

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Andrea Bosaleh

GESTIÓN HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL GARRAHAN 2010-2011

Diseño de cuadro de mando

2011

Citar como: Bosaleh, A. (2011). Gestión hospitalaria en el servicio de patología del Hospital Garrahan 2010-2011: diseño de cuadro de mando. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 El Hospital y su contexto	5
1.2. El Servicio de Patología	9
2. PLANTEAMIENTO DEL TEMA O PROBLEMA A ABORDAR	12
3. OBJETIVOS :	14
3.1 Objetivo General	14
3.2 Objetivos específicos	14
4. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	14
4.1.1 ¿Qué es gestionar?	14
4.1.2 ¿Qué se necesita para una gestión adecuada?	15
4.2 Gestión sanitaria. Niveles	16
4.2.1 Control de gestión	17
4.2.2. ¿Porqué es necesario el control de gestión en los servicios de salud?	17
4.3 Factores necesarios para la administración de las empresas de salud	18
4.3.1. ¿Qué se gestiona en una empresa de salud?	19
4.4. Cuadro de mando integral	19
4.4.1. Cuadro de mando integral aplicado a la gestión sanitaria. Antecedentes y orígenes	22
4.4.2. CMI: Perspectiva financiera	22
4.4.3. CMI Perspectiva del cliente	23
4.4.4. CMI Perspectiva de procesos internos	24
4.4.5. CMI Perspectiva de los recursos humanos	26
4.4.6. Diseño de cuadro de mando integral	27
4.4.7. Etapas y pasos para la construcción de un CMI asistencial	27
4.5. ¿Qué es un indicador en salud?	28
4.5.1. ¿Qué se entiende Como monitoreo de indicadores?	30
5. DESARROLLO DE UN CMI PARA EL SERVICIO DE PATOLOGÍA	31

5.1 Descripción de la misión y visión del SP	31
5.2 Diseñar una matriz FODA del SP	32
5.3 Describir la organización funcional del SP dentro del hospital.	36
5.4 Estudiar la dimensión financiera actual.	39
5.5 Describir a los usuarios que forman parte del circuito del SPHG	40
5.6 Evaluar la satisfacción del usuario	43
5.7 Describir los procesos internos prevalentes	44
5.8 Evaluar procesos internos a través de indicadores en marcha	60
5.9 Describir plantel de recursos humanos y metodologías utilizadas para su evaluación.	64
5.10 Describir indicadores	65
6. CONCLUSIONES	79
7. BIBLIOGRAFÍA	82
8. ANEXO	84
Abreviaturas:	88
Agradecimientos:	88

1. INTRODUCCIÓN.

El abordaje propuesto en este trabajo se ubica en el campo de la gestión hospitalaria, particularmente se analizará la gestión de un servicio asistencial que resulta estratégico, por su relevancia y criticidad, como es el Servicio de Patología (SP).

Se tomará como caso de análisis al SP del Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan (HG), de referencia nacional por su nivel de complejidad y especialidades.

Desde la perspectiva de la economía y gestión de la salud, este enfoque resulta de interés en tanto plantea la necesidad de desarrollar herramientas de evaluación de procesos de la organización de salud y de evaluación de calidad asistencial, lo cual genera conjuntamente la mejora de las competencias técnicas y de gestión de los recursos humanos de la salud.

Para la formulación de esta herramienta se desarrollara un estudio exploratorio y descriptivo acerca de las cuatro perspectivas que proporcionan la estructura necesaria para la realización del cuadro de mando integral (CMI): la financiera, la del cliente, la del proceso interno y la de la formación y crecimiento de los recursos humanos (RRHH). La idea es generar mediciones algunas de las cuales están ya siendo utilizadas, para llevar a cabo procesos de gestión como traducir la visión y la estrategia, comunicar y vincular objetivos e indicadores, planificar, establecer objetivos y aumentar la formación estratégica entre otros con una visión global, a largo plazo. Se trata de una herramienta de gestión analítica orientada a mejorar el rendimiento de toda la organización, midiendo y optimizando los procesos de gestión y utilizando indicadores financieros y no financieros.

El trabajo está organizado de la siguiente manera en el capítulo 1 se comentó en la Introducción la propuesta del trabajo. El capítulo 2 se detallará sobre el planteamiento del tema o problema a abordar a modo de pregunta que guiará el presente trabajo ¿Cómo funciona en un hospital público de autogestión, descentralizado el control de gestión en el Servicio de Patología? El capítulo 3 abordará objetivos generales y específicos. El capítulo 4 hará referencia al marco teórico conceptual en el que se abordarán temas de lo general a lo particular comenzando desde detallar la definición de Gestión, control de Gestión, CMI, diseño de CMI entre otros. En el capítulo 5 se realizará el desarrollo del CMI para el servicio de patología en el que se desarrollarán los objetivos propuestos. En el capítulo 6 se

describirán las conclusiones a las que llevó el presente trabajo así como las iniciativas que fueron surgiendo durante la realización del mismo.

La bibliografía utilizada para la realización y marco teórico se puede ver en el capítulo 7 y finalmente en el Anexo se incluye el formato de las dos encuestas realizadas.

1.1 El Hospital y su contexto.

La historia del Hospital de Pediatría Garrahan tiene casi treinta años fue extraída de la página www.garrahan.gov.ar. Comienza alrededor de 1969, época en que un grupo destacado de médicos pediatras del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez elabora, con la orientación del Dr. Carlos Gianantonio, un programa médico para un nuevo modelo de establecimiento pediátrico. La propuesta se consolida, y es elevada a través de la Secretaría de Salud Pública a la jurisdicción nacional.

La Secretaría de Estado de Salud Pública, en base al programa médico arquitectónico mencionado, llama a Concurso Nacional de Croquis Preliminares en 1971; el Hospital se ubicaría en el predio de Republicuetas y Galván, en Parque Saavedra. A fines de 1973 el Ministerio de Bienestar Social decide cambiar el lugar donde se construiría el Hospital (a la locación actual comprendida entre las calles: Combate de los Pozos, Pichincha, Avenida Brasil y 15 de Noviembre); las obras comenzaron el 6 de mayo de 1975.

Los objetivos fijados en el programa municipal eran:

1. "Brindar atención médica integral y de la mejor calidad disponible a la población infantil de su área de influencia."
2. "Actuar como Hospital de referencia del sistema de atención médica pediátrica, principalmente en el área Metropolitana, teniendo en cuenta su proyección en el ámbito nacional."
3. Desarrollar programación de docencia e investigación acordes con su nivel de complejidad, en el área de atención médica y administrativa sanitaria."

Entre las funciones se destacaba: "Brindar prestaciones de la mayor complejidad en la rama básica de la Pediatría y en sus respectivas especialidades, haciendo que el establecimiento se constituya en hospital de referencia para todo el país."

La organización propuesta se basaba en el concepto del cuidado del paciente que "...significa que la estructura de los Servicios del Hospital debe satisfacer las necesidades médicas y de enfermería de los pacientes en cada etapa de su enfermedad", afirmando también que ello "...implica modificar la tradicional estructura de los profesionales del departamento médico..."; en consecuencia "...la resultante es la constitución de equipos de trabajo que realizan tareas asistenciales en todas las áreas del Hospital...".

También se afirmaba entonces que el "... Hospital de acuerdo a la evolución previsible de la política sanitaria funcionará con un sistema de financiación distinto del actual, en base a un sistema que, asegurando a toda la población una accesibilidad igualitaria permita, a través de un sistema de seguro o similares, canalizar recursos para el funcionamiento correcto del mismo."

Casi veinte años después de la idea inicial, y ante la inminencia de la finalización de la obra, fue necesario afrontar la decisión acerca del modelo jurídico y administrativo, así como el de organización médica con que debía dotarse a la nueva institución para alcanzar sus objetivos fundacionales. Como es natural, la cuestión fue abordada desde distintas perspectivas, y las diferencias de criterios existentes en la comunidad pediátrica y sanitaria tomaron, con frecuencia, estado público. Por último, prevaleció la idea de generar un modelo fuertemente descentralizado, y con una organización asistencial que incluyera características superadoras de los esquemas tradicionales, requerimientos, estos últimos, ya planteados en el programa médico original.

Por fin, el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 598 del 20 de Abril de 1987, creó el Ente Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. conforme a lo prescripto en la Ley 17102 y el Decreto Reglamentario 8284/68.

A partir de ese momento se intensificaron las tareas de organización, programación y equipamiento comenzadas en 1984, necesarias para la puesta en operación del establecimiento. Dichas tareas consistieron, básicamente, en:

1. Conformación de un grupo de trabajo con integrantes de distintas disciplinas y especialidades médicas, expertos en administración, y en mantenimiento hospitalario. En el período final se pudo contar, gracias a la colaboración financiera de la OPS, con los siguientes equipos constituidos por un pequeño número de expertos:
 - administrativo-contable,
 - personal,
 - mantenimiento,
 - enfermería,
 - laboratorio.
2. Estudio del programa médico original y sus modificaciones:
 - ubicación en la red de servicios,
 - objetivos institucionales,
 - reconocimiento de aspectos políticos, sociales, económicos y sanitarios,
 - elaboración de nuevas propuestas según criterios actualizados.
3. Reconocimiento del recurso físico disponible:
 - recopilación y análisis de antecedentes,
 - objetivos institucionales,
 - reconocimiento de aspectos políticos, sociales, económicos y sanitarios.
 - elaboración de nuevas propuestas según criterios actualizados.
4. Elaboración de la propuesta e inicio de los trámites de compra, a través del nivel central, del equipamiento faltante en función de:
 - estimación de necesidades,
 - disponibilidad presupuestaria,
 - tiempo previsto para los trámites de compra,
 - fecha tentativa de habilitación.
5. Elaboración de la propuesta de insumos e inicio de los trámites de compra en base a criterios similares a los del punto anterior.

6. Encuadre jurídico-administrativo:

- régimen legal,
- estructura, misión y funciones, normas técnicas y de procedimientos,
- política de personal,
- reglamento, escalafones, perfiles, mecanismos de selección, cronograma de incorporación,
- estimación presupuestaria.

7. Puesta en operación de la planta:

- incorporación progresiva del personal,
- puesta a punto de instancias y equipos.

Finalmente, la suma de tantos esfuerzos y esperanzas culminó con la inauguración del Hospital el 25 de Agosto de 1987 como un hospital descentralizado creado y financiado por la Nación y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de un hospital público de referencia para la atención de la alta complejidad pediátrica de todo el país.

Su organización asistencial se basa sobre cuidados progresivos, tanto ambulatorio como internación, jerarquizando la actividad interdisciplinaria, coordinada por clínicos pediatras para realizar un abordaje integral de los pacientes.

Atiende niños recién nacidos, niños y adolescentes hasta los quince años. Cuenta además con un hospital de Día y consultorios de distintos niveles de complejidad.

El hospital desde su fundación ha mantenido un interés permanente en el desarrollo de indicadores de gestión. Cuenta con boletines mensuales y anuales con información estadística básica elaborada por la Oficina de Estadística. En la página del hospital se pueden ver algunos de los indicadores de producción. **Ver Tabla 1.** Entre ellos al 2009 el hospital contaba con 501 camas de internación (sin Hospital de Día) y 118 camas de cuidados intensivos y Trasplantes. Se registraron 19.648 egresos anuales con un promedio de permanencia en días de 7,42 por citar algunos.

Año	2009	2008	2007	2006	2005	
Camas Internación (sin Hospital de Día)		501	501	485	471	464
Camas de Cuidados Intensivos y Trasplantes(†)		118	120	113	107	107
Nº de egresos	19.648	19.375	18.427	18.234	16.952	
Promedio de Permanencia (Días)	7,42	7,5	7,64	7,42	7,48	
Promedio de Ocupación (%)	89,51	89,39	88,42	88	137,98	
Nº de consultas externas	251.767	262.851	237.936	247.211	232.171	
Nº de consultas de emergencias	59.751		62.644	58.516	58.932	171
Entrevista previa	105.588		102.443	79.355	84.027	173
Ofic. Comun. a Distancia	4.119		4.088	3.652	3.125	426
Intervenciones Quirúrgicas						
<i>Cirugías programadas</i>	7.710	7.418	7.150		6.668	
<i>Cirugías de emergencia</i>	1.941	1.808	1.637	1.501	1.269	
Trasplantes Hepáticos	12 dv y 10 dc	15 dv y 14 dc	20	3	25	
Trasplantes Renales	3 dv y 19 dc	6 dv y 37 dc	46	26	30	
Trasplantes Hemato-poyéticos (**)	35	21	16	23	20	
Trasplantes Cardíacos	3 tc y 4 impl	5 tc y 3 impl	3	2	3	
Trasplantes Pulmonares	-	2	0	1	1	

Tabla 1: Indicadores de producción del hospital Garrahan

Fuente: www.garrahan.gov.ar

Los pacientes atendidos en el HG proceden en un 14.21% de la Capital Federal, en un 56.51% del Conurbano bonaerense, el 6.84% del resto de la provincia de Buenos Aires. El 21.39% restante proviene de las demás provincias del país.

1.2. El Servicio de Patología

El SP es una área que pertenece a los servicios de apoyo comenzó a funcionar desde la inauguración del HG y se fue expandiendo con el mismo tanto en personal técnico, administrativo y médico como en tecnología y tipos de estudio que se realiza. Se trata de un servicio en permanente crecimiento con activa participación interdisciplinaria, con participación en las tomas de decisiones y marcada participación en la gestión.

La función del SP es proporcionar la ayuda necesaria para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mediante la realización e interpretación de informes diagnósticos a través de exámenes macroscópicos, histopatológicos, citológicos, inmunohistoquímicos y de biología molecular al HG. Las muestras que se reciben provienen en su mayor parte del Centro quirúrgico del HG y en menor proporción de aquellas áreas que realicen tomas de material tisular. Se recibe además material en consulta en forma directa o proveniente de la Oficina de Comunicación a Distancia en el marco del Programa de Referencia y Contrareferencia vigente desde el año 2006 para responder a consultas y realizar una contrareferencia a los servicios de patología de las

provincias de la Argentina en particular Jujuy, Chaco, Catamarca, Tucumán, Santiago del Estero, Formosa, Misiones, Santa Fe, La Rioja, Mendoza, Chubut, Neuquén, Río Negro y Tierra del Fuego. Además se encuentra en la primera etapa de ejecución la colaboración con la Provincia de Buenos Aires.

El SP actualmente está a cargo de un profesional médico con categoría de Jefe de Servicio que ejerce sus funciones en dicho puesto desde el año 2001, tiene atribuciones y responsabilidad de planificar, ejecutar, supervisar, evaluar y controlar las actividades del personal a su cargo e impartir las directivas y disposiciones pertinentes, así como cumplir y hacer cumplir las funciones de su servicio. La dependencia inmediatamente superior es de la Dirección Medica Asociada de Servicios Técnicos y Dirección Medica Adjunta por el Banco de Tumores.

El SP en el año 2010 tuvo una producción anual de 5743 procedimientos definidos como informes histopatológicos con un promedio mensual de 479. Los mismos incluyen el estudio de biopsias simples, piezas quirúrgicas, estudio de tumores, biopsias por congelación, estudio seriado de biopsias endoscópicas, estudio seriado de punción biopsia, autopsias y citología. Asimismo se realizan técnicas adicionales y complementarias de diagnósticos entre las que se realizaron en el año 2010 cincuenta y siete técnicas de enzimática muscular, 860 inmunofluorescencias, 7147 técnicas de inmunohistoquímica, 6046 técnicas especiales o de histoquímica, 490 técnicas de biología molecular incluyendo Hibridación in situ (FISH), y estudio de consultas extra hospitalarias. El procesamiento anual de tacos de parafina fue de 17.199. **Ver tabla 2.**

2010	TACOS	TÉCNICAS ESPECIALES	IHQ	IF	E. MUSCULAR	BIOLOGÍA MOLECULAR
ENERO	1440	452	466	130	2	24
FEBRERO	1008	414	507	55	2	13
MARZO	1329	528	464	95	4	9
ABRIL	1274	553	690	55	9	65
MAYO	1197	439	616	30	10	41
JUNIO	1835	544	698	80	5	81
JULIO	1292	505	614	105	3	53
AGOSTO	1696	588	684	70	6	26
SEPTIEMBRE	1623	565	626	50	6	51
OCTUBRE	1383	486	628	80	4	73
NOVIEMBRE	1669	485	519	60	4	31
DECEMBRE	1453	487	635	50	2	23
TOTAL	17199	6046	7147	860	57	490

Tabla 2: Estadística de producción de procedimientos diagnósticos en el año 2010 en el SP.

Fuente: Responsable histotécnico SPHG.

Abreviaciones: IHQ: inmunohistoquímica; IF: inmunofluorescencia, E. muscular: Enzimática muscular.

Con respecto a los RRHH el SPHG cuenta con 26 personas, 24 en relación de dependencia (1 jefe, 8 médicos patólogos, 2 administrativos, 8 histotécnicos (1 responsable de área de pedidos y 1 responsable de área de histotécnicos), 3 técnicos evisceradores, 1 auxiliar y 1 biotecnóloga), 1 residente de post básica.

En este momento cuenta además con 3 becarios (1 médico becario con beca hospitalaria, 1 biotecnólogo por proyecto, 1 becaria médica por proyecto).

Con respecto a Rotantes, Pasantes y Observador –Visitante: Dentro de la formación de recursos humanos se encuentra la aceptación de profesionales que desean completar su formación en el área de la patología pediátrica o en alguna de las áreas de la patología. Por año se aceptan rotaciones de tres meses para residentes en el último año o patólogos de otras instituciones en número de 4 por año.

Cuenta además con 1 persona asignada de servicio de limpieza que se encuentra tercerizado.

2. PLANTEAMIENTO DEL TEMA O PROBLEMA A ABORDAR.

La pregunta central que guiará el presente trabajo es **¿Cómo funciona en un hospital público de autogestión, descentralizado el control de gestión en el Servicio de Patología?**

El SPHG es un servicio asistencial, que si bien está trabajando hace muchos años bajo el concepto de gestión y administración hospitalaria y se ha convertido en un centro de referencia nacional de derivación de patologías infantiles con una adaptación permanente a los cambios tecnológicos actuales, no cuenta con un cuadro de mando integral que es la herramienta que ayuda a poner en funcionamiento la estrategia utilizada por la jefatura del Servicio.

Los sistemas de organización en los hospitales públicos así como en los privados ponen énfasis en la gestión y control de la gestión. Particularmente la micro-gestión o gestión clínica es en la que se desempeñan los jefes de servicio. Esta debe administrar los recursos a sus cargos tanto diagnósticos como terapéuticos. En consecuencia, deben saber gestionar RRHH, procesos, escasez, equipos de alto desempeño, recursos diagnósticos y terapéuticos costo-efectivos, mejorar el clima organizacional y fomentar el aprendizaje y el saber hacer técnico. Deben organizar los procesos de producción asistencial sobre la lógica de involucrar a los efectores médicos y jefe de servicio en la calidad, los costos, la responsabilidad sobre la información, la factibilidad, la eficiencia y eficacia.

El SP funciona de manera descentralizada en cuanto a toma de decisiones tanto administrativas como con respecto a RRHH a su cargo. En cuanto a la parte financiera funciona en forma centralizada en el área de Centro de pedidos de Laboratorio Central motivo por el cual ha generado inconvenientes a la hora de recabar información de ésta índole.

Con respecto a los Indicadores del SP: desde la intervención de la Dra. García de Dávila jefa actual del SP y con amplio interés en el tema de la gestión hospitalaria, se ha trabajado con una serie de **indicadores de producción** tales como: cantidad biopsias, muestras quirúrgicas, inmunomarcación, técnicas enzimáticas musculares y autopsias

entre otras que se calculan mensualmente y son presentadas al Departamento de Estadística del HG.

El SP ha crecido en los últimos años en los que respecta a producción de servicios, capacitación del personal, adquisición de tecnología de nivel internacional y gestión principalmente de calidad a través del trabajo con un asesor de Gestión de calidad con el que se ha comenzado a trabajar dentro de un sector del SP particularmente en el Banco de Tumores que está muy pronto a certificar con Normas ISO 9001, con una idea futura de trabajar con el servicio en su conjunto a los efectos de certificarlo y trabajar bajo los estándares de calidad.

