
**MEJORAS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN
HOSPITALES PÚBLICOS A TRAVES DE PROYECTO DE
CONSULTORÍA DE PROCESOS**

Alumno: Rodolfo R. Valdemarín

Tutor: Pablo Pérez

Junio 2010

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todas las personas que me acompañaron a lo largo del MBA y de la elaboración de esta Tesis, especialmente a mi esposa Maria Dolores y a mi familia por su incondicional apoyo durante todo este tiempo.

A Marisa Erkekdjian de la Fundación Accenture, Pablo Bonelli y Marcelo Duerto por facilitarme la información de los proyectos pro-bono sobre los cuales elaboré este trabajo.

A mi tutor Pablo Pérez por su confianza y apoyo, a los profesionales que aportaron su experiencia y conocimiento en las entrevistas de manera desinteresada: Dr. Mario Rubén Fuentes¹, su hijo Santiago Fuentes, Dr. Maximiliano Romero², Dr. Bartolomé Valdemarín³ y Dr. Diego Toscana⁴.

También aprovecho para agradecer a Mariana Moncayo por su constante ayuda y dedicación. Por último, agradezco a los profesores y compañeros del MBA08 por enriquecer esta experiencia que fue el MBA Di Tella.

¹ Director del Hospital Universitario CEMIC Sede Saavedra.

² Médico clínico del Centro Gallego de Buenos Aires.

³ Médico residente del Hospital Oftalmológico "Nuestra Señora de la Medalla Milagrosa". Partido Malvinas Argentinas.

⁴ Médico anesthesiólogo del Hospital Británico de Buenos Aires.

RESUMEN

En este trabajo se mostrará cómo se puede mejorar la eficiencia de los procesos de un hospital público mediante metodología de proyectos de consultoría y así aumentar la calidad de atención del mismo.

Luego de una breve introducción sobre la situación del sector de la salud pública de Argentina, se explicará la metodología a utilizar para la identificación de las problemáticas que afectan a los hospitales y la generación y priorización de iniciativas de mejora.

Aplicando esta metodología a tres hospitales públicos de Buenos Aires, se procederá al análisis de los resultados, haciendo hincapié en las iniciativas críticas identificadas por los trabajadores de cada una de las instituciones relevadas.

Por último, se elaboran las conclusiones que nos permitirán tomar posición sobre la efectividad de estos proyectos y la perspectiva a futuro de la aplicación de programas de mejora para inculcar un profundo cambio organizacional en el sector de la Salud Pública Argentina.

INDICE

INTRODUCCION	5
SITUACIÓN DEL SECTOR DE LA SALUD EN ARGENTINA	5
OBJETIVO	8
ALCANCE	10
METODOLOGÍA	12
RELEVAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN ACTUAL	17
IDENTIFICACIÓN DE INICIATIVAS Y PRIORIZACIÓN	24
RESUMEN DE RESULTADOS	33
CONCLUSION	35
ANEXOS	37
BIBLIOGRAFÍA	39

INTRODUCCION

En el año 2005 la Fundación Accentureⁱ con el aporte de SIDERCAⁱⁱ llevó adelante un proyecto pro-bono de consultoría en un Hospital Municipal localizado en la provincia de Buenos Aires, obteniendo excelentes resultados que beneficiaron tanto a la comunidad como a los trabajadores del hospital. La conclusión fue contundente: se logró mejorar la eficiencia del hospital, aplicando herramientas y metodologías propias de los proyectos de consultoría de procesos, un pequeño aporte que se tradujo en grandes cambios.

Consciente de la precaria situación de los hospitales públicos en nuestro país, donde pacientes y trabajadores conviven en su práctica diaria con procesos ineficientes, comencé a cuestionar diferentes aspectos del sistema de salud actual. En charlas de mi entorno social, con personas ligadas al sector de la salud por razones laborales, comenté el proyecto de la Fundación. La respuesta fue casi unánime: un completo escepticismo sobre la sustentabilidad de las mejoras implementadas, alegando conflictos de intereses de las partes involucradas, poca preparación del personal administrativo, corrupción o falta de recursos como principales obstáculos de este tipo de iniciativas.

SITUACIÓN DEL SECTOR DE LA SALUD EN ARGENTINA

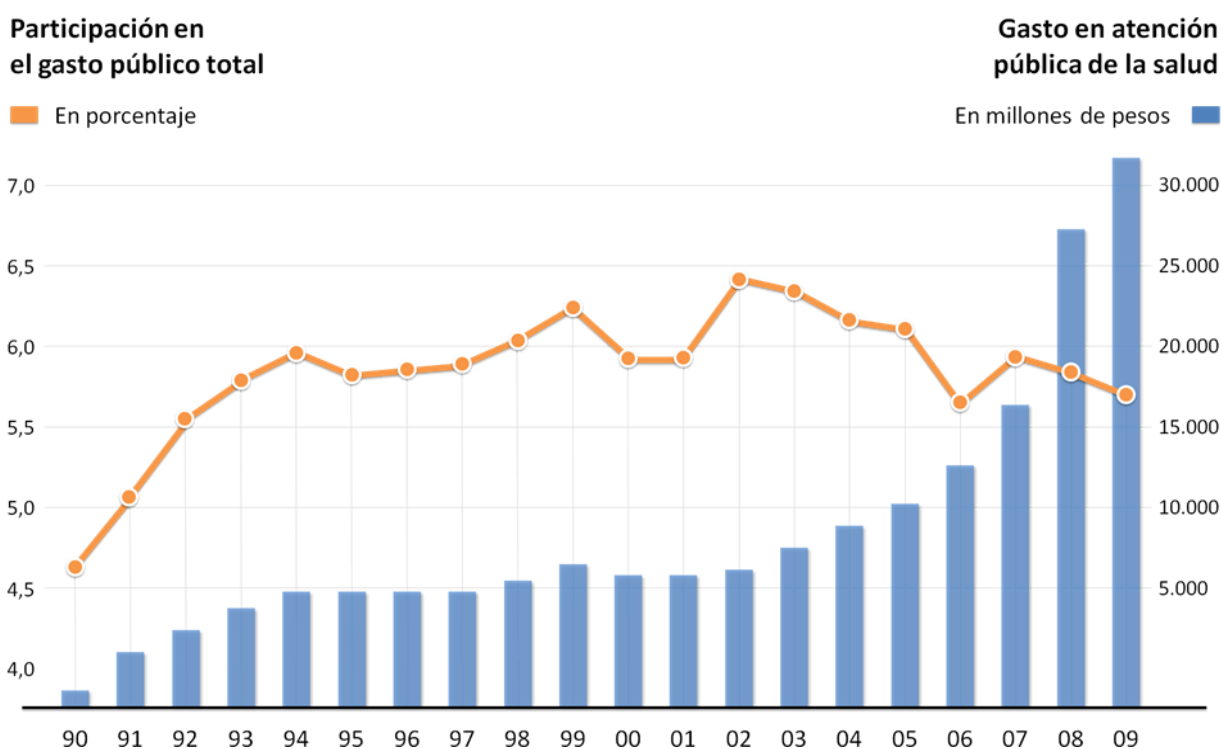
Durante las últimas tres décadas, la Argentina ha sufrido numerosas crisis económicas y sociales que han dificultado la inversión, tanto en infraestructura como en educación, en el sector de la salud. Particularmente, la fragmentación en la administración y financiamiento del sistema de salud actúan como barreras al desarrollo propagando un sistema ineficiente difícil de modificar, haciendo del sistema de salud argentino una de las muestras más evidentes sobre la debacle económica y social que atraviesa nuestro país.

En Argentina, según el Banco Mundial, el gasto por habitante para la atención de la salud es uno de los más altos de Latinoamérica y llega a triplicar la de países con un grado de desarrollo económico similarⁱⁱⁱ. Aún cuando el gasto en salud como porcentaje del PBI se equipare a el de los países desarrollados, los resultados son notoriamente menos satisfactorios: las tasas de mortalidad infantil, la desnutrición y la persistencia de enfermedades parasitarias o infecciosas se comparan con la de los países en vías de

desarrollo^{iv}, los profesionales de la salud perciben salarios bajos, los hospitales públicos no cuentan con el financiamiento adecuado, muchos pacientes no tienen acceso a la salud pública y los que sí, no están satisfechos con las prestaciones médicas que reciben.

Según especialistas del sector, el gasto en salud como porcentaje del gasto público total ha ido disminuyendo desde el 2002 en adelante. Aunque en términos nominales presenta un constante aumento, hay que considerar que los gastos en dólares de los medicamentos, insumos e infraestructura sanitaria aumentaron considerablemente tras la devaluación, mermando el rendimiento de los fondos estatales^v.

Gasto en atención pública de la salud



Fuente: Key Market 2010

A partir del año 1999, se registró un importante aumento en la demanda de los hospitales públicos, debido a que por la creciente desocupación muchas personas pasaron del sistema privado al público ante la carencia de obra social. Se calcula que para fines del 2002, existían más de 18 millones de personas sin cobertura médica^{vi}.

