



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“Maestría en Gestión de la Salud Pública con orientación en prácticas preventivas”

MAGISTER EN GESTION DE LA SALUD PÚBLICA

TRABAJO DE TESIS

ESTUDIO DE LA EFICACIA EN LA ATENCIÓN A USUARIOS DEL SERVICIO PROPIO PRESTACIONAL DE CLÍNICA MÉDICA DEL ISSUNNE A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN INSTRUMENTO VALORATIVO

Director: *Prof. Dr. Alberto Palladino*

Maestrando: Kigo. Pajares, Juan Manuel

2019

DEDICATORIAS

A Dios que me levanta cada día con sus palabras aumentando la fe y esperanza y por la hermosa familia que eligió para mí.

A mi esposa Micaela y a mi hijo Juan Francisco por el apoyo y todo el amor que me dan; me hacen muy feliz.

A mi madre por el apoyo incondicional, por la formación que siempre me dice: estudiar es crecer y en el recuerdo a mi padre que me enseñó a ser buena y correcta persona en la vida.

A mis hermanos Marta Alicia y Juan Domingo que perduran en mi compañía.

A mis amigos que comparten mi vida y la contención que recibo de cada uno de ellos, con la palabra justa.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco, en primer lugar, a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste por brindar el espacio para mi formación académica.

A mi Director de Tesis, el Prof. Dr. Alberto Palladino por compartir sus conocimientos y experiencia en investigación, por su continua disposición a responder a mis pedidos, brindando el asesoramiento necesario en la superación de los inconvenientes durante la concreción de todas las fases de este proyecto hecho realidad.

Mi gratitud a la Dra. María Mercedes González, Delegada Rectoral del ISSUNNE quien me permitió desarrollar esta intensa labor, autorizando su concreción en el Servicio propio prestacional de Clínica Médica.

Al Dr. Fernando Boudot, a cargo del Servicio Propio Prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE, por su disposición y amabilidad en pos de la implementación de las actividades que evalúan su eficacia.

Al CPN. Javier Sotelo por compartir su inteligencia con sencillez y generosidad.

Mi reconocimiento a la Mgter. Alicia Dieringer por su aporte y experiencia.

Al CPN. Juan Manuel Murcia a cargo del Departamento de Liquidaciones del ISSUNNE por la predisposición para brindar la información necesaria y por sus aportes con el estudio encarado.

Al Lic. Carlos Romero integrante del Departamento de Sistema Informático del ISSUNNE, por su colaboración en el procesamiento de la información de la estadística generada.

Mi reconocimiento a todo el personal administrativo de ISSUNNE, especialmente a la Sra. Verónica Garay, por la predisposición que tuvieron para brindar la información necesaria para la realización de este proyecto.

Finalmente, a los pacientes que utilizan el Servicio Propio Prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE, en forma diaria, por la disposición y la colaboración en brindar información recogida a través de las encuestas que hicieron posible contar con material crítico a la hora de evaluar el servicio, objeto de esta investigación.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	7
CAPITULO 1.....	11
1.1 ANTECEDENTES.....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2.1 Planes de prevención del cáncer de cuello de útero primaria	13
1.2.2 Prevención de Cáncer de Mama	13
1.2.3 Detección precoz del cáncer próstata	13
1.2.4 Prevención de riesgo cardiovascular.....	13
1.2.5 Detección precoz de glaucoma	13
1.2.6 Detección precoz VIH-Sida	13
1.3 Preguntas.....	15
1.3.1 General.....	15
1.3.2 Específicas	15
1.4 Fundamentación y Justificación de los resultados.....	15
1.5 OBJETIVOS.....	17
1.5.1 Objetivos General.....	17
1.5.2 Objetivos específicos.....	17
CAPÍTULO 2.....	18
2 MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 ESTADO DEL ARTE.....	20
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	21
2.2.1 Cultura Organizativa	21
2.2.2 Herramientas para el Control de Gestión	21
2.2.3 Tablero de control operativo	21
2.2.4 Tablero de control directivo	22
2.2.5 Tablero de control estratégico	22
2.2.6 Tablero control integral	22
2.2.7 Sistema de control de gestión.....	22
2.2.8 Cuadro de mando integral o balanced scorecard	22
2.2.9 Estructura del cuadro de mando integral	23