Hay otras perspectivas como el estudio financiero, la evaluación del cliente y la gestión por procesos en la que se no se está trabajando tan arduamente. El aspecto financiero funciona en forma dependiente del área de Laboratorio Central por los que no se cuenta con datos de costos ni los gastos individuales propios del SP. Los clientes y la satisfacción del usuario no se han evaluado en forma ordenada y los procesos se realizan de manera rutinaria pero no están bien definidos ni documentados.

El planeamiento de la presente investigación está basado en la idea de desarrollar un CMI adaptado al SPHG por lo que se analizarán como se describió precedentemente las cuatro perspectivas que proporcionan la estructura necesaria para la realización del CMI: la financiera, la del cliente, la de los procesos internos y la de la formación y crecimiento de los RRHH.

El presente trabajo se realizará conjuntamente con el apoyo de la jefatura. Este tipo de investigación será realizada con el fin de generar herramientas que permitan conocer de una manera más amplia el SP, desarrollar acciones y actividades para mejorar los procesos y los resultados en pos del paciente y del hospital. Se ayudará a colocar en el foco los procesos con fundamentos, tomar decisiones con menos incertidumbre, aplicar el concepto de la recursividad, las iniciativas de los clientes internos y de los usuarios, identificar a los aliados estratégicos, mejorar los esfuerzos de adquisición de nuevas competencias, incrementar el valor agregado, incorporar la visión a largo plazo entre otros. Este control de gestión tiene como propósito la implementación correcta de las ventajas competitivas, de mejoras de indicadores de las áreas de responsabilidad y poder contribuir de esta forma al progreso conjunto del SPHG.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

El objetivo general del presente trabajo es analizar las modalidades de Gestión que prevalecen en el SP.

3.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos se detallan a continuación:

Describir la misión y visión del SPHG.

Diseñar una matriz FODA del SPHG.

Describir la organización funcional del SP dentro del hospital.

Describir la dimensión financiera actual del SPHG.

Describir a los usuarios que forman parte del circuito del SPHG.

Evaluar la satisfacción de los usuarios del SPHG.

Describir los procesos internos prevalentes del SPHG.

Generar indicadores del SPHG con respecto a las cuatro dimensiones del CMI.

4. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

4.1.1 ¿Qué es gestionar?

Según la definición de Díaz (2009) gestionar es hacer que las cosas pasen, que las cosas correctas ocurran, hacer correctamente las cosas correctas. Se trata de un conjunto de reglas, procedimientos y métodos operativos, para llevar a cabo con eficiencia una actividad empresarial, tendiente a alcanzar objetivos concretos. Gestionar, es conseguir resultados de la actividad, mediante la utilización de recursos, capacitación del factor humano, la organización de equipos, y un sistema de organización de los mismos. La operativización de estas acciones de gestión implica generar conciencia de la necesidad de cambio. Es desarrollar iniciativas de cambio, sobreasignación más eficiente, más responsable y más protagonista de los profesionales en sus actuaciones.

De acuerdo a la definición de Díaz (2006) gestionar no es administrar, es un ciclo continuo recursivo que implica planificar, organizar, ejecutar, comunicar, controlar y evaluar. **Ver Grafico 1**

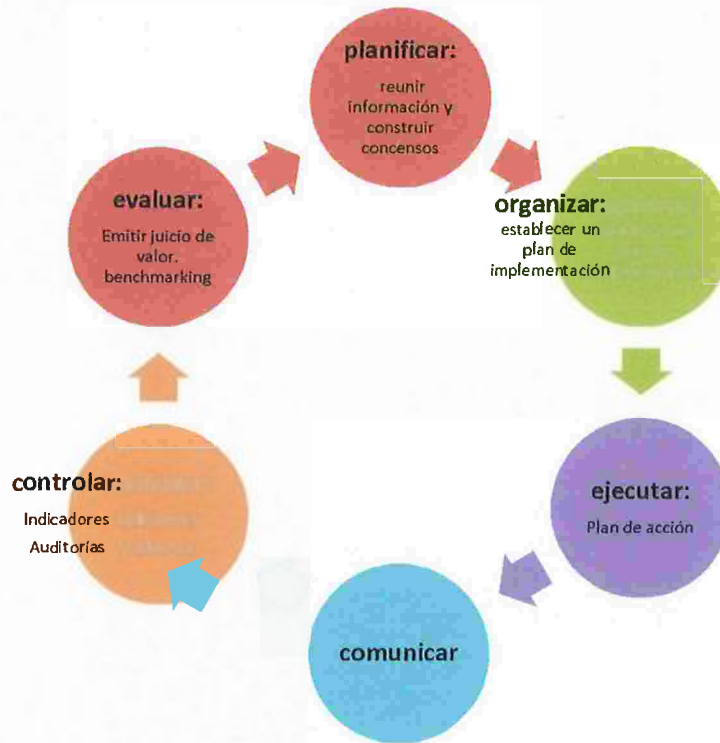


Grafico 1: Ciclo continuo recursivo.
 Fuente propia basada en Díaz 2006.

4.1.2 ¿Qué se necesita para una gestión adecuada?

De acuerdo a la definición de Díaz (2009) para una gestión adecuada se necesita de conocimiento, la experiencia, éxitos y fracasos. Estos imponen pautas para lograr una gestión adecuada. Entre estas está la voluntad de cambio, por generar infraestructura y competencias, generar capacidad en el sistema o área técnica de toma de decisiones y fundamentalmente que tengan formación y trabajo en equipo. Se necesita además que los objetivos estén alineados con los institucionales.

Controlar los gastos y evitar que se incrementen innecesariamente los costos, generar un sistema de indicadores para la toma de decisiones, generar estructuras participativas, establecer una estructura funcional horizontal.

El jefe del servicio requiere compromiso de la cumbre estratégica de la Gerencia General y del Consejo de Administración o Directorio para impulsar la organización del conocimiento como una empresa de servicios.

Generar participación efectiva en el consenso, en la institucionalidad de las decisiones, en la ausencia de dobles mensajes, en la inversión orientada a mejorar las prestaciones, en aumentar la competencia del recurso humano, en capacitarlos, en pensar en los procesos, en la evaluación, de tener indicadores, en presentarse con objetivos realizables y ejecutar.

Gestionar es también hacer el bien al mayor número de personas, que es la utilidad de las decisiones.

4.2 Gestión sanitaria. Niveles.

De acuerdo a la definición de Peiro Salvador y colaboradores (2010) la gestión sanitaria o healthcare Management es la función ejecutiva de planificar, organizar, dirigir, controlar y supervisar actividades sanitarias encaminadas a mejorar resultados en salud de la población. La gestión sanitaria es una ciencia interdisciplinar en la que contribuyen la historia, la economía, el derecho, la sociología, la psicología la salud pública y la medicina. La gestión en el ámbito de los servicios de salud pueden dividirse en tres grandes niveles desde lo general a lo particular: **la macro-gestión** que implica la participación del Estado quien decide que políticas de salud se aplican en el sector, y, pretende lograr mayor equidad, accesibilidad y funcionalidad al sistema. Incluye la financiación y la regulación de la oferta y la demanda de los servicios. **La meso-gestión** se fundamenta en la administración de los centros y servicios sanitarios, comprende la coordinación y motivación de los profesionales de los servicios de salud. Pone particular énfasis entre la articulación interna entre servicio y externa entre niveles de atención. De acuerdo a Díaz (2009) es una acción motivadora, impulsada por el ciclo recursivo continuo de la gestión. Se centra en la función gerencial que radica en relacionar la empresa con el sistema o el sector. Elaborar planificación, los lineamientos, establecer objetivos específicos y metas. Impulsar el aprendizaje de la organización en procesos, en calidad, en eficiencia.

La micro-gestión o gestión clínica implica directamente a los profesionales de salud, figuras clave en el proceso de atención médica ya que son ellos quienes toman

las decisiones sobre los pacientes en base a la evidencia científica. Basa su importancia en que el 70% de los recursos sanitarios son asignados fundamentalmente por el personal médico en su quehacer diario.

4.2.1 Control de gestión

De acuerdo a la definición de Díaz (2009) el control de gestión es el sistema de información asistencial y administrativa, que permite llevar a cabo el seguimiento de la productividad y rendimiento de las actividades que identifican la prestación de servicios médicos. De acuerdo al autor las decisiones que adoptan los productores de atención médica, deben estar respaldados por información oportuna, pertinente y completa, para garantizar el funcionamiento de los servicios. La información es un instrumento para la acción y su contenido contribuye a una gestión más efectiva y permite el cumplimiento de objetivos organizacionales. Centra su atención en la planificación, control y toma de decisiones. Ese control debe informar entre otros sobre la relación médico paciente, sobre el vínculo entre la oferta y las necesidades de la demanda, la carga epidemiológica, la necesidad de dar prestaciones integrales, recursos disponibles, uso de servicios de apoyo y la estructura de los niveles operativos en las acciones de salud. La información que se requiere es la de las actividades, los recursos físicos, RRHH, económicos y de las unidades de producción. De esta información interesa saber cuáles son los resultados que se miden, cómo se miden, porqué se miden y cómo se difunde y transmite la información.

4.2.2. ¿Porqué es necesario el control de gestión en los servicios de salud?

De acuerdo a la definición de Díaz (2009) el control de la gestión en los servicios de salud es necesario debido a que incorpora la estrategia a la gestión diaria, para poder gestionar en entornos tanto dinámicos como en aquellos hostiles. Es importante ya que permite descentralizar las decisiones, contener el aumento de los costos, para mejorar la accesibilidad, aumentar la equidad, tener una concepción sistémica de la organización, para generar una visión compartida.

Para su utilización se requieren conceptos del CMI ya que equilibra medidas financieras y no financieras, equilibra medidas a corto y a largo plazo, equilibra

indicadores motores e indicadores de resultados con el objeto de implementar un sistema de información que permita ser una ayuda a los procesos de toma de decisiones.

La gerencia de los servicios también sirve para seguir el cumplimiento de la estrategia desde las cuatro perspectivas que puedan seguir cada uno de los objetivos fijados para su servicio.

De acuerdo a Ballvé (2008) el desarrollo de una gestión participativa por objetivos, requieren que los directores tengan información resumida por los tableros de cada uno de los servicios, que su información sirva para seguir el cumplimiento de las ventajas competitivas. El control de gestión entonces, debe ser inductor de decisiones, sustentable en el tiempo, eficaz, eficiente, integrado, cuantitativo y periódico. Finalmente, tiene que cubrir todos los aspectos de la actividad de un servicio.

4.3 Factores necesarios para la administración de las empresas de salud.

De acuerdo a la definición de Díaz (2009) los factores para la administración de la empresa de salud son los detallados a continuación:

- **Necesidad de innovación** la tecnología cambia y los procesos también deberían cambiar.
- **Prestar servicios orientados hacia los usuarios.** Es importante mejorar la gestión de pacientes y la gestión clínica.
- **Jefatura de Servicios con criterio de gestión por procesos y capacidad gerencial.** Como se desprende del título del Dr. Díaz es el convertir a los jefes de servicio en gerentes.
- **Respetar la autonomía de los pacientes.** Contemplar que los ciudadanos están más informados, con derecho participar y manifestar preferencias.
- **La gestión debe estar orientada a procesos.**
- **Se debe buscar la excelencia y mejorar la imagen corporativa.**
- **Participación por objetivos generales.** Los objetivos específicos deben estar alineados con los estratégicos, con los que permiten cumplir la misión.
- **Mejora continua de la calidad.**
- **Incentivo según producción y resultados.**

- **Incorporar criterios de costos, eficiencia, efectividad e impacto en los servicios.**

4.3.1. ¿Qué se gestiona en una empresa de salud?

De acuerdo a la definición de Díaz (2009) para plantearnos que es lo que se gestiona en una empresa de salud se debe considerar que existen actores y colectivos intervinientes que establecen múltiples relaciones de agencia con contratos imperfectos que hay que administrar. Entre los mismos se encuentran:

- La salud de las personas.
- Los procesos productivos que son las acciones e intervenciones dirigidas en entregar el servicio integral al usuario.
- La gestión del conocimiento: para aumentar la competencia, mejorar aspectos técnicos en servicio al usuario e incorporar nuevos avances.
- Interrelaciones personales. El hospital en la institución de máxima interrelación social. Las personas que están enfermas son atendidas por otras que se sienten sanas.
- Intereses de cinco colectivos que los integran: ciudadanos, profesionales, personal, gestores y propietarios.
- Volumen de recursos económicos. El 70% se invierte en recurso humano.
- La praxis médica y la medicina defensiva.
- La necesidad de objetivar los intereses de los distintos colectivos y la lucha por el poder.

4.4. Cuadro de mando integral

El cuadro de mando integral (CMI) o Balanced ScoreCard es un instrumento o herramienta de gestión que ayuda a comunicar y a poner en funcionamiento la estrategia de una organización. Ayuda a las organizaciones a transformar la estrategia en objetivos operativos, que a su vez constituyen la guía para la obtención de resultados de negocio y de comportamientos estratégicamente alineados de las personas de la organización.

Se reconocen varios tipos de cuadros de mando. Los de Control operativo cuya utilidad es el seguimiento de los principales procesos diarios, el de Control Directivo que utiliza

indicadores de resultado internos en el corto plazo, el de Control estratégico que utiliza información interna y externa para conocer el posicionamiento estratégico y el Cuadro integral que utiliza toda la información de los tableros anteriores.

De acuerdo a la definición de Kaplan and Norton (1996) es un marco que contiene un sistema de medidas financieras y no financieras, seleccionadas para ayudar a la organización a poner sus factores claves de éxito en ejecución, los cuales se definen en la visión estratégica de la compañía. Estos autores afirmaban que las medidas o indicadores financieros no eran suficientes para conocer el estado financiero de una compañía. Para complementar el énfasis tradicional en el corto plazo implícito en el ámbito financiero introdujeron tres categorías adicionales que representaban aspectos no financieros. Estas son la satisfacción del cliente, el proceso interno y el aprendizaje y crecimiento. **Ver**

Gráfico 2.

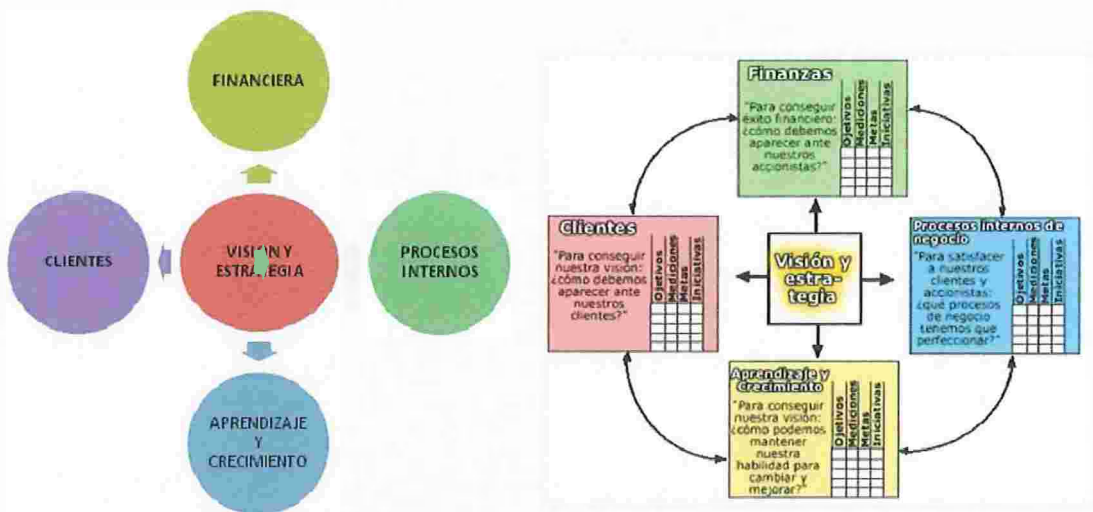


Gráfico 2: Cuadro de mando integral

Fuente: adaptación de Kaplan y Norton, 1997 y <http://sdoblas.com/capitali.htm>

La perspectiva financiera vincula los objetivos de cada unidad de negocio con la estrategia la empresa. Sirve de enfoque para todos los objetivos e indicadores de las demás perspectivas. La de los clientes identifica los segmentos de cliente y mercado donde se va a competir. Mide las propuestas de valor que se orientan a los clientes y mercados, evaluando las necesidades de los clientes, como su satisfacción, lealtad, adquisición y rentabilidad con el fin de alinear los productos y servicios con sus preferencias y traduce la

estrategia y visión en objetivos sobre clientes y segmentos, siendo estos los que definen los procesos de marketing, operaciones, logística, productos y servicios. Los procesos internos define la cadena de valor de los procesos necesarios para entregar a los clientes soluciones a sus necesidades (innovación, operación, servicio post-venta, etc.). Los objetivos e indicadores de esta perspectiva se derivan de estrategias explícitas para satisfacer las expectativas de los clientes. El aprendizaje y crecimiento: se obtienen los inductores necesarios para lograr resultados en las anteriores perspectivas. La actuación del personal se refuerza con agentes motivadores que estimulen sus intereses hacia la empresa. Se miden las capacidades de los empleados, capacidades de los sistemas de información, el clima organizacional para medir la motivación y las iniciativas de personal. El primer CMI fue introducido por David Kaplan and Robert Norton tras la realización de un estudio sobre doce empresas. Los autores afirman que el CMI no es una planilla o modelo estándar que se puede aplicar a todos los negocios en general o aun a nivel industrial. Las diferentes situaciones del mercado, las estrategias del producto y los ambientes competitivos requieren aplicaciones diferentes. Cada unidad de negocio debe adaptar su CMI a los requisitos particulares de su misión, estrategia, tecnología y cultura. De acuerdo a la definición de Kaplan y Norton, (1997) a partir de 15 o 20 indicadores un observador debe poder determinar el funcionamiento de la unidad de negocio.

Según la definición de Kaplan y Norton (1997) las utilidades de un CMI son las siguientes:

- Clarificar y poner al día la estrategia.
- Conducir la estrategia dentro de la empresa.
- Alinear las metas individuales con la estrategia.
- Vincular los objetivos a los presupuestos a largo plazo.
- Conducir las revisiones del funcionamiento orientadas a mejorar la estrategia.

Los sistemas de medición de una organización afectan con gran incidencia al comportamiento del personal propio y de los clientes. Si las empresas tienen como objetivo su supervivencia y la mejora continua, deben utilizar sistemas de medición y de gestión, derivados de sus estrategias y capacidades.

4.4.1. Cuadro de mando integral aplicado a la gestión sanitaria.

Antecedentes y orígenes.

De acuerdo a la definición de Pastor Tejedor (2004) un hospital o centro sanitario en general se puede asemejar a una empresa oferente de servicios, con la particularidad de que su producto o servicio es ofrecido en el mismo instante en el que es generado. Dicho producto, el producto sanitario es el resultado de los siguientes procesos:

1. *El proceso clínico* que consiste en aplicar los conocimientos médicos al cuidado de los pacientes, pudiéndose resumir en diagnóstico y tratamiento.
2. *El proceso funcional* cuyo objetivo es proporcionar y generar productos y actividades intermedias que puedan ser utilizadas en el proceso clínico. Teniendo en cuenta estas particularidades, la elaboración de un CMI para este tipo de organizaciones tiene que adaptarse a las mismas.
3. *El proceso logístico*, que pretende proporcionar servicios para acomodar al usuario y facilitar la infraestructura para la aplicación de los procesos clínicos y funcionales.

Los primeros antecedentes de una aplicación sanitaria del CMI pertenecen a Dana Forgione (Forgione Dana A, 1997), los mismos se centran principalmente en el control financiero y en diversos indicadores de calidad asistencial.

El CMI puede ser aplicado tanto en empresas privadas como públicas dentro de las cuales se encuentran una gran cantidad de indicadores clave.