A esta explosión de la demanda se suma la falta de insumos y medicamentos, la ineficiencia en el mantenimiento y conservación de equipos, la intervención política para la selección de personal y las pésimas condiciones de la estructura edilicia, razones que explican la baja calidad e ineficiencia en el funcionamiento de los hospitales públicos de Argentina y el resto de Latinoamérica^{vii}.

No es casual que en Mayo de 2010 el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires anuncie el programa de Cobertura Porteña de Salud que le asegurará atención sanitaria a 600.000 porteños que no cuentan con obra social^{viii}. Esta iniciativa, tiene como idea principal descomprimir la guardia de los hospitales de la ciudad, poniendo a disposición de los vecinos médicos de cabecera con los cuales podrán pedir turnos telefónicamente, y que solo los derivará al hospital en caso de ser necesario.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo, es mostrar herramientas de consultoría que ayudan a mejorar la eficiencia y la calidad de atención en un hospital público, y como esta experiencia puede ser tomada como punto de partida en otros hospitales públicos de Argentina que presenten condiciones similares.

Cuando nos proponemos generar mejoras en el sistema de salud, nuestras acciones pueden tender a lograr, una “calidad maximalista”, donde para obtener beneficios en la salud de los pacientes se incurren en gastos desproporcionadamente costosos. Otro enfoque, es apuntar a una “calidad optimalista” que obtenga los mismos resultados en la salud del paciente utilizando más eficientemente los recursos. Justamente esta última es la filosofía que se persigue en los proyectos de consultoría de procesos.

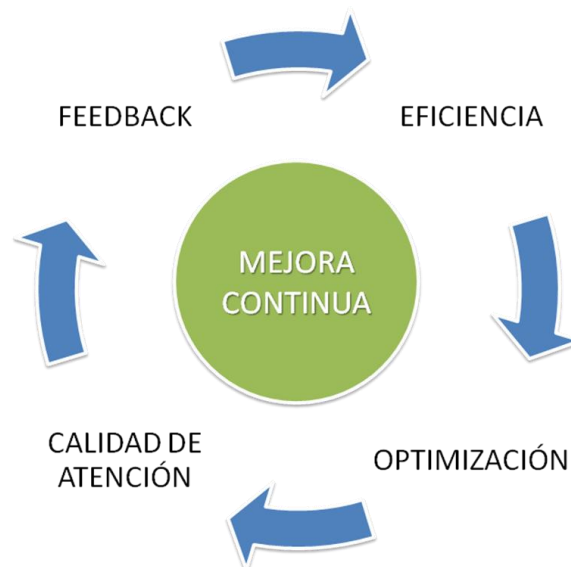
Avedis Donabedian, considerado el padre de concepción moderna de la calidad de la Atención Médica, define los siguientes siete pilares de la calidad^{ix}:

1. Eficacia: la capacidad de atención para mejorar la salud del paciente. Entendida como la mejor actuación posible, establece el límite superior que se puede alcanzar.
2. Efectividad: a diferencia de la eficacia, es la mejora de salud alcanzada.
3. Eficiencia: la habilidad de obtener la mayor mejora de salud con el menor costo posible. Si existen dos estrategias de asistencia igualmente eficaces y efectivas la menos costosa es la más eficiente.
4. Optimización: el equilibrio más ventajoso de la relación costo-beneficio.
5. Aceptabilidad: conformidad a las preferencias, expectativas y valores del paciente y su familia. Es decir que se adapte a las necesidades subjetivas de los usuarios.
6. Legitimidad: se refiere a la conformidad con las preferencias sociales (principios éticos, valores, costumbres, leyes y regulaciones).
7. Equidad: igualdad en la distribución de la atención médica y mejora de la salud.

Esta definición pone de manifiesto la correlación entre la mejor utilización de recursos, que Donabedian manifiesta como efectividad, eficiencia y optimización, y la mejora en la calidad de atención.

Este es el concepto clave que se debe transmitir, primero a los líderes y directores para luego volcarlo a todos y cada uno de los trabajadores del hospital. Es imprescindible que cada uno de estas personas comprenda el rol que cumple dentro del proceso de transformación y el aporte al objetivo final de la organización, sin esto, el proyecto transcurrirá sin grandes impactos destruyendo la moral y la confianza de los involucrados.

Todo proceso de mejora debe apuntar a modificar la conducta de la organización y llevarla a transitar un proceso de mejora continua, poniendo al paciente como eje de sus procesos y retroalimentándose de los resultados de las mejoras implementadas.



ALCANCE

El presente trabajo describe las principales problemáticas de tres hospitales públicos de Argentina y las iniciativas detectadas por los equipos integrados por consultores y los mismos profesionales de cada hospital.

Se distinguen tres grupos de agentes de influencia sobre la eficiencia de un hospital público:

- **Agentes Externos:** agrupa a autoridades gubernamentales y sindicales que determinan políticas de financiamiento, elección de autoridades y distribución de recursos.
- **Agentes Internos:** agrupa al personal directivo y administrativo del hospital junto con los profesionales. Corresponden a la audiencia objetivo de los proyectos de mejora.
- **Agentes Socio-Culturales:** corresponden al entorno donde se encuentra emplazado el hospital. Las características de la comunidad determinan las costumbres tanto de pacientes como de los trabajadores y autoridades.



Este trabajo hace hincapié en problemáticas presentes en la mayoría de los hospitales públicos de la Argentina originadas por Factores Internos, donde las autoridades del Hospital y sus trabajadores tienen influencia directa.

Excluyendo los agentes externos y del entorno del hospital, nos aseguramos de analizar los problemas intrínsecos del hospital, aislados del contexto político social que los circunscribe. De esta manera nos cercioramos de que la correcta implementación, medición y control post-implementación del plan de mejoras sea responsabilidad exclusiva de autoridades y trabajadores del hospital.

METODOLOGÍA

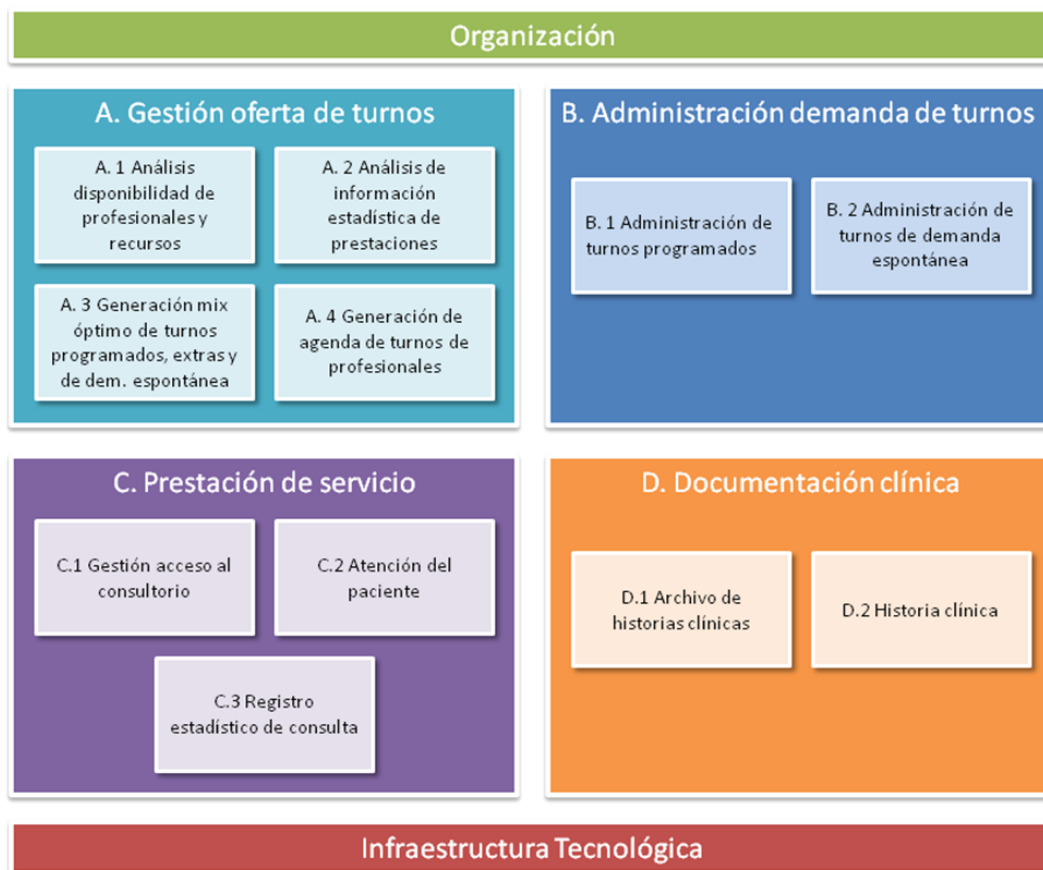
La metodología utilizada en estos proyectos consta de dos etapas: la primera de relevamiento y diagnóstico de la situación actual, en la cual se identifican las problemáticas existentes, y la segunda de identificación de oportunidades de mejora en la cual se exponen las iniciativas encontradas y se enmarcan dentro de un plan de acción.

