GSS/2001
B8

NIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
CE - RECTORADO ACADÉMICO
RECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POST-GRADO
SPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

TRABAJO DE GRADO
Presentado para optar al título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL SERVICIO MÉDICO DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO SUCRE, ESTADO MIRANDA.

ealizado por: Zaida Bula Bernal

Caracas, Junio de 2001

TABLA DE CONTENIDO

- **INTRODUCCIÓN** 1

- **CAPÍTULO 1** 2

  - Definición De Calidad 2
  - Fases De La Evolución De La Calidad En Las Empresas. 4
  - Especificidades De Los Servicios De Salud. 5

- **CAPÍTULO 2** 13

  - Evaluación De La Estructura 13
  - Evaluación Del Proceso Por Instrumentación 13
  - Características De Los Indicadores De Resultados 14
  - Uso De Indicadores 15
  - Modelos De Evaluación 16

- **CAPÍTULO 3** 17

  - Descripción del Servicio Médico de la Alcaldía de Sucre 17
    Misión: 17
    Visión: 17
    Valores: 17
  - ÁREA DE INFLUENCIA 19
  - Características Socioeconómicas de la Población 19
  - Características Epidemiológicas de la Población 19
  - DIAGNÓSTICO DEL SERVICIO 19
  - Cálculo De Rendimiento 20
  - EVALUACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE LA ALCALDÍA DE SUCRE 21

- **CAPÍTULO 4** 23

  - Modelo De Gestión Propuesto 23
  - Algunas Consideraciones Acerca Del Cambio Organizacional ... 26
  - Factores Que Aumentan La Resistencia Al Cambio. 26
  - El Cambio Organizacional Sostenido 26

- **CONCLUSIONES** 31

  - BIBLIOGRAFÍA 33

INTRODUCCION

La búsqueda de calidad en cualquier organización, al igual que en los servicios de salud, es una filosofía de gerencia que toma muy en cuenta los objetivos y características de la organización y sus procesos relacionándolos directamente con su resultado final, que no es otro que la satisfacción del usuario.

El presente trabajo se plantea como objetivos:

- Realizar una revisión acerca de la experiencia existente respecto a la aplicación del modelo de Gestión de Calidad Total en servicios de salud.
- Estudiar la demanda de los servicios de salud en el Municipio Sucre del Estado Miranda (estudio epidemiológico de la población del Municipio)
- Evaluar al Servicio Médico de la Alcaldía del Municipio Sucre, en cuanto a su estructura, procesos y resultados, para conocer sus características y determinar la factibilidad de la aplicación de un Modelo de Gestión de Calidad Total en dicha organización.

Además se propone un modelo que permite evaluar las diferentes actividades y procesos que se llevan a cabo en un Servicio como el que nos ocupa, medirlas y compararlas con las metas establecidas, entre las cuales debe encontrarse la satisfacción de las necesidades del usuario.

La implantación de cualquier modelo gerencial y en especial los referentes a Calidad Total, que implican el concurso de todos los que conforman la organización, suele encontrar dificultades en sus inicios debido principalmente a la resistencia al cambio, por ello se harán algunas consideraciones al respecto.

CAPÍTULO 1

- DEFINICIÓN DE CALIDAD

La calidad es un concepto clave hoy en día para los servicios de salud y la Organización Mundial de la Salud la define como:

- Un alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de los recursos
- Un mínimo riesgo para el paciente
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente
- Impacto final en la salud

Uno de los problemas con la palabra calidad, aunque haya sido definida de la manera mencionada, es que todavía no queda clara dado que calidad significa algo distinto para cada persona. Si la atención médica es de alta calidad depende del criterio de quien la analiza.
La calidad no se limita a un aspecto sino que incluye la satisfacción del paciente, la eficiencia y los resultados clínicos.
Cuando se utiliza la palabra calidad, el usuario, por lo general, está considerando características típicas de la atención médica como: eficiencia, cuidados y eficacia; cuando en realidad los programas de calidad pretenden además mejorar el desempeño, los resultados y otros aspectos, así como reducir los costos de la institución.
Otros términos de calidad que debemos tomar en consideración:

- Calidad: consiste en satisfacer o superar las expectativas de los clientes de manera congruente. Es la comparación de la realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no.

- Calidad de asistencia al paciente: Grado en que los servicios de asistencia sanitaria, dado el estado actual de los conocimientos, aumentan la probabilidad de lograr los resultados que se buscan en la salud de los pacientes y reducen la posibilidad de obtener efectos no deseados. Está determinada por muchos componentes, entre ellos accesibilidad, adecuación, continuidad, eficacia, efectividad, eficiencia, perspectivas del paciente, inocuidad y oportunidad de la asistencia.

- Calidad de la documentación: grado en que la información asentada en los documentos- fuente es exacta, completa y se presenta oportunamente.

- Calidad Total: sistema estratégico integrado para lograr la satisfacción del cliente que abarca a todos los gerentes y empleados y utiliza métodos cuantitativos para mejorar continuamente los procesos de la organización.

Tal vez, entre las modernas corrientes del pensamiento gerencial, la calidad pueda ser traducida por tres elementos que, a pesar de ser subjetivos, se manifiestan a través de un modo objetivamente diferente de producir las cosas[1]
⇒ La preocupación en crear y mantener conciencia sobre las propiedades de los productos (bienes y servicios) que están siendo generados, disminuyendo su variabilidad al adoptar determinados patrones o especificaciones técnicas;
⇒ La preocupación en satisfacer las demandas explícitas y necesidades no declaradas, pero previsibles de los consumidores;
⇒ La presencia de este tipo de orientación en toda la organización involucrando a la gerencia, a los técnicos y a los trabajadores.

Entendiéndola de esta manera, la calidad se transforma en filosofía de gerencia, una actitud respecto a la producción, que puede ser mejor aprendida cuando se examina la forma en que se relacionan los polos de producción - consumo; ellos entran en un círculo donde la producción parte de una consideración minuciosa de las características del proceso de consumo y de examinar cuidadosamente las opiniones y sugerencias de los consumidores.

El funcionamiento real de la producción enfrenta, a cada paso, obstáculos creados por viejos vicios y deficiencias surgidas recientemente. Ellos son la búsqueda del lucro a corto plazo, la burocratización y la alienación del trabajo, la inadecuación tecnológica de los medios de producción, la falta de capacitación de la fuerza de trabajo, etc. Estos y otros vicios y deficiencias a los que E. Deming llama "enfermedades", dificultan y bloquean el ajuste de la producción al mundo del consumo, porque entre otras razones:

⇒ Los trabajadores realizan tareas parciales y fragmentadas y no tienen una imagen completa del producto final o de la finalidad del servicio en su conjunto, por lo tanto, no tienen como enorgullecerse de lo que hacen;

⇒ La supervisión vertical disemina la neurosis de las cuotas de producción por equipo e infunde el miedo de errar y de opinar;

⇒ Los trabajadores en su conjunto no están estimulados a participar y a enorgullecerse de lo que hacen.

Por tales motivos, el abordaje que Deming efectúa sobre el tema de calidad, se afirma sobre dos pilares fundamentales: el papel del consumidor como evaluador de la calidad y la problemática pedagógica de su significado.

"El consumidor es el eslabón más importante en la cadena de producción. La calidad debe apuntar a las necesidades del consumidor, tanto actuales como futuras"

---

[1] Passos N. Roberto; Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud. Serie Paltex. OPS

- FASES DE LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD EN LAS EMPRESAS.

La historia de los esfuerzos realizados por los sectores industriales y de servicio en esta última mitad de siglo, permite identificar cuatro fases de realización de los objetivos de calidad.

FASE 1: LA CALIDAD PRESUPUESTA COMO EXCELENCIA DE LOS AGENTES.

Corresponde a una fase de la producción en la que la referencia al grado de capacitación científica y tecnológica de los agentes, concomitantemente con procesos informales de evaluación por los pares, resulta suficiente para definir la calidad de los bienes y servicios producidos. Un elevado nivel de capacitación o de reputación de los agentes confiere el sello de calidad.

En un hospital, la formación diferenciada de los médicos y de otros recursos humanos, paralelamente con el nivel de actualización de la infraestructura tecnológica, es lo que corresponde frecuentemente al juicio dominante de calidad. La calidad en este caso es supuesta como atributo de los agentes y de los medios con que ellos trabajan.

FASE 2. EL CONTROL DEPARTAMENTAL DE LA CALIDAD.

El control de la calidad se convierte en atribución de un grupo de especialistas que actúan con posterioridad al proceso de producción a través de la inspección y, en general, a través de mecanismos de muestreo. Esta fase requiere el establecimiento de criterios o normas estrictas de calidad, para enjuiciar las variaciones en las características de los productos. En el área de salud la producción de insumos diversos (medicamentos, equipos, etc.) se somete, en mayor o menor grado, a ese control interno de calidad.

FASE 3. LA GARANTÍA DE CALIDAD.

Representa un avance con relación al control, pero le falta colocar la preocupación en la detección preventiva de fallas o defectos de los productos. En los servicios de salud, el concepto de garantía de calidad tiene connotaciones un poco diferentes de aquellas asociadas a las actividades industriales. Se refiere a la elaboración de estrategias, tanto para la evaluación de la calidad como para implementar normas y patrones de conducta clínica a través de programas locales o nacionales.

FASE 4. LA GESTIÓN O CONTROL DE CALIDAD TOTAL (CCT)

La transición para esta fase superior se da a través de la difusión de responsabilidades por la calidad al conjunto de los trabajadores y dirigentes de la unidad y la adopción de métodos participativas que permitan, a los distintos sectores organizacionales, tanto planificar como solucionar los problemas asociados con el mal desempeño y la baja productividad, y a la alta gerencia le permite desplegar una fuerte movilización interna de recursos (humanos y materiales) que pasan a ser concentrados en el objetivo de obtener un giro a favor de la calidad, tanto en la cultura organizacional como en los métodos concretos de trabajo. La calidad pasa a ser controlada sistemáticamente por el conjunto de la empresa y deja de ser solamente una atribución de los especialistas: emerge como tarea colectiva, una orientación al perfeccionamiento continuo de los productos y a la satisfacción de la clientela.

Se usa el adjetivo total para expresar que el control o gestión de calidad se extiende a toda la empresa.
Los conceptos que se utilizan hoy en CCT son aquellos que unifican con fines analíticos, las funciones de la industria y del sector de servicios: a) el valor de uso final es el producto, b) las actividades técnicas y administrativas necesarias para dar origen a los productos son los procesos. Es básico dentro de la metodología del CCT, aprender como los procesos parciales se articulan entre clientes internos para producir algo capaz de satisfacer al cliente externo o, mejor aun, de superar sus expectativas. (Visión de sistema)

- ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Cuestionamientos de varios órdenes e inspirados en distintas disciplinas - economía, clínica, administración - pueden aparecer, poniendo en duda que los principios de los programas de calidad puedan ser aplicados, debido a las especificaciones de salud.
Alguna de esas especificaciones son las siguientes:
⇒ Una buena parte de las empresas de servicios de salud y hospitales no es motivada por la búsqueda de lucro, ni a corto ni a largo plazo; por otro lado, el mercado de servicios de salud funciona con un nivel relativamente reducido de competitividad; por lo tanto, uno de los principales instrumentos para poner en marcha y sustentar los programas de calidad está ausente en este sector;

⇒ La variabilidad de los productos o servicios ofrecidos en los hospitales y clínicas resulta de una exigencia técnica de adaptación a las necesidades de cada paciente y no hay cómo estandarizar el conjunto de las actividades clínicas en la medida en que ellas están sujetas al juicio del médico, el cual interpreta las necesidades del paciente en condiciones concretas;

⇒ La producción de servicios de salud es ejecutada por un grupo sumamente heterogéneo de agentes en el que aparecen, de un lado, los médicos y del otro, una amplia gama de trabajadores, con niveles de instrucción y de calificación muy distintos entre sí, resultando así, intereses y motivaciones incompatibles, que impiden la construcción de un espíritu de equipo, que además sienta orgullo por la calidad del servicio producido;

⇒ El usuario de salud no es un consumidor común frente a las mercancías y está desprovisto de los conocimientos técnicos que le permitan evaluar la adecuación del servicio a sus necesidades; además, no tiene control o consciencia sobre la forma en que se da el consumo de esos servicios; por lo tanto es difícil aceptar el papel de centralidad del consumidor en la definición de calidad en salud.

Al contra argumentar encontramos que Deming es taxativo a ese respecto:

" Los principios y métodos de la mejoría son iguales para la prestación de servicios y para la fabricación de bienes. La aplicación real difiere, por supuesto de un producto a otro, así como los problemas de la producción difieren unos de otros."

Es preciso tener en cuenta que la prestación de servicios de salud está compuesta de procesos de gran diversidad. Algunos de ellos son similares a los que se dan en otros sectores económicos, mientras que otros son específicos de la salud. Si los grupos llegaran a identificar y determinar específicamente la dinámica de algunos procesos muy particulares (como por ejemplo: el trabajo clínico) y si fuera decidido que allí se concentra la mayoría de los problemas de los servicios, toda esa discusión ayudará a aclarar la estrategia a ser adoptada para alcanzar la calidad como resultado, lo cual significa que la calidad no es más algo supuesto en los agentes, debido a su alto nivel de formación o de calificación, sino algo que los involucrados en los actos de salud estarán constantemente preocupados por obtener y perfeccionar para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios. Por lo tanto, se admite que la preparación científica del cuerpo de profesionales y el atributo high-tech de los equipos usados no garantizan per se la calidad del acto médico.