2.2.10	Implementación de la Estrategia	25
2.2.11	Criterios para la Elaboración del TCI.....	26
2.2.12	Pasos en la Construcción del CMI	26
2.2.13	Indicadores y Estándares	26
2.2.14	Las Cuatro Perspectivas	28
CAPÍTULO 3		32
3	METODOLOGÍA	32
3.1	Universo de estudio:	33
	Estructura, procesos y resultados del Servicio de Clínica Médica del ISSUNNE.	33
3.2	Unidades de análisis:.....	35
3.3	Muestra o población accesible:	36
3.4	Diseño y técnicas de recolección de información.	36
3.4.1	DESARROLLO DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL.....	39
CAPÍTULO 4		42
4	PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	42
4.1.1	Tablero Comando Integral	42
4.1.2	Perspectivas: Mapa Objetivos Estratégicos.....	43
4.2	Entrevista personal prestacional	47
4.3	ANALISIS	48
4.3.1	Los indicadores de las perspectivas de los beneficiarios	48
4.3.2	En lo que respecta a las perspectivas de los procesos internos ..	50
4.3.3	Perspectiva aprendizaje y capacitación.....	54
4.3.4	Perspectiva Financiera	55
CAPÍTULO 5		58
5	DISCUSION	58
CAPÍTULO 6		63
6	CONCLUSIONES	63
CAPÍTULO 7		65
7	Recomendaciones	65
8	BIBLIOGRAFÍAS	87

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

Figura N° 1: Estructura del Cuadro de Mando Integral	244
Figura N° 2: Perspectiva del Cuadro de Mando Integral	288
Figura N° 3: Cadena de Valor del Proceso Interno	31
Figura N°4: Representación % de la población y estado del turno N=4.763	33
Figura N° 5: Representación % de la población por grupo etario. N=4.763	354
Figura N° 6. Mapa de Objetivos Estratégicos	43
Figura N° 7: Tablero de Mando Integral. Elaboración propia a partir de la base a Kaplan R.S y Norton D. P ¹⁵	454

TABLAS

Tabla 1: Población total según estado de turno. N=4.763.....	33
Tabla 2: Población según grupo etario. N=4.763	34

RESUMEN

Este trabajo se propuso determinar la eficacia de atención que el Servicio de Clínica Médica del Instituto de Servicios Sociales de la Universidad Nacional del Nordeste (ISSUNNE) ofrece a sus usuarios, la información disponible y el modo en que mejoraría aquella eficacia con la introducción de una herramienta de gestión como el Cuadro de Mando Integrado (CMI). Se Desplegó una investigación aplicada mediante un diseño de estudio organizacional, de tipo cuali-cuantitativo y descriptivo, partiendo del diagnóstico de situación y una muestra de enero a diciembre del año 2018 entre 150 usuarios del servicio. Los resultados producidos indicaron que la organización cuenta con información básica y sustantiva de los distintos ámbitos del ISSUNNE, útil para la aplicación del CMI como herramienta de mejora de su eficacia; al tiempo que demandó, ampliar información mediante cuestionario de encuestas a usuarios. Aunque estos datos recomendarían a adopción del CMI como herramienta de gestión, se considera pertinente continuar con la evaluación de la evidencia producida para determinar la influencia de otras variables organizacionales, en los resultados iniciales y en los condicionamientos para una correcta implementación de la herramienta para la toma de decisiones.

Palabra Clave: Eficacia de atención. Cuadro de Mando Integral, Objetivos Estratégicos. Indicadores.

INTRODUCCION

El Instituto de Servicios Sociales de la Universidad Nacional del Nordeste (ISSUNNE) es una organización diseñada e implementada desde el año 1999; como toda entidad y por su característica de no perseguir fines de lucro, en el área de los servicios de salud, requiere conocer y aplicar estadísticas e indicadores que sirvan de herramientas para la toma de decisiones eficaces¹.