Dentro de los antecedentes más próximos de aplicación en un hospital público está el de la Dra. Josefa Rodríguez actual Directora Médica el HG que de acuerdo a Rodríguez, J (2005) en Aspectos sobre Gestión hospitalaria desarrolla un Tablero de comando de un hospital público" con apoyo de la beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" cuyo Director fue el Dr. Alberto Dal Bó. En e mismo se desarrolla el tablero de comando del hospital en su conjunto evaluando cada una de las cuatro perspectivas

4.4.2. CMI: Perspectiva financiera

La construcción del CMI debe animar a las unidades de negocio a vincular los objetivos financieros con la estrategia de la corporación. Los objetivos financieros sirven de enfoque para los objetivos e indicadores de las otras perspectivas del CMI. Cada una

debiera formar parte de un eslabón de relaciones causa-efecto, que culmina en la mejora de la actuación financiera.

Se trata de descubrir los factores críticos de éxito que reflejan el modelo económico de los principales factores impulsores o drivers que influyen sobre los resultados económicos.

4.4.3. CMI Perspectiva del cliente

En esta perspectiva las empresas identifican los segmentos de cliente y mercado en que han elegido competir. En el pasado, más empresas podían concentrarse en sus capacidades internas, enfatizando la actuación del producto y la innovación tecnológica. Pero, las empresas que no comprendían las necesidades de los clientes descubrieron al final que los competidores podían hacer incursiones, al ofrecer productos y servicios mejor alineados con las preferencias de sus clientes. Está claro que si las unidades de negocio han de conseguir una actuación financiera superior a largo plazo debe crear y entregar productos y servicios que sean valorados por los clientes. Además de satisfacer las necesidades de los clientes, en el CMI se debe traducir sus declaraciones de visión y estrategia en unos objetivos concretos basados en el mercado y los clientes. Los negocios han de identificar los segmentos de mercado en sus poblaciones de clientes existentes y potenciales, y luego seleccionar los segmentos en los que eligen competir.

En el proceso de formulación de la estrategia que utiliza una investigación en profundidad del mercado o cliente y sus preferencias en cuanto a aspectos como el precio, calidad, funcionalidad, imagen, prestigio, relaciones y servicio. El grupo de indicadores centrales de los resultados de los clientes es genérico en toda clase de organizaciones. Este grupo incluye: cuota de mercado, incremento de clientes, retención de clientes, satisfacción de clientes y rentabilidad de los mismos que se pueden agrupar en una cadena causal. Ver

Gráfico 3

Cuota de mercado	Refleja la proporción de ventas, en un mercado dado (en término de número de clientes, dinero gastado o volumen de unidades vendidas) que realiza una unidad de negocio.
------------------	--

Incremento de clientes	Mide, en términos absolutos o relativos, a la tasa a la que la unidad de negocio atrae o gana nuevos clientes o negocios.
Retención de clientes	Sigue la pista a la tasa a la que la unidad de negocios retiene o mantiene las relaciones existentes entre clientes.
Satisfacción de clientes	Evalúa el nivel de satisfacción entre los clientes según unos criterios de actuación específicos.
Rentabilidad de clientes	Mide el beneficio neto de un cliente o segmento, después de descontar los gastos necesarios para mantener ese cliente.

Gráfico 3: Indicadores de perspectiva de los clientes

Fuente: Kaplan y Norton, 1997

4.4.4. CMI Perspectiva de procesos internos

Refleja la productividad de un servicio, define la cadena de valor de medios afines, usuarios, clientes internos, proveedores internos y externos. Define de acuerdo con la definición de Díaz (2009) la cadena de valor de los procesos clave del servicio, para entregar una propuesta de valor a los socios estratégicos, a los participantes de la organización.

La **producción** de acuerdo a Díaz (2011) es un proceso sistematizado que consiste en la transformación de unos recursos, aplicando un procedimiento técnico, para obtener bienes, que son productos tangibles o servicios, productos intangibles, con el propósito de que estos sean cualitativa y cuantitativamente diferentes, mas útiles y con mayor valor que los recursos empleados. Los productos debe ser capaces de satisfacer una expectativa o una necesidad humana.

El proceso es el mecanismo de producción de un servicio. El servicio sanitario tiene particularidades por no ser homogéneo, por ser producido cuando el paciente lo requiere.

Los elementos de un proceso de acuerdo a Asenjo (2000) son los siguientes:

- **Entradas o inputs:** Es decir, aquello que proporciona alguien un proveedor, y sobre lo que se va a desarrollar el proceso. Proveedores hay externos e internos.

Los proveedores internos son los que están dentro de la organización. Externos son los que están fuera de la organización. Si hay proveedores, es que hay servicios o centros de costos compradores. Compradores por cuenta y orden de un paciente. Que hacen de agente de su paciente, que no sabe porque está enfermo, y le adquieren, dentro de la organización, productos intermedios como análisis bioquímicos, imágenes radiológicas, tomografías, endoscopias, kinesiología, interconsultas, cateterismos, etc.

- **Recursos:** son materiales o humanos.
- **Salidas o outputs:** productos o servicios: aquello que recoge el paciente o cliente, servicio final que se presta al paciente.
- **Sistema de control:** el conjunto de indicadores de proceso. Tiempos, resultados o outcomes.

Límites de proceso. Es muy importante que se considere con precisión donde empieza y dónde acaba un proceso, ya que con frecuencia, además los pacientes tienen un servicio discontinuo. En este sentido un proceso tiene una misión claramente definible, que, para qué y para quien, unas fronteras bien delimitadas, con entradas y salidas concretas, secuencias de etapas claramente integrables y que pueden medir en cantidad, calidad y costo.

Se debe considerar el proceso en su secuencia encadenada de procesos y tareas, que siempre pueden mejorarse, por aumento de competencia, por modificación de los dispositivos, por acortamiento de los tiempos, por evitar actividades innecesarias.

La coordinación, la integración y el trabajo en equipo, la interdisciplina y la transdisciplina, son indispensable para cubrir la asimetría de información de los pacientes de la manera más integral posible e integrada.

Los indicadores de los procesos permiten hacer una medición y seguimiento de como el proceso se orienta hacia el cumplimiento de su misión u objeto. Estos indicadores van a permitir conocer la evolución y las tendencias del proceso y por tanto de los indicadores establecidos. Permiten conocer la evolución.

Se deben solicitar los documentos y los registros se pueden referencia en la ficha de proceso. Los indicadores de proceso tienen que ser la referencia objetiva en los compromisos de gestión, además de considerar las dimensiones de los resultados, la productividad, la utilización de los recursos y la calidad de las prestaciones.

Clasificación de los procesos:

- **Operativos:** son aquellos que están en contacto con el paciente. Son los procesos habituales de la organización. Son los destinados a llevar a cabo las acciones que permiten desarrollar las estrategias definidas: humanización de la atención, calidad, eficiencia y mejora continua, trabajo en equipo. Son los procesos que dan los servicios al usuario.
- **Estratégicos.** Son aquellos que están relacionados directamente con la misión y la visión de la organización. Son los destinados a definir y controlar las metas de la empresa, sus políticas y estrategias. Estos procesos son gestionados por los integrantes de la alta dirección.
- **Soporte o de apoyo:** Son aquellos que permiten la realización de los anteriores. Procesos no directamente ligados a las acciones de desarrollo de las políticas cuyo rendimiento influye directamente en el nivel de los procesos operativos.

Seguimiento de los procesos:

Una vez implementado los procesos, generadas las competencias entre los intervinientes o actores, identificados los procesos de servucción entre el personal en contacto, el paciente y la estructura, la generación de una estrategia de provisión justo a tiempo y de flujo tenso, para acelerar los tiempos y que no existan espacios de ineficiencia hay que efectuar el seguimiento de los procesos y siempre se pueden corregir los errores.

- Detección de problemas.
- Priorización de problemas.
- Análisis de las causas que producen el/los problemas.
- Implantación de medidas correctoras.
- Sistematización del rediseño del proceso.
- Monitorización.

4.4.5. CMI Perspectiva de los recursos humanos

Identifica al capital humano, sus habilidades, formación y conocimientos, el capital informacional, los sistemas de información y la base de datos, redes y capital organizativo: cultura, liderazgo, trabajo en equipo e imagen, para realizar de forma excelente los procesos internos.

4.4.6. Diseño de cuadro de mando integral

El CMI es un instrumento de gestión que ayuda a comunicar y poner en funcionamiento la estrategia de la organización. Es un marco como ya se ha comentado precedentemente que contiene medidas financieras y no financieras seleccionadas para ayudar a poner énfasis en los factores clave del éxito en ejecución, y reconocer los impulsores para lograrlo. Es de acuerdo a la definición de Díaz (2009) un aprendizaje de las relaciones causa-efecto, que va desde el aprendizaje, la modificación de los procesos internos, la satisfacción del usuario y la del cliente interno, hasta la concreción del resultado económico.

El producto sanitario de acuerdo a la definición de Díaz (2009) es el resultado de tres procesos, el clínico, el funcional y el logístico. El **clínico** consiste en aplicar los conocimientos médicos, profesionales al cuidado de los pacientes. Se divide en diagnóstico y tratamiento. La Gestión Clínica, la Gestión de Pacientes y la de Procesos. El proceso **logístico** que pretende proporcionar los servicios en tiempo real para satisfacer las necesidades de los usuarios y facilitar la infraestructura y, el proceso **funcional** implica considerar proveedores a los servicios de apoyo para los clientes internos considerando algunos servicios como vendedores o productores de productos intermedios y otros compradores o productores de servicios finales.

4.4.7. Etapas y pasos para la construcción de un CMI asistencial

De acuerdo a la definición propuesta por Díaz (2009) el CMI puede ser dividido en etapas que van a ser detalladas a continuación:

- **Proceso de reflexión estratégica.** En el cual se establece cuales son aquellos productos intermedios y finales que produce en servicio. Cómo se integra la cadena de valor. Cuáles son los proveedores internos. Cuál es la capacidad de producción. Definir el plan anual operativo. Realizar el diagnóstico estratégico así como describir el papel del servicio que estamos evaluando dentro de la empresa de salud.

- **Establecer la misión y visión** de la empresa de salud, adhiriendo a una visión compartida.
- **Formular la estrategia** que es la base para el consenso de los objetivos.
- **Identificar las iniciativas iniciales de mejora.** Estos son los factores del éxito y son los que hay que medir en el CMI. Cuáles son los elementos que van a afectar los resultados.
- **Establecer las perspectivas del CMI.**
- **Selección de indicadores.**
- **Evaluación del comportamiento de los indicadores** y de la correlación con el desarrollo de la estrategia del plan de la empresa de salud elegida.

4.5. ¿Qué es un indicador en salud?

Un indicador es una variable cuya función es objetivar cambios para la toma de decisiones en Salud. Son datos esencialmente cuantitativos que permiten medir estructuras o hacer el seguimiento de diferentes etapas de los procesos y los resultados en un aspecto determinado. Se pueden utilizar números, proporciones, razones, tasas o índices. Deben ser simples, válidos, sensibles, específicos y estar disponibles. En los numéricos se puede dimensionar un evento como por ejemplo número de camas o número de RRHH pero no permiten inferir riesgo. Otros tipos de indicadores como proporciones, razones, tasas e índices permiten estimar riesgo.

La **tasa** es el indicador de riesgo clásico. Está compuesto por un numerador, un denominador y un factor de amplificación. Dicha tasa debe referirse al momento en el cual se calcula, el grupo humano al cual se refiere, lugar y suele amplificarse cada 1000/habitantes ejemplo: TMG (tasa de mortalidad general) 1957=12.9 muertes por 1000 habitantes en Chile, 1957. Existen también tasas específicas con un numerador específico: mortalidad por enfermedad neoplásica, según sexo y un denominador específico: población expuesta al riesgo.

Las **razones** son poco utilizadas y establecen relación entre dos eventos con un numerador y denominador no relacionados. Por ejemplo el número de prácticas por orden médica. Las **proporciones** establecen relación entre dos eventos cuyo numerador y

denominador están relacionados como muerte por osteosarcoma por ejemplo. Esto señala la importancia relativa de un evento pero no riesgo. Son muy utilizadas en descripciones. Los **índices** refieren al cociente entre dos tasas, una de ellas es tasa de referencia. Expresan magnitud de exceso de riesgo o de protección. Carecen de unidades de medida y son utilizados para relacionar tasas.

Existen varias clasificaciones de indicadores. De acuerdo a la clasificación de Francisco Errasti (1997) el sistema de indicadores ofrece información sobre el estado de salud y puede ser utilizado como elemento de comparación tanto entre distintas poblaciones como con los objetivos que se deben alcanzar. Desde el punto de vista de la planificación de salud refiere el mismo autor se contemplan los siguientes indicadores: socio demográficos, sanitarios y de utilización de servicios. **Los socio demográficos** refieren a la estructura de la población (edades y sexo), los cambios demográficos (nacimientos, muertes, migraciones, niveles de renta, educación, raza, etc. Son factores determinantes de las necesidades de la salud y el grado de utilización de los servicios de salud. **Los sanitarios** refieren a las tasas de mortalidad, morbilidad, factores de riesgo y de incapacidad. Son indicadores utilizados en la planificación sanitaria. Hay que tener en cuenta que cada uno es susceptible de diversas especificaciones que conducen a un conocimiento más exhaustivo y preciso de las distintas variables. **Los de utilización de servicios**. Estos deben permitir distinguir entre aquellos que solicitan las personas y los propios médicos y son factores determinantes de la utilización de los servicios.

Las tasas de utilización pueden obtenerse a través de procesos estadísticos o por elaboración de datos obtenidos. Las tasas de uso están influidas por la demanda efectiva de la población bajo cobertura, y por la conducta diagnóstica-terapéutica de los prestadores de servicios de salud ya que son éstos quienes básicamente determinan qué y cómo usar los servicios, en especial los de diagnóstico y tratamiento.

Estos indicadores de utilización y consumo son tasas donde figura:

En el **numerador**: las unidades de medición estadística adoptado por cada sistema y, en el **denominador**: los beneficiarios bajo cobertura.

Entre los principales indicadores se cuentan:

- Consultas por beneficiario/año
- Egresos por 100 beneficiarios /año

denominador están relacionados como muerte por osteosarcoma por ejemplo. Esto señala la importancia relativa de un evento pero no riesgo. Son muy utilizadas en descripciones. Los **índices** refieren al cociente entre dos tasas, una de ellas es tasa de referencia. Expresan magnitud de exceso de riesgo o de protección. Carecen de unidades de medida y son utilizados para relacionar tasas.

Existen varias clasificaciones de indicadores. De acuerdo a la clasificación de Francisco Errasti (1997) el sistema de indicadores ofrece información sobre el estado de salud y puede ser utilizado como elemento de comparación tanto entre distintas poblaciones como con los objetivos que se deben alcanzar. Desde el punto de vista de la planificación de salud refiere el mismo autor se contemplan los siguientes indicadores: socio demográficos, sanitarios y de utilización de servicios. **Los socio demográficos** refieren a la estructura de la población (edades y sexo), los cambios demográficos (nacimientos, muertes, migraciones, niveles de renta, educación, raza, etc. Son factores determinantes de las necesidades de la salud y el grado de utilización de los servicios de salud. **Los sanitarios** refieren a las tasas de mortalidad, morbilidad, factores de riesgo y de incapacidad. Son indicadores utilizados en la planificación sanitaria. Hay que tener en cuenta que cada uno es susceptible de diversas especificaciones que conducen a un conocimiento más exhaustivo y preciso de las distintas variables. **Los de utilización de servicios.** Estos deben permitir distinguir entre aquellos que solicitan las personas y los propios médicos y son factores determinantes de la utilización de los servicios.

Las tasas de utilización pueden obtenerse a través de procesos estadísticos o por elaboración de datos obtenidos. Las tasas de uso están influidas por la demanda efectiva de la población bajo cobertura, y por la conducta diagnóstica-terapéutica de los prestadores de servicios de salud ya que son éstos quienes básicamente determinan qué y cómo usar los servicios, en especial los de diagnóstico y tratamiento.

Estos indicadores de utilización y consumo son tasas donde figura:

En el **numerador**: las unidades de medición estadística adoptado por cada sistema y, en el **denominador**: los beneficiarios bajo cobertura.

Entre los principales indicadores se cuentan:

- Consultas por beneficiario/año
- Egresos por 100 beneficiarios /año

- Prácticas de diagnóstico y tratamiento ambulatorias/beneficiario-año como por ejemplo: Total de determinaciones de laboratorio, radiología ambulatoria, informes histopatológicos, ecografías ambulatorias, tomografías, resonancias etc. **Ver tabla 3. Indicadores del Hospital Garrahan**

Año	2009	2008	2007	2006	2005
CamasInternación (sinHospitaldeDia)	501	501	485	471	464
Camasde CuidadosIntensivosyTrasplantes(*)	118	120	113	107	107
Nº de egresos	19.648	19.3	18.427	18.234	16.952
Promedio de Permanencia (Días)	7,42	7,5	7,64	7,42	7,48
Promedio de Ocupación (%)	89,51	89,39	88,42	88,13	87,98
Nº de consultas externas	251.767	262.851	237.936	247.211	232.171
Nº de consultas de emergencias		59.751	62.644	58.516	58.934
Entrevistasprevia	10	5.588	102.443	79.355	84.022
Ofic. Comun. a Distancia		4.119	4.088	3.652	3.125
Intervenciones Quirúrgicas					
<i>Cirugías programadas</i>	7.710	7.418	7.150		6.668
<i>Cirugías de emergencia</i>	1.941	1.808	1.637	1.501	1.269
Aspiraciones Hepáticas	12 dv y 10 dc	15 dv y 14 dc	20	31	25
Aspiraciones Renales	3 dv y 19 dc	6 dv y 37 dc	46	26	30
Aspiraciones Hematólicas (**)	35	21	16	23	20
Aspiraciones Cardíacas	3 tc y 4 impl	5 tc y 3 impl	3	2	3
Aspiraciones Pulmonares	-	2	0	1	1

Tabla 3. Indicadores del Hospital Garrahan.

Fuente: www.garrahan.gov.ar

4.5.1. ¿Qué se entiende Como monitoreo de indicadores?

De acuerdo a la definición de Donabedian (1998) e término monitoreo se trata de un neologismo procedente de la lengua inglesa cuyo empleo en el campo de la evaluación de la calidad fue descrito en muchos trabajos principalmente en el de Donabedian. Este monitoreo representa una herramienta de gestión en los sistemas de salud.

Entre los antecedentes es importante recordar el diseño del sistema de estadísticas de Salud de Obras sociales de la República Argentina. El mismo contenía 12 indicadores de salud relativos a utilización, costos, producción y calidad que debían ser elaborados analizados e informados sistemáticamente por las Obras Sociales Nacionales al Instituto Nacional de Obras Sociales para conformar una base de datos centralizada. Este sistema aún está parcialmente vigente. (Res. 1200/85, INOS; Res. 650/97, ANSAL). De acuerdo a Marracino (1998) durante las últimas décadas se produjeron cambios en los modelos contractuales entre las

entidades financiadoras y los prestadores con la aplicación de la denominada modalidad por cápita: poniendo un valor fijo mensual por cada beneficiario incluido en el contrato. Esta modalidad impulsó el desarrollo de indicadores de utilización y costos que permitieron reunir experiencias sobre sus beneficiarios.

El monitoreo es una herramienta de evaluación que dispone una organización para asegurar que sus recursos sean utilizados con el máximo de eficiencia y eficacia. Uno de los principales resultados es su rediseño como consecuencia de la identificación de los factores de perturbación. De esta forma se constituye el ciclo de Calidad descrito por Donabedian (1997) que reproduce en el sector salud el ciclo de Shewhart para las empresas: Planear, Hacer, Controlar y Actuar. La aplicación de monitoreo permite entonces disponer de información e índices derivados de los procesos administrativos, posibilitando un análisis más racional de los mismos.

5. DESARROLLO DE UN CMI PARA EL SERVICIO DE PATOLOGÍA.

El Objetivo General es analizar las modalidades de Gestión que prevalecen en el SP.

Las modalidades de gestión serán analizadas como se ha comentado precedentemente desde las cuatro perspectivas que conforman el CMI. Financiera, cliente, procesos internos y el de aprendizaje y crecimiento.