Para este trabajo focalizamos el análisis de situación en áreas con alta exposición al paciente priorizando iniciativas de bajo tiempo de implementación. Esto garantizará la visibilidad del beneficio para autoridades, profesionales y pacientes, fortaleciendo el compromiso de los primeros con el objetivo deseado de mejorar la atención médica.

Etapas

Relevamiento y diagnóstico:

Se realizan entrevistas con los referentes del proyecto y con las personas clave en la gestión de turnos con el objetivo de lograr el entendimiento del funcionamiento de los procesos e identificar las problemáticas que los afectan. Luego se define el siguiente modelo que se utiliza como marco de referencia para el relevamiento detallado, documentación de procesos e identificación de problemáticas.



Marco de referencia "Relevamiento de procesos y diagnóstico"

Dentro del marco de trabajo se divide:

- A. Gestión oferta de turnos
 - A.1 Análisis disponibilidad de profesionales y recursos
 - A.2 Análisis de información estadística de prestaciones
 - A.3 Generación mix óptimo de turnos programados, extras y de demanda espontánea
 - A.4 Generación de agenda de turnos de profesionales
- B. Administración demanda de turnos
 - B.1 Administración de turnos programados
 - B.2 Administración de turnos de demanda espontánea
- C. Prestación de servicio
 - C.1 Gestión acceso al consultorio
 - C.2 Atención del paciente
 - C.3 Registro estadístico de consulta
- D. Documentación clínica

D.1 Archivo de historias clínicas

D.2 Historia clínica

Adicionalmente se incluyen Organización e Infraestructura tecnológica como áreas soporte a los procesos implicados en cada uno de los cuadrantes, que se analizan con igual magnitud de importancia.

Al momento de diagnosticar la situación actual de la operatoria, cada problemática se presenta detallando la siguiente información:

- a) Criticidad relativa del problema planteado dentro del proceso analizado: alta, media o baja
- b) Descripción detallada de la problemática
- c) Posibles causas que la generan
- d) Impactos, caracterizados en:
 - Mala utilización de recursos
 - Mayor carga de trabajo, mayor complejidad en el análisis
 - Reclamos legales
 - Perjuicio económico y/o financiero
 - Falta de información, incertidumbre, información errónea
 - Perjuicio a los pacientes

Etapa 2

Identificación de mejoras:

Se trabaja en el desarrollo de iniciativas orientadas a resolver las problemáticas previamente diagnosticadas.

Al presentar cada iniciativa debe quedar claro para cada una el objetivo, la problemática que resuelve, los beneficios esperados, la incidencia en cuanto a criticidad, esfuerzo y costo y finalmente la profundidad del cambio: iniciativa focalizada o transformacional.

- Iniciativas focalizadas
 - Orientadas a la resolución de problemáticas actuales particulares
 - De corto/mediano plazo
 - De impacto localizado

- Iniciativas transformacionales
 - Orientadas a la generación de cambio sustentable
 - De largo plazo
 - Implican cambios organizacionales

Priorización de iniciativas

Una vez presentadas las iniciativas, se lleva a cabo un proceso de priorización en el cual cada participante del proyecto tiene la oportunidad de priorizar a su criterio, el listado de mejoras identificadas y presentadas.

Este método permite de forma simple y sencilla, comparar las iniciativas tomándolas de a pares y luego de priorizar una sobre la otra, lograr obtener mediante la obtención de porcentajes, la lista total de iniciativas priorizadas. La comparación por pares de iniciativa se realiza completando una matriz cuya versión reducida se muestra a continuación:

	Iniciativa A	Iniciativa B
Iniciativa A	1	H
Iniciativa B	V	1

Figura 1 – Matriz para priorización de iniciativas

En la primera fila, así como en la primera columna se encuentran las iniciativas. Las celdas restantes son utilizadas para la asignación de los valores que se presentan a continuación:

- V (vertical): Cuando la iniciativa de la columna tiene mayor importancia que la de la fila
- H (horizontal): Cuando la iniciativa de la fila tiene mayor importancia que la de la columna

Se resumen los resultados de todos los participantes asignando un porcentaje de preferencia en función de la prioridad promedio. A mayor porcentaje mayor es la prioridad otorgada por los profesionales encuestados.

Plan de acción

Por último, se diseña un plan de acción para la implementación de las iniciativas planteadas que contempla:

- Priorización de iniciativas
- Plazos de cada una de ellas
- Secuencia de las mismas
- Factibilidad de contar con los recursos necesarios

RELEVAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN ACTUAL

Utilizando la metodología presentada y el marco de referencia para el relevamiento de procesos, se llevó adelante la elaboración del diagnóstico sobre tres hospitales que por razones de confidencialidad vamos a llamar:

- Hospital A
- Hospital B
- Hospital C

Para cada cuadrante las principales problemáticas identificadas en cada uno de los hospitales relevados:

	Hospital A	Hospital B	Hospital C
A OFERTA DE TURNOS	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta limitada por insumos y RRHH • Oferta no segmentada por prestación • El uso de turnos progr. es ineficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Disp. horaria menor a la demanda • Los turnos se solicitan personalmente • Datos incompletos en la admisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducida oferta de profesionales
B DEMANDA DE TURNOS	<ul style="list-style-type: none"> • Demoras para obtener turnos • Generación turnos no programados • Ausentismo considerable a turnos 	<ul style="list-style-type: none"> • Demoras para obtener turnos • Pico de demanda en la mañana • Rigidez del sistema de admisión • Solicitud de estudios innecesarios 	<ul style="list-style-type: none"> • No Relevado
C PRESTACIÓN DE SERVICIO	<ul style="list-style-type: none"> • Demoras por turnos no programados • Falta de HC en la consulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Otra cola para turno de estudios • Sobretornos y ausentismo de prof. • Desbalanceo de trabajo entre prof. • Gestión de traslado poco efectiva • Sin diagnóstico en ingreso a Guardia • Pacientes no urgentes en la Guardia 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto índice días cama por paciente • Falta de servicios integrales • Incompleta oferta de exámenes • Cirugías canceladas por problemas de preparación
D DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Carga de trabajo por búsqueda de HC 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información clínica y filiatoria • Extravío de HC • Dificultad para búsqueda de HC • HC archivadas en malas condiciones 	<ul style="list-style-type: none"> • HC con 10+ años sin movimientos • HC archivadas en malas condiciones
E ORGANIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de instrucción administrativa • No hay puestos de trabajo definidos • No hay procedimientos definidos • Modelo organizacional rígido 	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura organizativa compleja • Complejidad en la responsabilidad • Procesos ocultos/informales 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de cultura de innovación • Personal poco motivado • Poca comunicación entre áreas
F INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de telefonía no integrado • Plataforma tecnológ. desactualizada • Insuficiente provisión de hardware 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente provisión de hardware • Falta sistema de gestión de insumos 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente provisión de hardware • Falta sistema de gestión de insumos

Profundizamos el análisis para las problemáticas más significativas, presentes en los tres hospitales relevados e identificadas como críticas por los entrevistados. Estas son:

1. La demanda sobrepasa la oferta de prestaciones
2. Demora en el proceso de Admisión
3. Demora en la prestación del servicio
4. Ineficiente gestión de historias clínicas
5. Falta de información clínica y/o filiatoria en las HC
6. Falta de definición de roles y procedimientos

1. La demanda sobrepasa la oferta de prestaciones

Criticidad ALTA

El crecimiento de la demanda de prestaciones de estos últimos años se suma a la limitada oferta de servicios de los hospitales públicos, ocasionando el colapso de los consultorios externos y las guardias.

Las principales causas identificadas son:

- Falta de una red asistencial que contenga la demanda: los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires atienden pacientes no solo de la Ciudad sino del conurbano bonaerense. Ante la falta de un médico de cabecera, las personas acuden al hospital innecesariamente.
- Ausentismo considerable de los pacientes⁵ y falta de comunicación para cancelar los turnos: esto genera que el mismo paciente pida más de un turno.
- Pacientes no urgentes en la Guardia⁶: falta de un procedimiento para estandarizar los criterios de urgencia. La mala comunicación entre la Guardia y la Admisión dificultan el proceso de derivación a los consultorios externos. Además, algunos profesionales de Guardia atienden pacientes externos durante los horarios de guardia.
- Desbalanceo de carga de trabajo de los profesionales: al no existir equipos por especialidad, la oferta se encuentra limitada a los horarios particulares de los profesionales, que no son homogéneos.

