15 minutos. En el momento cero, el tiempo promedio de espera de admisión fue de 9 minutos mientras que el tiempo promedio de espera en el box fue de 13 minutos.

En los seis meses siguientes se recolectaron los datos mensuales de los indicadores donde se observó que el tiempo promedio de espera en admisión fue siempre menor a los 15 minutos. Sin embargo, si se calcula el promedio de los seis meses, el tiempo promedio de espera en admisión fue de 12 minutos, es decir que aumentó 3 minutos en relación al momento cero. Por el contrario, el indicador de tiempo promedio de espera en el box se redujo a 11 minutos en los seis meses siguientes, es decir que bajó 2 minutos en relación al mes cero.

Por el lado del indicador del tiempo de espera por procedimiento médico, el estándar establecido sostenía que debía mantenerse un promedio que estuviera entre los 25 y 30 minutos. En el mes cero el tiempo promedio de espera por procedimiento médico fue de 23 minutos. En los seis meses siguientes, el tiempo promedio aumentó a 27 minutos en total, no obstante, si se toma en cuenta el valor estándar, nunca se superaron los 30 minutos.

Por último, dentro la dimensión de la satisfacción de pacientes se analizó el indicador de tasa de reclamos de los pacientes. Las mismas se analizaron en base a las encuestas de satisfacción y las quejas planteadas en el libro específico para eso. El objetivo era aumentar la satisfacción del paciente por medio de la disminución de reclamos. El estándar establecido sostenía que la tasa de

reclamos debía mantenerse por debajo del 5%. En relación al mes cero, la tasa de reclamos de los pacientes fue de 1,25% mientras que, en promedio de los seis meses siguientes, la tasa bajó al 0,87%.

5.4.2. DIMENSIÓN DE LOS PROCESOS INTERNOS

Por el lado de la dimensión de procesos internos, los objetivos fueron: aumentar la calidad de los procedimientos y disminuir el porcentaje de errores que se podían cometer en los procesos estratégicos.

En esta dimensión se analizaron los indicadores de cirugías suspendidas, estudios suspendidos por mala preparación y colonoscopias con llegada a ciego.

Los datos arrojados entre el momento cero de diagnóstico y los seis meses siguientes mostraron que el porcentaje de cirugías suspendidas por mala preparación y el porcentaje de cirugías suspendidas se mantuvo siempre en cero.

Por el lado del indicador del porcentaje de colonoscopias con llegada a ciego, en el mes cero se llegó a ciego en más del 96% de los estudios. Sin embargo, en promedio de los seis meses siguientes el porcentaje disminuyó en un 93%, no obstante el estándar establecido por la AEG y la SEED (Jover, y otros, 2012) sostiene que el porcentaje debería ser mayor al 90% del total de estudios.

5.4.3. DIMENSIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA

Por último, en relación a la dimensión económico-financiera, el objetivo planteado fue lograr la eficiencia en relación a la inversión realizada y los costos de la clínica. Se analizaron los indicadores de costo de uso de consultorio, el aprovechamiento del equipo instalado, la cantidad total de estudios realizados y la productividad médica.

En relación a la cantidad total de estudios realizados el objetivo era aumentar la cantidad total de pacientes, mientras que el estándar surgido del punto de equilibrio estableció la cantidad de intervenciones quirúrgicas necesarias para que la misma no incurriera en pérdidas económicas. El estándar establecido sostenía que debía superarse las 154 intervenciones mensuales. En el mes cero, la cantidad total intervenciones quirúrgicas fue de 504 mientras que, en los seis meses siguientes, aumentó pasando de 582 pacientes en el primer mes a 654 en el último mes, no obstante,

en los meses 2 y 3 se redujo la cantidad de intervenciones a 446 y 455 respectivamente. En promedio en los últimos seis meses el total arrojado fue de 428 intervenciones quirúrgicas mensuales, es decir que se vio reducida la cantidad en relación al mes cero, pero igualmente, se mantuvo por encima del estándar.