Desarrollo de objetivos específicos:

5.1 Descripción de la misión y visión del SP.

El SP ha definido su visión y misión de la siguiente manera como un conjunto de herramientas para orientar a las organizaciones, como brújula hacia el norte deseado:

Visión: "Nuestro hospital, empresa pública descentralizada, financiada por la Nación y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y con recursos obtenidos de la facturación a Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga, tiene como valores la solidaridad, equidad,

ética, eficacia y eficiencia. Orientada a la atención de pacientes pediátricos con patologías complejas, está organizado en base a cuidados progresivos y actividad interdisciplinaria. Sostendrá un alto desarrollo tecnológico y nivel científico técnico en todo su personal, prestigiando el desarrollo de la docencia y la investigación, siendo pionera en avances científicos y modelos de gestión, manteniendo como objetivos la satisfacción de los usuarios y personal, y desarrollando la gestión por procesos y objetivos”.

Misión: “Realizar informes histológicos de acuerdo a criterios internacionales vigentes del material de biopsia ,autopsia y procedimientos quirúrgicos pediátricos que se realicen dentro del hospital o que lleguen en revisión de otras Instituciones con confidencialidad y siguiendo normas internacionales aceptadas. Implementar los procedimientos y tecnologías vigentes con el fin de arribar a diagnósticos específicos así como factores predictivos. Capacitación permanente del recurso humano.

Evaluación de pacientes con un abordaje integrador interdisciplinario.

Satisfacer a nuestros usuarios los pacientes pediátricos y sus familias así como médicos que envíen material tisular para su diagnóstico, e implementar programas de mejora continua”.

5.2 Diseñar una matriz FODA del SP.

Con el objetivo de saber en qué estado se encuentra la organización del SP y poder realizar una planificación estratégica se realizó un diseño de **MATRIZ FODA** permitirá tomar decisiones acertadas al trazar la trayectoria futura de la organización. Esta herramienta es ampliamente utilizada debido a su sencillez. La sigla FODA es la sigla utilizada para examinar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, y Amenazas. Este análisis tiene múltiples aplicaciones y puede ser usado por diferentes unidades. Los criterios que se utilizan para ubicar un dato o hecho en una de estas cuatro categorías son básicamente dos: si son internos o externos a la organización y si son convenientes o inconvenientes a la misma Las oportunidades y amenazas son elementos externos a la organización que esta no puede controlar ni modificar pero si aprovechar o manejar. Las fortalezas y debilidades son factores internos que la organización si controla. Las

oportunidades y fortalezas son factores favorables en tanto que las debilidades y amenazas son desfavorables.

De lo anterior se pueden plantear las siguientes definiciones:

Fortalezas: Son las características y capacidades internas de la organización que le han permitido llegar al nivel actual del éxito y lo que lo distingue de la competencia. Con respecto al SPHG una de ellas es que se enmarca en una Institución de prestigio, con nombre propio que avala calidad y trayectoria, que el SP se trata de un centro de referencia tanto nacional como internacional particularmente de América del Sur, que el HG trabaja con apoyo en gestión de calidad con una cultura de calidad demostrado por el Premio Nacional a la Calidad, que se maneja a nivel de autogestión. Otra de las características es que tiene un doble sistema de financiación aportado por el Gobierno de la Ciudad de Bs. As. Y Nación y finalmente los salarios competitivos son los que generan incentivos a los recursos humanos para trabajar de una mejor manera.

El SP cuenta además con un equipamiento en lo referente tecnología de nivel internacional con adquisición de equipos como analizadores de imágenes, microarrays, microscopios de última generación, equipo de 5 cabezales para la observación de 5 patólogos al mismo tiempo para la discusión de casos, autostainer o procesador de IHQ automatizado entre otros, gracias a la activa participación de jefatura en la gestión del proceso de compras.

Debilidades: son las características y capacidades internas de la organización que no están en el punto que debieran para contribuir al éxito. Dentro de la evaluación del SPHG se hallan los siguientes puntos a saber: los procesos internos no están bien definidos, se cuenta con un sistema informático antiguo con el que no es posible hacer búsquedas previas, consultas, utilizar datos estadísticos por lo que se debe realizar de manera manual de una manera o modo artesanal. El Soft vigente no se encuentra aún en red con el hospital.

Con respecto al departamento de Finanzas no contamos con datos propios del SP, todo lo que respecta desde pedidos de insumos, gastos etc., se encuentra integrado a área de laboratorio central por lo que resulta imposible evaluar el área financiera de nuestro servicio. Otras de las debilidades que se han advertido es la no evaluación de los clientes partiendo de una falta de definición de lo que representan nuestros clientes. Y, la última pero no menos importante es la dificultad en trabajar en grupo dentro del SP.

Dificultad en la integración laboral entre profesionales médicos y técnicos para conformar un real equipo de salud que podría atribuirse a: las diferencias de objetivos, la no visualización de un cambio en el SP de gestión, probablemente a una falta de formación en gestión tanto en las carreras de técnicos y de médicos, y la no exigencia por las instituciones en los niveles de coordinación y /o conducción.

Oportunidades: son aquellos factores externos a la organización que esta puede aprovechar para obtener ventajas competitivas. La organización no los controla y no dependen de esta. Dentro de las oportunidades observadas se encuentra el RRHH, en el último periodo se ha observado la presencia de personal que muestra interés en la gestión, la gestión hospitalaria ha realizado capacitaciones diversas en Maestrías en Economía y Gestión, Especializaciones, cursos de facilitadores de calidad, entre otros.

El hecho que el grupo de trabajo tenga distintas antigüedades (desde más de 20 años a 2 años) hace que las nuevas camadas puedan ser capacitadas por el personal con más experiencia. Personal con interés y capacitación en nuevas tecnologías como biología molecular. Con respecto los clientes y particularmente el cliente interno se observa fidelización. Se trata de los médicos de los diferentes servicios del hospital que envían las muestras al SP como parte de los protocolo de trabajo y estudio diagnóstico de los pacientes. Contamos con un departamento de Estadística lo que permite obtener datos tales como GRD, días camas y otros indicadores que se utilizan en las arenas de la gestión. Uno de los puntos más importantes que representa una oportunidad de cambio es el apoyo de jefatura y direcciones médicas.

Ha habido continuidad en esta jefatura en la formación y entrenamiento de los RRHH médicos y histotécnicos en nuevas tecnologías: Banco de tumores, Microarrayas, Reacción en cadena de la polimerasa, FISH, Trasplante de intestino. Se adquirieron por el hospital y PAE (Programa de áreas estratégicas) equipos de alta generación y se está renovando toda la planta de microscopios y Macropath (equipo analizador de imágenes) etc. solicitado en el año 2007 y 2008).

Amenazas: son aquellas situaciones que presenta el entorno externo a la organización, que no puede controlar pero le pueden afectar desfavorablemente y en forma relevante. En general las oportunidades pueden convertirse en amenazas si su efecto es negativo. Entre las amenazas que podrían presentarse podemos encontrar la falta de adecuación a

la innovación tecnológica (sistema informático) y de gestión sanitaria, la discontinuidad o falta de capacitación en nuevas tecnologías) y de gestión sanitaria.

Se podría observar también la falta de fidelización de los clientes internos. Otros de los puntos importantes que representa una amenaza es el cambio de jefatura de servicio próxima (en dos años) lo que podría llegar a generar roces, cambios y movilización con respecto los RRHH. (Ver Gráfico 4. Resumen de Matriz FODA)



la innovación tecnológica (sistema informático) y de gestión sanitaria, la discontinuidad o falta de capacitación en nuevas tecnologías) y de gestión sanitaria.

Se podría observar también la falta de fidelización de los clientes internos. Otros de los puntos importantes que representa una amenaza es el cambio de jefatura de servicio próxima (en dos años) lo que podría llegar a generar roces, cambios y movilización con respecto los RRHH. **(Ver Gráfico 4. Resumen de Matriz FODA)**

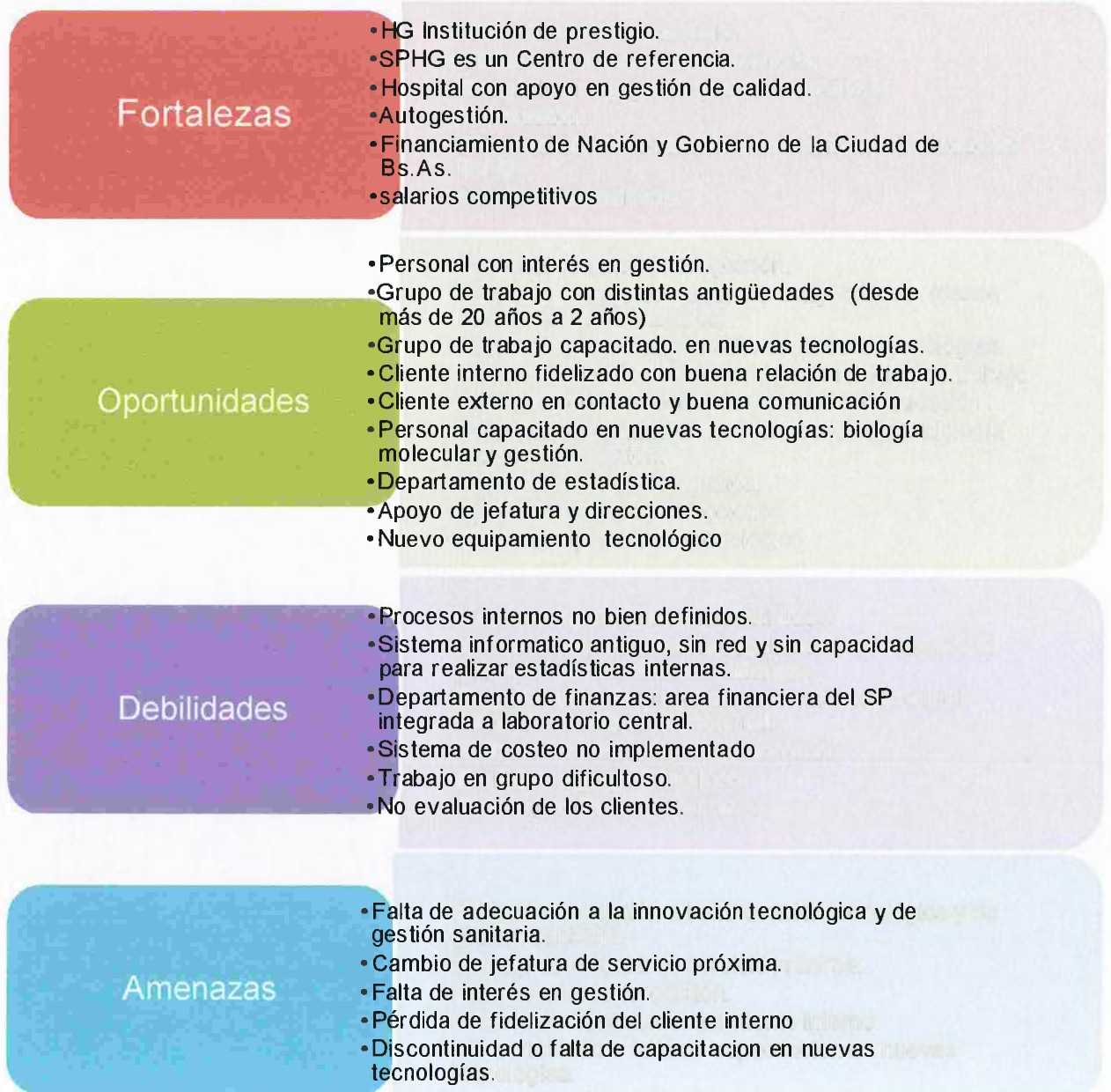


Gráfico 4. Resumen de matriz FODA.
Fuente: elaboración propia

5.3 Describir la organización funcional del SP dentro del hospital.

Como se describió precedentemente el organigrama del SP tiene una jefatura (área de conducción) y depende en forma directa de la Dirección Asociada de Atención Pediátrica, que depende de la Dirección Médica Adjunta. Esta dirección y la Dirección Medica Administrativa dependen de la Dirección Médica Adjunta quien depende del Consejo de Administración (ver estructura del Hospital). El SP depende directamente de la Dirección Asociada de Atención Pediátrica (**ver gráfico 5**) y pertenece al macroproceso de diagnóstico y tratamiento del HG. (**Ver gráfico 6**)



OyM
2

Estructura del Hospital:

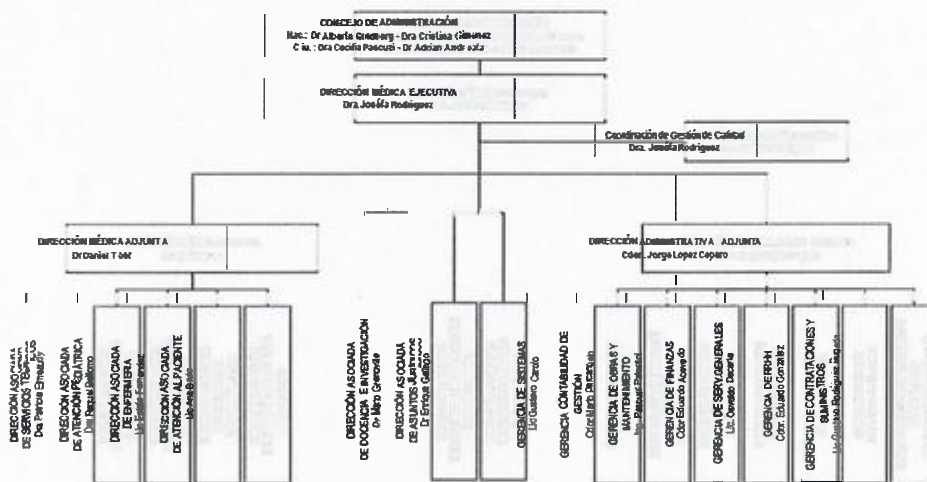


Gráfico 5. Organigrama del Hospital Garrahan. Estructura de direcciones.
Fuente: Departamento de Organización y Métodos

Mapa de Procesos del Hospital

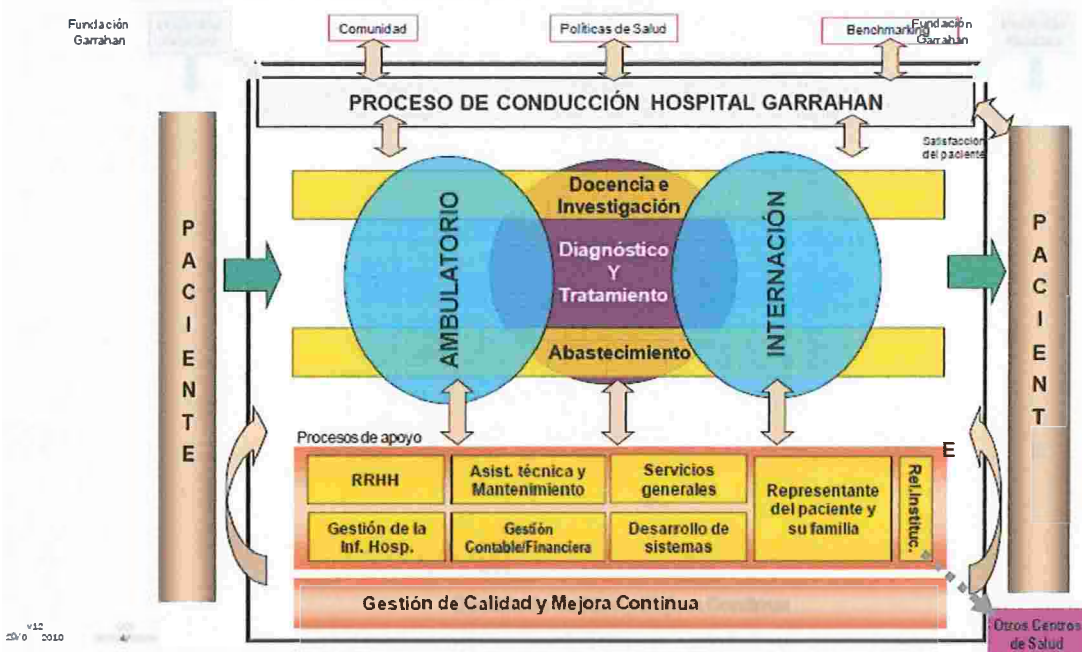


Gráfico 6. Mapa de procesos del hospital Garrahan

Fuente: Departamento de Organización y Métodos

El SP está conformado por una jefatura a cargo de la Dra. M T G de Dávila. De la misma dependen 26 personas, 8 médicos patólogos. Realizan funciones de diagnóstico histopatológico de biopsias, piezas operatorias, material en consulta y autopsias infantiles. Dentro de las funciones además se realizan actividades de docencia y formación participando en ateneos interdisciplinarios con el resto de los Servicios del Hospital entre los que están pautados: oncología, gastroenterología, hepatología, trasplante hepático, renal, y pulmonar, así como el interno de patología. Asimismo participan en la formación de postgrado brindando apoyo a las Carreras del Curso Superior de Oncología, Hepatología, Gastroenterología y de Patología. Los patólogos realizan diagnósticos con

días asignados de guardia en el que deben resolver las congelaciones intraoperatorias. Todos los patólogos están formados para resolver patologías de distintas subespecialidades pero no obstante la mayoría tienen afinidades a determinadas subespecialidades y participan activamente en grupos de trabajo.

El SP cuenta además con un Residente (postbásico) y un becario que dependen de la jefatura del Servicio y del Área de Docencia e Investigación (D.A.D.I.).

El área técnica está organizada con una supervisión técnica quien se encarga fundamentalmente de suministro de insumos y otra supervisión de RRHH quien se encarga de coordinar las tareas histotécnicas de las áreas de rutina, inmunohistoquímica, histoquímica, enzimática muscular, inmunofluorescencia y biología molecular. Son 8 técnicos en total con estas dos supervisiones. Cuenta además con un Auxiliar quien se encarga de mantener el archivo (tacoteca) ordenado, búsqueda de material de laboratorio Central, orden del depósito del SP, etc. El SP cuenta además con tres técnicos evisceradores que son los encargados de realizar las evisceraciones de los cuerpos en caso de autopsias y entregar los mismos a los familiares una vez finalizada la misma. El área administrativa está conformado por dos secretarias quienes realizan funciones de atención al paciente o familiar, ingreso del material en la recepción, tpeo de biopsias, realización de estadísticas mensuales y archivo de copias de informes. El área administrativa si bien ejerce su trabajo dentro del área de patología tiene una dependencia superior del área de registros médicos. El sector limpieza esta tercerizado. **(Ver Gráfico 7)**

El personal a cargo tiene una carga horaria de 42 horas semanales distribuidas de lunes a viernes.