⁵ En el Hospital B el ausentismo de pacientes en los consultorios externos para el año 2005 fue de 50%

⁶ Cantidad de turnos suministrados a casos no urgentes en el Hospital B: 140 pacientes que representan el 90% de las atenciones de guardia. Fuente: entrevista con Jefe de Guardia.

- Preferencia con un profesional determinado: los pacientes requieren ser atendidos por un profesional específico lo que genera picos de demanda en horarios y profesionales específicos.

Estos problemas se manifiestan en demoras de semanas y hasta meses en los turnos otorgados a los pacientes para los consultorios externos⁷. En la Guardia, la sobredemanda genera que pacientes con cuadros urgentes deben esperar que pacientes no urgentes terminen de ser atendidos.

2. Demora en el proceso de Admisión

Criticidad ALTA

Los pacientes deben hacer largas colas y perder mucho tiempo para que le otorguen un turno con el profesional o para un estudio en el laboratorio.

Este problema es ocasionado por distintos factores:

- La gestión de turnos de consultorio y de laboratorio se hace por separado: si el paciente tiene que sacar un turno para un estudio y luego un turno con un profesional debe hacer dos colas⁸.
- Insuficiencia de recursos humanos e informáticos: el personal administrativo del sector es insuficiente y además cuenta con pocas terminales informáticas.
- Carencia de métodos alternativos para el pedido de turnos: para algunos servicios los turnos deben requerirse solo personalmente, en vez de contar con la posibilidad de pedir los turnos por teléfono, fax o internet.
- Limitación horaria y de cupos en la oferta de turnos: algunos turnos solamente se proporcionan una vez por semana y en un horario particular, lo que genera un pico de demanda.

⁷ Tiempo de espera en de turno en consultorios externos del hospital B: promedio 1 semana, máximo 15 días. Fuente ¹ y ²: Estadística Central, entrevista con Jefe de Guardia y con Admisión de Turnos.

⁸ Cantidad de estudios solicitados en el Hospital B a partir de las Consultas Externas (anual): 344.728
Cantidad de veces que el paciente debe presentarse en la UHSJ desde el momento en el que se le solicita la prueba hasta el diagnóstico: 2 a 6. Fuente: documentación de laboratorio.

La combinación de estos factores genera una recarga de trabajo del personal administrativo en los horarios pico, además de la enorme insatisfacción de los pacientes que deben esperar horas para obtener los turnos⁹.

3. Demora en la prestación del servicio

Criticidad ALTA

Una vez obtenido el turno, los pacientes se presentan a la hora estipulada y deben esperar a ser atendidos por el profesional.

De la información relevada, se concluye que las causas de las demoras son:

- Los profesionales atienden con sobretornos para evitar los tiempos muertos entre consultas¹⁰.
- La historia clínica no está disponible al inicio de la consulta: esto se debe a una ineficiente gestión y control de las historias clínicas.
- Ausentismo de los profesionales: algunos profesionales llegan tarde a las consultas o se retiran antes de finalizar con los turnos programados.

Especialmente por la mala gestión de los turnos no programados por parte de los profesionales, el personal administrativo debe invertir tiempo en la búsqueda de la historia clínica y en la gestión del paciente no programado descuidando sus tareas principales.

Muchas veces, más de un paciente es convocado para el mismo horario¹¹, lo que ocasiona que estos deban esperar a ser atendidos aún cuando han confirmado el turno.

4. Ineficiente gestión de historias clínicas

Criticidad ALTA

Demoras en la búsqueda de historias clínicas¹², extravío de documentación importante (estudios, diagnósticos e incluso la historia clínica¹³) y problemas en el traspaso de la

⁹ Tiempo máximo de espera en cola de admisión de turnos del Hospital B: 1 hs. Fuente; entrevista con Admisión de Turnos.

¹⁰ Cantidad de profesionales que utilizan esta modalidad de citación para las consultas en el Hospital B: 90%. Fuente: Entrevista con personal de Admisión de Turnos.

¹¹ Cantidad diaria de pacientes del Hospital B citados en un mismo horario: 20 promedio. Fuente: Entrevista con personal de Admisión de Turnos.

¹² Tiempo empleado en la búsqueda de HC del Hospital B: óptimo: 2 min, real: 5 min. Fuente: entrevista con personal de Archivo.

historia clínica entre profesionales generan demoras en la atención de los pacientes, falta de información importante y potenciales problemas legales.

Los siguientes puntos fueron identificados como principales causantes en los tres hospitales:

- Falta de personal idóneo: generalmente el sector de Archivo es el destino de personas que fueron desafectadas de otros sectores por mal rendimiento o problemas disciplinarios. El ausentismo y los problemas de convivencia generan un clima de desmotivación que afecta considerablemente el rendimiento del personal.
- Solicitudes excesivas de historias clínicas para consultas no programadas¹⁴: los sobretornos generan demandas puntuales de historias clínicas lo que genera una excesiva manipulación de la documentación.
- Falta de mecanismos de control de historias clínicas: no existen controles sobre la entrada y salida de las historias clínicas.
- Mala infraestructura técnica: la tecnología que soporta las tareas del sector de archivos está desactualizada y funciona deficientemente, ocasionando demoras en el mantenimiento y archivo de la documentación.
- Mala infraestructura física: no hay espacio suficiente para albergar todas las historias clínicas, lo que lleva a archivarlas en condiciones no óptimas.

Esta ineficiente gestión de la documentación clínica genera mayor carga de trabajo para el personal administrativo por la búsqueda de historias clínicas para pacientes no programados. Ocasionalmente, se dan de alta múltiples historias clínicas al mismo paciente¹⁵ generando documentación duplicada.

Otro perjuicio a considerar es que la pérdida de documentación clínica relevante puede ocasionar problemas ante una demanda legal.

Desde el punto de vista económico, al extraviarse los resultados de estudios clínicos se incurre en costos innecesarios por la repetición de los estudios para el mismo paciente.

¹³ Porcentaje anual de casos en que se extravía una HC en el Hospital B: 1%. Fuente: entrevista con personal de Archivo.

¹⁴ Promedio de casos diarios de pacientes con sobre turno en el Hospital B: 100 correspondiente al 17% del total. Fuente: entrevista con personal de Archivo.

¹⁵ Cantidad promedio mensual de casos de reapertura de HC del Hospital B: 1%. Fuente: entrevista con personal de Archivo.

La demora en la obtención de las HC en una consulta genera incertidumbre y falta de información para la asistencia médica del paciente, muchas veces poniendo en riesgo al paciente por la aplicación de procedimientos médicos sin la evaluación previa de la historia clínica (por ejemplo, se realiza una cesárea en pacientes que ya tuvieron recientemente una intervención de este tipo).

5. Falta de información clínica y/o filiatoria en las HC

Criticidad MEDIA

Las historias clínicas carecen de información relevante tanto para los profesionales como para el área de facturación¹⁶.

Se detectó que este problema se debe a distintos factores:

- Falta de tiempo de los profesionales para las tareas administrativas, especialmente durante las horas pico¹⁷.
- No existe un formulario estandarizado y el profesional debe cargar la misma información en más de un formulario.
- El paciente es renuente a brindar información filiatoria por temor a ser trasladado o a tener que hacer múltiples trámites para ser atendido.
- La Admisión no completa los datos de la Obra Social del paciente para ahorrar tiempo.
- Los pacientes nunca retiran los resultados de los análisis, por lo que no se adjuntan a la historia clínica.

Como en la problemática anterior, la falta de información clínica en las HC que el profesional cuente con información parcial al momento de efectuar el diagnóstico.

Además se impide que el hospital efectúe el cobro de los servicios brindados al paciente por la falta de información filiatoria del paciente.

Desde el punto de vista del paciente, al extraviarse resultados de análisis este debe realizar nuevamente el pedido de turno para el análisis y para la próxima consulta, incurriendo en una considerable pérdida de tiempo.

¹⁶ 10% de los pacientes atendidos en Consultorios Externos del Hospital B están registrados con el dato de obra social. Fuente: Datos proporcionados por Estadística Central.

¹⁷ Diagnósticos con información clínica incompleta en el Hospital B: 20%. Fuente: entrevista con personal de Admisión de Turnos.

6. Falta de definición de roles y procedimientos

Criticidad ALTA

Algunos trabajadores del hospital, especialmente el personal administrativo, no tienen claro el alcance de las responsabilidades de su rol. Tampoco existe una estandarización de procesos administrativos básicos ni sobre algunos procesos clínicos (diversidad de criterios en la derivación de casos de urgencia a la Guardia).

- Falta de programas de inducción al personal administrativo
- Estructura organizativa compleja
- Falta de comunicación entre las distintas áreas
- Personal poco motivado, sin incentivos

Todos estos factores generan una excesiva carga de trabajo en tareas administrativas que no agregan valor al paciente, desmotivación del personal administrativo, demoras en la asignación de turnos y atención clínica y posterior insatisfacción del paciente.