La calidad como resultado puede igualmente ser juzgada bajo el aspecto de determinadas metas de carácter cuantitativo a ser alcanzadas. Por ejemplo, una meta para una unidad puede ser "disminuir la mortalidad intra hospitalaria a uno por mil". Es importante señalar que la calidad no equivale a una mera intención. Hay ciertos efectos objetivos que se obtienen con base en el esfuerzo persistente y colectivo, que se inicia en la dirección superior y se extiende en toda la organización.

La calidad en este caso es expresión objetiva de ciertas condiciones subjetivas tales como:

⇒ Una preocupación por crear y mantener entre todos los que integran la unidad de salud, gerentes y trabajadores, una consciencia en cuanto a las propiedades, beneficios y perjuicios de los servicios prestados, recurriendo para ello a metodologías estadísticas específicas;

⇒ Una preocupación en satisfacer demandas explícitas y necesidades emergentes de los usuarios de los servicios de salud.
Tales condiciones subjetivas deben traducirse en una nueva forma de división del trabajo y en una nueva manera de trabajar en equipo.

▫ CALIDAD COMO OPINION

Asumir las prioridades de una gestión orientada hacia la calidad implica asumir también la pertinencia del juicio del usuario, que trasciende los límites de lo científico. El juicio de calidad por el consumidor pasa a estar implícito en el conjunto de actividades de la empresa, y desde luego, es evidente que se trata de un juicio, una opinión que no puede ser disecada por el bisturí de la ciencia.
Además existe el propio juicio de calidad que los clientes internos establecen entre sí constituyendo una referencia adicional de representaciones razonables, pero no plenamente racionales, sobre las cuales serán construidas las estrategias de desarrollo para la calidad.

❑ LA CALIDAD Y EL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La contribución del usuario al acto de salud se da simultáneamente en las tres dimensiones en que tal acto puede ser desdoblado: en el trabajo técnico, en la relación interpersonal y en las comodidades que rodean al cuidado. En cada una de esas dimensiones, el usuario vivencia algo, que sumado, hace de él alguien capaz de contribuir en la definición de calidad y en la propia evaluación de calidad en la atención que le es prestada. Es importante mostrar que muchas de las relaciones usuales de consumo de todos los tipos de servicios expone al consumidor a una situación de gran dificultad para formar un juicio sobre la calidad de lo que es comprado con su dinero. La vulnerabilidad del usuario es algo universal, pero es relativizada progresivamente por la cultura, por la acción del mass-media y por los esfuerzos de informar al consumidor realizados en cada área del consumo. No faltan canales de divulgación y popularización de los conocimientos sobre los progresos de las ciencias médicas y las conquistas tecnológicas en diagnóstico y terapia de las denominadas enfermedades de la modernidad. Pero hay una increíble carencia de iniciativas para la información selectiva y específica al usuario de bienes y servicios de salud. En parte esa precariedad en el uso de la información para el consumo puede ser atribuida a la debilidad asociativa de los productores de servicios de salud y al bajo nivel de competitividad existente en esa esfera. No obstante es preciso reconocer que es también producto de nuestra cultura de constante negligencia con la visión y los intereses del consumidor.

❑ EL ESTADO Y LAS POLÍTICAS PRO-CALIDAD

En el área de las empresas públicas se ha producido un cambio que coincide con las nuevas formas de financiamiento estatal. No se puede estar subvencionando a las empresas públicas por el solo hecho de su noble función social. Gobiernos de diversos países en desarrollo, incluso aquellos que no se adhirieron completamente al ideario neoliberal, vienen expresando con firmeza que su sanción política comenzará a basarse de aquí en adelante en la materialización del desempeño, evaluada en términos de productividad y calidad. Abandonando de esta manera el viejo estilo proteccionista de las actividades de interés público, el estado pasa a imponer criterios de eficiencia en la administración directa y en las comunidades o grupos sociales económicamente autosuficientes, que funcionan como instrumentos dinámicos de su intervención en las áreas sociales como salud y educación. La excelencia implícita de los agentes, como primer paso de la calidad ya no es considerada suficiente. Para ello se buscan nuevas formas de relación del Estado con tales órganos, que contemplen simultáneamente, tanto una mayor autonomía de gestión de los recursos, como un acuerdo en cuanto al cumplimiento de ciertas políticas de interés general y en relación con el alcance de metas de eficiencia microeconómica.

La fuerza motriz que puede encuadrar a los funcionarios públicos en la dirección de la calidad no resulta de la búsqueda de ventajas competitivas en el mercado al cual pertenecen, tal y como sería el caso de las empresas privadas. Resulta mas bien, del "instinto de supervivencia" de estas organizaciones ante el agotamiento del modelo de financiamiento incondicional por parte del Estado. El reconocimiento de las graves repercusiones de la crisis fiscal del estado en el financiamiento de las actividades públicas puede generar una

percepción del riesgo de vida que, si está bien dirigido, impulsará el ánimo de participación y de cambio en el conjunto de los funcionarios y de los dirigentes de las empresas del Estado.
En ese punto, por más que el CCT consiga aproximar los métodos de gerencia de las entidades públicas y empresas privadas, persisten aún ciertas diferencias establecidas por el orden político y económico en que cada una se encuadra. Para las instituciones públicas, por ejemplo, los objetivos de calidad son mal definidos, mientras no sean correlacionados con la misión u objetivos político-institucionales; no basta establecer qué hacer con calidad, sino por qué hacerlo en la óptica de una política que debe privilegiar objetivos de interés público. Es decir, que en un plan de desarrollo de calidad de una institución pública, las metas de calidad deben ser orientadas en la dimensión del interés público y no sólo de su éxito gerencial en el manejo de los recursos.
Así por ejemplo, en un hospital público, la mejoría en la calidad de la atención debe ser situada en un nivel estratégico con relación a sus funciones jerárquicas dentro de la red y subordinarse a la misión político institucional de promover la equidad en el conjunto de los servicios ofrecidos. El CCT debe tener en cuenta los propósitos y las estrategias de las políticas de salud.
Los esfuerzos pro- calidad de una empresa no surgen de un estado místico a ser alcanzado por la concentración colectiva en el mantra de la "calidad total", sino que dependen de la adopción seria y responsable de un estilo de gestión que solamente produce buenos resultados cuando es aplicado correctamente y a lo largo de varios años en una misma empresa.

- <u>LA HETEROGENEIDAD DE LOS TRABAJADORES Y DE LOS PROCESOS</u>

Hablar del trabajo en salud como un proceso único significa practicar una gran abstracción. La principal obligación de quien examina todos esos procesos que se agrupan sobre la potencial categoría de trabajo en salud, y los considera en relación tanto a los usuarios como a la articulación entre los profesionales que le dan origen, es asumir la imparcialidad ideológica delante de los intereses corporativos en juego, para justamente reconocer que aquí están envueltas formas muy distintas de usar las energías, la destreza y el saber de diversos grupos de trabajadores. Al revisar una clasificación más o menos tradicional de las áreas de actividad en establecimientos de salud, nos damos cuenta inmediatamente de esa gran diversidad:

⇒ Servicios generales: lavandería, hotelería, limpieza y desinfección, seguridad, etc.
⇒ Servicios de apoyo técnico - administrativo: depósito, registro de informaciones sobre los pacientes, farmacia, transporte de pacientes, etc.
⇒ Servicios administrativos: contabilidad, planificación, gerencia de recursos humanos, etc.
⇒ Servicios intermedios de diagnóstico y terapia: análisis de laboratorio, radiodiagnóstico, medicina nuclear, etc.
⇒ Servicios finales de diagnóstico, terapia y cuidados con los pacientes: consultas ambulatorias, tratamiento intrahospitalario, cuidados de enfermería, etc.

Aunque suministran un apoyo a la producción de un determinado tipo de servicio, algunos de esos procesos, como los de limpieza, hotelería y seguridad, al ser analizados en sus métodos e instrumentos, demuestran que no tienen características específicas del sector que auxilian. Procesos similares se encuentran con frecuencia en los diferentes sectores de la economía de servicio. Tanto es así que una tendencia de la gestión hospitalaria es la contratación de terceros para la ejecución de esas actividades, es decir, su entrega a empresas que se benefician de una economía a escala al prestar servicios idénticos en el mercado.

Otros tipos de procesos de trabajo en salud son teóricamente comparables a los de la industria moderna. Se verifica así una subordinación a parámetros objetivos de medida de los objetos de trabajo y de los resultados esperados; y hay también un notable grado de control sobre los insumos, sobre la operación de los instrumentos y sobre los consecuentes ritmos de producción, lo que hace que el proceso tenga algo similar al estilo de trabajo en las industrias, lo cual no excluye el uso de métodos y parámetros especiales que son los apropiados para los exámenes de las condiciones fisiológicas de los individuos en los estados de salud y enfermedad.

Un tercer tipo de proceso de trabajo es el que se presenta justamente a través de la atención clínica, quirúrgica y de enfermería. Este es sin duda, un proceso bastante específico y el hecho de involucrar al paciente, lo torna muy diferente de cualquier otro tipo de servicio personal existente en la sociedad moderna. Está asociado a ese proceso particular aquello que se denomina servicio de salud, es decir los profesionales especialmente preparados para prestar servicio directamente y que atienden las necesidades de los pacientes en sus dimensiones biológica, psicológica y social. No obstante, sabemos que hay una determinada categoría profesional que controla el proceso de trabajo a partir de su autoridad técnica y social: los médicos. Aun cuando no son propietarios de los medios de producción - hospitales- los médicos están facultados para comandar esos actos técnicos y en esto se diferencian de los demás trabajadores.

Naturalmente, los médicos aparecen en forma diferenciada en ese equipo, porque la historia de su profesión, de su práctica liberal y la organización de sus intereses corporativos, anteceden y determinan al aparato colectivo de prestación de servicios de salud. El conocer esta división del trabajo puede ayudar a determinar las formas más convenientes de intervención en los programas de calidad, donde serán considerados los conflictos reales y potenciales que aparecen entre los que componen el equipo de salud.

Es necesario en el análisis de las estrategias de calidad en salud, que se conozcan y estudien las variadas formas de procesos de trabajo que se desarrollan en un hospital o centro de salud, tomando en cuenta que esa diversidad tiene un origen técnico y social. Poco puede ser hecho para lograr la gestión de calidad en esos servicios si no se hace un esfuerzo por integrar los diversos tipos de servicios "operativos" y el cuidado clínico.

Un objetivo esencial es asegurar que los clientes internos manifiesten su opinión y reorienten el sentido de la división del trabajo. La calidad del trabajo ofrecido al cliente interno se refleja necesariamente sobre la calidad del servicio prestado al cliente externo. Se supone que la división interna de las tareas contribuya al aumento de la productividad y de la calidad de los servicios finales, incluyendo el confort proporcionado al paciente. Si esa articulación entre servicios operacionales y servicios clínicos llega a fallar, aparecerá un problema que será difícil de resolver consultando sólo la visión y las necesidades de una de las partes involucradas. De allí surge la propuesta de conformar grupos mixtos de análisis de calidad formados tanto por el cuerpo clínico como por el personal operativo, junto con otros integrantes del equipo de salud. El concepto de "cliente", en el sentido amplio aquí definido, sirve para marcar esa interdependencia, no solo entre trabajo y consumo, sino entre los varios tipos de trabajadores, cuando su articulación apunta a un fin común.

Podemos aquí identificar cuáles deben ser los elementos esenciales de una estrategia para la implantación de la gestión de calidad con apoyo en grupos de discusión:

⇒ La composición mixta de los grupos debe tener en consideración la diversa variedad de los tipos de procesos en que se subdivide el trabajo en salud;

⇒ La dinámica efectiva de los grupos necesita destacar la porción de utilidad de cada función desempeñada en la organización, tanto por el grupo operacional de apoyo como por el equipo de salud, e identificar sus efectos sobre la calidad de los servicios finales.

La herencia de Taylor está aun visiblemente presente en la organización del trabajo en salud. Básicamente, el esquema organizacional de Taylor conduce a una separación entre funciones de planificación y ejecución concibiendo que planificación y supervisión en forma interconectada, implican un nivel educacional ausente en la mayoría de los trabajadores, y que la creación de instancias separadas para el ejercicio de esas funciones intelectuales lleva a un aumento de la productividad. El trabajo en enfermería, por ejemplo, mantiene aún esa rigidez de separación entre la planificación del cuidado, adscrito a las enfermeras universitarias y a la ejecución, delegada a un ejercito de asistentes y auxiliares de baja calificación, que realizan actividades de confort en las camas y dormitorios, control de signos vitales, suministros de medicamentos, etc. Se puede preguntar cuántos de esos trabajadores de enfermería saben exactamente qué están haciendo y cuál es el alcance de las medidas que aplican.