Por el lado de la productividad médica, el objetivo buscaba aumentar la cantidad de consultas por hora por profesional y el estándar debía mantenerse entre 3 y 4 pacientes por hora. En el mes cero, la productividad promedio fue de 2,97 pacientes por hora. En el análisis del segundo momento, el promedio de los seis meses fue de 2,63 pacientes por hora. No obstante, en los últimos tres meses se vio incrementada la cantidad de consultas médicas pasando a más de 2500 consultas mensuales y a la vez se incrementó la cantidad de horas trabajadas, pasando de un promedio de 638 horas en el primer trimestre a un promedio de 1590 horas en el último trimestre, esto debido a la expansión que tuvo en la clínica al sumar más consultorios.

En relación al aprovechamiento del equipo instalado, el objetivo fue realizar los mantenimientos en tiempo y forma. Pero a su vez también el enfoque estuvo en utilizar los insumos adecuadamente, es decir, que todos los actores intervinientes en estudios fueran capacitados en relación al manejo adecuado de los equipos.

En cuanto a la ocupación de los consultorios externos, el objetivo fue reducir las horas ociosas de consultorio, es decir que se redujera la cantidad de horas en las cuales los consultorios no se utilizan. En el mes cero, el total fue de 638 horas trabajadas de una disponibilidad de 960 horas, es decir que el porcentaje de ocupación fue del 66%.

En los seis meses de seguimiento y control, el primer trimestre no varió la cantidad de horas trabajadas en relación al mes cero, el promedio fue de 638 horas, excepto en el segundo mes que aumentó a 640. Sin embargo, en el segundo trimestre, la clínica inauguró 9 consultorios lo cual implicó un aumento de la disponibilidad de horas de 690 horas a 3360 horas mensuales. En relación al total de horas trabajadas, se pasó a un total de 1592 horas, es decir un que el porcentaje de ocupación fue del 47%. En promedio de los seis meses, se aumentó a 1.115 horas mensuales de un promedio de 2160 horas en los seis meses, lo que equivalió al 51% de ocupación.

7. CONCLUSIÓN

El presente trabajo partió de la necesidad de ordenar la creciente información a la cual se enfrentan las autoridades de las instituciones sanitarias, sumado a las exigencias de garantizar un servicio de salud de calidad y el deber interno de generar rentabilidad económica. Es por eso que se propuso el uso de una herramienta de ordenamiento de datos para monitorear de forma periódica el cumplimiento de las metas y objetivos organizacionales trazados por la institución.

A partir del relevamiento realizado en la Clínica Higea S.A. en los dos momentos (momento cero de diagnóstico y segundo momento de análisis y seguimiento) desde el diagnóstico hasta el análisis de las medidas propuestas, se evidenció la practicidad del uso del Tablero de Control como herramienta no solo para la toma de decisiones sino también para mostrar cómo la información puede ser clave para manifestar a cada uno de los involucrados cómo está realizando su trabajo.

Tomando en cuenta los objetivos propuestos, en primer lugar, en relación a las áreas críticas de gestión de la clínica, fue necesario identificar las características de la institución desde la misión, visión, valores y objetivos, hasta los manuales de funcionamiento, mapas de proceso y análisis FODA. Con ello se buscó extraer datos y acordar indicadores entre los actores intervinientes para conocer el estado de las áreas principales de la institución.

Por el lado de los procesos operativos y los indicadores para las áreas críticas de gestión de la clínica, el Tablero de Control Operativo exigió delimitar las tareas y actividades de cada uno de los sectores, por lo cual fue necesario revisar exhaustivamente los manuales de procedimientos y las funciones de cada uno para poder recabar correctamente los datos a utilizar en el tablero.

Los procesos más importantes estuvieron enfocados en la satisfacción de los pacientes, la identificación de las tareas con miras a cumplir los objetivos generales y específicos de la clínica, y las actividades que implicaban el crecimiento de la institución.

Los indicadores se establecieron en base a las dimensiones propuestas: Satisfacción del paciente, procesos internos y la dimensión económico financiera, por lo cual a la hora de tomar decisiones se estructuraron los indicadores en base a los sectores de la clínica y a los responsables, a quienes se les mostró cómo sus actividades diarias repercutían en el funcionamiento general de la clínica.