IDENTIFICACIÓN DE INICIATIVAS Y PRIORIZACIÓN

Con el marco de referencia mencionado en la metodología, se trabaja en el desarrollo de iniciativas que apuntan a mejorar, mitigar o eliminar las problemáticas comunes a los tres hospitales relevados.

A continuación se listan las principales iniciativas indicando la criticidad, esfuerzo y costo de implementación, tipo de iniciativa y plazo estimado de implementación. Se definieron criterios de criticidad, esfuerzo, costo y duración estimada para evaluar los Proyectos. Los criterios de esfuerzo y costo fueron definidos en función de la capacidad de inversión de los hospitales.

La criticidad se evaluó en función del grado de importancia dado por los referentes que priorizaron las iniciativas en cada hospital.

Criterios	ALTA/O	MEDIA/O	BAJA/O
Criticidad para el Hospital	Alta	Media	Baja
Esfuerzo	Entre 7 y 15 recursos	Entre 3 y 6 recursos	Hasta 2 recursos
Costo*	Entre \$200 y \$400 mil	Entre \$50 y \$200 mil	Hasta \$50 mil

* Pesos argentinos

Habiendo definido los criterios de ponderación, se listan las iniciativas sugeridas:

11. Desarrollo de canales de comunicación alternativos para los pacientes con el hospital
12. Establecimiento de normas y procedimientos
13. Crear un rol de control de calidad de procesos
14. Programa de capacitación al personal
15. Desarrollo de Foros de Discusión/Ateneos
16. Mejorar la comunicación con el paciente y el familiar
17. Unificación de ventanillas de Admisión de turnos
18. Gestión de stock para materiales de Laboratorio / insumos

- I9. Informatización de las Historias Clínicas
- I10. Utilización de SMS como recordatorio de citas
- I11. Provisión y mantenimiento de hardware
- I12. Sistema de incentivos
- I13. Rediseño del flujo de pacientes
- I14. Reestructuración del área de Archivo
- I15. Registro de Entrada y Salida de HC

I1. Desarrollo de canales de comunicación alternativos para los pacientes con el hospital

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>ALTA</i>	<i>ALTO</i>	<i>MEDIO</i>	Transformacional	<i>6-8 meses</i>

Organización de un centro de atención telefónica que opere las 24 horas y que brinde los siguientes servicios, entre otros:

- Recepción de llamadas para los casos de urgencias y gestión de derivaciones de estos pacientes al área correspondiente.
- Gestión telefónica y por internet de turnos para consultorios externos.
- Consultas sobre turnos, horarios, requisitos para pruebas, etc.

Esta iniciativa permitiría descongestionar las colas de admisión y abrir canales alternativos de comunicación del paciente con el hospital no solo para la solicitud de turnos y consultas sino también para permitir que el paciente avise cuando no puede asistir al turno.

I2. Establecimiento de normas y procedimientos

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>ALTA</i>	<i>MEDIO</i>	<i>BAJO</i>	<i>Focalizada</i>	<i>6-10 meses</i>

Implementación de procedimientos que incluyan roles, responsabilidades, objetivos, funciones y a su vez que describa un circuito administrativo.

Esta iniciativa apunta a la estandarización en la realización de tareas médicas/administrativas permitiendo de este modo a los responsables de cada proceso

conocer claramente su rol, responsabilidades, objetivos y funciones, mejorando de esta manera el servicio prestado.

A más largo plazo, la implementación de un procedimiento de control y monitoreo de los procesos permitirá al hospital aprender de la propia experiencia y redefinir los procedimientos para lograr un proceso de mejora continua.

Para lograrlo, es necesario desarrollar un plan de trabajo junto con todas las áreas del hospital, para la obtención de las descripciones de los puestos de trabajo, delimitando las tareas entre los empleados para que no haya una superposición de las mismas:

- Descripción de las tareas.
- Descripción de las habilidades y capacidades requeridas para las mismas.
- Descripción de las responsabilidades (con su correspondiente categoría).

13. Crear un rol de control de calidad de procesos

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>MEDIA</i>	<i>BAJO</i>	<i>BAJO</i>	<i>Focalizada</i>	<i>6-8 meses</i>

Esta iniciativa implica la creación de un rol que realice la medición de procesos y resultados de prestaciones médicas/administrativas. Esto es, un control de calidad del servicio médico y administrativo, verificando que las personas involucradas cumplan con las normas y procedimientos establecidos.

Otra función que cumpliría este rol es la de realizar una auditoría de la gestión de documentación clínica.

Esta iniciativa requiere tecnología para ser utilizada en los medios y automatización en la obtención de datos.

El objetivo que persigue es asegurar la calidad de atención médica y la gestión administrativa a fin de brindar un mejor servicio a los pacientes

Es importante que esta persona sea un líder dentro de la organización, tenga el conocimiento y convencimiento acerca del modelo y se encargue de transmitirlo al equipo de trabajo.

I4. Programa de capacitación al personal

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>ALTA</i>	<i>BAJO</i>	<i>MEDIO</i>	<i>Focalizada</i>	<i>3-4 meses</i>

Esta propuesta apunta a brindar a los trabajadores capacitación en temas relacionados a la práctica médica, gestión y administración con el objetivo de generar un incentivo laboral e iniciar un proceso de mejoramiento continuo para lograr una mayor calidad en los servicios prestados.

A través de cursos presenciales u online, seminarios o charlas con especialistas el hospital persigue el perfeccionamiento del personal médico y administrativo en cuanto a prácticas médicas, calidad en la atención, optimización de recursos y tiempos, etc. Además, esta iniciativa apunta a generar un incentivo laboral e iniciar un proceso de mejoramiento continuo.

I5. Desarrollo de Foros de Discusión/Ateneos

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>ALTA</i>	<i>BAJO</i>	<i>BAJO</i>	<i>Focalizada</i>	<i>2-3 meses</i>

Generación de espacios de discusión que permitan el intercambio de ideas y opiniones entre profesionales con el objetivo de potenciar de sus experiencias/prácticas médicas. Esto se alinea con el mejoramiento continuo y da lugar al desarrollo de nuevas ideas y generar las acciones correspondientes.

Facilita la comunicación entre el personal del hospital, permitiéndoles estar más interiorizado en lo que respecta a prácticas médicas realizadas en cada área, iniciativas tomadas en curso, resultados obtenidos, etc.

16. Mejorar la comunicación con el paciente y el familiar

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>MEDIA</i>	<i>BAJO</i>	<i>BAJO</i>	<i>Focalizada</i>	<i>1-2 meses</i>

Facilitar el acceso a la información relacionada con horarios de consultas, requisitos para la realización de pruebas, referencias para las diversas consultas, autorizaciones por ejemplo: mediante el uso de carteleras informativas o a través de una página Web. También poner a disposición de los pacientes volantes que contengan esta información, en un lugar adecuado y de fácil acceso.

17. Unificación de ventanillas de Admisión de turnos

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>MEDIA</i>	<i>MEDIO</i>	<i>MEDIO</i>	<i>Transformacional</i>	<i>10-12 meses</i>

Contar con un único Servicio de Admisión que gestione los turnos en forma centralizada y coordinada, absorbiendo así la carga de trabajo administrativa que implica para las áreas que actualmente la realizan.

La ventaja que tiene esta iniciativa es una gestión centralizada de solicitud de turnos de consultorios externos, laboratorio y Rayos X. Además evita de este modo que el paciente deba realizar múltiples colas.

Una práctica fácil de implementar en relación a esta iniciativa puede ser la de documentar los requisitos que debe cumplir el paciente para realizarse una prueba, de manera de evitar que la persona encargada de otorgar turnos los deba explicar y escribir en cada ocasión.

18. Gestión de stock para materiales de Laboratorio / insumos

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>MEDIA</i>	<i>MEDIO</i>	<i>BAJO</i>	<i>Focalizada</i>	<i>2 meses</i>

Implementación de un sistema de reposición de stock de insumos basado en la demanda histórica, la estacionalidad del consumo, las previsiones excepcionales y un stock dinámico de seguridad. El objetivo es tener un claro control de stock de insumos de Laboratorio, manejando los niveles deseados y contar con más detalle para el pedido de reposición.

Una alternativa es diseñar e implementar una herramienta automática (basada en macros de Excel) que gestione el control de stock, que sea fácil de utilizar y tenga un mantenimiento mínimo.