Las objeciones que pueden formularse a la rígida jerarquización del trabajo en salud son de la misma naturaleza que las que hacen los autores modernos en relación con el taylorismo industrial:

⇒ La pérdida de responsabilidad intelectual por los actos conduce a introyectar la norma de productividad, sin dejar espacio a la percepción de circunstancias particulares y necesidades de ajustes del proceso de trabajo que constituyen oportunidades de mejorías de calidad del producto;

⇒ La supervisión acaba por asumir la responsabilidad unilateral por la calidad y ella misma, sin una respuesta adecuada por parte del personal de línea, se transforma en una respuesta más o menos burocratizada; por lo tanto la supervisión centralizada retira de los trabajadores (y también de la propia gerencia de la unidad) el sentido de corresponsabilidad por la calidad del producto;

⇒ La considerable elevación del nivel educacional de la población trabajadora que se viene desarrollando paralelamente al proceso de sindicalización y a la presencia del sindicato en el ambiente de trabajo, constituyen condiciones sociales nuevas que favorecen y exigen una nueva filosofía de participación del conjunto de los trabajadores en actividades de tipo intelectual y en las decisiones en cuanto a los métodos y rutinas de trabajo.

Sería deseable que la gestión de calidad contribuyera con la erradicación de los vicios del taylorismo (fraccionamiento y dispersión de las actividades de un mismo proceso) que afectan extensamente al llamado equipo de salud.

▫ LOS MÉDICOS Y LA GESTION DE CALIDAD

Modernamente se admite que la gestión de calidad no debe acarrear elevación de costos sino aumentar la productividad del sistema. La disminución del grado de universalidad y equidad ya alcanzado por un determinado sistema de salud no es de ningún modo un resultado esperado del nuevo paradigma de la calidad, porque contraría la experiencia de otros sectores económicos. El presupuesto esencial en la actualidad, tanto para los países ricos como para los pobres, es que la adopción de la filosofía de la calidad de los servicios de salud debe generar modelos asistenciales de menor costo y que esos requerimientos económicos operacionales pueden ser reutilizados para ampliar el grado de equidad de la cobertura.

La instancia legitimadora de los criterios de calidad parece dejar de radicarse exclusivamente en el cuerpo de los profesionales médicos.
De los médicos se espera ahora una cooperación en el establecimiento de las normas de la calidad, pero ellos ya no son los únicos actores en escena.

La calidad en los servicios de salud puede ser juzgada en tres diferentes planos:
a) En la visión de los usuarios
b) En la visión de los prestadores de salud y
c) En las prioridades consideradas por la sociedad en general.
Los juicios de calidad formulados en esos tres planos pueden coincidir más o menos, o discrepar entre sí con relación a ciertos actos de salud concretos, debido a que puede evaluarse en forma distinta el peso que debe ser atribuido a cada uno de esos factores.

Por ser un abordaje general y no una extensión de las funciones regulatorias de la medicina, el CCT pretende ser esencialmente un enfoque de democratización del poder, del saber y de las prácticas. Por otro lado, tal vez pueda con principios universales de las políticas de salud, como el de equidad.

Para la profesión médica, compartir poderes y la dirección de estrategias institucionales a través del CCT, podrá parecer una alternativa más atrayente que las imposiciones derivadas de una interferencia gubernamental verticalista que apunte a la contención de los gastos en salud. Otra ventaja es la posibilidad de dividir responsabilidades por los errores y, más aún, que el error sirva en el aprendizaje del mejoramiento continuo, en el nivel individual y en el de la organización. Por todo esto, el CCT puede ser visto como una forma más colectiva y más democrática de trabajar el conocimiento técnico debido a que:

⇒ Asume un compromiso radical con la visión del usuario, pero intenta compatibilizarla con las prioridades sociales, como el principio de la equidad;

⇒ No es conducido por médicos especializados en un área del saber científico;

⇒ Involucra el trabajo del equipo de salud y de quienes ejercen funciones administrativas y de apoyo, cuyo impacto en la calidad de los servicios y en la satisfacción del paciente suele ser ignorado;

⇒ Depende de la participación de todos en un proceso de establecimiento de objetivos de calidad y de identificación de problemas para su realización.

⇒ Se orienta a desarrollar la capacidad de análisis de los problemas cotidianos, además de desarrollar vínculos afectivos entre las personas y su trabajo.

❑ CAPÍTULO 2

El enfoque tradicional para el monitoreo de calidad ha sido el de evaluar las estructuras clínicas e institucionales dentro de las cuales se prestan los servicios, tanto como el proceso utilizado.

Esta perspectiva ahora está siendo suplementada haciendo mayor hincapié en los resultados de la atención médica, y a medida que aumenta la supervisión externa (Estados, compañías de seguros y agencias de acreditación), existe una mayor preocupación de medir los resultados del desempeño como un importante indicador de calidad. Las instituciones sanitarias han comenzado a instrumentar el monitoreo sistemático de su desempeño basándose en la recopilación y análisis de datos, y su uso para mejorar la calidad.
Aun cuando la atención médica se ha tratado de evaluar estudiando cinco aspectos independientes: 1. La estructura, 2. El contenido, 3. El proceso, 4. El resultado y 5. El efecto; es difícil interpretarlos por separado.

❑ EVALUACION DE LA ESTRUCTURA

El sistema de salud es un sistema complejo, debido a que contiene un subsistema físico, otro de actividad humana y un subsistema abstracto. Por lo tanto, la evaluación se puede dividir en los subsistemas siguientes: el diseño del subsistema físico, evaluando la planta física (ubicación, distribución de áreas, equipo, inversión financiera, etc.). En lo referente al subsistema de actividad humana se deben considerar las líneas de control y comunicación de la organización (organigrama, flujogramas, etc.) descripción de puestos, introducción al puesto, definición o descripción de las tareas y actividades, sistemas de información, sistemas de control y supervisión.

❑ EVALUACIÓN DEL PROCESO POR INSTRUMENTACIÓN

Este método permite evaluar la asignación de recursos a unidades productivas, en relación con costos y criterios de productividad. La cuantificación se efectúa tomando como base instrumentos y actividades[2]
En el seminario sobre Servicios de Salud de Atención Ambulatoria, efectuado en Brasil 1985, se describieron los siguientes enfoques sobre calidad de servicio:

- Evaluación del contenido: Se realiza a través de comités de auditoría médica, mediante los cuales se puede evaluar todo el proceso de estadía en el servicio.
- Evaluación del proceso: Considera al paciente en su conjunto, y analiza el trabajo en equipo de todo el personal en la prestación de atención médica (en todas las fases interviene la actuación humana).
- Evaluación de la estructura: Especialmente de las instalaciones, infraestructura en general, equipos de diagnostico, tratamiento y apoyo en la actuación, materiales, dotación de personal, financiamiento, etc.

---

[2] BARQUIN, M. Dirección de Hospitales. Evaluación de la atención médica. Cap. 11, pág 230. 1992.

- Evaluación del efecto: Considera el efecto social de la atención médica en función de las comunidades o poblaciones totales. Es el impacto que se refleja directamente en la población y utilizando para ello indicadores de adecuación.
- Evaluación del resultado: Utilizando indicadores de calidad los correspondientes a morbilidad general, mortalidad demográfica, e institucionales como grados variables de complicaciones, por comportarse en forma tangible y objetiva, sin embargo es necesario que el usuario exprese por otros indicadores (aun subjetivos) los resultados del proceso.

La información obtenida por todas estas evaluaciones permitirá:

- Descubrir áreas de buena practica de atención médica, identificando los elementos de eficacia y eficiencia que merecen apoyo.
- Descubrir las deficiencias de atención que necesitan mejoramiento.

En ambas situaciones los resultados deben ser aceptados por todas las personas responsables de la atención médica.

❑ CARACTERISTICAS DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS

Los indicadores, como ya hemos mencionado, son medidas cuantitativas de calidad de relacionadas a la estructura, procesos y resultados de la atención médica. Aquí nos concentramos en los indicadores de resultados de la atención, los cuales tienen varias características:

- Primero: los indicadores de resultados no evalúan directamente la calidad de la atención, sino que simplemente permiten deducir sobre el proceso y la estructura del servicio. La confianza que uno tiene en esa inferencia depende del vínculo de causa entre la estructura, proceso y resultado; los buenos resultados se pueden obtener a pesar de procesos y estructuras inadecuadas.

- Segundo: un número suficientemente grande de casos, debe ser recopilado, para deducir si se están prestando buenos servicios

- Tercero: los resultados reflejan la contribución de diferentes aspectos del sistema de atención medica y no sólo la capacidad y competencia de los prestadores del servicio. Al mismo tiempo, los resultados esconden la información sobre lo que anduvo bien o mal, por lo que tenemos que analizar la estructura y proceso de la atención médica.

- Cuarto: las mediciones de resultados deben ser específicas en cuanto al tiempo y los resultados inmediatos pueden ser utilizados para el monitoreo subsiguiente de la atención; los resultados retrasados son útiles en el monitoreo retrospectivo para mejorar la atención médica en el futuro.

- Quinto: los pacientes y el público comprenden mejor los resultados que los aspectos técnicos de estructuras y procesos. Pero estos últimos, sin embargo, son igualmente importantes para garantizar la calidad. Las mediciones del resultado nos dicen lo que ha ocurrido, pero una evaluación

de estructura y procesos indica la capacidad de una buena institución para proporcionar una buena atención médica.

Los Indicadores o parámetros usados en la evaluación deben reunir los siguientes requisitos:

- Validez: que exista un tipo de correlación positiva entre el indicador y la variable que se intenta medir
- Confiabilidad: que sea estable y poco sensible a las imperfecciones
- Factibilidad: que se cuente con el registro de datos necesarios para confeccionarlos.
- Calidad de los datos básicos: que se pueda confiar en la veracidad de los datos básicos.
- Utilidad: que tengan uso práctico.
- Comprensibilidad: que sean simples y fáciles de entender.
- Normalización: que pueda utilizarse como regla o medida.

- USO DE INDICADORES

Es evidente la necesidad de tener suficientes recursos para apoyar el establecimiento y empleo de indicadores. Esto comprende actividades relacionadas con educación y adiestramiento, asignación de tiempo de trabajo, computadoras y programas de informática, sistemas internos de gestión de la calidad y personal.

Hay muchas clases de métodos de medición y evaluación del desempeño. Las organizaciones deben determinar qué debe medirse, es decir, cuáles son las preguntas más importantes que cabe responder antes de adoptar, adaptar o establecer indicadores. Se puede aprovechar una creciente base de recursos externos.

En las etapas iniciales de la medición del desempeño, el número de medidas debe ser limitado; los usuarios deben convertirse en amos, no en esclavos, de los datos.

Un banco central de datos es un recurso importante y útil para apoyar la gestión, el análisis y el empleo de datos sobre el desempeño. Esos bancos de datos, ya sea que correspondan a una organización o a un grupo de ellas, ofrecen un marco para evaluar el desempeño en un momento dado, proyectar tendencias hacer análisis con el tiempo. Las organizaciones han creado varios métodos para atender las necesidades de información.

Puesto que el uso de indicadores en el campo de la atención de salud es nuevo para muchas organizaciones, hay poca experiencia colectiva en la interpretación de datos (es decir, ¿qué significan estos datos para nuestra organización?). La honradez intelectual y el claro intento de la organización de usarlos constructivamente son requisitos previos para análisis e interpretación productivos.

Los indicadores y los datos no son fines en sí, sino más bien medios para llegar a un fin (es decir, buscar oportunidades de mejorar la atención). Se debe realizar una acción fructífera cuando la interpretación de datos lleva a identifica campos de desempeño en que la atención puede y debe mejorar.

- MODELOS DE EVALUACIÓN

Para la medición de calidad en los servicios de atención médica se han utilizado dos modelos. El desarrollado por Donabedian, evalúa: la estructura, los procesos, y los resultados. El otro modelo es el desarrollado por Galán, analiza el contexto en el cual se presta la atención, la demanda, la oferta, el proceso, los resultados y el impacto[3]
El presente trabajo se limitará a la evaluación de indicadores de resultados. Actualmente en la organización en estudio no se realizan evaluaciones de la calidad del servicio prestado, aunque estas son imprescindibles para la implementación de cualquier modelo de gestión de calidad.

[3] PARDO TÉLLEZ, Franz y GALÁN, Ricardo. Indicadores y estándares de Calidad de la Atención Médica. En MALAGÓN LONDOÑO y Cols. Administración hospitalaria. Ed Panamericana. Colombia. Pag. 503. 1996

CAPÍTULO 3

❑ DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE LA ALCALDÍA DE SUCRE

El Servicio Médico funcionaba originalmente para atender las necesidades de salud de los empleados adscritos a la Alcaldía del Municipio Sucre, sin embargo, desde el año 1993 abrió sus puertas a todas aquellas personas que lo requieran, puedan o no cancelar por el uso del servicio.
A continuación se enuncian la Misión, Visión y Valores institucionales.