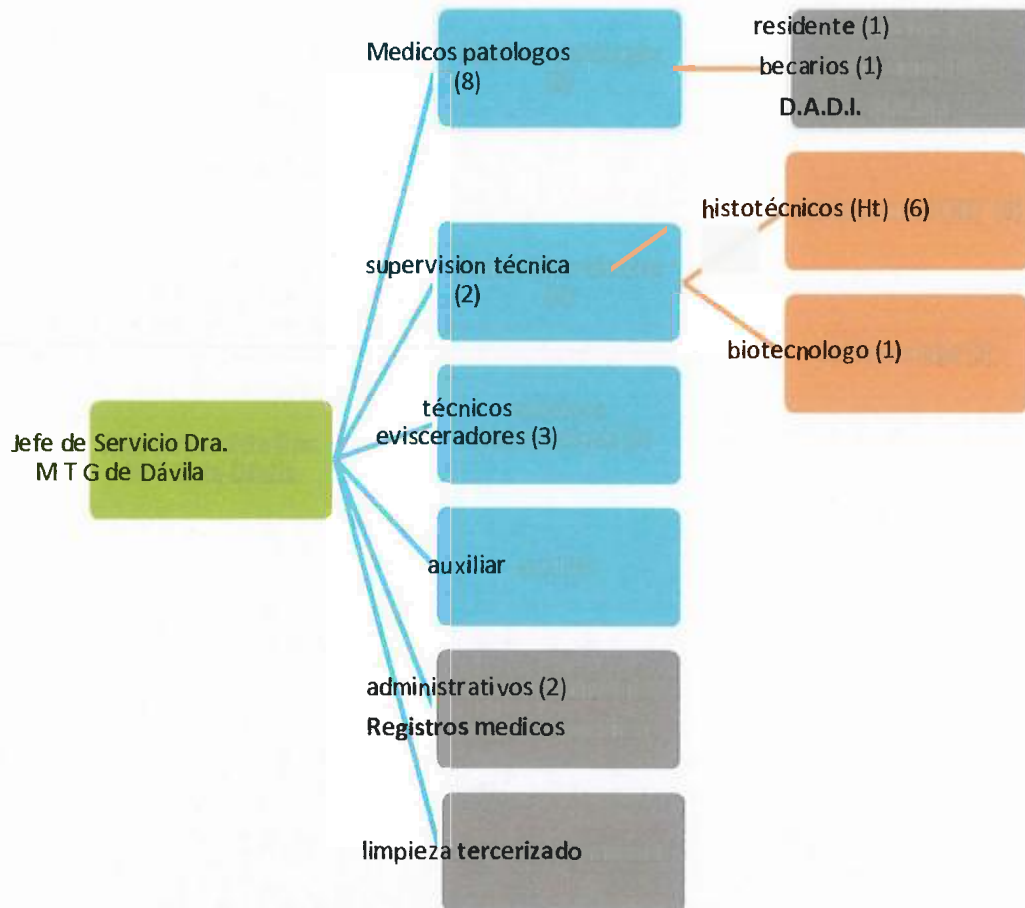


Gráfico 7. Organigrama del Servicio de Patología

Fuente: elaboración propia

5.4 Estudiar la dimensión financiera actual.

Con respecto a la organización financiera se llevó a cabo una entrevista con el gerente de finanzas del Departamento de Finanzas con el que se pudo comprobar que el SP no cuenta con un sistema centralizado de organización financiera sino descentralizada en el Área de Laboratorio Central del que depende todo el hospital que solicita insumos. Este ítem ha sido una de las grandes limitantes de la presente investigación.

El Departamento de Finanzas solo cuenta con los datos de solicitudes de insumos del SP. Por tal motivo comenzaron a realizarse reuniones periódicas entre el área financiera y el SP en el que se planteó la problemática surgiendo un grupo organizado de trabajo con el objeto de trabajar en la realización de costeo por procesos que se verá reflejado en la tesis próxima de construcción del CMI del SPHG.

5.5 Describir a los usuarios que forman parte del circuito del SPHG.

Con el fin de describir a los usuarios que forman parte del circuito del SPHG se utilizaron dos variables quedando conformado por los *clientes internos* y los *clientes externos*. Los *clientes internos* son los médicos de los servicios internos del hospital que envían material para realizar los diagnósticos.

La fuente utilizada para su obtención es secundaria a través de la revisión del libro de registro de entrada del SP. Para su estudio se realizó un diagrama de Pareto con una descripción de aquellos servicios o categorías que representen entre el 70 al 80% (frecuencia acumulada) del total de los que envíen material al SP para su estudio. Fue revisado durante el período enero 2010 a enero 2011. En el mismo podemos apreciar que el Servicio de Cirugía (General y Neurocirugía) representa el área que acumula aproximadamente el 50% de los casos seguido en frecuencia por el Servicio de Endoscopía gastrointestinal con un 13%, dermatología con un 7% y el servicio de Hemato-Oncología con el envío de biopsias de medulas óseas con un 6.5%. Todas estas áreas son las que representan de acuerdo con el diagrama de Pareto aproximadamente el 80% del material enviado. (Ver diagrama 8 y distribución en el Gráfico 9).

	casos	casos acumulados	% casos acumulados
cirugía	2319	2319	49.43
endoscopia GI	605	2924	62.33
dermatología	339	3263	69.55
hemato-oncología	337	3600	76.74
consulta	305	3905	83.24
PBR	140	4045	86.22
trasplante h	131	4176	89.02
endosc respirat	84	4260	90.81
BT	83	4343	92.58
LCR	69	4412	94.05
CIM	62	4474	95.37
musculos	50	4524	96.43
higado	44	4568	97.37
ginecología	38	4606	98.18
IF	28	4634	98.78
autopsias	24	4658	99.29
intervencionismo	24	4682	99.80
ME	9	4691	100
	4691	4691	100

Gráfico 8. Tabla de Pareto. Distribución de Áreas o Servicios que ingresan material al SP.

Fuente: elaboración propia.

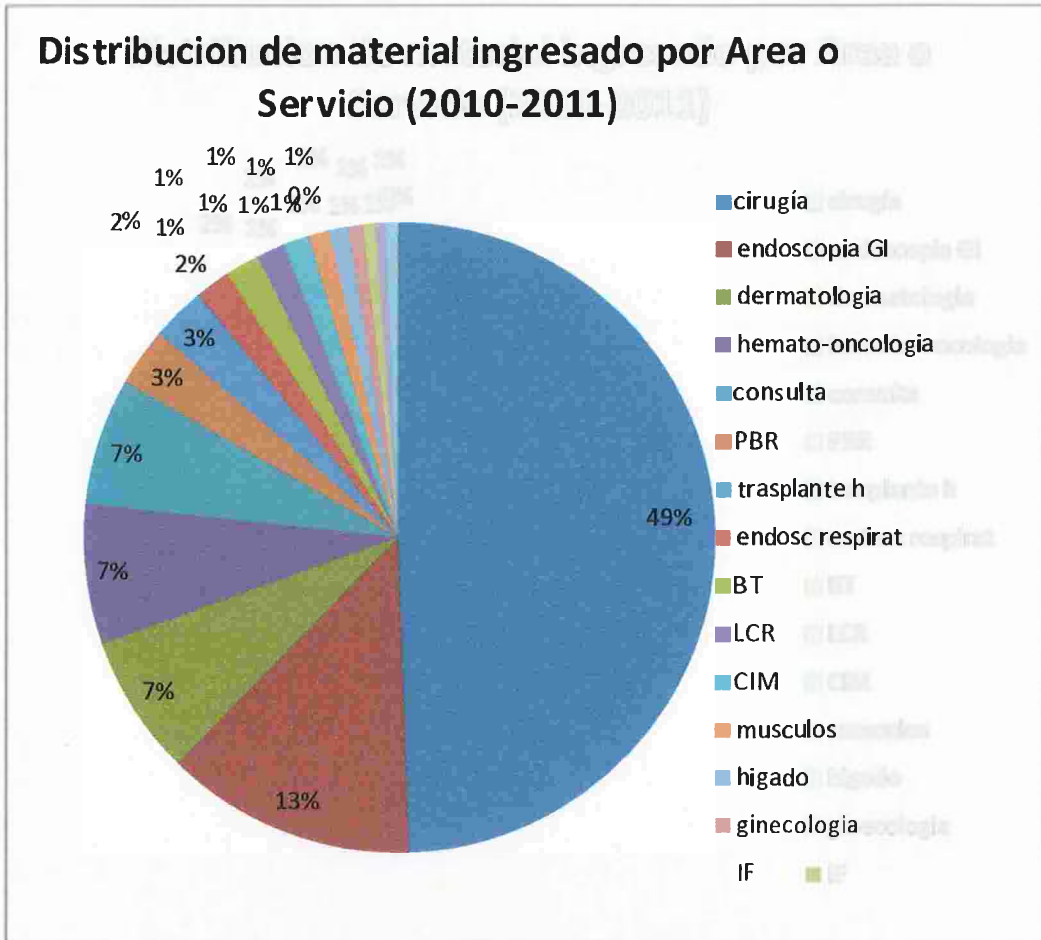


Gráfico 9. Distribución de material ingresado al SP.

Fuente: elaboración propia.

El **cliente externo** es el familiar del paciente ya que trabajamos con una población infantil de hasta 15 años motivo por el cual las personas que traen material para estudio histopatológico o retiran informes del SP son los familiares, generalmente madre, padre o aquella persona autorizada para su retiro. Se consideran también aquellos médicos que envían material para su interconsulta o revisión de caso que ha sido diagnosticado en forma previa por otro patólogo o Institución y el material enviado a través del Programa de Comunicación a distancia.

5.6 Evaluar la satisfacción del usuario.

Con respecto a la evaluación de los usuarios se decidió evaluar a los clientes internos ya que estos representan al 93% del material que ingresa al SP. La satisfacción del **cliente interno** se evaluara mediante una fuente primaria como la realización de encuestas a los jefes de los servicios y médicos pertenecientes a los servicios citados. Se entregaron encuestas por servicio que de acuerdo a la tabla de Pareto realizada los servicios de mayor demanda al SP son los de Cirugía General, Neurocirugía, Trasplante hepático, Hemato-Oncología, Dermatología y Gastroenterología. Como parte del estudio de ha entregado cinco encuestas a cada servicio. (**Ver base de encuesta en Anexo**).

De las mismas se desprende la siguiente información. Fue respondida por 22 personas todos ellos médicos representando el 73% constituido por los Servicios de Cirugía General, Trasplante hepático, Gastroenterología y Hemato-Oncología.

El 81.8% está conforme con el SP. El 68% considera que los diagnósticos son realizados en tiempo. Con respecto a los días de entrega de informes el 68% dicen que reciben los informes entre 7 y los 14 días , un 18% dentro de los 7 días y un 13% en más de 14 días. El 100% envía casos para resolver de urgencia, dentro de los que el 41% se informan en el día y el 45.5% al otro día.

El 82% considera que el tiempo de espera para el informe definitivo estuvo bien.

Todos conocen a los médicos del SP, tienen contacto y reciben devoluciones de los informes histopatológicos.

Con respecto a la calificación global de SP dentro de 0-10 puntos fue la siguiente: fue calificado con 6 puntos en un 4.5%, con 7 puntos en un 22.7%, con 8 puntos en un 54.5% y con 9 puntos en un 18.2%.

Se indagó además con respecto al trato tanto del área administrativa, médica y técnica : el 84% respondió que fue muy buena en general (**Ver Gráfico 10**)

Trato de diferentes sectores del SP

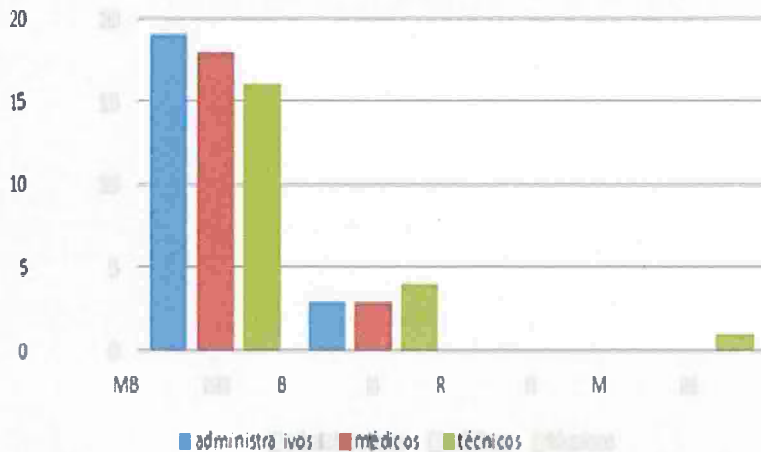


Gráfico 10. Trato de diferentes sectores del SP.

Fuente: encuestas a clientes internos

Abreviaturas: MB: muy bueno, B: bueno, R: regular, M: malo.

5.7 Describir los procesos internos prevalentes.

Los procesos asistenciales tienen que estar traducidos en una relación causa-efecto, que origine un mapa de trabajo para guiar el modelo de gestión a implementar que refleje la complejidad de los distintos componentes, siempre en un enfoque integrador con la visión del conjunto de la Organización.

Los procesos del SP serán enumerados y detallados a continuación. La fuente que se utilizó para la obtención de los mismos es la observación directa, reuniones de grupos de trabajo por área y parte de la información obtenida es secundaria utilizando el Manual de Procedimientos del SP cuya versión fue realizada en el año 2003. El SP forma parte del Macroproceso de Diagnóstico y Tratamiento del HG.

Entre los procesos internos se pueden detallar los siguientes: **Ver Gráfico 11 y 12** de mapa de procesos del SP parte I y II.

Administrativo

Ingreso de Biopsias en Secretaría.

Tipeo de diagnóstico preliminar.

Tipeo de diagnóstico final.

Entrega de resultados.

Archivo de copias de informes.

Macroscopía: muestra en fresco y fijada en formol

Fijación y Decalcificación.

Descripción y diagnóstico macroscópico.

Iconografía.

Registro en cuaderno de biopsias del área técnica.

Guarda de reserva temporal.

Procesamiento

Procesamiento Automático y Manual

Inclusión/ Re inclusión: **Taco de parafina (subproducto 1)**

Corte.

Coloración. **Preparado H-E (Subproducto 2)**

Montaje.

Rotulación.

Control al microscopio.

Archivo temporal.

Limpieza de equipos.

Entrega y registro.

Diagnóstico Preliminar

Estudio microscópico de luz.

Consultas pre- informe.

Discusión de casos.

Archivo.

Solicitud de técnicas adicionales de diagnóstico: Biología molecular, inmunomarcación, técnicas especiales.

Diagnóstico final

Estudio microscópico.

Búsquedas de bibliografía, actualización internet.

Lectura de Historia clínica.

Informe/ firma.: **Pre-informe (Subproducto 3)**

Codificación y fechado.

Firma: **Informe final (Producto final)**

Devolución.

Ateneos.

Archivo de tacos y preparados

Capacitación Docencia e investigación

Abastecimiento y compras

Calidad

MAPA PROCESOS SERVICIO PATOLOGÍA

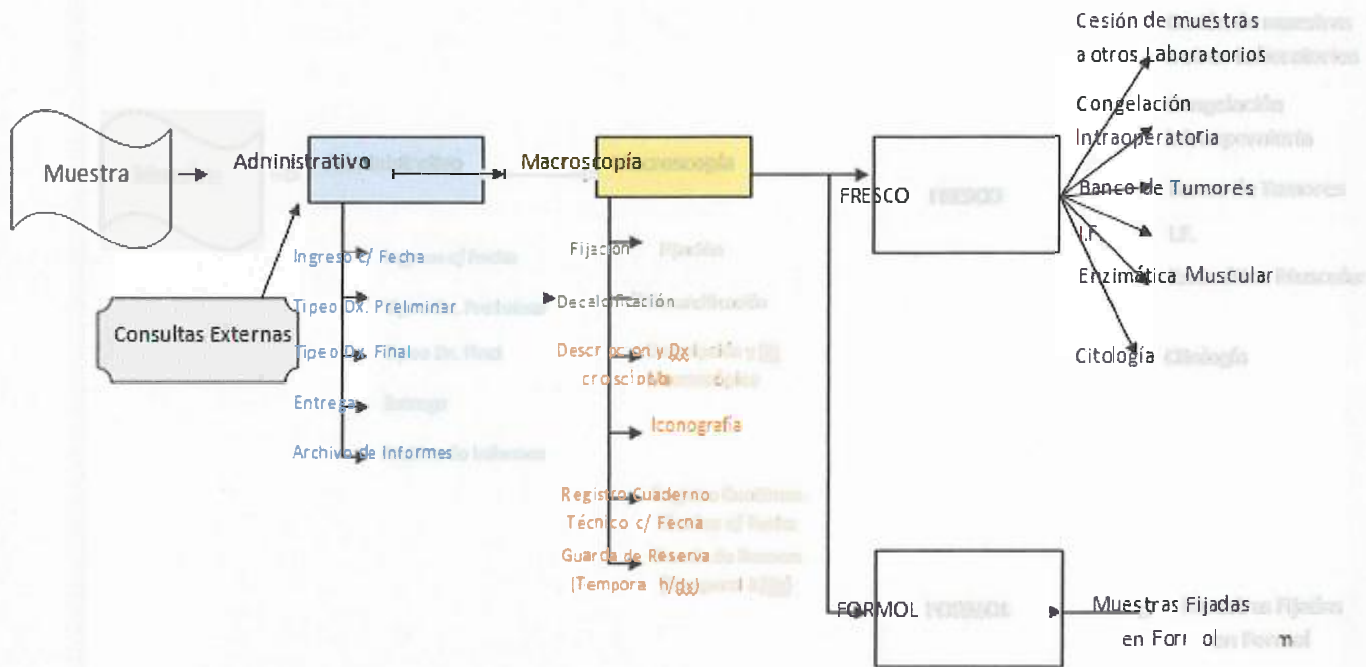


Gráfico 11 Mapa de procesos generales del SPHG (parte I)

Fuente: elaboración propia

PROCESO: MUESTRAS FIJADAS EN FORMOL

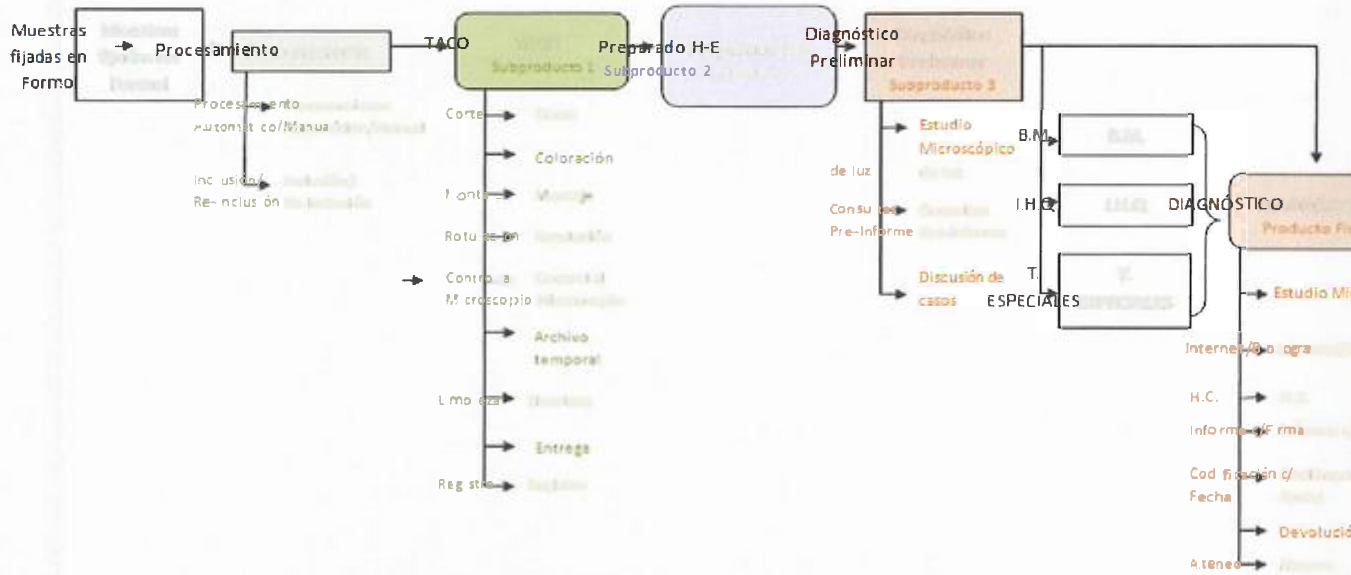


Gráfico 12 Mapa de procesos generales del SPHG (parte II)

Fuente: elaboración propia

Descripción general de los procesos internos

1-ADMINISTRATIVO



Ingreso de Biopsias en Secretaría. Las Biopsias son recepcionadas según Instructivo: Las biopsias deben llegar rotuladas con los datos del paciente (Sticker autoadhesivo) en frasco con boca ancha o envuelto en bolsa. Se reciben junto a la Solicitud de Estudio en un formulario de ingreso.

Las Biopsias No Fijadas, en Fresco, son recepcionadas en Secretaría según Instructivo. Se reciben en fresco de banco de tumores, inmunofluorescencia, congelación intraoperatorias, trasplante hepático, renal y de enzimática muscular.

Una vez controlado, se le asigna un Número de Ingreso, o número de protocolo teniendo que contar con datos clínicos completos del paciente, datos del profesional que lo solicita, sello del mismo, y teléfono de la unidad de internación. Debe contar además con datos clínicos que sirven para la interpretación del caso en estudio.