19. Informatización de las Historias Clínicas

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>MEDIA</i>	<i>ALTO</i>	<i>MEDIO</i>	<i>Focalizada</i>	<i>6-8 meses</i>

Convertir la HC que actualmente se encuentra en papel al sistema informático siguiendo un plan de acción alineado con las iniciativas propuestas, que implique:

- Infraestructura tecnológica que soporte esta iniciativa.
- Conversión de las HC en papel al sistema informático. Por ejemplo, mediante la ayuda de pasantes que operen como “data entry”.
- Implementación de procedimientos de actualización de las HC ya convertidas.
- Capacitación tanto para el nuevo circuito administrativo de la gestión de la documentación clínica, como para el uso del sistema informático.
- Enfoque de conversión: elaborar procedimientos transitorios para la etapa de conversión de la HC.

Los beneficios que implica esta iniciativa impactan en una mejor gestión de la documentación clínica, consulta en tiempo real, calidad de los datos registrados, facilidad de manejo, facilitando la consulta de las HC para los profesionales y disminuyendo los riesgos por desinformación.

110. Utilización de SMS como recordatorio de citas

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>MEDIA</i>	<i>BAJO</i>	<i>BAJO</i>	<i>Focalizada</i>	<i>1-2 meses</i>

Contar con un instrumento de recordatorio a los pacientes de sus citas programadas. Consiste en enviar en forma programada y con una anticipación determinada un aviso al paciente de la fecha de su consulta. Se utilizaría como vía de comunicación el mensaje de texto a celulares a través de un correo electrónico, ya que se trata de una población con

fácil y amplio acceso a dicha tecnología. Al registrar los datos personales de los pacientes se deberá solicitar el nombre de la compañía de telefonía móvil que le presta el servicio.

I11. Provisión y mantenimiento de hardware

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>ALTA</i>	<i>MEDIO</i>	<i>ALTO</i>	<i>Transformacional</i>	<i>10-12 meses</i>

Desarrollo de un conjunto de terminales aptas para el trabajo con una velocidad de procesamiento que optimice la utilización del sistema:

- Central de turnos: Proveer un soporte tecnológico para el desarrollo de e-mail y fax como canal de comunicación para la solicitud de turnos.
- Orientación: Contar con el equipamiento necesario para la identificación de pacientes de primera vez.
- Archivo: Asegurar el óptimo funcionamiento de la entrada y salida de HC mediante scanners y terminales.
- Estadísticas: Asegurar el óptimo procesamiento de las planillas y formularios mediante scanner y terminales.

I12. Sistema de incentivos

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>MEDIA</i>	<i>MEDIO</i>	<i>MEDIO</i>	<i>Transformacional</i>	<i>6 meses</i>

Establecimiento de un sistema de incentivos en donde se pueda premiar/reconocer aquellas personas que logren cumplir con un objetivo común identificado:

- Empleados administrativos: En un futuro, tratar de que este sistema sirva para diluir aquellas diferencias que se crean como consecuencia de las categorías remunerativas que clasifican a los empleados.
- Equipo médico: Mejorar la calidad de atención de pacientes.

I13. Rediseño del flujo de pacientes

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>MEDIA</i>	<i>MEDIO</i>	<i>MEDIO</i>	<i>Transformacional</i>	<i>12 meses</i>

El rediseño del flujo de pacientes implica reformular la oferta de servicios ambulatorios de manera de orientarla de forma más eficiente a la demanda segmentada por tipo de paciente que se presenta al hospital:

- a) Pacientes de primera vez
- b) Pacientes en diagnóstico y tratamiento
- c) Pacientes en seguimiento

Para esto es necesario determinar la carga de trabajo real que implica la gestión de cada tipo de paciente. Luego determinar el mix de oferta de servicio más eficiente, minimizando los tiempos dedicados a la orientación de pacientes, priorizando los turnos programados y limitando la oferta de turnos no programados al mínimo.

I14. Reestructuración del área de Archivo

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>MEDIA</i>	<i>ALTO</i>	<i>BAJO</i>	<i>Focalizada</i>	<i>2-3 meses</i>

La reorganización del Archivo consiste en:

- Unificar las salas de Archivo en una única ubicación física que tenga las condiciones requeridas para el archivo de la documentación clínica.
- Ordenar y organizar las carpetas de HC con un criterio de utilización. Por ejemplo, en un sector las de mayor rotación, en otro sector las HC con menos de 5 años de antigüedad y en otro las HC entre 5 y 10 años de antigüedad. Esta iniciativa aportaría velocidad, facilidad y agilidad en el manejo de HC dentro del Archivo.
- Realizar una depuración, que consiste en eliminar (empleando adecuadamente los procedimientos legales) todas aquellas HC que tengan más de 10 años de antigüedad sin movimiento, reduciéndose así la cantidad de HC que son contenidas

innecesariamente en Archivo. A su vez, esto generaría mayor espacio físico para el manejo de las HC actuales y para archivar nuevas.

El objetivo de la iniciativa es brindar un servicio de Archivo eficiente con personal idóneo, que cuente con el espacio físico adecuado y con la organización requerida para su gestión.

I15. Registro de Entrada y Salida de HC

Criticidad	Esfuerzo	Costo	Tipo	Plazo
<i>MEDIA</i>	<i>BAJO</i>	<i>BAJO</i>	<i>Focalizado</i>	<i>1-2 meses</i>

En relación al extravío de documentación clínica, una solución sencilla es la utilización de una planilla para el control del registro de entrada y salida de las HC del Archivo, detallando fecha, hora, nombre, y servicio/área de la persona que retira y devuelve una HC a Archivo.

Esta iniciativa no formó parte del proceso de priorización por su bajo costo y esfuerzo de implementación.

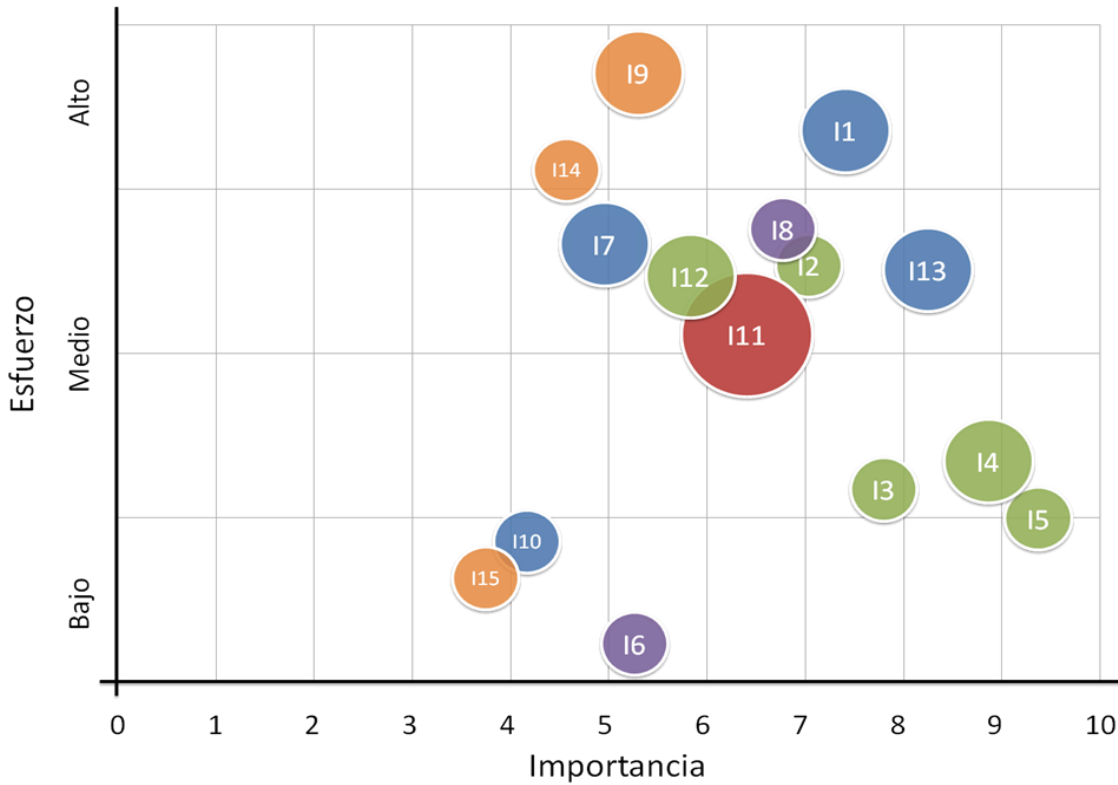
RESUMEN DE RESULTADOS

A continuación se muestra el listado de iniciativas ordenadas por criticidad.