- Misión:

El Servicio Médico de la Alcaldía del Municipio Sucre es una organización creada para brindar asistencia médica especializada, en áreas preventiva y curativa a la población de la zona metropolitana de Caracas y sus adyacencias, ofreciendo una alternativa de bajos costos y alta calidad para el usuario.
Por las características del Servicio es posible brindar atención integral por parte de personal altamente experimentado y entrenado, disponibilidad de recursos tecnológicos para el apoyo del proceso diagnóstico y terapéutico lo que permite una alta capacidad de respuesta en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de los usuarios, todo esto a muy bajos costos para el paciente y orientado siempre a brindar un mejor servicio.
Por ser parte de la Dirección de Salud de la Alcaldía, interviene en la elaboración de los programas de salud que se implementan en la comunidad, así como también en los programas de investigación y formación continua del personal médico del Municipio.

- Visión:

El Servicio Médico del Municipio, se ubicará entre los primeros entre las organizaciones similares, por contar con personal altamente capacitado cuya motivación principal será brindar un servicio de calidad, entendiendo ésta como satisfacción total del usuario, y por contar además con todo el equipamiento necesario para el apoyo de los procesos de diagnóstico y tratamiento, producto de la eficiente administración de los recursos obtenidos y la reinversión de los mismos orientada a brindar cada vez una mejor atención del usuario.

- Valores:

Los valores sirven para establecer prioridades y se manejan como acuerdos implícitos sobre los que descansan las reglas y acciones de la empresa, por lo tanto deben estar claros y ser compartidos por todos sus integrantes. Algunos de los valores del Servicio son los siguientes:

❖ Búsqueda constante de la calidad del servicio, entendiendo calidad como satisfacción del usuario y deseo de satisfacer las necesidades de nuestros usuarios actuales y potenciales.

❖ Respeto mutuo y reconocimiento fundamentales para mantener la cohesión del equipo de trabajo.

❖ Eficiencia y rentabilidad necesarias para el mantenimiento de los recursos imprescindibles para la operatividad del Servicio.

❖ Honestidad traducida en pulcritud del manejo de los bienes del Servicio y claridad en los compromisos en las relaciones personales y laborales.

El Servicio Médico de la Alcaldía del Municipio Sucre, funciona en la planta baja del edificio sede de las oficinas administrativas de la Alcaldía, ubicado en Boleíta Sur. Puede clasificarse como un Ambulatorio Urbano tipo III. Atiende pacientes que acuden directamente o aquellos que son referidos de los ambulatorios tipo I y II localizados en el área de influencia.

Estos ambulatorios están organizados de la siguiente forma:
Ambulatorios Urbanos tipo I: ubicados en Araguaney, California Sur, Campo Rico, La Lagunita (Mariches), La Vega de Petare, los Dos Caminos, José Félix Ribas zona 5, La Dolorita, Isaías Medina Angarita, Mirador del Cafetal.

Ambulatorios de un solo médico: Altos de Thomas, el Campito, Cuatricentenario, la Lucha.

Ambulatorios tipo II: ubicados en El Tanque, Nazareno, Gaicoco, la Alcabala, Horizonte, JFR zona 10, San Isidro, Llanito, Palo Verde, Paulo VI, Turumo. Estos ambulatorios cuentan con médicos generales, gineco - obstetras y pediatras, algunos cuentan con médicos de familia.

Además de estos ambulatorios existen otras instituciones benéficas y de carácter público, estás son: ambulatorio Oswaldo Perez Jaén (Iglesia), Casa de Salud Mental, Casa del Anciano (FUNBISIAN), de la gobernación del estado Miranda.

Otros ambulatorios urbanos tipo III: Perimetral Mesuca, Casa de la Mujer Menca de Leoni. También se reciben pacientes referidos por las clínicas móviles.
La atención es de tipo general y comprende un enfoque integral de salud, con la aplicación de prevención y promoción asistencial. También se ofrece atención especializada a los pacientes referidos desde los ambulatorios I y II que no cuentan con los medios para diagnóstico y tratamiento.

Las actividades que se llevan a cabo en el Servicio son las siguientes:
Consultas médicas para la población del Municipio. (Centro de Referencia para consultas especializadas)
Servicio de Bioanálisis
Servicio de Radiodiagnóstico y ultrasonido
Servicio de Odontología

La atención de los pacientes se realiza en dos turnos: de 7 AM a 1 PM y de 1 PM a 7 PM. Estas actividades al inicio se restringían a la atención del personal de la Alcaldía, pero desde hace seis años aproximadamente se abrieron al público en general.

En estas instalaciones también funciona la Dirección de Salud del Municipio.

❑ ÁREA DE INFLUENCIA

Espacio geográfico o territorial que ocupa la población: corresponde al área geográfica del Municipio Sucre y zonas adyacentes (Chacao, Baruta, Guarenas, Guatire). La población estimada del municipio es de 697.937 habitantes.

Características socioeconómicas de la población: la población atendida en el Servicio se subdivide en dos grupos con características y necesidades diferentes:

- Usuarios provenientes de zonas populares de Petare, (estratos socieconómicos D, E y F)
- Usuarios provenientes de las urbanizaciones vecinas (Los Dos Caminos, Horizonte, El Marqués, La California, Palo Verde, etc.) para quienes no sólo es importante el bajo precio a pagar, sino también la prontitud con que son atendidos, la variedad de servicios que se ofrecen en el mismo centro lo cual les permite ahorrar tiempo, la limpieza de las instalaciones, el buen trato del personal, el cumplimiento del horario de las citas y consultas, y todo lo demás que implica la calidad externa de la atención médica.

Características Epidemiológicas de la Población: según datos obtenidos de la División de Epidemiología de la Dirección de Salud del Municipio Sucre encontramos:

- Las diez primeras causas de morbilidad por orden de frecuencia son: sindrome viral, caries dental, heridas, infección urinaria, fiebre, asma, otros traumatismos, hipertensión arterial en todas las edades, anemias, cefaleas, otras causas de morbilidad. (Fig. 1)
- Las cinco primeras causas de morbilidad por aparatos y sistemas son: causas externas de traumatismos y envenenamiento, enfermedades infecciosas intestinales, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema respiratorio, traumatismos y envenenamiento, otra morbilidad por aparatos y sistemas. (Fig. 2)
- Las diez primeras causas de enfermedades notificables son: diarreas de todas las edades, mordedura sospechada de rabia, neumonías todas las edades, varicela, hepatitis no específicas, intoxicación alimentaria, parotiditis, dengue, TBC, rubeola, otras enfermedades notificables. (Fig. 3)

❑ DIAGNÓSTICO DEL SERVICIO

- Planta Física: La edificación no fue diseñada para alojar un servicio médico, por lo cual ha ido sufriendo modificaciones a medida que estas han sido requeridas, actualmente hay nueve consultorios en servicio.
  La mayoría de las áreas se encuentran separadas entre sí por tabiques de formica a con excepción del servicio de Rayos X que cumple con las regulaciones de seguridad radiológica (Fig. 4).

- Equipos: el Servicio Médico cuenta con: dos equipos de Rayos X, un mamógrafo, un equipo de ultrasonido y una unidad oftalmológica.

El Servicio de Bioanálisis cuenta con equipos automatizados para hematología (un Coulter), para química sanguínea y un equipo para radioinmunoensayo (determinaciones hormonales y serología).

Desde 1993 el Servicio es parcialmente financiado por un sistema de recuperación de fondos y es autogestionado a través de Fundaciones. Estas son Fundaserma: encargada de la gestión del Servicio Médico y de los ambulatorios del Municipio; Fundaimagen y Fundabioanálisis encargadas de la gestión de los servicios de imagenología y laboratorio, respectivamente.

- Recursos Humanos: Actualmente el personal está distribuido de la siguiente forma (Fig. 5):
  - Médico Director de Salud
  - Médico Epidemiólogo
  - Médico Coordinador: encargado de la supervisión y control del personal médico del Servicio y de los ambulatorios dependientes de la Dirección de Salud del Municipio
  - Jefe de Enfermeras: licenciada en enfermería quien supervisa al personal auxiliar de enfermería del Servicio y de los ambulatorios.
  - Personal médico y paramédico: (del Servicio Médico propiamente dicho) tres médicos generales (6 horas de contratación cada uno de ellos), diecisiete médicos especialistas: 2 gineco- obstetras (6 hs.), 2 pediatras (6 hs.), 1 internista (4 hs.), 1 neumonólogo (4 hs.), 1 cardiólogo (4 hs.), 2 gastroenterólogos (uno a 6 hs y otro a 4 hs de contratación), 1 dermatólogo (4 hs.), 1 endocrinólogo (6 hs.), 1 otorrinolaringólogo (4 hs.), 1 traumatólogo (6 hs.), 1 oftalmólogo (6 hs), 2 médicos radiólogos (4 hs), seis bioanalistas con 6 hs. de contratación cada una de ellas, dos auxiliares de laboratorio, trece enfermeras, cuatro técnicos radiólogos, cuatro auxiliares de radiología, dos odontólogos, dos higienistas dentales.
  - Una Trabajadora Social
  - Personal administrativo
  - Personal obrero

CÁLCULO DE RENDIMIENTO[4]

- Rendimiento de la consulta de medicina general: durante el primer trimestre de 2000 fue de 81,94%. Si se compara con el mismo lapso del año anterior, vemos un incremento de 25,12%.
- Rendimiento en Consultas Especializadas: Se obtuvo un rendimiento de 120,35% durante el primer trimestre de 2000. Hubo un incremento de 51,86% en el rendimiento durante el mismo lapso del año anterior. No es posible desglosar el rendimiento de las especialidades porque cada una de ellas tiene un rendimiento normativo diferente (Número de actividades a realizar x hora). Anexo N° 1.

[4] Análisis Epidemiológico. Primer trimestre. Año 2000. Municipio Sucre. Dirección de Salud. División de Epidemiología.

- Rendimiento de Odontología: cuenta con una unidad odontológica que funciona en dos turnos; de 7 am – 1 pm (6 h de contratación) y de 1 pm – 5 pm (4 h contratación).

Durante el primer trimestre del año 2000 se atendieron 977 pacientes, siendo la meta propuesta 1164 pacientes, lo cual representa un rendimiento de 84 %. Anexo N° 2

- Rendimiento de Laboratorio: Durante el primer trimestre del año 2000 se obtuvieron los siguientes resultados, para el mes de enero un promedio de análisis bionalista por día de 109,74; febrero 150, 80; marzo 148,79 análisis realizados. Anexo N° 3, 4 y 5.

- Rendimiento de Rayos X: Durante el primer trimestre del año 2000 se realizaron la cantidad de exámenes que se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1.
Estudios realizados en el Servicio de Fundaimagen durante el primer trimestre de 2000

DESCRIPCIÓN	ENERO	FEBRERO	MARZO
ESTUDIOS RX	816	1194	1072
ECOSONOGRAMAS	193	297	390
TOTAL ESTUDIOS	1009	1491	1462

Fuente: Servicio Fundaimagen. Dirección Salud. Municipio Sucre.

- Rendimiento de Registros Médicos: se llevan en el Departamento de Archivo de Historias Médicas y para ello se utilizan formatos de Historias para adultos y pacientes pediátricos, así como, formatos para referencias de pacientes. Este servicio no está automatizado. Anexo N° 6 y 7.

❑ EVALUACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE LA ALCALDÍA DE SUCRE

- Planta Física: El servicio es de fácil acceso, a través de vías principales, las avenidas Francisco de Miranda y Rómulo Gallegos y por medio de transporte público como el Metro y autobús.

La infraestructura existente es adecuada a las necesidades del servicio (consulta externa). Cuenta con los servicios acordes con un Ambulatorio Urbano tipo III (laboratorio y radiología).

A pesar de que la edificación no fue diseñada para actividades de atención médica que involucran un gran volumen de personal, esta ha sido adaptada de acuerdo a los requerimientos de cada uno de los servicios prestados. Todo lo relacionado con construcción, sistema eléctrico, sistema de agua e iluminación tienen una calidad satisfactoria.

- Equipos: en cuanto a la evaluación del equipamiento observamos que son suficientes para satisfacer la demanda del Servicio; se les realiza mantenimiento preventivo periódicamente y existe un suministro constante, suficiente y adecuado de los insumos necesarios para su funcionamiento.

- Recursos Humanos: se pudo determinar que el recurso humano en general es el adecuado para las demandas del servicio. En el anexo 1 observamos que algunas consultas especializadas (neumonología, dermatología, endocrinología, urología) mantienen rendimientos por debajo del 50%; esto se atribuye al hecho de que son especialidades que tienen poca afluencia de pacientes.

Los registros de la División de Epidemiología muestran un aumento en la consulta de medicina general del 25,12% y de 51,09% en la consulta por especialidades comparándolo con el mismo lapso del año anterior.

- El Servicio de Odontología tiene un rendimiento adecuado a las metas propuestas.

- Servicio de Bioanálisis: se observa un rendimiento significativamente mayor al esperado, cuando lo comparamos con el indicador previsto (análisis bioanalista/día) de 30 muestras cada 6 horas por bioanalísta.

- Registros Médicos: todos los médicos están en la obligación de llenar la Historia Médica y hacer anotaciones de la evolución de cada uno de los pacientes; debido entre otras razones, a que esta es la fuente de información para el cálculo de su rendimiento, aunque puede existir un subregistro debido a que se atienden pacientes de cortesía (para evaluar resultados de exámenes de laboratorio) y no se solicita la Historia.