El número de asignación está conformado por los 2 últimos dígitos del año en curso, y el número de orden que comienza con el Nº1, con la primera biopsia del año. Ej.: 02-001, 02-1245.

Este número será registrado en el **libro foliado, de ingreso de biopsias** con los datos del: paciente, médico patólogo que le corresponde el diagnóstico, del médico solicitante, tipo de material, fecha de ingreso, fecha de egreso del diagnóstico, firma de la persona que retira el diagnóstico.

Este número será registrado en la parte superior derecha de la solicitud de estudio.

Posteriormente se rotula el frasco del material con el número de protocolo asignado

Se coloca todo el material ingresado en una caja que retirara el residente/becario diariamente para pasar al siguiente proceso.

Tipeo de diagnóstico preliminar. Una vez que el patólogo ha informado el caso se lo entrega a secretaria para que sea ingresado al Sistema Informático de Registro de Datos de Pacientes del Hospital. (SIG). Se realiza el tipeo y se le entrega al médico patólogo una impresión del "pre informe" que el médico patólogo corregirá o asentirá. A cada médico patólogo se la ha asignado una carpeta en el que se colocan todo el pre informes.

Tipo de diagnóstico preliminar y final. El personal administrativo realiza las correcciones pertinentes al pre informe en SIG e imprime el diagnóstico final que se coloca en la carpeta para que el médico patólogo lo firme. Los casos oncológicos llevan dos copias, los casos de neurocirugía y los de trasplante hepático tres copias.

Entrega de resultados. Las copias son entregadas a los médicos y familiares que lo soliciten firmando el retiro del mismo en el libro foliado de ingreso de biopsias. Los médicos que retiran los informes son los responsables que agregar el mismo en la historia clínica.

Archivo de copias de informes. Se archivarán los originales de todos los informes que se realicen por número.

2.- MACROSCOPIA



Descripción y diagnóstico macroscópico.

Iconografía.

Registro en cuaderno de biopsias del área técnica.

Guarda de reserva temporal.

Descripción y diagnóstico macroscópico: Los médicos residentes/ becarios con la guía de los médicos patólogos "dan entrada" al material con la realización de la descripción del Diagnóstico Macroscópico, junto con un Técnico eviscerador, que escribe la descripción diagnóstica macroscópica y prepara el material para encapsular. El diagnóstico macroscópico está conformado por la descripción detallada del material que se recibe

como el tamaño, forma, coloración, peso, etc. Descripción detallada de formaciones neoplásicas, nodulares, quísticas etc. con su tamaño respectivo y distancia al margen quirúrgico de la resección. Las piezas oncológicas tienen protocolos de entrada específicos de cada uno de acuerdo a criterios internacionales vigentes entre los que se encuentran del Colegio Americano de Patólogos, La Organización Mundial de la Salud, entre otros. Las autopsias se realizan de la misma manera dentro del área asignada autopsias que se ubica dentro del SP. El estudio de las mismas tiene una sistemática particular y un protocolo de entrada específico.

Posteriormente el diagnóstico se escribe al reverso del formulario de solicitud de patología consignando las iniciales del residente-becario que dieron ingreso ese día al material, la fecha y la cantidad de tacos que se han ingresado. Se llenara además la solicitud de petición de técnicas consignando nombre del patólogo responsable, fecha, número de protocolo y técnicas a solicitar desde las de rutina, técnicas especiales o de inmunohistoquímica.

Las cápsulas son rotuladas con el número de protocolo en la base de las mismas, dicho rótulo debe ser escrito con lápiz de grafito duro, para que no se borre con los líquidos a los que va a ser sometido.

Las Biopsias encapsuladas se colocan dentro de 2 frascos con distintos fijadores, rotulados como Formol al 10%, donde se encuentran las piezas en general, o alcohol 96º, donde se encuentran las biopsias pequeñas como por ejemplo las biopsias endoscópicas. Dichos frascos son trasladados hasta el cuarto de inclusión y dejados al lado del procesador a las 16 hs.

Un histotécnico las distribuye en los Procesadores de acuerdo con el tipo de material y cantidad de material que haya ingresado ese día.

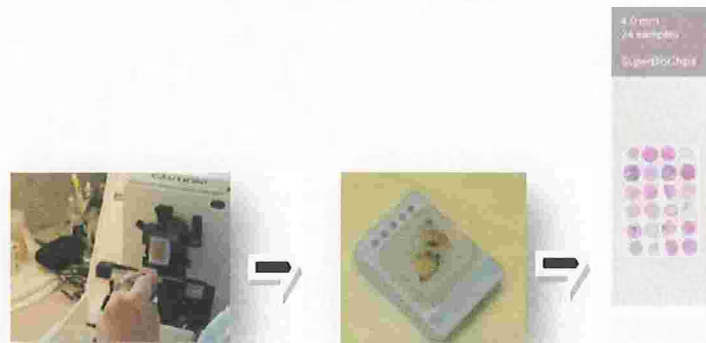
Registro: Una vez entregado el material el residente/becario ingresa los datos de las solicitudes de estudios por número de protocolo al *Registro de Biopsias del área técnica* que consta de los siguientes ítems: Número de protocolo, fecha, órgano, cantidad de tacos realizados y letras asignadas al mismo, solicitud de técnicas histológicas, médico patólogo a cargo y por último la fecha de entrega por el área técnica.

Dicho registro es utilizado por el área técnica para identificar el material que ingresa diariamente y realizar las técnicas solicitadas H-E y/o técnicas especiales.

Guarda de Reserva de Material de Macroscopía: Reserva es el material proveniente del tejido que no se utilizó para la realización de las capsulas seleccionadas. Dicho material de reserva se guarda en los estantes de la sala de Macroscopía que se encuentran ordenados por número de izquierda a derecha, de arriba para abajo.

Descarte del material de Reserva. Una vez que el material de reserva fue informado los Técnicos evisceradores lo descartan, y recuperan los envases, los cuales son remitidos a los lugares donde enviaron las muestras.

3- PROCESAMIENTO



Procesamiento Automático y Manual: Se trata del procesamiento de las capsulas con tejidos que fueron seleccionadas durante el proceso de Macroscopía. El SP cuenta con 3 procesadores automáticos. El circuito dura 12 hs. El procesamiento manual se realiza por un técnico, el proceso demora 4 hs y es utilizado para procesar aquellas biopsias urgentes como por ejemplo las provenientes de trasplante hepático, trasplante de medula ósea. La técnica de procesamiento de las biopsias consisten en:

- a. Fijación.
- b. Deshidratación.
- c. Aclaramiento.
- d. Impregnación.

- a. Fijación: mantener las estructuras morfológicas preservando las estructuras moleculares.
- b. Deshidratación: consiste en la extracción de agua de la pieza, a través de la utilización de alcoholes en graduación creciente para que los sitios ocupados por el agua los ocupe el alcohol.
- c. Aclaración con solvente orgánicos: se retira de los sitios ahora ocupados por el alcohol y los ocupa con el solvente orgánico que es hidrofóbico y misible con las parafinas quitando todo exceso de agua y preparando el tejido para ser penetrado por el medio de inclusión.
- d. Impregnación.

Inclusión/ Re inclusión: Del proceso de inclusión la resultante es el **Taco de parafina (subproducto 1)**. Los medios de inclusión para microscopía óptica son derivados del petróleo, parafinas en sus formas simples o complementadas con polímeros, o polímeros sintéticos puros. Todas ellas tienen un punto de fusión cercano a los 60°C, es decir son líquidos a 57 /60 °C, y endurecen a medida que baja la temperatura dando consistencia al material que ahora tiene todos los sitios que originalmente ocupaba el agua embebidos con parafina. La necesidad de que el material endurezca es para realizar cortes de aproximadamente 5 micrones (um).

Las biopsias se encuentran procesadas dentro del Procesador Automático. Se retiran del mismo siguiendo las instrucciones de uso del Procesador correspondiente. Son colocadas dentro de la cámara de parafina del centro de Inclusión. Se selecciona un molde de acero inoxidable de acuerdo al tamaño de la muestra. Los moldes se encuentran dentro de la cámara térmica de la parte superior derecha del centro de inclusión. Existen distintos tamaños de moldes, que serán utilizados según el tamaño de la muestra. Se toma una cápsula de la cámara de parafina, se abre, y se desprende la tapa del cuerpo. Se descarta la tapa. Se elige un molde, el molde se coloca debajo del dispensador de parafina permitiendo que una pequeña cantidad de parafina entre en él, formando una base. Se coloca la muestra, teniendo en cuenta que la cara que mira la base de la cápsula mire la base del molde. Esta será la cara de corte del taco de parafina.

- a. Fijación: mantener las estructuras morfológicas preservando las estructuras moleculares.
- b. Deshidratación: consiste en la extracción de agua de la pieza, a través de la utilización de alcoholes en graduación creciente para que los sitios ocupados por el agua los ocupe el alcohol.
- c. Aclaración con solvente orgánicos: se retira de los sitios ahora ocupados por el alcohol y los ocupa con el solvente orgánico que es hidrofóbico y misible con las parafinas quitando todo exceso de agua y preparando el tejido para ser penetrado por el medio de inclusión.
- d. Impregnación.

Inclusión/ Re inclusión: Del proceso de inclusión la resultante es el **Taco de parafina (subproducto 1)**. Los medios de inclusión para microscopia óptica son derivados del petróleo, parafinas en sus formas simples o complementadas con polímeros, o polímeros sintéticos puros. Todas ellas tiene un punto de fusión cercano a los 60°C, es decir son líquidos a 57 /60 °C, y endurecen a medida que baja la temperatura dando consistencia al material que ahora tiene todos los sitios que originalmente ocupaba el agua embebidos con parafina. La necesidad de que el material endurezca es para realizar cortes de aproximadamente 5 micrones (um).

Las biopsias se encuentran procesadas dentro del Procesador Automático. Se retiran del mismo siguiendo las instrucciones de uso del Procesador correspondiente. Son colocadas dentro de la cámara de parafina del centro de Inclusión. Se selecciona un molde de acero inoxidable de acuerdo al tamaño de la muestra. Los moldes se encuentran dentro de la cámara térmica de la parte superior derecha del centro de inclusión. Existen distintos tamaños de moldes, que serán utilizados según el tamaño de la muestra. Se toma una cápsula de la cámara de parafina, se abre, y se desprende la tapa del cuerpo. Se descarta la tapa. Se elige un molde, el molde se coloca debajo del dispensador de parafina permitiendo que una pequeña cantidad de parafina entre en él, formando una base. Se coloca la muestra, teniendo en cuenta que la cara que mira la base de la cápsula mire la base del molde. Esta será la cara de corte del taco de parafina.

Se rellena el molde con parafina y se coloca la base de la cápsula para que quede pegada sobre el molde. Se coloca sobre la plancha fría a la izquierda en el centro de inclusión. Se quita el exceso de parafina ya solidificado. Una vez que los tacos están fríos, la cápsula se desprende sola del molde, quedando el taco con la cara de corte hacia arriba y la base con la cápsula rotulada del taco de parafina.

Una vez incluidos todos los tacos, se encuentran sobre la placa fría del Centro de Inclusión, registran los tacos realizados al *Cuaderno de salida de biopsias*, donde se coloca: fecha, número de protocolo, y el número total de tacos, que ese día salieron de los procesadores.

Para la orientación en la inclusión los técnicos deben respetar las marcas, muescas o coloraciones con tinta chica que ha realizado el Patólogo durante el proceso de Macroscopía. Existen orientaciones especiales para diferentes tejidos como biopsias endoscópicas, piel, biopsias que muestran una luz, etc.

Todas estas indicaciones están explicadas en el manual de procedimientos.

Procedimiento de Corte: Los tacos se encuentran enfriados en la placa fría, del cuarto de microtomía. Se los toma de a uno y se colocan dentro de la morsa del micrótopo. Se rotula un portaobjeto con diamante, el número de protocolo que posee el taco, y la técnica que se va a realizar. En caso que sea para H-E no se especifica la técnica.

Se desgasta el taco con deslizamientos de la navaja sobre él. Una vez encontrado toda la superficie de la biopsia, colocar un cubo de hielo para enfriar nuevamente. El tiempo de enfriamiento dependerá del tipo de material a cortar. Los materiales más duros requieren mayor enfriamiento. Programar el automático del micrótopo con el espesor deseado, en general 4 o 5 μm . Retirar el cubo de hielo y secar con gasa seca. Deslizar el porta navaja, que ya posee la navaja adecuada al tipo de material, sobre el taco de parafina que se encuentra desgastado, presionado por la morsa y extraer un corte de parafina.

Estirar con pincel (limpio) el corte. Colocarlo en agua fría, estirarlo con el pincel, evitar burbujas en debajo del corte. Montarlo sobre el portaobjetos y colocarlo en el baño de flotación térmico, estirarlo con pincel y montarlo definitivamente sobre el portaobjetos. Colocar el portaobjetos dentro de una canasta de coloración.

Colocar la canasta de coloración con todos los cortes realizados dentro de la estufa a 57°C hasta que se encuentren totalmente adheridos.

Los cortes de parafina que están destinados a técnicas especiales o inmunohistoquímica, permanecerán en la estufa hasta el día siguiente que los histotécnicos encargados de esa tarea los retiren.

Se realiza en forma sistemática el corte del material incluido en el taco de parafina y dependiendo del tamaño del material se realiza una serie de cortes de manera tal que quepan dentro del portaobjetos. En general se realizan entre 3 y 4 cortes de muestras pequeñas y 1 o 2 en aquellas muestras de mayor tamaño. En casos especiales de acuerdo a protocolos internos establecidos en el caso del retinoblastoma subíndice A (tumor) se realizan 5 cortes , 1 en cada portaobjetos con el fin de poder evaluar correctamente la salida del nervio óptico ya que éste constituye uno de los criterios pronósticos más importantes. De la misma manera se realizarán 6 cortes de aquellas muestras de biopsias de hígado para trasplante hepático y renal y 50 cortes de aquellas biopsias por succión enviadas con el objetivo de evaluar las células ganglionares en neonatos a fin de descartar la enfermedad de Hirschprung. De manera tal que no todo taco se corresponde con un corte de parafina ni con un preparado histológico.

Los datos de cada taco de parafina que se cortan son volcados a la *planilla de producción* correspondiente a manera de registro.

En dicha planilla se registra Nº de taco, cantidad de portaobjetos utilizados, cantidad de portaobjetos con carga, cantidad de tacos, nombre del histotécnico, y fecha, con un espacio para observaciones.

Coloración con hematoxilina y eosina (H-E): Los cortes se encuentran en la estufa de 57°C del cuarto de microtomía. Una vez que se encuentran pegados, se retiran de la estufa. Se colocan en la batería de coloración del cuarto de microtomía, donde se desparafinará, con 2 cambios de xilol de 5 minutos cada uno, se hidratará con alcoholes 100°C y 96°C, cambios de 5 minutos cada uno.

Se lavan con agua destilada proveniente de la cañería local, y se coloreara con Hematoxilina 5 minutos. Se vira con agua corriente durante 10 minutos. Colorear con Eosina al 5% en solución acuosa. Lavar en agua corriente. Hidratar con alcoholes de graduación creciente 96° dos cambios de 5 minutos, y 2 de 100° de 5 minutos cada uno. Aclarar con xilol 2 cambios de 5 minutos. El subproducto obtenido o **subproducto 2 es el preparado H-E.**

Los cortes realizados son registrados en el cuaderno de registro de biopsias, donde se coloca la fecha de realización en la última columna, y el nombre del HT que lo ha realizado.

Montaje: Montar con cubreobjetos adecuado y medio sintético (bálsamo).

Rotulación. Los cortes coloreados con H-E son etiquetados o remarcados con lápiz marcador indeleble. Son colocados en bandejas correspondientes al médico patólogo asignado.

Control al microscopio: Los histotécnicos antes de la entrega al patólogo realizan una visualización al microscopio de luz de los preparados histológicos realizados.

Archivo temporal: Luego de terminar con los cortes diarios los histotécnicos archivan en las cajas asignadas a tal fin los tacos que se han cortado en forma numérica ascendente.

Limpieza de equipos: Se limpiarán los equipos que han sido utilizados en el día, desparafinandolo y descartando las navajas. Se cubren posteriormente con fundas para preservar el equipo.

Entrega y registro: Se entregan los cortes preparados histológicos realizados al patólogo responsable conjuntamente con la solicitud de pedido que fue realizada durante el proceso de Macroscopía. Se registra la fecha de entrega en el cuaderno de *Registro de biopsias del área técnica*.

4- DIAGNÓSTICO PRELIMINAR Y FINAL

Estudio microscópico de luz: El mismo es realizado por el médico patólogo y está conformado en ordenar los preparados histológicos que son entregados al patólogo quien los junta con las boletas de solicitud de diagnóstico histopatológico. Durante esta fase se lee atentamente cada una de las boletas de solicitud con los datos que figuren en la misma y se hará una primera visualización al microscopio óptico generando de esta manera una primera aproximación diagnóstica de la cual surgirá la necesidad o no de técnicas adicionales para su diagnóstico definitivo. Posteriormente el patólogo le entrega los preparados y boletas al becario/residente para que realice su tarea de formación y describa la microscopía.

Consultas pre- informe: se trata de las consultas que son realizadas a los médicos patólogos del pre informe que va realizando así como la investigación de datos clínicos, de imágenes entre otros para ayudar a su diagnóstico final.

Discusión de casos: Se trata de la discusión de casos con médicos de distintas especialidades que atienden al paciente sobre cada caso en particular.

Solicitud de técnicas adicionales de diagnóstico: Se trata de la solicitud vehiculizado por una orden de solicitud de Biología molecular e inmunomarcacion. En el caso de solicitar técnicas especiales así como nuevos cortes, desgastes y reorientaciones que el patólogo solicita a fin diagnóstico deberá anotarlas en la planilla de solicitud de técnicas especiales en el área técnica.

5- DIAGNOSTICO FINAL

Estudio microscópico: Es el estudio que realiza el médico patólogo con los datos clínicos obtenidos, el estudio microscópico con el o los preparados H-E y técnicas adicionales de diagnóstico como técnicas especiales, inmunomarcacion o biología molecular sumado a la interpretación diagnóstica propia de la especialidad. Se realiza una descripción microscópica con los detalles histológicos que se aprecian a la microscopia con todas las observaciones relativas a protocolos o clasificaciones estandarizadas internacionales que en el campo de la patología pediátrica están conformados por la Sociedad Internacional de Patología Pediátrica (SIOP), Colegio Americano de Patólogos (CAP), Organización Mundial de la Salud (WHO), entre otros.

Búsquedas de bibliografía, actualización internet: se trata de búsqueda bibliográfica y actualización del tema en cuestión.

Lectura de las Historias clínicas :Es la búsqueda de las historias clínicas para tener información clínica. Se debe concurrir al departamento de archivo, solicitar la historia clínica y devolverla tras su utilización. Cada médico posee un número asignado para tal fin

Informe/ firma: Se realiza con todo un Diagnóstico Preliminar (**Subproducto 3**) en el que consta el diagnóstico macroscópico, descripción histológica y diagnóstico final. Pueden haber notas exploratorias o interpretaciones diagnósticas. Se escribe todo en el reverso de la solicitud de estudio histopatológico.

Codificación y fechado: Posteriormente se firma el informe realizado, se codifica la prestación y se le coloca la fecha de diagnóstico. Continúa con el proceso administrativo

en el que se realiza el tipeo en el Soft SIG del HG y se entrega una copia al patólogo para su firma definitiva.

Firma: Se realiza la firma del **Informe final (Producto final)** en dos copias para ser entregado al familiar y ser adjuntado a la historia clínica.

Devolución: Se trata de la devolución del informe al servicio o medico tratante.

Ateneos: Es la reunión con el médico o medico tratante en el cual se discute el caso y se realiza la actualización del tema así como la discusión de los diagnósticos diferenciales.

5-ARCHIVO



Es el proceso mediante el cual todo el material constituido por preparados histológicos y tacsos son archivados en cajas metálicas con cajones asignados a tal fin en forma ordenada y numérica ascendente. La tarea es llevada a cabo por un auxiliar. Los patólogos le entregan diariamente el material que han utilizado y este es ordenado de la forma descripta.