A su vez, a través del uso del Tablero de Control Operativo se buscaba alcanzar los objetivos estratégicos de la clínica. Previo a la utilización de la herramienta, antes del momento cero, la no identificación clara de indicadores y el poco uso de los datos arrojados por los sistemas de información, impedía evaluar si se estaban alcanzando los objetivos. A partir de la implementación del tablero, se conoció el estado de situación en el que se hallaba la clínica, se pudo sistematizar los procesos estratégicos, administrativos y de apoyo; evaluar la prestación de servicios y buscar aumentar la productividad, manteniendo siempre la calidad y cantidad de la cobertura de atención.

Paralelamente a la identificación de las áreas críticas, los procesos y responsables, se buscó mejorar las debilidades y las amenazas planteadas en el análisis FODA. En primer lugar, en relación a las debilidades internas, el Tablero de Control Operativo permitió establecer un orden de prioridades en base a los objetivos estratégicos de la clínica y su relación con las áreas críticas. La medición de indicadores de la dimensión de satisfacción de pacientes ayudó a conocer los tiempos de demora derivados de la espera a los pacientes y también conocer sus inquietudes. Esto era un rasgo a mejorar dentro de los puntos débiles internos.

En segundo lugar, al brindar información sobre el estado de situación de la clínica mensualmente, permitió a los directivos comunicar hacia las demás áreas e intervinientes sobre las tareas diarias. Con ello se buscó afianzar la política comunicacional de la clínica y alcanzar objetivos organizacionales. A la vez permitió reducir la presión por parte de los profesionales hacia las áreas administrativas, ya que se mejoró la confianza entre los distintos actores sean profesionales como administrativos. Todo ello acompañado del fortalecimiento de los puntos fuertes que permitieron que las debilidades internas se redujeran.

Por el lado de los componentes externos, las oportunidades continuaron fortaleciendo la clínica, sobre todo al poder comparar los datos arrojados en las dimensiones económica-financiera y de los procesos internos con otras clínicas u hospitales dedicados a la misma atención. Sin embargo, estas fortalezas no pudieron reducir las amenazas externas, específicamente en relación a las obras sociales y el miedo de las personas a realizarse determinadas intervenciones quirúrgicas.

Por último, con respecto al último objetivo de la investigación, analizar los resultados de la implementación del Tablero de Control Operativo y sus indicadores de gestión, es importante destacar la funcionalidad de la herramienta como ordenadora de datos y mejora de las decisiones a tomarse. A su vez, el tablero sirvió de guía para alcanzar los objetivos de la clínica al mejorar la

satisfacción de los pacientes, buscar mantener un ambiente de trabajo óptimo, eficientizar la utilización de los recursos y optimizar la utilización de tecnologías sanitarias y administrativas.

Asimismo, el Tablero de Control Operativo permitió hacer un seguimiento de los procesos y procedimientos con miras a alcanzar los objetivos estratégicos de la clínica, principalmente en relación a la cantidad y calidad de la cobertura de atención, la sistematización de los procesos estratégicos y de apoyo, el crecimiento financiero, el crecimiento institucional, la prestación de servicios y el aumento, productividad y eficiencia de todos los procesos de la clínica.

En conclusión, los objetivos trazados en las dimensiones de satisfacción de pacientes, procesos internos y económico-financiera fueron alcanzados, pero a la vez es de remarcar que la implementación del Tablero de Control benefició considerablemente la toma de decisiones y la participación colectiva de todos los actores intervinientes. Sin embargo, es indudable que se debe continuar con el proceso de mejora continua para poder seguir creciendo como institución y seguir brindando un servicio de calidad. En un futuro se debe proponer aplicar este tablero adaptado a otras áreas de la clínica en base a la metodología utilizada en la presente investigación.

8. DISCUSIÓN – PROPUESTAS

Los resultados obtenidos en cuanto al uso del Tablero de Control confirman, tal como sostiene Ballvé (2000), el establecer un conjunto de indicadores, permitirá a la institución tener un mayor conocimiento de la situación, siempre y cuando sea apoyado de tecnologías informáticas.