Al evaluar la referencia de pacientes entre unidades podemos ver que los tiempos de espera varían de acuerdo a la especialidad. En aquellas con mayor demanda como medicina interna y gineco- obstetricia puede haber un lapso de espera de hasta dos semanas, en los casos de pacientes que no requieren atención inmediata. Aquellos que requieren atención por especialidades que no tienen tan alta demanda pueden ser vistos el mismo día en que son referidos.

Todos los pacientes son citados a las 6:30 AM y 12:30 PM lo que ocasiona para ellos largas esperas, que se traducen en pérdidas de tiempo e ingresos. La llegada simultánea de varios pacientes dificulta el disminuir esos tiempos de espera y ocasiona el congestionamiento de personas en los diversos servicios. Si se logra una buena distribución de las citas por horario, quizás con el uso de sistemas automatizados, se lograría una mayor eficiencia del Servicio a un menor costo para el paciente.

CAPÍTULO 4

- MODELO DE GESTIÓN PROPUESTO[5]:

Las organizaciones alrededor del globo están usando varios patrones para evaluar su calidad y para identificar las áreas clave para mejorar en la organización (ACM). En muchos casos estas ACMs se han identificado a través de valoraciones basadas en cualquier número de modelos que incluyen a los criterios del Malcolm Baldrige, premio nacional de calidad, normas puestas por premios regionales y locales de calidad, encuestas y estudios internos, y otras formas aceptadas de recolección de información acerca de la efectividad.
Donde la mayoría de las organizaciones fallan es en el paso existente entre el conocer las áreas susceptibles de mejora y el dirigir esfuerzos para alcanzar estos objetivos de manera eficiente. No es necesario someter a una organización a una valoración formal para usar a este modelo. Puede aplicarse a cualquier proyecto o actividad que se piensa que puede mejorar la efectividad organizacional y la calidad del producto o servicio prestado. Es muy importante, sin embargo, notar que el compromiso del liderazgo con el modelo sirve como el capacitador para la realización de cualquier plan de acción. Sin éste requisito no pueden asignarse recursos y el enfoque puede cambiar fácilmente de las ACMs y ser dirigido a otras exigencias que aparecen en el desempeño normal de la organización.

El modelo o plan de acción comprende seis áreas:
Evaluación del estado actual, resultado deseado, acción, las medidas del éxito, tiempo, y asignación de responsabilidades.

⇒ Evaluación del estado actual
Esta sección debe identificar en idioma claro y conciso el área susceptible a mejoras a la cual se dirigirá el plan de acción.

⇒ Curso y metas deseadas
En esta sección, la contraposición del estado actual debe enumerarse. Es importante que el resultado sea específico y cuantificable. Si no es cuantificable, la interpretación del éxito del plan o fracaso puede ser demasiado subjetiva.

⇒ Pasos de aplicación
La sucesión de eventos que llevarán a los resultados deseados debe completarse en esta sección. Para asegurar que se enfocan correctamente los recursos de la organización asignados al plan, es importante hacer la siguiente pregunta a cada paso: "¿si yo realizo esto (el paso de aplicación), me ayuda a acercarme al resultado deseado?" Muchos planes son bien intencionados hasta

---

[5] De la identificación de la Oportunidad a la aplicación:
Modelo para un plan de acción en las organizaciones.
George T. Byrne
Bell Atantic, New York, EE.UU.

que se desvían hacia otras metas organizacionales y otras prioridades. Esta revisión ayuda a la planeación para eliminar pasos innecesarios y prevenir el ir más allá del alcance del resultado deseado, es decir, ayuda a mantener el enfoque. De nuevo, sin embargo, la clave aquí es asegurarse que cada acción está contribuyendo al resultado deseado.

⇒ Medidas de éxito

Lord Kelvin, el científico inglés dijo "cuando usted puede medir lo que está diciendo y lo expresa en números, usted sabe algo sobre eso; pero cuando usted no puede expresarlo en números, su conocimiento es poco satisfactorio." Es un paso crítico para el éxito del plan que la medición del éxito sea incluida. Donde sea posible deben usarse medidas numéricas. Es indispensable que se usen medidas exactas y válidas para rastrear el progreso de la sección comparándolas con sus metas declaradas y objetivos.

⇒ Curso/metas deseados

Un sistema de la medida que alinee las mediciones de la organización con los requisitos de sus clientes externos es de suma importancia en el proceso de la planificación estratégica.

⇒ Tiempo estimado

Deben mostrarse fechas específicas para la realización de cada aplicación. Éstas pueden ajustarse basándose en circunstancias atenuantes, pero en ningún caso deben ser omitidos. La omisión de una fecha debida para un paso de aplicación proporciona una excusa para la inactividad.

⇒ Papeles y responsabilidades

Deben listarse nombres específicos para cada actividad en lugar de los títulos de las personas en la organización. Cuando un grupo de personas con un título común sea responsable por un objetivo, se recomienda colocar el nombre del grupo o el título acostumbrado con un anexo al plan que enumere el nombre de cada miembro de grupo. Debe asegurarse de que los participantes entienden la distinción entre una actividad completada y una medida de éxito.

⇒ Revisión regular y ajuste

Como ocurre en muchas organizaciones, en ocasiones los planes se ponen en práctica y se olvidan hasta el fin de un ciclo de acción o hasta que alguien en una posición de mayor jerarquía recuerda una iniciativa que se empezó alguna vez. Revisiones regulares del esquema propuesto pueden ayudar a prevenir este tipo de problemas.

Es de suma importancia tener presente la necesidad de instaurar mecanismos para auscultar la "voz del usuario" y sintonizar la planificación con sus necesidades. Debemos plantearnos como meta la elevación continua del nivel de calificación y educación general de los trabajadores así como también la motivación y participación de todos.

Es imperativo el desarrollo del liderazgo y de la capacidad de trabajo en grupo y la comprensión de la importancia del dominio de todas las herramientas estadísticas para el monitoreo de los procesos implícitos en la prestación del servicio.

En la mayoría de los casos donde este modelo es viable, los pasos de aplicación tendrán lugar en un lapso que normalmente dura más allá de tres meses. Se recomienda muy especialmente que las revisiones formales tengan lugar por lo menos mensualmente, o más frecuentemente si las circunstancias y la naturaleza del plan lo requieren. La necesidad de la revisión no requiere de una presentación formal, (Deje este formato para el examen final cuando todos estén completos y el resultado deseado se logra) puede ser llevada a cabo vía una llamada en conferencia o como reuniones ordinarias incluidas en la agenda diaria.
Una de las claves del éxito para el líder o dueño del plan de acción, es permanecer flexible. Una parte integral de la revisión debe ser un ajuste a los esquemas de tiempo cuando son requeridos así como también un "re-compromiso" por el mayor líder para proporcionar los recursos requeridos para el logro exitoso del resultado deseado. Si la cultura de la organización es formal por naturaleza, pueden publicarse minutas de la revisión y distribuirlas como se crea apropiado.

No se espera que este modelo reemplace técnicas de dirección de proyectos formales ni metodologías de gestión de calidad. Ni se pretende sea un intento de plan para encajar a toda organización en cada circunstancia. Se ha diseñado, sin embargo, como una herramienta de dirección que le permitirá a gerentes que enfoquen recursos eficazmente en un área clave para mejora organizacional, rastrear su progreso comparado con un plan formal, y asignar responsabilidades en los pasos de aplicación a los individuos con las habilidades y capacidades que asegurarán el éxito y logro del resultado deseado, que no es otro que la satisfacción del usuario.

Es conveniente, antes de evaluar la aplicabilidad de este u otro modelo de gestión, tomar en cuenta la resistencia al cambio organizacional, la cual puede ser un obstáculo muy difícil de salvar, sobre todo en organizaciones como la que nos ocupa.

❑ ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DEL CAMBIO ORGANIZACIONAL

FACTORES QUE AUMENTAN LA RESISTENCIA AL CAMBIO:

- Los objetivos del cambio no son claros.
- La necesidad del cambio no es sentida.
- El destinatario del cambio no ha participado en el proceso.
- La comunicación no es dialógica.
- La "ganancia" no justifica el "costo".
- Las medidas son inconsistentes con la meta.
- Las medidas afectan la estructura del poder.
- El liderazgo no está comprometido con el cambio.
- El ritmo del cambio no es moderado.
- Existe una historia de fracasos en los cambios anteriores.

❑ EL CAMBIO ORGANIZACIONAL SOSTENIDO

El rango de amplitud de los cambios organizacionales va desde cambios mínimos o mantenimiento del status quo hasta la re-ingeniería. La magnitud del cambio es una función del vehículo usado para dirigir el cambio. Es importante entender las capacidades de los diferentes vehículos y usar el más apropiado para el nivel deseado de cambio.

Numerosas investigaciones indican que mantener el status quo o buscar la re-ingeniería amplia, no son opciones saludables para una organización. Se ha determinado que organizaciones que emplean el cambio evolutivo a través de la mejora de los procesos y el rediseño de los mismos logran el cambio sustentable. Los vehículos más comúnmente usados para manejar este cambio sustentable en orden ascendente de magnitud de cambio son Análisis de los Datos, análisis del Proceso, Valoración del Sistema y retroalimetación por el usuario

El cambio se logra 'haciendo o volviéndose ' diferente. Cuando nosotros hablamos sobre el cambio conmovedor, se asume que es uno positivo o para mejorar. Para la organización mejor significa cualquiera que aumente en réditos, reduzca costos, o una combinación de los dos. Cada organización se esfuerza por ser mejor o busca mejoras con el tiempo.

La magnitud de las mejoras buscadas depende de varios factores externos y internos: la naturaleza y la madurez de la industria, el nivel de rentabilidad actual de la organización, las amenazas que enfrenta la organización u oportunidades disponibles, etc. La magnitud de esta mejora va desde el cambio mínimo o mantenimiento del status quo a la re-ingeniería. Intercalado entre estos dos extremos están grados variados de cambio evolutivo a través de la mejora de los procesos y rediseño de los mismos.

El mantenimiento del status quo implica mejoras pequeñas con el tiempo. No hay aumento significante en efectividad organizacional y no ayuda a la organización a avanzar. Esto no es aceptable. La re-ingeniería, por otro lado, es demasiado radical y tiene una proporción de éxito baja. Se han encontrado organizaciones que implementan cambios evolutivos a través de la mejora del proceso y rediseño de los mismos, logran cambios sustentables.

Cuando el control del proceso se basa en el mantenimiento del status quo, se mantiene el nivel de calidad deseado o especificado con el tiempo. Si el nivel de calidad empeora del nivel especificado o deseado, la intervención tiene lugar para devolverlo al nivel original.

La mejora de los procesos ocurre con el tiempo y es incremental. Consiste en el levantamiento de defectos conocidos o deficiencias del proceso. La búsqueda de soluciones ocurre sólo si la medida real es diferente a la de la norma, considerando que en la mejora del proceso, la deficiencia es conocida y la tarea es investigar la causa de la raíz y instrumento las acciones correctivas. La mejora lleva a la reducción en el descontento con el proceso y aumentar el nivel de satisfacción.

Re-diseñar es la identificación de los procesos importantes de la organización y el examen de cada proceso desde la perspectiva del plan. El plan del proceso examina y construye un proceso específico en un momento, ej. el proceso de facturación, considerando que re-diseñar es examinar todos los procesos y todos los recursos: personas, materiales, maquinaria y poder.

Varios vehículos están disponibles manejar el nivel deseado de mejora o magnitud de cambio organizacional. Esta magnitud de cambio es una función del vehículo seleccionado. El uso de vehículos apropiados es crítico para lograr la magnitud deseada de cambio.

La magnitud de cambio obtenida por estos vehículos es como sigue. El Análisis de los datos lleva a la iniciación de equipos de mejora de proceso. El análisis del proceso lleva a mejoras y principalmente a la actividad del rediseño. Las valoraciones del sistema producen los dos: la mejora del proceso y actividad del rediseño. La retroalimentación del usuario es un vehículo eficaz por manejar ambos mejora del proceso y re-diseño de actividades.

⇒ Análisis de los datos

Un número grande de organizaciones colecciona mediciones de los procesos y productos, en el caso de los servicios de salud indicadores epidemiológicos, y con tal de que éstos indiquen que el producto o la calidad del proceso está

dentro de los límites aceptables, ninguna acción extensa se toma. Ellos se evalúan en las reuniones de dirección mensuales, se producen informes para la dirección General se anuncian en las paredes de la institución, etc., pero nada se hace con los datos. La valiosa información sobre la actuación de la organización apenas se llega hasta allí.

Las organizaciones progresistas realizan el análisis rudimentario de los datos coleccionados usando análisis de tendencias, análisis de Pareto, histogramas, etc. para identificar los problemas que resuelven (mejoran el proceso o la calidad) los equipos. Algunas organizaciones van un paso más allá y realizan un análisis más detallado de los datos. Sin embargo, el resultado de este detallado análisis es el mismo: la identificación de un problema y iniciación de un equipo para rectificarlo.