6-CAPACITACION Y DOCENCIA

Es el proceso a través del cual los RRHH se forman en determinadas áreas ya sea con asistencia a Congresos y Cursos de actualización, Especializaciones, Maestrías en el cual adquieren nuevas herramientas en determinadas áreas relativas o no a su formación tanto médica como técnica.

Es parte también de este proceso los ateneos interdisciplinarios y discusiones de casos que se realizan con fines diagnósticos.

Las rotaciones en áreas específicas forman parte también de la capacitación.

El proceso de capacitación es un ida y vuelta por lo que la formación con los becarios y residentes diaria así como la asistencia a los rotantes que pasan por los servicios es considerada también una actividad docente.

7- ABASTECIMIENTO Y COMPRAS

El proceso de abastecimiento comienza con la necesidad de insumo que puede ser de dos tipos: necesidad programada (uso habitual) y no programada (de acuerdo a necesidad). Estos últimos se solicitan con una antelación de 6 meses que es el tiempo que demora el proceso de abastecimiento del hospital.

El seguimiento de los expedientes de compras se realiza a través del sistema SIG RED (lunita) en el que se puede constatar en qué estado está el pedido. A través de este sistema se realiza la descarga semanal de insumos que se encuentran asignados al depósito del SP. El SP hace los pedidos a través de los centros de pedido: Farmacia (medicamentos), Laboratorio (reactivos), Esterilización (descartables), Centro Quirúrgico (insumos) y lámparas para microscopios, etc. a Tecnología Médica, mantenimiento, etc.

El modelo de abastecimiento de insumos asistenciales del HG funciona como un modelo centralizado conformado por dos grandes áreas de trabajo: la asistencial conformada por Centros de Pedido que administran los materiales que el hospital adquiere y el área administrativa donde la Gerencia de Contrataciones y Suministros realiza el llamado a licitación, la apertura de las ofertas presentadas, el cuadro comparativo de ofertas y remite al Centro de Pedido solicitante para que el profesional calificado de cada Servicio decida cuál es la oferta más conveniente tomando como parámetros de decisión principalmente el precio y la calidad de los insumos. Los Centros de Pedidos se encargan de la administración integral de los materiales que el hospital adquiere, y toda la Organización conoce con certeza que solo a ese Centro de Pedido se los puede requerir y en el mismo sentido ese Centro de Pedido, únicamente puede administrar los elementos que se le asignaron. Atienden los requerimientos de los usuarios, establecen las características técnicas de los ítems que administran, emiten las Solicitudes de Compra en función de la relación entre existencias y consumo (punto de pedido) y administran los depósitos.

8-CALIDAD

Gestión de calidad: Actualmente se está trabajando en este proceso en el Área de Banco de Tumores del SP para el mismo se definieron puestos de trabajo, procesos, se diseñó un mapa de procesos, se evaluaron clientes y proveedores, se diseñaron planes de contingencia ante futuros eventos entre otros. Actualmente está en el proceso final pre auditoria a los fines de la certificación con Normas ISO9001. La idea futura una vez certificado el Banco de Tumores es la certificación del SP en su conjunto.

5.8 Evaluar procesos internos a través de indicadores en marcha.

Los indicadores que están siendo utilizados hasta el momento son los de producción. Dentro de la clasificación descrita en el presente trabajo se trata de indicadores de **utilización y de consumo**. Entre estos podemos contar con la producción de tacos de parafina y diferentes técnicas que se realizan dentro del SP. Las mismas se desprenden de planillas de producción mensual (**Ver tabla 4 y 5**) que se organizan posteriormente en presentaciones anuales (**Ver tabla 6**) y son comparadas con la de años anteriores. Se desprende además de este gráfico como se incrementa la producción entre el año 2009 y 2010 tanto en tacos cortados, técnicas especiales e inmunomarcación reflejando un crecimiento continuo. (**Ver Gráfico 13**).

Se puede apreciar en las mismas que se trata de un servicio de alta producción (17.200 tacos anuales) no solo de procedimientos de rutina sino otros de alta complejidad diagnóstica interpretado como aquellos que requieren técnicas de inmunomarcación y biología molecular (para diagnóstico y pronóstico) así como enzimática molecular muchas de las cuales no cuentan en otras instituciones tanto públicas como privadas de adultos o infantiles. Estas técnicas de alta complejidad representan aproximadamente el 50% del volumen de la producción. Estos datos de producción interna (cantidad de tacos procesados de parafina, cantidad de técnicas especiales, cantidad de inmunomarcaciones, cantidad de técnicas de biología molecular y otros) cuando se cruzan con la cantidad de informes finales emitidos (5600 anuales) se pueden calcular índices que pueden ser utilizados como indicadores de complejidad. Se describirán posteriormente en descripción de indicadores.

Otro de los indicadores de complejidad es la cantidad de H-E / cantidad informes mensuales o anuales ya que los casos complejos y aquellas neoplasias que han recibido

quimioterapia requieren una evaluación exhaustiva con protocolos específicos y mapeos de las piezas operatorias con amplios muestreos de las piezas quirúrgicas y que además se requiere de médicos patólogos especializados en patología infantil que sepan interpretarla.

Área Técnica Producción 2010												
	Tacos rutin	Tacos IHQ	Tec. Es ec	IHQ Rut.	IHQ Musc	Histo Mus	IF	FISH	CISH	EBER	MUSCULOS	
ENERO	1240	200		391	22	53	130	9		5		2
	Total Tacos	1444	452	TotalIHQ	466			Total Molec.	24			
FEBRERO	853	149		487	1	91				9	4	
	Total Tacos	1008	414	TotalIHQ	507	55		Total Molec.	13		2	
MARZO	1183	140		398	21	451	95			91		4
	Total Tacos	1329	528	TotalIHQ	484			Total Molec.				
ABRIL	1012	86		620	10		60	62				3
	Total Tacos	1274	553	TotalIHQ	690	55		Total Molec.	65			9
MAYO	1085	112		453	64		99	37		4		
	Total Tacos	1197	439	TotalIHQ	616	30		Total Molec.	41			10
JUNIO REAL	1265	342		452	39	44		51		8		5
	Total Tacos	1607	520	TotalIHQ	535	80		Total Molec.	59			
JUNIO - Diferencia MAYO	Tacos rutin diferencia 228	Tacos IHQ difer:24	Tec. Espec	IHQ Rut.	IHQ Musc dif: 63	Histo Mus	IF	FISH	CISH	EBER	MUSCULOS	
	Total Tacos	1835	544	TotalIHQ	638	80		Total Molec.	81		5	

Tabla 4. Producción área técnica 2010 (parte I)

Fuente: Supervisión técnica SP

Área Técnica
Producción 2010

	Tacos rutin.	Tacos IHQ	Tec. Es ec.	IHQ Rpt.	IHQ Musc	Histo Mus	IF q	FISH	CISH	EBER	MUSCULOS
JULIO	1160	132		546	22	46		41		12	
	Total Tacos	1292	505	Total IHQ	614	105	Total Molec.	53			3
AGOSTO	1488	204		577	19	88		18		8	
	Total Tacos	1696	588	Total IHQ	684	Total Molec.	26				6
SEPTIEMBRE	209			57		55		49	50	3	
	Total Tacos	1623	565	Total IHQ	626	Total Molec.	51				6
OCTUBRE	1223	157		568	27	33		68		5	
	Total Tacos	1383	486	Total IHQ	628	80	Total Molec.	73			4
NOVIEMBRE	237			43	29	59		24		7	
	Total Tacos	1669	485	Total IHQ	519	Total Molec.	31				4
DICIEMBRE	836	177		477	103	55		16		7	
	Total Tacos	1453	487	Total IHQ	635	Total Molec.	23				2

Tabla 5. Producción área técnica 2010 (parte II)

Fuente: Supervisión técnica SP

2010	TACOS	TÉCNICAS ESPECIALES	IHQ	IF	E.MUSCULAR	BIOLOGÍA MOLECULAR
ENERO	1440	452	466	130	2	24
FEBRERO	1008	414	507	55	2	13
MARZO	1329	528	464	95	4	9
ABRIL	1274	553	690	55	9	65
MAYO	1197	439	616	30	10	41
JUNIO	1835	544	698	80	5	81
JULIO	1292	505	614	105	3	53
AGOSTO	1696	588	684	70	6	26
SEPTIEMBRE	1623	565	626	50	6	51
OCTUBRE	1383	486	628	80	4	73
NOVIEMBRE	1669	485	519	60	4	31
DICIEMBRE	1453	487	635	50	2	23
TOTAL	17199	6046	7147	860	57	490

Tabla 6. Estadística de producción del SP año 2010

Fuente: Supervisión técnica SP

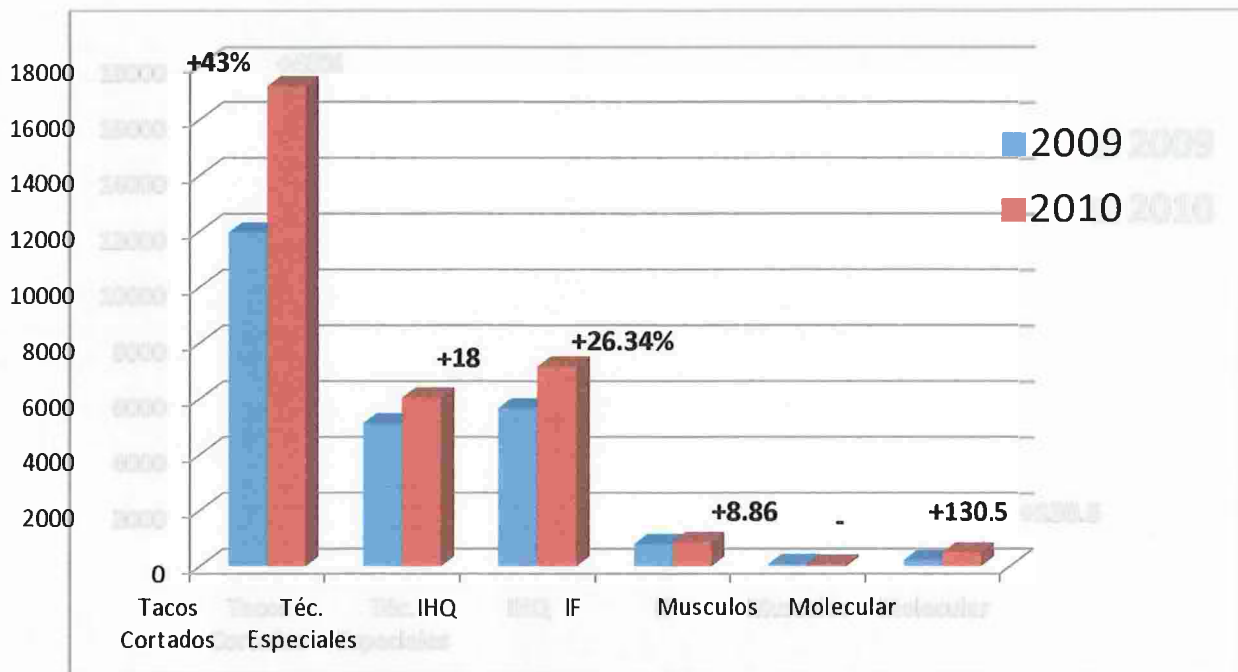


Gráfico 13. Comparación entre indicadores de producción año 2009-2010.

Fuente: Supervisión técnica SP

Como se puede ver en los datos precedentemente descritos los indicadores son de los productos intermedios (tacos de parafina producidos) pero también se evalúa la producción de producto final (output) que son los informes de patología.

Se realiza además estadística de la producción de informes histopatológicos observándose en el año 2010 una producción de 5626 informes. (Ver Tabla 7)

	b. simple	b. quirúrgico	b. tumores	endoscopia	pinzas	b. músculo	autopsi	BAL	punción	citología	IF	IHQ	molecular	fish	me. especia	consult.	revisión	total		
enero	19	101	36	17	74	36	22	2	4	0	26	109	391	0	24	0	462	51	1	1395
febrero	1	101	71	12	100	26	2	6	4	0	9	55	623	4	9	0	44	69	6	1522
marzo	18	91	60	4	91	37	4	1	6	8	26	95	464	9	19	0	528	7	1	1469
abril	17	41	91	17	39	39	9	1	7	0	24	55	690	3	64	0	553	55	4	1789
mayo	24	61	86	21	78	27	9	1	3	0	23	30	453	4	37	0	485	23	9	1304
junio	87	87	79	18	68	52	5	0	2	0	16	80	698	8	78	0	544	77	3	1895
julio	41	58	30	6	70	20	3	5	5	0	17	106	614	12	41	0	505	57	0	1589
agosto	42	143	58	17	74	40	6	4	13	7	23	70	684	8	18	0	588	43	8	1846
septiembre	29	122	126	27	123	79	6	1	16	0	27	50	626	3	51	0	585	37	1	1888
octubre	47	87	32	6	34	23	4	1	5	16	20	80	628	5	68	0	486	26	1	1549
noviembre	37	162	52	20	172	58	4	2	6	1	22	60	519	7	24	0	485	119	16	1766
diciembre	25	156	61	16	78	30	2	1	1	7	16	50	635	7	16	0	487	55	6	1649
promedio	330833333	101688887	651688887	1508333333	8341688887	331968887	6333333333	2183333	6	325	2075	6916887	5854167	583333333	3683333	0	5018333	5158333	46888887	631833
total	397	1220	782	181	4871001	25	78	39	249					44	2	0		619	56	5626

Tabla 7: Producción mensual del SP de informes histopatológicos. Año 2010.

Fuente: elaboración propia.

5.9 Describir plantel de recursos humanos y metodologías utilizadas para su evaluación.

El plantel de recursos humanos ya fue definido en el punto 5.3 en el que se describe la organización funcional del SP dentro del HG. Como parte del estudio de los mismos se realizó una encuesta de satisfacción (**ver Anexo**) así como un relevamiento de los cursos y capacitaciones realizadas durante el año 2010 al personal del SP:

La encuesta fue respondida por el 70.4% del personal del SP. Entre ellos el 31.6% fueron médicos, el 62.3% histotécnicos, 10.5% becarios y residentes, un 10.5% completaron el datos.

El 61% cree que su tarea es reconocida adecuadamente de acuerdo a su conocimiento y el 66% considera que el trabajo se realiza en equipo. El 90% tiene deseos de venir a trabajar. Dentro de las causas de estrés en el trabajo la distribución fue muy pareja destacándose las malas contestaciones (16%), el exceso de trabajo y la falta de compañerismo (11.11%) así como los pedidos fuera de horario, equipos que no funcionan y las urgencias (8.33%).

Dentro de las situaciones de buen trato también la distribución resulto pareja destacándose el compañerismo, relación entre los colegas, el agradecimiento de médicos y contar con el material necesario para trabajar (14.5%), siguiendo en frecuencia la flexibilidad de los horarios en un 13%.

Con respecto al ausentismo el 31.6% no ha faltado en el último año, el 36.8% hasta 2 veces y el 31.6% 3 o más veces, 1 de ellos con licencia prolongada por enfermedad. El 94% no ha sufrido ningún accidente laboral.

Cuando se les ha preguntado sobre la satisfacción global el 36.8% la considera muy buena, el 47.3% buena, el 5.26% regular. Las causas de la misma están basadas en el 23.8% en el buen desarrollo profesional, en un 19% por tener trabajo y pago en término, 16.6% por estar en un lugar reconocido, 7.14% por estar en un ambiente cómodo y tener capacitación permanente. Dentro de las causas negativas figuran en un 11.9% la desigualdad entre los compañeros, 5% la falta de consideración, 4.76% falta de

remuneración adecuada y 2.38% ambiente desfavorable de trabajo y falta de motivación.
(Ver Gráfico 14)

Nivel de satisfacción del SP

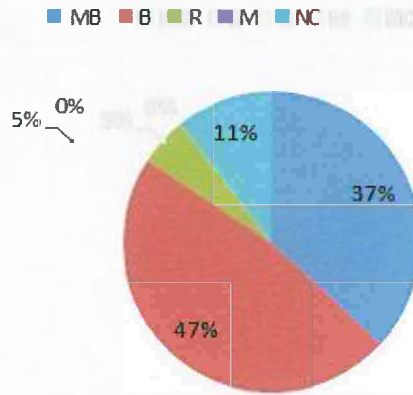


Gráfico 14. Nivel de satisfacción del SP

Fuente: encuesta a RRHH del SP

Abreviaturas: MB: muy bueno, B: bueno, R: regular, M: malo, NC: no contestó

Se indago además al personal sobre la capacitación y cursos realizados durante el año 2010 observándose que el grupo que más se capacita son los médicos con asistencia a congresos de la especialidad entre 2 a 4 por año cada uno de los mismos, cursos de más de 20hs 3 médicos al año. Dos médicos realizaron especializaciones uno en medicina legal y otro en Economía y Gestión de la Salud en ISALUD. Dos médicos y dos técnicos realizaron cursos que se dictan dentro de la institución, dos de base de datos y uno de Seguridad e higiene y uno en Facilitadores de Calidad.

5.10 Describir indicadores.

De acuerdo a los datos estudiados durante el presente trabajo surge la necesidad de seleccionar indicadores factibles a ser evaluados de acuerdo a herramientas disponibles y trazabilidad los cuales van a ser encasillados dentro de las cuatro perspectivas pertenecientes al CMI. A continuación se describen en

cuadros dentro de los cuales se detalla el nombre del indicador, que mide ese indicador, el proceso que mide, el origen de los datos, quien es el responsable de la obtención de los mismos y de su registro, el objetivo asociado, el período de revisión y si existen o no tareas asociadas al mismo. Posteriormente a manera de tabla se pueden observar a los indicadores seleccionados agrupados de acuerdo a las cuatro perspectivas del CMI vinculados a los objetivos, metas asociados a cada uno de los mismos y las iniciativas que se plantearon durante la realización del presente trabajo. (**Ver tabla 8**)

INDICADOR 1

Nombre del indicador	Tiempo de entrega de informes
Qué mide	Tiempo total de diagnóstico en días
Proceso que mide	Administrativo, Macroscopía, Procesamiento técnico y Diagnóstico final.
Origen de los datos, responsable de identificar los valores y de entregarlos a calidad	Origen de los datos: Libro de Actas de Secretaría; Informes histopatológicos (fecha de impresión) (Administrativo). Responsable: administrativo (manual) Cargar datos en columna asignada del libro de Actas de Secretaría.
Responsable del registro en el formulario de acopio de información	Administrativo
Objetivo asociado	Acortar el tiempo de entrega de informes al 50%.
Período de revisión	Mensual

Tareas Asociadas:

Registro en libro de actas y análisis mensual.

INDICADOR

Nombre del indicador	Proporción de casos complejos en base a tacos producidos
Qué mide	$\frac{\text{Tacos producidos /mes}}{\text{Cantidad de informes finales}} \times 100 =$
Proceso que mide	Diagnóstico final.
Origen de los datos, responsable de identificar los valores y de entregarlos a calidad	Origen de los datos: datos estadísticos (área técnica) y datos estadísticos administrativos Médico con interés en gestión
Responsable del registro en el formulario de acopio de información	Médico con interés en gestión
Objetivo asociado	Calcular la proporción de casos complejos que se estudian
Período de revisión	Mensual
Tareas Asociadas:	
	Registro en base de datos y análisis mensual.

INDICADOR 3

Nombre del indicador	Proporción de casos complejos en base a IHQ
Qué mide	cantidad de IHQ/mes $\frac{\quad}{\quad} \times 100 =$ Cantidad de informes finales
Proceso que mide	Diagnóstico final.
Origen de los datos, responsable de identificar los valores y de entregarlos a calidad	Origen de los datos: datos estadísticos (área técnica) y datos estadísticos administrativos Médico con interés en gestión
Responsable del registro en el formulario de acopio de información	Médico con interés en gestión
Objetivo asociado	Calcular la proporción de casos complejos que se estudian con IHQ
Período de revisión	Mensual
Tareas Asociadas:	Registro en base de datos y análisis mensual.