Sin embargo, el Tablero no deja de ser un elemento de diagnóstico y seguimiento, el “tratamiento” va a estar condicionado a quienes toman decisiones, establezcan las actividades de decidir, planear y controlar. Es decir que el Tablero de Control es simplemente una herramienta que brinda información, el buen manejo de la institución estará guiado por las personas que llevan a cabo el sistema de dirección.

A la vez, el desarrollo del Tablero de Control Operativo que se presentó no constituye un modelo estático, sino que, si bien en el desarrollo de cada indicador se sugiere una periodicidad, la misma, puede adaptarse a las necesidades de cada momento de la organización para la toma de decisiones.

Además, como se constata en el presente estudio y recomiendan otros trabajos, quien toma las decisiones debe estar previamente embebidos en la realidad de la organización, se debe comprender específicamente cada uno de los procedimientos que se realizan, por lo que un indicador por sí solo puede no agregarle valor si se cuenta con un gerente poco conocedor. La clave está en corregir el error del dato a partir del conocimiento de la situación real de la institución.

También es necesario recalcar que el Tablero de Control Operativo en el ámbito de la gastroenterología tiene una implicancia relevante para la salud pública en relación a la prevención del cáncer de colon. En primer lugar, debido a que el tablero puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar patrones relacionadas con factores de riesgo, síntomas y resultados de las intervenciones, lo que permitiría actuar rápidamente y realizar pruebas de detección de alto riesgo.

En segundo lugar, el Tablero de Control permite una optimización de servicios y gestión de recursos, ya que se podrían recopilar y analizar datos sobre los servicios gastroenterológicos de la provincia, por ejemplo, personal médico disponible, equipos y recursos necesarios para realizar pruebas de diagnóstico y seguimiento. A su vez, ayudaría a monitorear y evaluar el desempeño de

los servicios a partir del análisis de indicadores clave como tasa de detección temprana, tiempo de espera para las pruebas, participación de programas de detección, etc.

Por otro lado, es menester incluir las limitaciones encontradas a la hora de realizar la investigación, la cual se dio principalmente en abarcar más indicadores. Sin embargo, el sistema de recolección de información es bastante limitado, por ello sería adecuado plantear a los ingenieros o creadores del sistema informático nuevas mejoras, las cuales permitan obtener datos más precisos y poder plantear más indicadores.

Finalmente se realizó un análisis de benchmarking en relación a otras instituciones sanitarias dedicadas a lo mismo que se realiza en la clínica. El *benchmarking* es un proceso de evaluación de productos, servicios y procesos entre organizaciones, mediante la cual una de las instituciones analiza a la otra en cuanto a su funcionamiento para igualarla o mejorarla (Hernández Rodríguez & Cano Flores, 2017).

En este trabajo se realizó un tipo de benchmarking competitivo de tipo externo, es decir la comparación de los estándares de la institución con los de otras instituciones. Para ello se buscó analizar los datos de las intervenciones quirúrgicas realizadas en materia de gastroenterología en dos instituciones: el Hospital Central de Mendoza, hospital público más grande de la provincia de referencia en alta complejidad. Y, por otro lado, la Clínica Santa María, es una institución que asiste pacientes adultos y niños en todas las especialidades quirúrgicas y clínicas.

Sus oficinas de estadísticas enviaron los datos de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias gastroenterológicas realizadas en un mes.

TABLA 15 ESTUDIOS GASTROENTEROLÓGICOS REALIZADOS EN HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA EN UN MES

ESTUDIOS GASTROENTEROLOGICOS HOSPITAL CENTRAL		
	CANT. MENSUAL	VECES X SEMANA
VIDEORECTOSIGMOIDEOSCOPIA	8	2
VIDEOESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON ANESTESIA GENERAL	46	5
VIDEOESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON ANESTESIA LOCAL	32	5
VIDEOCOLONOSCOPIA	58	3
CANTIDAD DE MEDICOS ENDOSCOPISTAS	8	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS ESTADÍSTICOS PROPORCIONADOS POR HOSPITAL CENTRAL