⇒ Análisis del Proceso

Mientras que el Análisis de los Datos se enfoca en los resultados del proceso: calidad del producto, medidas del proceso, etc., el Análisis del Proceso es un minucioso examen de varios elementos del proceso para determinar su efectividad. El análisis consiste en el desarrollo de un diagrama de flujo de alto nivel del proceso y establecer los límites del mismo seguidos por documentación detallada de cada paso en secuencia. La documentación detallada se repasa para la integridad y exactitud, normalmente por aquéllos que están muy familiarizado con los pasos detallados o actividades.

Una vez que el proceso detallado se documenta, se repasa para determinar los pasos que no agregan valor al proceso, periodo de espera, etc. es esta revisión la que revela las debilidades del proceso y las oportunidades para mejorarlo. En la mayoría de los casos, el proceso de revisión de los diagramas de flujo revela varios pasos desconectados, extremos sueltos en el proceso y conlleva a procesar actividades de mejoría.

Los resultados del análisis del proceso varían de organización a organización. En algunas organizaciones, la misma tarea de desarrollo un diagrama de flujo de nivel muy alto y definir los límites del proceso se vuelve agobiante así que se suele tomar la decisión de desechar el proceso actual y rediseñarlo desde cero. Incluso los diagramas de flujo de procesos detallados, pueden no revelar debilidades mayores. En este caso, los analistas excavan más profundamente. Ellos estiman tiempo por cada tarea comparándolo con el total de tiempo invertido en el proceso, para identificar periodo de espera, calcular el costo de calidad, para identificar oportunidades para mejora.

El Análisis de los datos lleva a procesar mejoras mientras que el Análisis del Proceso produce mejoras en el proceso así como alguna actividad de diseño de procesos.

⇒ Valoración del sistema

El Análisis del proceso enfoca sólo un proceso en un momento mientras que la Valoración ~~del Sistema~~ requiere el examen de la organización entera. Es una

valoración de efectividad organizacional que usa uno de los varios modelos o criterios disponibles: Malcolm-Baldrige el Premio de Calidad Nacional (MBNQA), Premio Nacional para la Excelencia, el criterio del premio interior de organización o algo similar. Las valoraciones del sistema determinan la efectividad de organización evaluando aspectos como el liderazgo, enfoque del mercado y del cliente, resultados comerciales, etc.,

Aunque estos modelos tienen criterios variantes son igualmente eficaces identificando debilidades. Estas debilidades son más sistemáticas en naturaleza, normalmente miden más de un grupo funcional y requieren que se rediseñe un proceso para eliminar una debilidad específica. Los equipos funcionales normalmente dirigen el rediseño de procesos. Estos equipos sistemáticamente traducen las necesidades en rasgos o atributos y construyen un proceso para satisfacer estas necesidades.

Algunas organizaciones han identificado con éxito oportunidades para rediseño como resultado de sus auditorías regulares del proceso para obedecer los requisitos del registro ISO 9000. Éstas no son las acciones correctivas a corto plazo, pero son las acciones preventivas a largo plazo requeridas por las normas ISO 9000.

⇒ Retroalimentación por el cliente

El Análisis de los datos se enfoca en los resultados, el Análisis del Proceso, en el proceso mismo, y la Valoración del Sistema en la organización. La retroalimentación por el cliente va un paso más allá o un nivel más alto al examinar la efectividad organizacional desde el punto de vista del integrante más importante de la organización, el cliente. El jingle de los tempranos ochenta "Nosotros lo hacemos todo para usted en Macdonald" aplica a todas las organizaciones. La información proveniente del usuario en la forma de quejas y estudios de satisfacción de cliente es uno de las guías más eficaces del cambio organizacional.

La fuente de una queja es un cliente en proactivo cuyas necesidades no han sido evaluadas satisfactoriamente por la organización. El cliente gustosamente provee detalles de las razones de su descontento. Así, las quejas del cliente hacen el trabajo de la organización más fácil al señalar las oportunidades para mejorar. Las organizaciones exitosas capitalizan esto y usan la información para comenzar equipos de mejora de procesos. Quejas repetidas sobre un cierto producto o el servicio llevan a menudo a rediseñar el producto o los procesos.

Con este fin, se solicitan estudios de Satisfacción de Cliente. Su efectividad identificando las fallas y las tendencias dentro de una organización, dependen de cómo se diseña el estudio, quién inspecciona y cómo se analizan los datos.

La mejor guía para el cambio organizacional basado en la retroinformación por el cliente es el Análisis de Lealtad del Cliente. El Análisis de lealtad es basado en la conducta del cliente, en lugar de una respuesta al estudio. Proporciona el próximo paso más allá de la satisfacción. Enfoca en el subconjunto de clientes

que están descontentos. Permite a una organización usar la conducta del cliente expresada como negocio u oportunidades perdidas, como la base para jerarquizar y seleccionar mejoras que impactarán el fondo directamente.

CONCLUSIONES

Sabemos que la calidad tiene una importancia decisiva en la supervivencia y el éxito de las organizaciones; el sector salud no debería escapar de esto, pero hasta ahora no ha sido así. Ninguna de las actividades y procesos que se llevan a cabo en el sector salud público en nuestro país, han incluido como objetivo el brindar un servicio con calidad, definiendo como calidad " conocer, aceptar, satisfacer y superar continuamente los deseos y expectativas de los usuarios del servicio".

En la mayoría de las instituciones del sector salud no hay metas ni objetivos definidos, lo cual dificulta la evaluación adecuada, ni tampoco estrategias a seguir basadas en el logro de la satisfacción del usuario, por lo tanto no existe compromiso entre los integrantes de la organización con los objetivos planteados (si es que estos existen, aunque sea de manera tácita), lo cual trae como consecuencia que su desempeño sea muy pobre, sobretodo en lo referente a la búsqueda de la satisfacción del usuario. Otra razón que podría explicar esta situación es la ausencia de medidas de rendimiento correctamente diseñadas e implantadas, que nos permitan conocer en que grado y cómo se están alcanzando las metas u objetivos e identificar los problemas e incluso anticiparlos y prevenirlos. Las medidas de rendimiento existentes sólo sirven para dar información epidemiológica; no están orientadas hacia la obtención de un servicio de calidad, sólo cuantifican el número de pacientes atendidos, no dicen cómo, ni permiten calcular adecuadamente el costo del servicio. De allí la pertinencia de la aplicación de modelos de gestión de calidad como el propuesto en nuestro trabajo, que permiten evaluar otras variables relacionadas con la satisfacción de las necesidades del usuario y la calidad del servicio prestado.

En el sector público la implementación de estos indicadores de rendimiento o de otros modelos de gestión que tengan como objetivos la búsqueda de la calidad del servicio, estará impulsada, no por la necesidad de ser más competitivos, como sería el caso de las empresas privadas, sino por una especie de instinto de supervivencia frente al agotamiento del modelo de financiamiento incondicional del Estado. Esta percepción de riesgo de vida de la institución, si está bien dirigida, deberá impulsar el ánimo de participación y de cambio de los integrantes de las diferentes instituciones prestadoras de atención médica en el nivel público, iniciando entonces la correcta correlación entre la misión institucional, los objetivos de calidad y la implementación de las medidas de rendimiento o modelos de gestión como el propuesto en el presente trabajo, los cuales son perfectamente aplicables en nuestro Sistema de Salud.

" Las medidas de rendimiento adecuadas ayudan a las organizaciones a cambiar porque definen y recompensan un comportamiento nuevo. El estudio y la experiencia indican que el modo más eficaz y menos costoso de cambiar el comportamiento humano es a través de la medición"[7]

Es importante tomar en consideración que referirse a calidad de un bien o servicio significa emitir un juicio que proviene de la facultad de opinar; esta opinión debe sustentarse en información adecuada para que tenga mayor

---

[7] HRONEC, Steven. Signos Vitales. Ed. Mc Graw Hill 1993

validez. Por lo tanto es imprescindible educar al usuario para que este pueda asumir correctamente su derecho a opinar, y que este juicio pueda ser tomado en cuenta para orientar las actividades de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. BARQUIN, M. Dirección de Hospitales. Evaluación de la atención médica. 1992

2. DAVID, Fred. Conceptos de Administración Estratégica. 5ta edición. Editorial Prentice Hall, 1997.

3. Gestión de calidad en Servicios de Salud. OPS Serie SILOS 1998

4. GIBSON, James y cols. Las Organizaciones. 8º Edición. Ed. Mac Graw Hill. 1996

5. HRONEC, Steven. Signos Vitales. Ed. Mac Graw Hill. 1993

6. Informe Epidemiológico. Primer Trimestre 2000. Municipio Sucre. Dirección de Salud. División de Epidemiología

7. MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo y cols. Administración Hospitalaria. Editorial Panamericana. Colombia. 1996.

8. PAGANINI José M: Calidad y eficiencia de la atención Hospitalaria; OPS HSS/SILOS 30. 1995

9. PASSOS N. Roberto: Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud. OPS Serie Paltex Salud y Sociedad 2000. Nº4. 1997

10. SENGE, Peter: La Quinta Disciplina. Ed. Granica. 1998

11. TEMES, J.; PASTOR V. y cols. Manual de Gestión Hospitalaria. Editorial Panamericana. Mc Graw Hill. 1992.

REFERENCIAS DE INTERNET

1. http://www.autdyn.com/odlink.htm
   Favorite Organizational Development Links

2. http://www.brint.com/OrgLrng.htm
   Knowledge Management & Organizational Learning

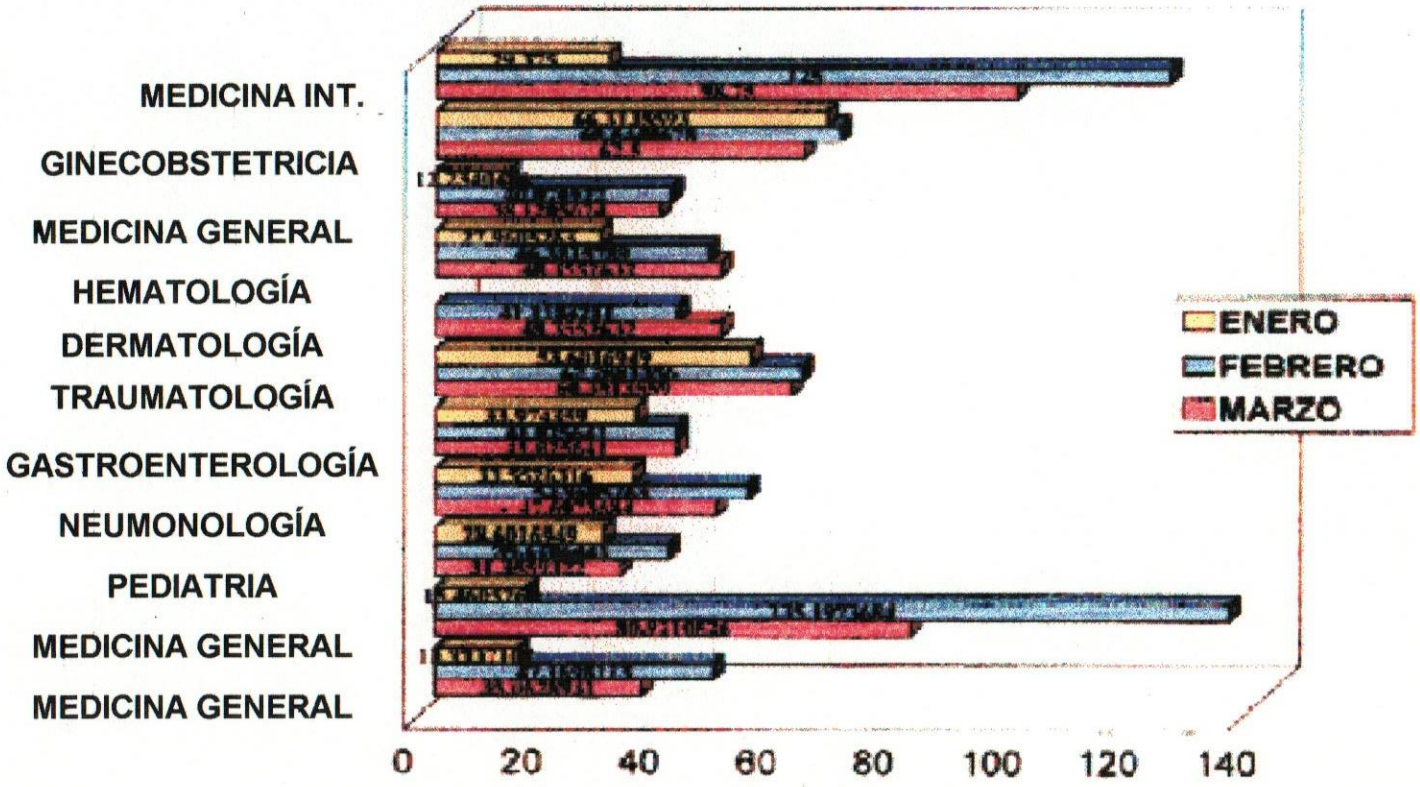
3. http://www. refresher.com/refresh.html
   Refresher Publication,Inc.

4. http://www.emeraldnow.com.co.uk

ANEXOS

% RENDIMIENTO 1º TRIMESTRE. 2000. SERVICIOS MÉDICOS (7 A 1 PM).

DIRECCIÓN DE SALUD. ALCALDÍA MUNICIPIO SUCRE.