Iniciativa	Descripción	Cuadrante Impactado	Criticidad ¹⁸
I5	Desarrollo de Foros de Discusión/Ateneos	E	13,4%
I4	Programa de capacitación al personal	E	12,0%
I13	Rediseño de flujo de pacientes	A	10,6%
I3	Crear un rol de control de calidad de procesos	E	9,8%
I1	Desarrollo de un centro de atención telefónica	A	9,1%
I2	Establecimiento de normas y procedimientos	E	8,6%
I8	Gestión de stock para materiales de Laboratorio / insumos	C	7,5%
I11	Provisión y mantenimiento de hardware	F	7,4%
I12	Sistema de incentivos	E	6,4%
I6	Mejorar la comunicación con el paciente y el familiar	C	5,6%
I9	Informatización de las Historias Clínicas	D	3,2%
I7	Unificación de ventanillas de Admisión de turnos	B	2,9%
I14	Reestructuración del área de Archivo	D	2,8%
I10	Utilización de SMS como recordatorio de citas	B	0,7%

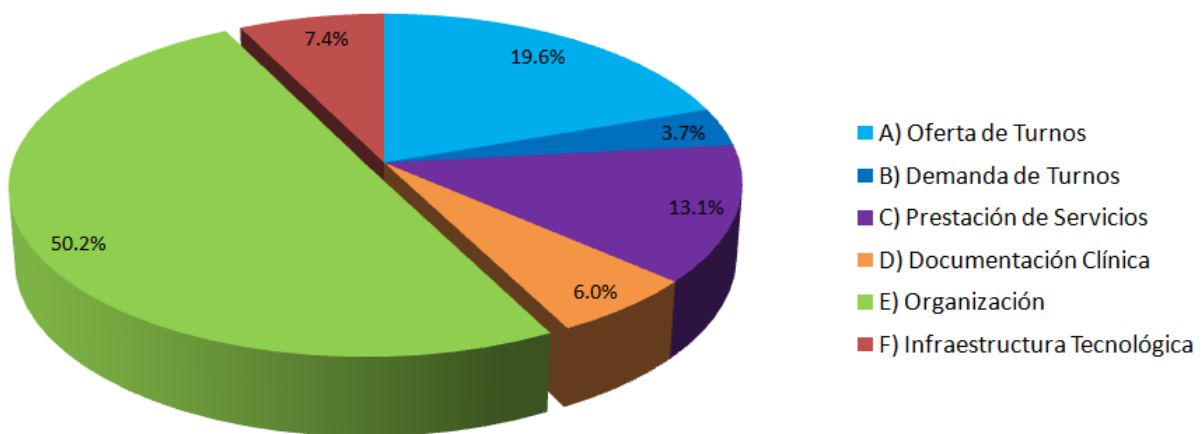
En la siguiente matriz, se ordenan las iniciativas por criticidad o importancia (eje horizontal) y esfuerzo de implementación (eje vertical). El tamaño de las esferas representa el costo de implementación.

¹⁸ Corresponde a la criticidad promedio ajustada luego de la ponderación por coincidencia. Ver detalle del cálculo en la sección de Anexos.



(*) El tamaño de la esfera representa el costo que implica la iniciativa en cuestión. El color indica el cuadrante afectado

Si tenemos en cuenta los cuadrantes impactados por cada una de las iniciativas obtenemos la siguiente distribución de las criticidades.



CONCLUSION

Las organizaciones exitosas han ido evolucionando, el foco dejó de estar dentro de la empresa poniendo al cliente como protagonista, escuchando sus necesidades y hasta prediciendo su futuro comportamiento. Chun Wei Choo define la organización inteligente como aquella “que es capaz de integrar eficazmente la percepción, la creación de conocimiento y la toma de decisiones”^x. “Las organizaciones que cobrarán relevancia en el futuro, dice Peter Senge, serán las que descubran cómo aprovechar el entusiasmo y la capacidad de aprendizaje de la gente en todos los niveles de la organización”^{xi}.

Las organizaciones que brindan servicios de salud han sido más reacias y retardatarias en comprender e implementar estas nuevas formas de adquirir conocimiento. El análisis de resultados de este trabajo evidencia que los mismos líderes, profesionales y personal administrativo plantean como prioridad realizar mejoras relacionadas a la organización. Demuestran que no solo el contexto exige la evolución de la cultura de aprendizaje organizacional, sino que la necesidad de cambio también se pide desde adentro.

La modalidad de proyectos de consultoría pro-bono intenta subsanar este problema poniendo a disposición del hospital un equipo de profesionales con experiencia en transformaciones organizacionales en entornos tan hostiles y desafiantes como el de la salud pública.

Más allá de los beneficios tangibles que persiguen las iniciativas, el objetivo a largo plazo de estos proyectos es mejorar la capacidad adaptativa de la organización, para afrontar con mayores posibilidades de éxito los cambios del entorno, incorporando en su cultura las aptitudes fundamentales de toda organización inteligente^{xii}:

Según Chun Wei Choo “sólo la organización inteligente adquiere información que convierte en conocimiento, maneja con inteligencia y creatividad sus recursos y procesos, se adapta de manera oportuna a los cambios del ambiente, se compromete con el aprendizaje continuo, y moviliza el talento y experiencia de su gente para inducir las innovaciones”^{xiii}.

Toda mejora implica un cambio organizacional, algunos sobre la organización completa (macro) y otros sobre un pequeño grupo dentro de la organización (micro), siendo el desafío realizar un adecuado diagnóstico de la cultura institucional y a partir de ahí entender como cambiar el modelo de aprendizaje de la organización.

Cambiar no es tarea fácil; demanda tiempo y esfuerzo hacer los cambios, hay que vencer las resistencias que todo cambio genera. Algunas recomendaciones para la gestión del cambio en organizaciones de salud^{xiv} son: 1) Identificar los líderes formales e informales, 2) Trabajar sobre “rezagados” y “exploradores”^{xv} (ver Figura 2 del Anexo); 3) Aprender de los errores y retroalimentar la planificación; 4) Compartir información y reconocer logros a todos por igual; 5) Incrementar las oportunidades para aprender.

La consultoría de procesos es el primer paso de un largo camino de mejora continua. La evidencia de la efectividad de procesos de consultoría sobre los procesos de las organizaciones es extensa en el mundo empresarial, pero no lo es tanto en el sector de la salud pública de la Argentina.

Casos como los que se expusieron en este trabajo o el caso del Hospital de “El Milagro” de Salta^{xvi}, donde mediante la tercerización de la gestión administrativa de un hospital provincial se logró una amplia mejora en la calidad del servicio (un 97% de los pacientes que se atendieron en El Nuevo Hospital El Milagro registran un alto grado de satisfacción con la calidad de atención recibida) nos permiten ser optimistas en que la tendencia va a cambiar en los próximos años.

ANEXOS

Método de cálculo de criticidad

En el siguiente cuadro, se muestra para cada hospital la criticidad de cada una de las iniciativas que resulta de las entrevistas llevadas a cabo con los referentes.

Iniciativa Descripción	Imp acto	CRITICIDAD			CRITICIDAD AJUSTADA			Ponderación	Criticidad promedio	Crit prom ponderada	Crit prom pond ajust	Ranking Total
		Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital A	Hospital B	Hospital C					
I5 Desarrollo de Foros de Discusión/Ateneos	E	9,2%	5,0%	15,1%	11,2%	6,5%	19,9%	20%	12,6%	15,1%	13,4%	1
I4 Programa de capacitación al personal	E	3,5%	7,2%	15,1%	4,3%	9,4%	19,9%	20%	11,2%	13,4%	12,0%	2
I13 Rediseño de flujo de pacientes	A	12,4%		13,1%	15,1%	0,0%	17,3%	10%	10,8%	11,9%	10,6%	3
I3 Crear un rol de control de calidad de procesos	E	7,2%	4,6%	9,7%	8,8%	6,0%	12,8%	20%	9,2%	11,0%	9,8%	4
I1 Desarrollo de un centro de atención telefónica	A	15,0%	7,2%		18,3%	9,4%	0,0%	10%	9,2%	10,2%	9,1%	5
I2 Establecimiento de normas y procedimientos	E	13,4%	7,6%		16,4%	9,9%	0,0%	10%	8,8%	9,7%	8,6%	6
I8 Gestión de stock para materiales de Laboratorio/Insumos	C		8,2%	9,3%	0,0%	10,7%	12,2%	10%	7,6%	8,4%	7,5%	7
I11 Provisión y mantenimiento de hardware	F	11,0%	7,0%		13,5%	9,1%	0,0%	10%	7,5%	8,3%	7,4%	8
I12 Sistema de incentivos	E	1,5%		13,5%	1,8%	0,0%	17,8%	10%	6,6%	7,2%	6,4%	9
I6 Mejorar la comunicación con el paciente y el familiar	C	6,7%	7,0%		8,1%	9,1%	0,0%	10%	5,8%	6,3%	5,6%	10
I9 Informatización de las Historias Clínicas	D		8,2%		0,0%	10,7%	0,0%	0%	3,6%	3,6%	3,2%	11
I7 Unificación de ventanillas de Admisión de turnos	B		7,6%		0,0%	9,9%	0,0%	0%	3,3%	3,3%	2,9%	12
I14 Reestructuración del área de Archivo	D		7,2%		0,0%	9,4%	0,0%	0%	3,1%	3,1%	2,8%	13
I10 Utilización de SMS como recordatorio de citas	B	2,0%			2,4%	0,0%	0,0%	0%	0,8%	0,8%	0,7%	14
I15 Registro de Entrada y Salida de HC (Quick Win)	D				0,0%	0,0%	0,0%	0%	0,0%	0,0%	0,0%	15
		81,8%	76,8%	75,7%	100,0%	100,0%	100,0%			112,2%	100,0%	

La sumatoria de las criticidades para cada hospital no es 100% porque se descartaron algunas iniciativas que respondían a problemáticas muy propias del hospital relevado. Es por esto que se ajustaron los porcentajes en las columnas de criticidad ajustada.