TABLA 16 ESTUDIOS GASTROENTEROLÓGICOS REALIZADOS POR LA CLÍNICA SANTA MARÍA DE MENDOZA EN UN MES

ESTUDIOS GASTROENTEROLOGICOS CLINICA SANTA MARIA	
	CANT. MENSUAL
VIDEORECTOSIGMOIDEOSCOPIA	7
VIDEOESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	48
VIDEOCOLONOSCOPIA	51
CANTIDAD DE MEDICOS ENDOSCOPISTAS	4

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS ESTADÍSTICOS PRORCIONADOS POR LA CLÍNICA SANTA MARÍA

A partir de los datos arrojados por el Tablero de Control Operativo en un mes, se puede ver como la clínica se encuentra en una posición asistencial privilegiada al realizar al menos en promedio 400 estudios mensuales. Sin embargo, es menester poder corregir errores e identificar

oportunidades, para aprender a solucionar problemas y tomar decisiones según los patrones de los líderes.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Abeldaño, R. A., & Coca, S. (2016). Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 107-113.
- Afaceri, I. (8 de diciembre de 2022). *invatatafaceri*. Obtenido de https://invatatafaceri.ro/es/diccionario-financiero/analisis-de-escenario/#Cual_es_la_diferencia_entre_el_analisis_de_escenarios_y_el_analisis_de_sensibilidad
- Alesso, F. C., Álvaro, P., Cafrune, R., Cuomo, C., Paladino, J., Rodríguez, M., & San Martín, M. (2008). *Sistema de Información Gerencial como base del presupuesto por resultados y costos en hospitales públicos seleccionados*. Ministerio de Salud de la Nación: Comisión Nacional Salud Investiga.
- Alesso, F. C., Álvaro, P., Cafrune, R., Cuomo, C., Paladino, J., Rodríguez, M., . . . San Martín, M. (2008). *Sistema de Información Gerencial como base del Presupuesto por Resultados y costos en Hospitales públicos seleccionados*. Comisión Nacional Salud Investiga.
- Armijos, J. C., & Núñez Mondaca, A. (2020). Indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos: Un caso de estudio en Chile y Ecuador. *Revista Médica de Chile*, 148: 626,643.
- ASCUNCE ELIZAGA, N. (2015). Cribado: para qué y cómo. *Anales Sis San Navarra*. *scielo*, 38(1), 5-7. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272015000100001>. ISSN 1137-6627.
- Ballvé, A. (2000). *Tablero de Control: organizando información para crear valor*. Buenos Aires: Macchi.
- Bigolin, L. M., & Calvete, M. S. (2015). *Tablero de Control. Indicadores de salud*. Obtenido de Gestión Medicina Salud: http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/08/ER_Rb_01_Health_Indict_biogolin_calvete.pdf

- Bonilla Botia, L., & Briceño Diaz, F. A. (2006). Sistemas de Información como apoyo a la toma de decisiones. *PROSPECTIVA (en línea)*, 4(1), 53-57.
- Bravo Cobeña, C., Valdivieso Guerra, P., & Arregui Pozo, R. (2018). Los sistemas de información en la toma de decisiones gerenciales en las empresas comerciales de Portoviejo. *ECA Sinergia*, 9(2), 45-54.
- CHEMTRONICS®. (2022). *chemtronics*. Obtenido de Chemtronics Web site: <https://mx.chemtronics.com/gu%C3%ADa-de-mantenimiento-de-endoscopia>
- Dirección de estadísticas e información de salud. (Junio de 2005). Guía para la elaboración de indicadores seleccionados. (*Serie 1 N° 19. ISSN 0325-0008*). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- DISPOSICIÓN 127. (13 de ENERO de 2016). *INSCRIPCIÓN DE LEISTUNG INGENIERIA S.R.L. EN EL RPPTM*. BUENOS AIRES.
- Fontova-Almató, A., Juvinyà-Canal, D., & Suñer-Soler, R. (2015). Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes. *Revista de Calidad Asistencial*, 10-16.
- Gómez Gaviria, C., Rodríguez Ríos, K. J., & Toro Brand, A. M. (2014). Diseño de un Tablero de Control para una institución prestadora de servicios de salud privada III nivel de atención. *Trabajo de Grado para optar por el título de especialista en gerencia de IPS*. Medellín, Colombia: Facultad de Medicina División de Posgrados en Salud Pública.
- Gómez-Pajares, F., Pérez-Bermudez, B., Fernández-Martinez, Sanchis, J., & Zanón, V.-C. (2001). Análisis de Supervivencia y tiempos de respuesta de las reclamaciones en un hospital de agudos. *Calidad Asistencial*, 16, 10-14.
- Hernández Rodríguez , C., & Cano Flores, M. (2017). *La importancia del Benchmarking como herramienta para incrementar la calidad en el servicio en las organizaciones*. Obtenido de <https://www.uv.mx/iiesca/files/2018/03/04CA201702.pdf>
- Hernandez Trasobares, A. (2003). *Los sistemas de Información: Evolución y Desarrollo*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es>