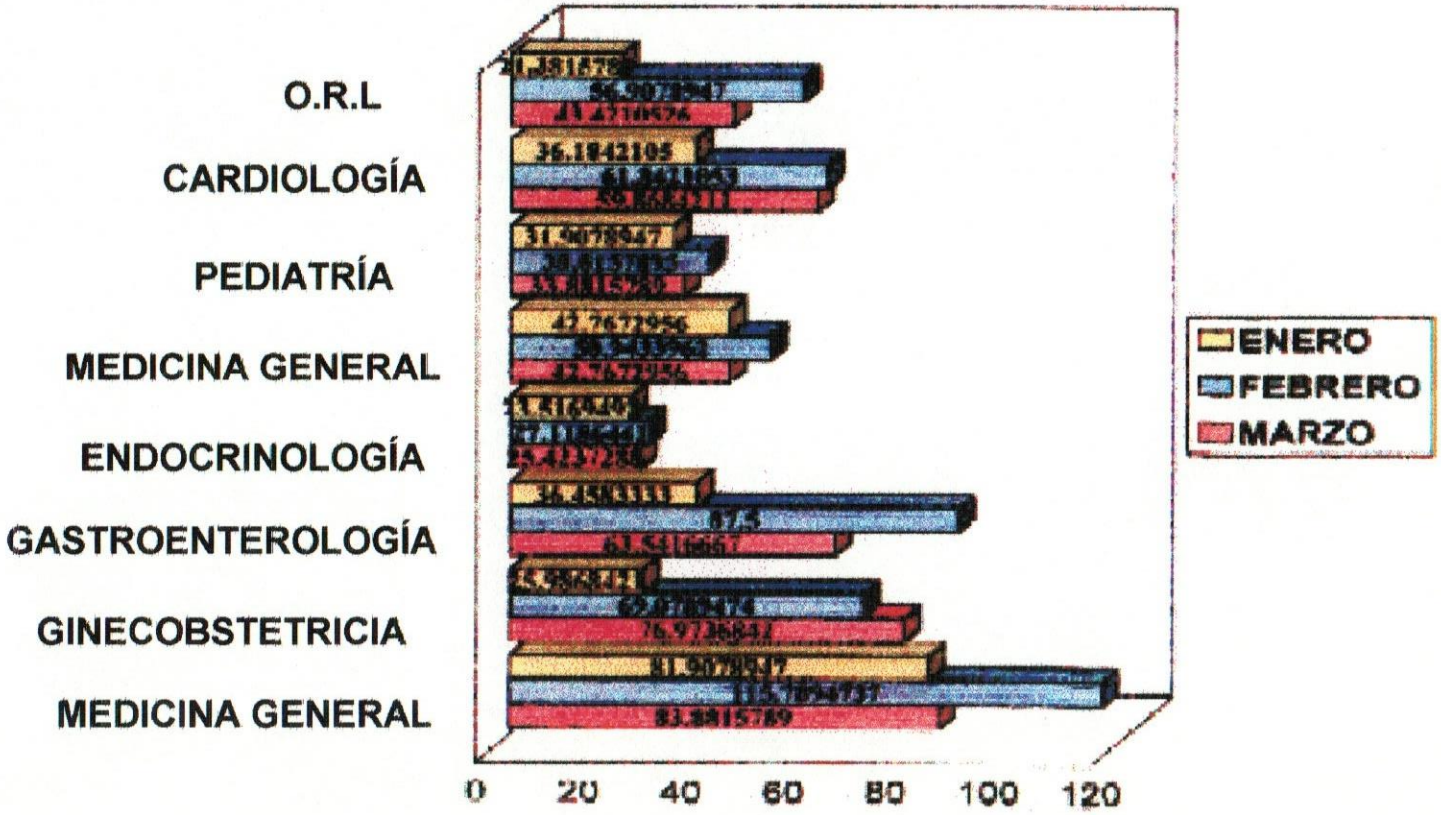


FUENTE: DIV. EPIDEMIOLOGÍA.
DIR. SALUD. ALCALDÍA DE SUCRE

ANEXO 1

% RENDIMIENTO 1º TRIMESTRE. 2000. SERVICIOS MÉDICOS (1 A 7 PM).

DIRECCIÓN DE SALUD. ALCALDÍA MUNICIPIO SUCRE.



FUENTE: DIV. EPIDEMIOLOGÍA.
DIR. SALUD. ALCALDÍA DE SUCRE

ANEXO 1

ALCALDIA DEL MUNICIPIO SUCRE
ESTADO MIRANDA

1 SECTOR: 12-01	2 DEPENDENCIA: DIRECCION DE SALUD	3 PROGRAMA: ODONTOLOGIA

4 DENOMINACION	5 UNIDAD DE MEDIDA	6 META		7 VARIACION		8 OBSERVACION
		PRESUPUESTA	EJECUTADA	ABSOLUTA	RELATIVA	
PACIENTES ATENDIDOS EN AMB.	CONSULTAS	10.770	6.393	4.377	41%	59% Cumplimiento
PACIENTES ATENDIDOS EN SERV. MEDICOS	CONSULTAS	1.164	977	187	16%	84% Cumplimiento
PACIENTES ATENDIDOS EN CLIN. MOVILES	CONSULTAS	1.080	941	139	13%	87% Cumplimiento (*1)
ACTIVIDADES PREVENTIVAS	CHARLAS	2.000	2.145	+145	+7%	107% Cumplimiento
	Tópicos	600	734	+134	+22%	122% Cumplimiento
	Profilaxis	600	577	23	4%	96% Cumplimiento
PROGRAMA PREVENCION ESCUELAS MUNICIPALES	VISITAS SUPERVIS.	35	33	2	6%	94% Cumplimiento
	CEPILLADO DENTAL	41.324	28.669	12.655	30%	70% Cumplimiento (*2)
	NIÑOS INCLUIDOS	359	359	—	—	100% Cumplimiento
EDUCACION CONTINUA A 22 ODONTOLOGOS Y 19 HIGIENISTAS	JORN. ODO	1	1	—	—	100% Cumplimiento

(*1) No laboró el mes de enero

(*2) Bajó en relación al Trimestre anterior por huelga de maestros municipales

12 ABR 2000

ALCALDIA MUNICIPAL SUCRE
DEPTO. DE ODONTOLOGIA
DIRECCION S.L.

9 DIRECTOR:	10 FECHA
FIRMA Y SELLO	

ANEXO 2.

OMO SUCRE

ALCALDIA SUCRE

FUNDABIOANALISIS

No. _____

O MIRANDA

FUNDA ANALISIS

RESUMEN ES ADISTICO MENSUAL

ENER 2000

ECCION: HORMONAS

3	53
4	61
.S.H.	59
.H.	49
.S.H.	61
rolactina	28
stradiol	57
rogesterona	33
etosterona	
OTAL SECCION:	**401**

RESUMEN MENSUAL

PACIENTES ATENDIDOS	1.437
TOTAL ANALISIS	12.510
DIAS HABILES EN EL MES	19
PROM. DIARIO DE PACIENTES	75.63
PROM. DIARIO DE ANALISIS	658,42
NUMERO DE BIOANALISTAS	6
HORAS TRABAJADAS	228
PROMEDIO PACIENTES/BIO/DIA	12.61
PROMEDIO ANALISIS BIO/DIA	109,74
PROMEDIO ANALISIS/PACIENTE	8,71

POR EL SER CIO DE BIOANALISIS

Lic. Angela R a Mendoza de Bello
Jefe de Se icio de Bioanálisis

FUNDA ALISIS ALCALDIA SUCRE oación Servicios de Bioanálisis

ANEXO 3

ONOMO SUCRE

ALCALDIA SUCRE

FUNDABIOANALISIS

No. _____

ADO MIRANDA

FU ABIOANALISIS

RESUMEN STADISTICO MENSUAL

FECHA: **FEBRERO 2000**

SECCION: HORMONAS

T 3	85
T 4	116
T.S.H.	120
L.H.	58
F.S.H.	74
Prolactina	19
Estradiol	72
Progesterona	35
Tetosterona	
TOTAL SECCION	**579**

RESUMEN MENSUAL

PACIENTES ATENDIDOS	2.075
TOTAL ANALISIS	19.001
DIAS HABILES EN EL MES	21
PROM. DIARIO DE PACIENTES	98,81
PROM. DIARIO DE ANALISIS	904.81
NUMERO DE BIOANALISTAS	6
HORAS TRABAJADAS	252
PROMEDIO PACIENTES/BIO/DIA	16,47
PROMEDIO ANALISIS BIO/DIA	150.80
PROMEDIO ANALISIS/PACIENTE	9.16

POR EL SERVICIO DE BIOANALISIS

Lic. Angela Rosa Mendoza de Bello
Jefe de Servicio de Bioanálisis

ANEXO 4.

MUNICIPIO SUCRE

ALCALDIA SUCRE

FUNDABIOANALISIS

ESTADO MIRANDA

No. _____

FUNDABIOANALISIS

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL

MES: MARZO AÑO: 2000

SECCION: HORMONAS

T 3	2
T 4	06
T.S.H.	04
L.H.	3
F.S.H.	3
Prolactina	7
Estradiol	3
Progesterona	2
Tetosterona	
TOTAL SECCION:	50

RESUMEN MENSUAL

PACIENTES ATENDIDOS	1.953
TOTAL ANALISIS	18.747
DIAS HABILES EN EL MES	21
PROM. DIARIO DE PACIENTES	93
PROM. DIARIO DE ANALISIS	892,71
NUMERO DE BIOANALISTAS	6
HORAS TRABAJADAS	252
PROMEDIO PACIENTES/BIO/DIA	15,5
PROMEDIO ANALISIS BIO/DIA	148,79
PROMEDIO ANALISIS/PACIENTE	9,6

POR EL SERVICIO DE BIOANALISIS

Lic. Angela Rosa Mendoza de Bello
Jefe de Servicio de Bioanálisis

ALCALDIA MUNICIPIO SUCRE FUNDABIOANALISIS ALCALDIA Fundación Servicios de Bioanálisis

ANEXO 5

ALCALDIA SUCRE

DIRECCION DE SALUD
EDO. MIRANDA

CONSULTA EXTERNA

Apellidos			Nombres		
Edad	Sexo	Edo. Civil	Ocupación		Hist. No.
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nac.		Nacionalidad	Céd. Ident.
Dirección actual completa				Teléfono	Fecha Adm. Hr.
Avisar en caso de Emergencia				Parentesco	Servicio
Dirección y Teléfono				Fecha Adm. Anterior	

CONSULTA POR:

ANTECEDENTES PERSONALES:

ANTECEDENTES HEREDITARIOS:

HISTORIA DE LA AFECCION:

EXAMEN CLINICO:

IMPRESION DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO:

ALCALDIA DEL MUNICIPIO AUTONOMO SUCRE
DIRECCION DE SALUD
EDO. MIRANDA

CONSULTA PEDIATRICA

Apellidos			Nombres	
Edad	Sexo	Edo. Civil	Ocupación	Hist. No. .....
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nac.	Nacionalidad	Céd. Ident. .....
Dirección actual completa			Teléfono	Fecha. Adm. ..... Hr. .....
Avisar en caso de Emergencia			Parentesco	Servicio .....
Dirección y teléfono			Fech. Adm. Anterior	

ANTECEDENTES

Familiares: .....

Embarazo: .....

Dietéticos: .....

Desarrollo: .....

Enfermedades Anteriores: .....

.....