La columna de ponderación se usa para favorecer las iniciativas que fueron identificadas en más de un hospital. Se aplica un incremento del 20% a las iniciativas valoradas por los referentes de los 3 hospitales, 10% cuando coinciden dos hospitales y 0% cuando solo se detecta en un hospital.

La priorización realizada en este trabajo es en función de la criticidad promedio de los tres establecimientos, aplicándole el incremento por coincidencia y luego ajustando los valores para que sumen 100%.

Figura 1: Resumen de las criticidades individuales de cada hospital

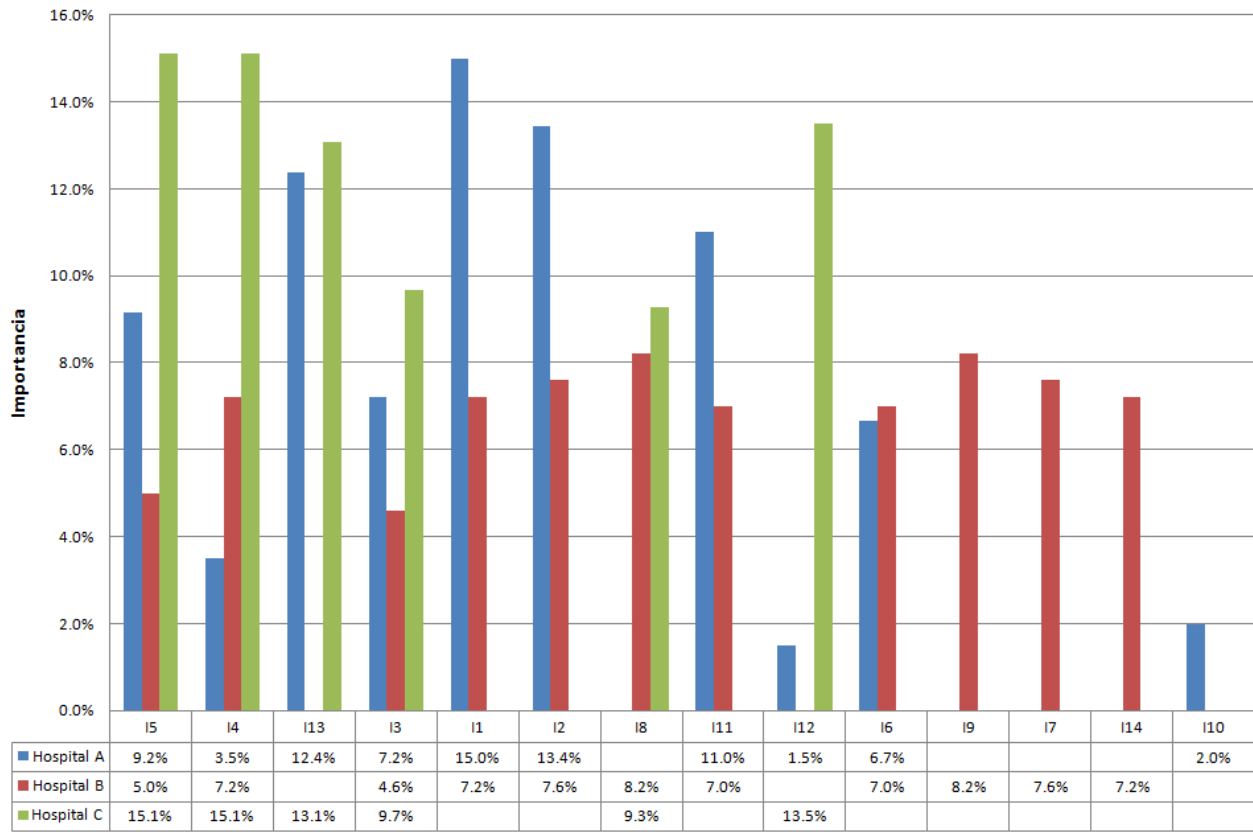


Figura 2: Gráfico de tipología y distribución de frecuencias de la resistencia al cambio del Dr. Pedro Saturno



BIBLIOGRAFÍA

- Donabedian, Avedis. "The seven pillars of quality". Arch Pathol Lab Med 1990
- Bermúdez, Ismael. "¿Quién paga por la Salud? Diario Clarín 13/09/09
- "El Sistema de Salud al borde del Colapso" La Nación 19/08/02
- ANSAL. "Health Sector Reform in El Salvador: Towards Equity and Efficiency. Executive Summary. San Salvador: USAID" 1994. Ugalde A. "A Study in the Decision Making in the Health Sector of Colombia: World Health Organization" 1970
- Novillo, Pablo. "Les darán cobertura médica a 600 mil vecinos sin obra social" Clarín 09/05/10
- Wei Choo, Chun. "La organización inteligente. El empleo de la información para dar significado, crear conocimiento y tomar decisiones". Oxford University Press 1999
- Senge, Peter. "La quinta disciplina" Ed. Granika 1993
- Palacios Maldonado, Margarito. "Aprendizaje organizacional. Conceptos, procesos y estrategias. Hitos de Ciencias Económico Administrativas" 2000
- Wei Choo, Chun. "La organización inteligente. El empleo de la información para dar significado, crear conocimiento y tomar decisiones" Oxford University Press 1999
- Bryant, Bradley James. "How to Change Management Models in Health Care" 2009
- Saturno, Pedro. "Estrategias para la puesta en marcha de actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial en atención primaria. Consideraciones generales" 1993

REFERENCIAS

ⁱ Creada en 2006 por Accenture (compañía global de consultoría, tecnología y servicios de outsourcing), la Fundación tiene entre sus principales objetivos: "Promover, facilitar, desarrollar y difundir toda clase de actividades que beneficien a la comunidad, en particular, en materia de salud, educación y cultura".

Asimismo realiza, en forma directa o indirecta, programas de integración social de minorías y prestaciones sociales para personas con discapacidad física, psíquica, sensorial o mental, a fin de procurar su inserción en la sociedad, destacando prioritariamente la formulación y el empleo así como la accesibilidad y la superación de barreras de cualquier clase.

También desarrolla e implementa programas que tiendan a cubrir o paliar necesidades materiales básicas insatisfechas de sectores carenciados, de bajos recursos, o que

presenten condiciones de vulnerabilidad; establece vínculos de cooperación, colaboración e intercambio con entidades afines y promueve la constitución e integración de entidades sin fines de lucro que se correspondan con las características y finalidades de la Fundación.

ⁱⁱ www.siderca.com

ⁱⁱⁱ Abeledo, Anahí. “La salud en el país: cuánto se gasta y quién la paga” Clarín 23/05/10

^{iv} Bermúdez, Ismael. “¿Quién paga por la Salud? Clarín 13/09/09

^v “El Sistema de Salud al borde del Colapso” La Nación 19/08/02

^{vi} “El Sistema de Salud al borde del Colapso” La Nación 19/08/02

^{vii} ANSAL. “Health Sector Reform in El Salvador: Towards Equity and Efficiency. Executive Summary. San Salvador: USAID” 1994. Ugalde A. “A Study in the Decision Making in the Health Sector of Colombia: World Health Organization” 1970

^{viii} Novillo, Pablo. “Les darán cobertura médica a 600 mil vecinos sin obra social” Clarín 09/05/10

^{ix} Donabedian, Avedis. “The seven pillars of quality” 2001

^x Wei Choo, Chun. “La organización inteligente. El empleo de la información para dar significado, crear conocimiento y tomar decisiones” 1998

^{xi} Senge, Peter. “La quinta disciplina” 1990

^{xii} Palacios Maldonado, Margarito. “Aprendizaje organizacional. Conceptos, procesos y estrategias. Hitos de Ciencias Económico Administrativas” 2000

^{xiii} Wei Choo, Chun. “La organización inteligente. El empleo de la información para dar significado, crear conocimiento y tomar decisiones”

^{xiv} Bryant, Bradley James. “How to Change Management Models in Health Care” 2009

^{xv} Saturno, Pedro. “Estrategias para la puesta en marcha de actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial en atención primaria. Consideraciones generales” 1993

^{xvi} Koffsmom, Ariana. “El caso de El Milagro. Cuando la gestión eficaz permite superar la crisis de la salud” 2002