- Jover, R., Herraíz, M., Alarcón, O., Brullet, E., Bujanda, L., & Bustamante, e. a. (2012). Clinical practice Guidelines: quality of colonoscopy in colorectal cancer screening. *Endoscopy*, 44(4): 444-451.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2002). *El cuadro de mando integral*. Barcelona: Gestión 2000.
- Lorenzo Martinez, Susana; Miras Solves, Jose; Moracho del Río, Oscar. (2012). La Gestión por Procesos en instituciones sanitarias. En L. A. Oteo Ochoa, *Gestión Clínica: Gobierno clínico*. Diaz de Santos.
- Marcó, M. (2017). *Tablero de Control Operativo para depósitos industriales (Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Económicas)*. Obtenido de <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/11050/Marc%C3%B3%2C%20Mariana.%20Tablero%20de%20control%20operativo%20para....pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud de Perú, O. G. (2013). *Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA*. Lima: Area de Investigación y Análisis.
- Montico-Riesco, E., & Velarde, M. (2014). Formulación de un tablero de comando para el análisis de la productividad y la gestión competitiva en el sector salud. *Cuadernos de contabilidad*, 745-762.
- Organización Panamericana de la Salud. (1997). *Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud*. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). *El establecimiento de sistemas de información en servicios de atención de salud*. Washington: Programa de Medicamentos esenciales y Tecnología, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, OMS.
- Outomuro, D., & Actis, A. M. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Rev Medica Chile*, 141: 361-366.
- Padilla, M. C. (2012). *Gestión Financiera*. Bogotá: Ecoe.

- PAHO. (1999). *El establecimiento de Sistemas de Información en servicios de atención de salud: Guía para el análisis de requisitos, especificación de las aplicaciones y adquisición*. Washington, DC.: PAHO.
- Peña, C. R. (2011). La misión en la empresa. (*Tesis de doctorado, Universitat Internacional de Catalunya*).
- Quintero, E., Alarcón-Fernández, O., & Jover, R. (2013). Controles de calidad de la colonoscopia como requisito de las campañas de cribado del cáncer colorrectal . *Elsevier*, 597-605.
- Rodriguez Perez, A. I., & Do Muíño Joga, M. (2010). Análisis de las reclamaciones de los usuarios de un área de Atención Primaria. *Orixináis*, 17, 92-93.
- Ruiz-Rondón, F. (Marzo de 2016). Determinación de indicadores, estándares y características de calidad en empresas de servicios. *Tesis de pregrado en Ingeniería Industrial y de Sistemas*. Piura, Perú: Universidad de Piura.
- Sanchez Galan, J. (12 de noviembre de 2016). *economipedia*. Obtenido de <https://economipedia.com/definiciones/analisis-escenarios.html>
- Schweiger, A., Cuomo, C., Rosende, H., & Spadafora, S. (2010). *Sistemas de costos hospitalarios*. UNIVERSIDAD ISALUD.
- Society, A. C. (enero de 2019). *Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer*. Obtenido de Sociedad Americana contra el cáncer. : <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/endoscopia/colonoscopia.html>