INDICADOR4

Nombre del indicador	Proporción de casos complejos con estudio de biología molecular
Qué mide	Proporción de determinaciones de biología molecular /mes X100+ Cantidad de informes finales
Proceso que mide	Diagnóstico final.
Origen de los datos, responsable de identificar los valores y de entregarlos a calidad	Origen de los datos: datos estadísticos (área técnica) y datos estadísticos administrativos Médico con interés en gestión
Responsable del registro en el formulario de acopio de información	Médico con interés en gestión
Objetivo asociado	Calcular la proporción de casos complejos que se estudian con Biología molecular
Período de revisión	Mensual
Tareas Asociadas:	
Registro en base de datos y análisis mensual.	

INDICADOR5

Nombre del indicador	Modernización de equipos
Qué mide	Cantidad de equipos adquiridos en los últimos 5 años (2005-2010) a) Equipamiento diagnóstico b) Equipamiento de procesamiento c) Otros equipos: ejemplo: aires acondicionados
Proceso que mide	Abastecimiento y compras
Origen de los datos, responsable de identificar los valores y de entregarlos a calidad	Base de datos
Responsable del registro en el formulario de acopio de información	Jefe de Servicio
Objetivo asociado	Calcular la modernización de los equipos
Período de revisión	Quinquenal.
Tareas Asociadas:	Registro en base de datos y análisis quinquenal

INDICADOR 6

Nombre del indicador	Capacitación del RRHH
Qué mide	Cantidad personas que realizan de cursos de capacitación o formación /año x100=
Proceso que mide	
Origen de los datos, responsable de identificar los valores y de entregarlos a calidad	Base de datos de capacitación del personal a realizarse por médico del servicio con interés en gestión
Responsable del registro en el formulario de acopio de información	Médico con interés en gestión
Objetivo asociado	Calcular la proporción de personal en formación continua
Período de revisión	Anual
Tareas Asociadas:	Registro en base de datos y análisis anual.

INDICADOR 7

Nombre del indicador	Tiempo insumido en docencia y ateneos
Qué mide	Cantidad de tiempo en hs. de ateneos y casos en discusión/mes
Proceso que mide	Diagnóstico final y capacitación
Origen de los datos, responsable de identificar los valores y de entregarlos a calidad	Base de datos de capacitación del personal a realizarse por médico del servicio con interés en gestión
Responsable del registro en el formulario de acopio de información	Médico (ver anterior)
Objetivo asociado	Calcular la cantidad de casos en los que se realizan ateneos y discutir casos
Período de revisión	Mensual
Tareas Asociadas:	Registro en base de datos y análisis mensual de tipo de ateneo, cantidad de personas participantes, cantidad de servicios participantes.

INDICADORES

Nombre del indicador	Publicaciones en revistas de prestigio por médicos del servicio.
Qué mide	Cantidad de publicaciones/año
Proceso que mide	Capacitación
Origen de los datos, responsable de identificar los valores y de entregarlos a calidad	Base de datos de capacitación del personal a realizarse por médico del servicio con interés en gestión
Responsable del registro en el formulario de acopio de información	Médico responsable (ver anterior)
Objetivo asociado	3 publicaciones anuales en el servicio
Período de revisión	Anual
Tareas Asociadas:	Registro en base de datos y análisis mensual.

INDICADOR9

Nombre del indicador	Capacitación del RRHH en el exterior
Qué mide	Cantidad personas que realizan rotaciones fuera del país en temas específicos/año
Proceso que mide	Capacitación
Origen de los datos, responsable de identificar los valores y de entregarlos a calidad	Base de datos de capacitación del personal a realizarse por médico del servicio con interés en gestión
Responsable del registro en el formulario de acopio de información	Médico (ver anterior)
Objetivo asociado	Calcular la proporción de personal en formación continua.
Período de revisión	Anual
Tareas Asociadas:	Registro en base de datos y análisis mensual.

INDICADOR 10

Nombre del indicador	Costeo por proceso
Qué mide	Costo por cada uno de los procesos internos
Proceso que mide	Financiero
Origen de los datos, responsable de identificar los valores y de entregarlos a calidad	Procesos internos, Departamento de Finanzas y Costos.
Responsable del registro en el formulario de acopio de información	Departamento de Finanzas
Objetivo asociado	Calcular el costo de cada proceso.
Período de revisión	mensual
Tareas Asociadas:	Registro en base de datos y análisis mensual.

INDICADOR 11

Nombre del indicador	Resultante por profesional y por actividad
Qué mide	Producción, tiempo en emitir informes, otras tareas realizadas , capacitación
Proceso que mide	Desempeño del profesional
Origen de los datos, responsable de identificar los valores y de entregarlos a calidad	Base de datos a realizarse por cada profesional y entregado a la jefatura.
Responsable del registro en el formulario de acopio de información	Médico dedicado a gestión
Objetivo asociado	Estimular el mejor desempeño profesional
Período de revisión	Anual
Tareas Asociadas:	Registro en base de datos y análisis anual.

INDICADOR 12

Nombre del indicador	Certificación de Calidad Normas ISO 9001 en Banco de Tumores
Qué mide	Calidad
Proceso que mide	Gestión de calidad
Origen de los datos, responsable de identificar los valores y de entregarlos a calidad	Auditoría interna y externa
Responsable del registro en el formulario de acopio de información	Responsable de gestión de calidad del Banco de tumores y Jefe de Servicio
Objetivo asociado	Certificación de calidad en el SP
Período de revisión	Anual
Tareas Asociadas:	Procesos internos.

	INDICADOR	OBJETIVOS	METAS	INICIATIVAS
FINANCIERO	Costeo por procesos	Realizar costeo mensual	Definir procesos	Grupo de trabajo con Dto. De Finanzas
Clientes	Resultante por profesional y por	Mejorar la producción	Tablas de producción	Base de datos con análisis de cada uno

	actividad	Conocer las actividades	mensual	de los RRHH
RRHH	Capacitación del RRHH	RRHH capacitado	Dos cursos anuales	Estimular crecimiento
	Publicaciones en revistas/año	RRHH competitivo	Tres publicaciones anuales en el servicio	Estimular crecimiento
	Tiempo insumido en docencia y ateneos	Documentar tareas de docencia	-	Documentar en base de datos toda tarea de docencia
	Capacitación del RRHH en el exterior	RRHH capacitado temas específicos	Una a dos capacitaciones anuales en el servicio	-
PROCESOS	Tiempo de entrega de informes	Disminuir tiempo de entrega al 50%	Disminuir tiempo de entrega de estudios simples 7 días.	Diseñar proceso de mejora en entrega de informes
	Proporción de casos complejos en base a tacos producidos	Evaluar complejidad	Crecimiento	Calcular índice de complejidad para costeo y otros
	Proporción de casos complejos en base a IHQ	Evaluar complejidad	Crecimiento	Calcular índice de complejidad para costeo y otros
	Proporción de casos complejos en base a biología molecular	Evaluar complejidad	Incrementar complejidad	Calcular índice de complejidad para costeo y otros
	Modernización de equipos	Contar con equipamiento de alta tecnología	Compra de 1-2 equipos/año	-
	Certificación de Calidad Normas ISO 9001 en Banco de Tumores	Certificación de Calidad	Auditorías internas y externas	Trabajo en equipo de gestión de calidad

Tabla 8: Indicadores para CMI

Fuente: elaboración propia.

6. CONCLUSIONES.

Las conclusiones con respecto al presente trabajo van a ser descriptas en base a las cuatro perspectivas que fueron detalladas en el mismo, la financiera, la del cliente, la de los procesos internos y la de los RRHH. En el presente estudio se realizó un análisis de un servicio de apoyo de un hospital público, descentralizado con activa participación en gestión. En la nueva era que estamos viviendo los jefes de servicio, gerentes o personas afectadas con interés en gestión además de sus conocimientos técnicos y sus habilidades tienen que incorporar la competencia en RRHH, concepción de costos, en la gestión por procesos, en la evidencia científica entre otras.

Para la evaluación propuesta de acuerdo a lo analizado anteriormente es fundamental favorecer una visión conjunta del objetivo perseguido así como la visión, misión y esta herramienta de gestión de trabajo que es el CMI.

Desde el punto de vista de los procesos el SPHG es un servicio que maneja alta complejidad de casos y es un centro de referencia de la patología, procesa alrededor de 17.200 tacos anuales en lo que refiere a definir el subproducto 1 hasta la emisión de 5600 informes diagnósticos o producto final. En dicho proceso se reconocen muchos subprocesos. Se realizan como parte de los estudios técnicas de alta complejidad diagnóstica como inmunomarcación con 7147 determinaciones anuales y biología molecular con 500 determinaciones anuales lo que lo posiciona como centro de alta complejidad diagnóstica. Es un servicio en activo crecimiento con un incremento en la producción de tacos del 43%, de 27% de inmunomarcación y 130% en biología molecular en lo que refiere al período 2009-2010.

En la presente investigación se ha trabajado en la construcción y documentación de los procesos internos con su input y output y su producto final de manera de poder objetivar el trabajo diario en forma documentada. Parte del mismo en lo que refiere a la parte técnica de procesamiento y técnicas se utilizó del manual de procedimientos del SP realizado en su primer versión en el año 2003.

Se está trabajando asimismo en la gestión de calidad de una de las áreas del SP que es la de Banco de tumores en vistas de la certificación con normas ISO 9001 que lo ha impulsado a generar herramientas de gestión y particularmente de gestión de calidad con una idea global de certificar y trabajar para la certificación conjunta del SP.

Es un servicio que cuenta con un equipamiento de excelencia comparable a nivel internacional lo que lo posiciona en uno de los más modernos del país incluyendo los hospitales de adultos.

Se ha observado una gran limitante que es la falta de un Soft adecuado en el que se puedan procesar los datos y números obtenidos motivo por el cual toda información se busca y procesa de manera manual en base de datos. Por tal motivo la jefatura está trabajando en la gestión para la adquisición de un Soft de Patología para manejar en red todos los procesos, buscar informes previos, realizar la estadística mensual de informes, técnicas adicionales para llegar al diagnóstico, estadística por tipo tumoral entre otros, linkeado con el Soft de gestión del Banco de Tumores.

Como parte del mismo se trabajó en la identificación de indicadores clave para medir y realizar seguimiento de las diferentes etapas de los procesos y los resultados como tiempo de entrega de informes, proporción de casos complejos en base al procesamiento de tacs y de realización de IHQ y técnicas de biología molecular.

Con respecto a los clientes mediante la técnica de Pareto se pudo ver que los clientes externos representan el 7% del material que ingresa al SP, gran parte mediante el Programa de Referencia y Contrareferencia en tanto que el 93% se trata de clientes internos (médicos del HG) con fidelización a nuestro servicio. De acuerdo a la encuesta realizada se pudo ver que casi el 82% está conforme con el SP. El 68% cree que los diagnósticos fueron realizados en tiempo. Cuando se les consulta el tiempo al diagnóstico refieren: 68% tardan entre 7-14 días, 18% dentro de los 7 días y 13% más de 14 días. De estos datos se desprenden las siguientes observaciones a saber se podría trabajar en los procesos a fin de agilizar la entrega de los informes. Todos los servicios consultados remiten biopsias de urgencia dentro de los cuales se resuelven el 41% en el día y el 45.5% al otro día lo que implica una respuesta eficiente ante la urgencia. Los servicios han calificado con 8 puntos en un 54.5%, 7 puntos en un 22.7% y con 9 en un 18.2% por lo que el 95.4% ha calificado de manera más que positiva (de 7 a 9 en una escala de 1 a 10) al SP. Dentro de los indicadores sugeridos para la evaluación se estableció el de resultante por profesional y por actividad para valuar a cada integrante en la cadena de valor en cuanto plantea el desempeño de cada integrante.

Con respecto a los RRHH el SP cuenta con 26 personas con una carga horaria semanal de 42 hs cada uno con una relación médico/técnico de 1. El nivel de satisfacción global fue el

siguiente 37% bueno y 47% muy bueno conformando un 84%. Un 5% lo considera regular. El grupo médico asiste a cursos y congresos en forma anual con un promedio de entre 2 y 3 anuales, tres realizaron estudios de mayor envergadura como Especializaciones y Maestrías en el último año. Los indicadores que se seleccionaron para su evaluación son fundamentalmente los de capacitación entre los que se encuentran la cantidad de cursos anuales realizados, la cantidad de rotaciones en el exterior realizadas, la cantidad de publicaciones por servicio anual y el tiempo insumido en docencia. Mejorando estos puntos probablemente se podrían mejorar la satisfacción en lo que refiere a desigualdad entre los compañeros así como generar incentivos entre los mismos a fin de desarrollarse como mejor profesional.

Por último en lo referente a finanzas ha sido la gran limitante del presente trabajo que nos ha llevado a conformar un grupo con el departamento de Finanzas a fin de realizar costeo por procesos. No existen costos de las prestaciones, ni valuaciones de las prestaciones. Se ha elegido como indicador el diseño y funcionamiento de costeo por procesos dentro del cual ya se ha comenzado a trabajar.

En definitiva del presente trabajo ha surgido mucha información obtenida de las actividades que se realizan del SP tanto de recursos físicos, RRHH, procesos y unidades de producción que van a ser utilizados para posicionar el SP dentro de la Institución. A través de la evaluación de la matriz FODA han surgido muchos datos que son los que guiaron para la selección de los indicadores con respecto a las cuatro perspectivas descriptas y enmarcaran el diseño del CMI.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- Díaz Carlos Alberto. Gestión sanitaria de servicios asistenciales. ¿Cómo convertir un jefe de servicio en un gerente? Ediciones ISALUD, 2009
- Forgone Dana A. Health care financial and quality measures: International call for a "balanced score card" approach. Journal of Health Care Finance 1997;24(1):55.
- Rodríguez J. Brangold M.(h) Aspectos sobre Gestión hospitalaria. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2005.
- Kaplan and Norton. Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard). Ed. Gestión 2000, 1997
- Pastor Tejedor AC. Diseño de Cuadro de mando integral para un hospital público desarrollado en base a modelos de excelencia. Productions and Operations Management Society; 2004.
- Peiro Salvador y col. Diccionario de gestión sanitaria para médicos. Los 100 términos más utilizados. Fundación Abbott, 2007
- Rodríguez Josefa, Brangold (h) Mauro. Aspectos sobre gestión1 hospitalaria. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005
- Francisco Errasti. Principios de Gestión Sanitaria, Díaz de Santos, 1997
- Ricardo Galán Morera. Administración hospitalaria. Ed. Médica Panamericana. 2da edición. 2001.
- Ballvé AM. Tablero de control. Información para crear valor. Ed. Emecé. Buenos Aires, 2008.
- Donabedian A. Garantía y Monitoreo de la Calidad de la Atención médica. Un texto introductorio. Trabajo publicado originalmente en Silliamsburg Conference Report. 1988.
- Marracino C. Modalidades, modelos y sistemas de atención médica. Programa de educación a distancia. "Nuevas formas de organización y financiación de la salud". Medicina y Sociedad e Instituto Universitario CEMIC. Fascículo 1., 1998
- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana S.A. de C. V. México D.F., 1997

- Díaz C. Cuadro de Mando Integral. Perspectivas de los Procesos internos. Apunte Gestión estratégica ,2011.
- Asenjo M A. Las claves de la gestión hospitalaria. Gestión. Ed Barcelona. ,2000.

8. ANEXO

Encuesta de satisfacción de RRHH del Servicio de Patología

puesto de trabajo:

médico
 administrativo
 histotécnico
 supervisor de área
 técnico eviscerador
 becario/residente
 auxiliar
 jefe servicio

- 1) ¿Reconoce algún líder en su lugar de trabajo?
- 2) ¿Considera que su tarea es reconocida adecuadamente de acuerdo a su competencia?
- 3) ¿Considera que en su lugar de trabajo el mismo se realiza en equipo?
- 4) ¿Encuentra motivación para su crecimiento en su lugar de trabajo?
- 5) ¿Participa en la toma de decisiones en su lugar de trabajo?
- 6) ¿Tiene deseos de venir a trabajar?
- 7) Señale dos situaciones de estrés en su lugar de trabajo
 - exceso de trabajo
 - falta de personal
 - atención al público
 - pedidos fuera de horario
 - falta de trabajo en equipo
 - equipos que no funcionan
 - urgencias
 - realización de tareas extra
 - falta de compañerismo
 - malas contestaciones
 - falta e colaboración del equipo
- 8) señale dos situaciones de buen trato
 - compañerismo
 - agradecimiento de pacientes
 - agradecimiento de médicos
 - sentirse escuchado

- flexibilidad de horarios
- reconocimiento
- participación
- relación entre colegas
- trato del jefe
- tener el material necesario

9) ¿Cuántos días faltó durante el último año por enfermedad?

- 0
 1 a 2
 3 o mas

10) ¿Como considera su satisfacción? ¿Por qué?

- MB (muy buena)
 B (buena)
 R (regular)
 M (mala)

Justifique (marque 2 opciones)

- tengo trabajo y me pagan en termino
- desarrollo profesional
- ambiente cómodo
- capacitación permanente
- estoy en un lugar reconocido
- falta de consideración
- desigualdad entre mis compañeros
- falta de tiempo para formación
- ambiente desfavorable
- falta de remuneración adecuada
- falta de motivación

11) Ha sufrido algún accidente laboral en el último año?

Si

12) Proponga algún comentario pueda mejorar la satisfacción en nuestro ambiente de trabajo

Encuesta de satisfacción a usuarios del Servicio de Patología (SP)

Servicio

Cirugía General

Neurocirugía

Trasplante Hepático

Hemato-Oncología

Dermatología

Gastroenterología

cargo: _____

- 1) ¿Está conforme con el Servicio de Patología?
- 2) ¿Considera que los diagnósticos son realizados en tiempo?
- 3) ¿Considera que su servicio aporta los datos suficientes al SP a fines diagnósticos?
- 4) ¿Tiene acceso al SP para discutir casos?
- 5) ¿Realiza ateneos con el SP interdisciplinarios?
- 6) ¿Trabaja usted en un medio privado?
- 7) ¿Considera que los tiempos de diagnostico son mayores que en un medio privado?
- 8) ¿Es bien atendido por el área de secretaria del SP?
- 9) ¿Solicita diagnósticos de urgencia?
- 10) ¿En cuánto tiempo le resuelven el diagnostico de los casos urgentes?
en el día
al otro día
más de 2 días
- 11) ¿En cuánto tiempo se entregan los informes de patología?
7 días
7-14 días
>14 días

12) ¿Tiene devolución de los diagnósticos del SP?

13) ¿Cómo considera el tiempo que tuvo que esperar para el diagnóstico?

fue realmente poco

estuvo bien

fue mucho

14) Conoce a los médicos del SP?

15) Como calificaría el trato recibido? MB muy bueno, B bueno, R regular, M malo.

administrativo

médico

técnico

¿Por qué?

16) De un puntaje de 1 a 10 cómo calificaría al SP?

17) ¿Está conforme con los informes de congelaciones intraoperatorias?

Abreviaturas:

SP: Servicio de Patología

HG: Hospital Garrahan

CMI: Cuadro de mando integral

RRHH: recursos humanos

FISH: hibridación in situ fluorescente

IHQ: inmunohistoquímica

IF: inmunofluorescencia

SPHG: Servicio de Patología del hospital Garrahan

µm: micrón

H-E: hematoxilina y eosina

Agradecimientos:

Agradezco especialmente a la Dra. MTG de Dávila jefa del servicio por la colaboración, aporte de datos, apoyo y corrección del trabajo. Por haber sido mi tutora y guía y por haberme apoyado en esta tarea de gestión tan apasionante y motivadora que sin duda se convertirá en una tarea diaria que generará muchos cambios de aquí en más seguramente.

Se agradece la colaboración del Departamento de Finanzas Contador Eduardo Acevedo, María soledad Castelli, Marcela Tozzi y Ana carolina Villafañe con el intercambio y flujo de información así por el trabajo en conjunto en costeo. Con Norma Pozzo y Dora Díaz del área de supervisión técnica por los datos facilitados y la activa participación en la delimitación de gestión por procesos.