VACUNA	Motivo de Inasistencia	Fecha de Aplicación	Fecha próxima vacuna	Refuerzo
B. C. G.				
Triple - Polio/.				
1o D. 1 D.				
2o D.				
3o D. 2o D.				
3o D.				
Antivariólica				
Sarampión				
Tifoidea				
Otras				

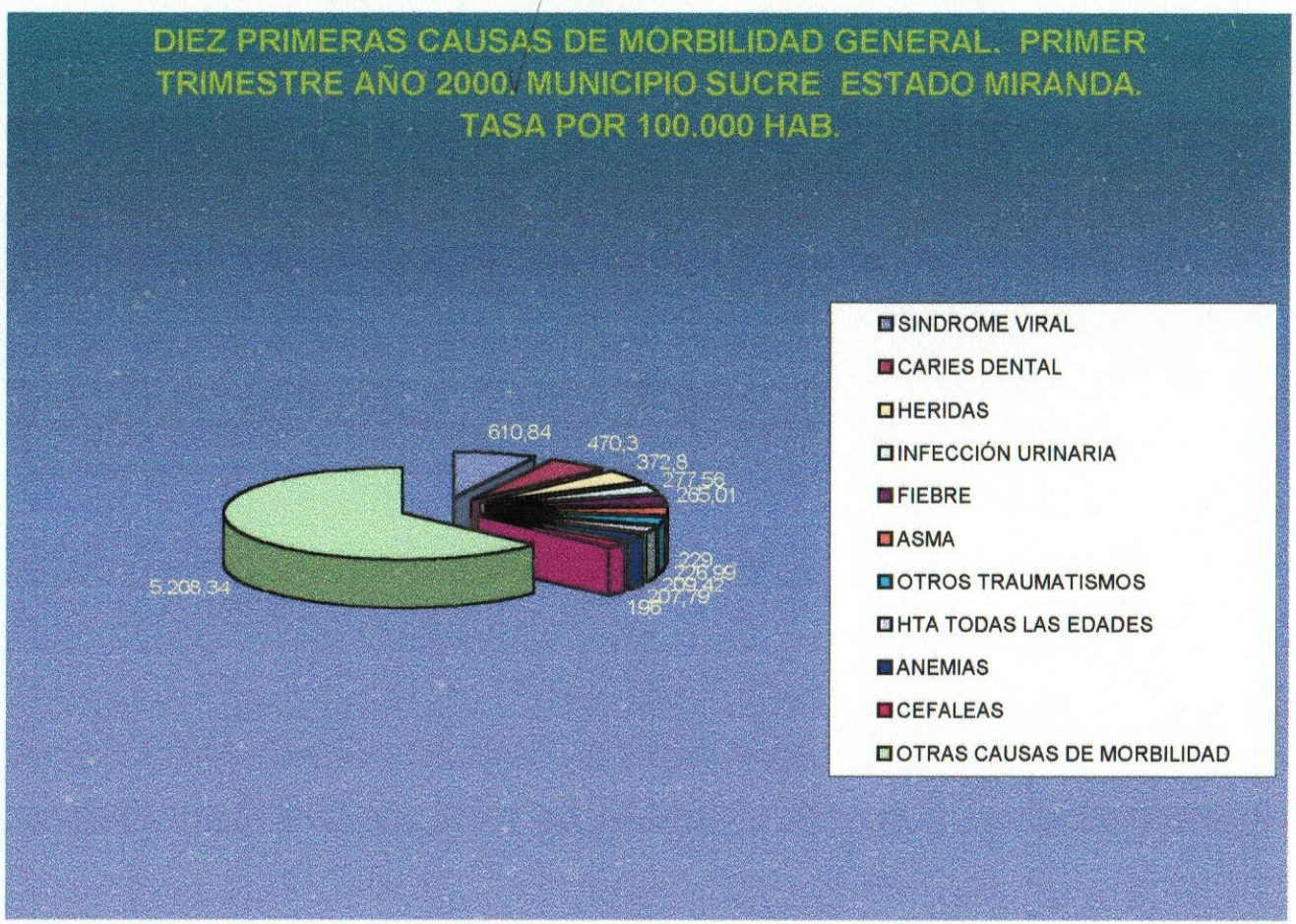
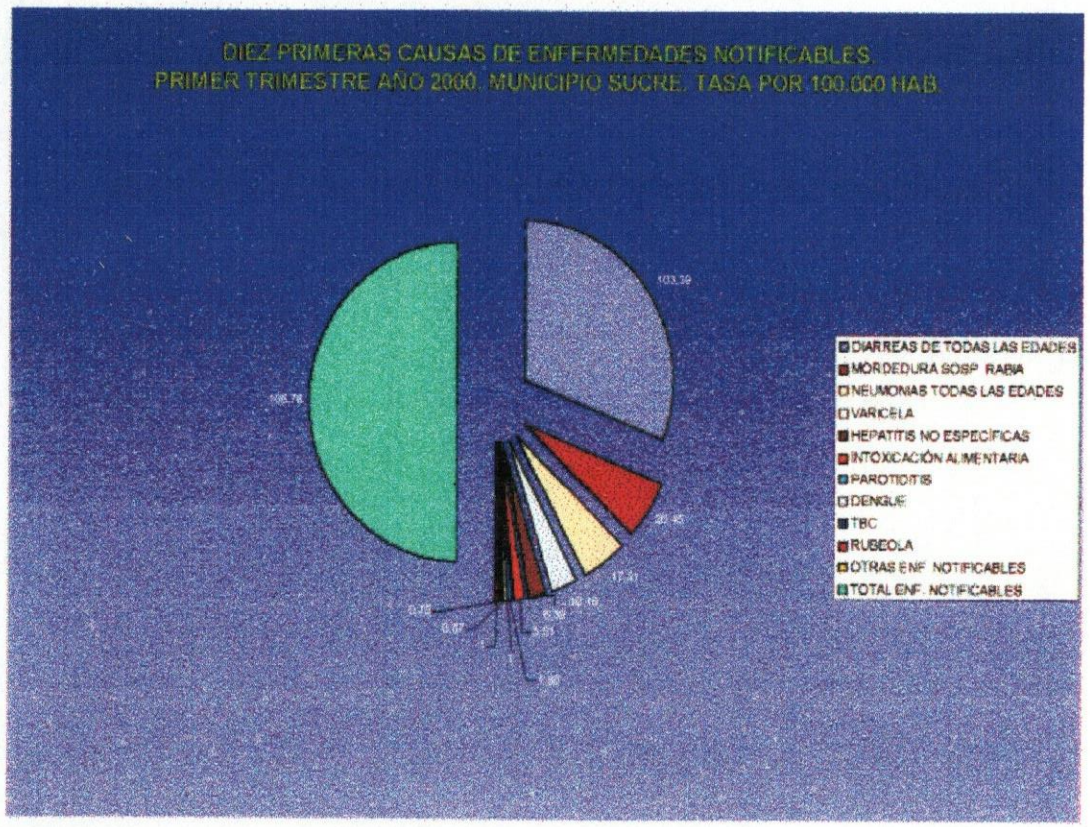


Figura 1

Fuente: Div. Epidemiología
Municipio Sucre. Edo. Miranda

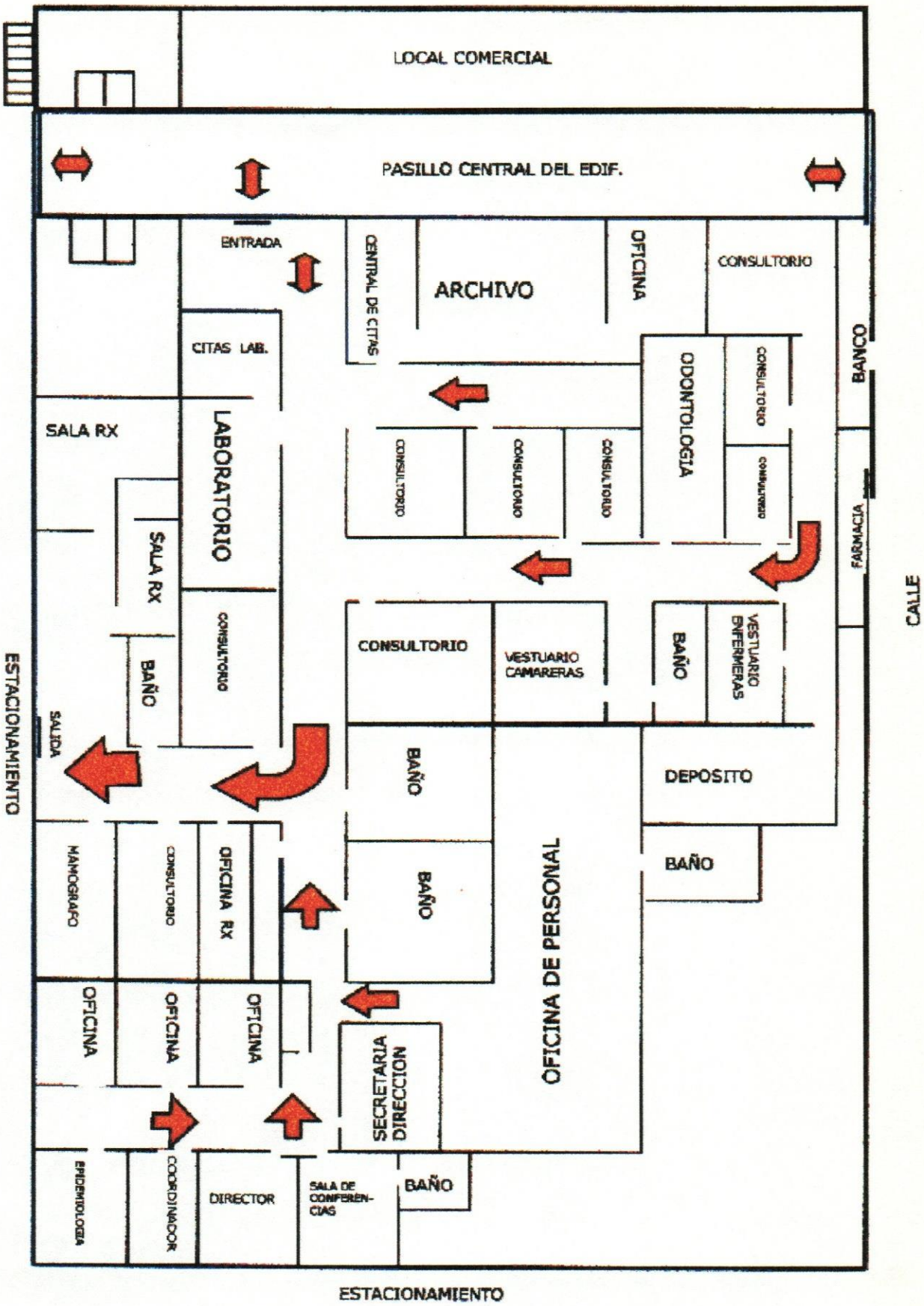


Fuente: División de Epidemiología
Municipio Sucre. Edo. Miranda

Figura 3

FIGURA 4

PLANO DEL SERVICIO MÉDICO
ALCALDÍA DEL MUNICIPIO SUCRE



DIRECCIÓN DE SALUD ALCALDÍA DEL MUNICIPIO SUCRE

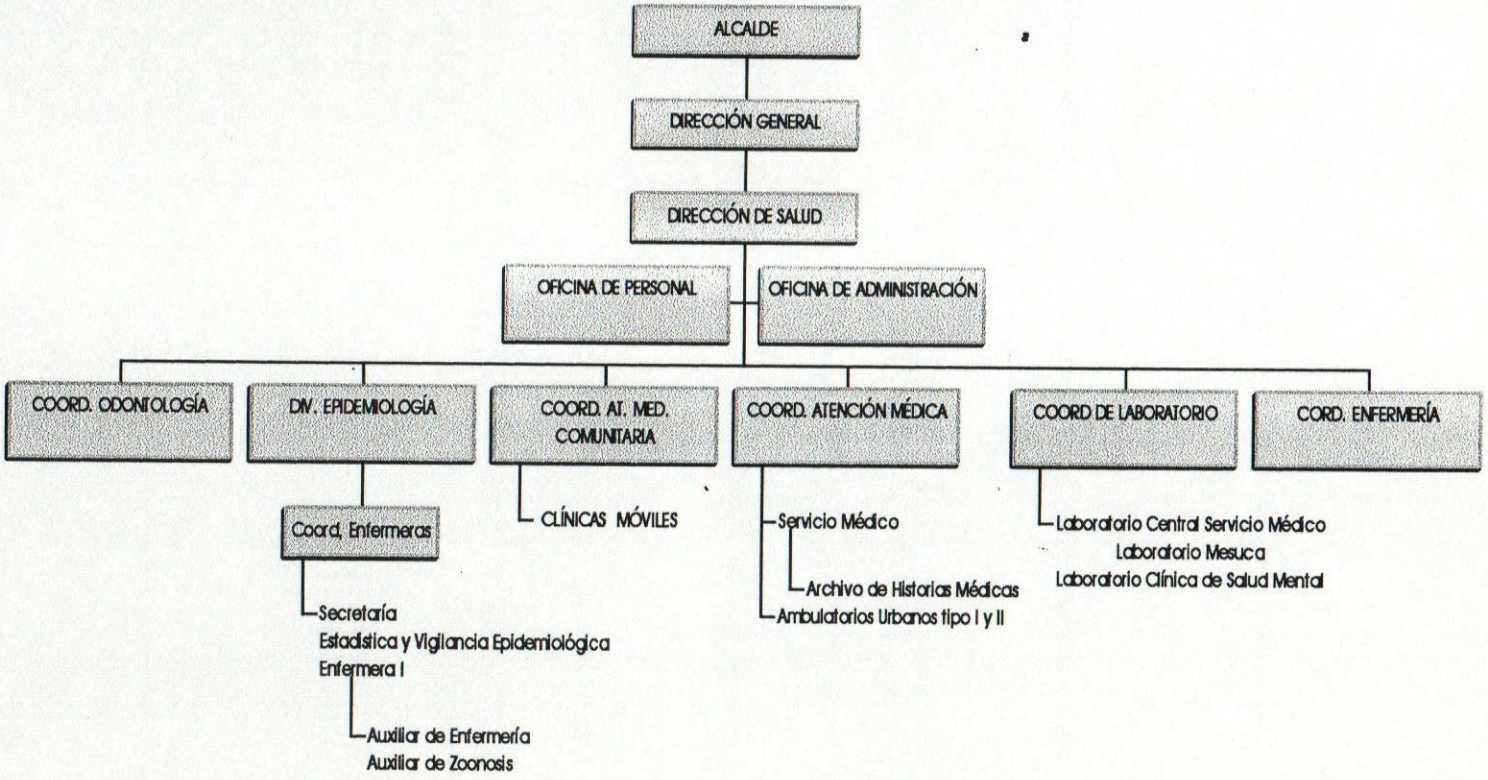


Figura 5