Las organizaciones prestadoras de servicios de salud, exigen cambios constantes de cara a la gestión pública; el desarrollo tecnológico experimentado en los últimos años, ha puesto en evidencia las falencias de los sistemas de gestión basados, únicamente en la medición de los aspectos financieros. Estos sistemas fracasaron al momento de explicar de un modo integral el funcionamiento de la organización y las causas de los resultados obtenidos²

El análisis de la producción, eficiencia, recursos y costos de los servicios de salud se basa en el método de gestión productiva desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde utiliza componentes instrumentales (cuadro de mando, reportes gerenciales, indicadores etc.)³

El cambio tecnológico y socioculturales han generado nuevos sistemas de control, y los factores de éxitos no sólo están ligados a la eficacia y disminución de los costos, sino también a aspectos como la satisfacción del usuario y la mejora continua del servicio.

En las organizaciones, se genera abundante información procedente de distintas fuentes; pero, aunque muchas veces suelen ser accesible, tiene un escaso aprovechamiento en la gestión.

En virtud de ello, los servicios sanitarios tienen que adaptarse a las exigencias de su tiempo, a las realidades sociales, políticas, económicas y a los cambios de sus estructuras básicas, tendiendo a una modernización que les permita centrarse en sus competencias esenciales, integrando el conocimiento con la eficiencia en la utilización de los recursos y el aumento de la equidad.⁴

En la gestión organizacional el gerente al tomar decisiones y poder cumplir con sus objetivos debe poder apoyarse en herramientas de planificación y control de gestión. Entre estas debe generar una herramienta capaz de evaluar a través de indicadores cuantitativos y cualitativos, y cuyo diagnóstico contribuya a facilitar el proceso de decisión y planeamiento de la organización.⁵

La conjunción de estos motivos, sumados a la aparición de la herramienta del CMI da como resultado, en el sector salud nuevos modelos de gestión^{2,3,4,5}

En este contexto, el sector salud y más específicamente el sector de las obras sociales, se encuentra adaptando el viejo modelo de gestión a los nuevos desafíos, por lo que es comprensible, que todavía no existiera un modelo consolidado para este tipo de organizaciones.

En el caso del ISSUNNE, no existe aún, la aplicación de una herramienta coherente con el modelo de control de gestión, por lo que, en tal sentido, el desarrollo de este trabajo de investigación es un precedente y sus resultados podrían constituirse como un aporte.

A pesar de su aparente simplicidad y unicidad, las organizaciones tienen complejidades asociadas a sus diferentes componentes. En el caso del ISSUNNE, la gestión clínica necesita disponer información para tomar decisiones, en la inteligencia de la búsqueda de eficacia, como paso dentro de otros posibles cambios progresivos, que pueden adoptarse dentro de un programa de mejora continua.

En vista a explicitar los distintos componentes de un trabajo de investigación que ha insumido los últimos semestres, se propone un plan de exposición en función de los siguientes capítulos y finalidades.

El capítulo 1 del trabajo toma en cuenta cuestiones de carácter metodológico, que incluirán: antecedentes, justificación, definición de los objetivos generales y específico.

El capítulo 2, consiste en el marco teórico, tiene como meta proponer: el desarrollo de las herramientas para el sistema control de gestión, la implementación de la estrategia, los criterios para la elaboración del cuadro de mando integral, identificar un conjunto de indicadores para medir y mejorar la eficacia de atención en la institución en funcionamiento, con el fin de obtener resultados y proponer mejoras para que los indicadores revelados alcance los estándares establecidos.

En el capítulo 3, realiza una descripción de la unidad de análisis, con el fin de dimensionar la magnitud de la institución donde se realiza, su conformación,

servicio que presta y toda otra característica asociada a su posicionamiento en relación a los demás efectores, en el mercado de las obras sociales de las universidades nacionales.

En el capítulo 4 se desenvuelve el plan de análisis de los resultados del tablero comando integral, sus perspectivas, mapa estratégico, objetivos estratégicos y la descripción de la relación causa-efecto.

En el capítulo 5 se discute y concluye el trabajo realizado.

CAPITULO 1

1.1 ANTECEDENTES

La investigación en salud ha tendido a complejizarse con el tiempo, abarcando estudios clínicos, epidemiológicos y de sistemas y servicios que actúan en diferentes marcos de diagnóstico, tratamiento y evaluación de los servicios de salud⁶.

Respecto de este último, la investigación se abre como un campo de integración entre áreas de conocimientos de la administración, sociología, psicología laboral y organizativa y artes como la gobernanza -que tiene su base en diferentes tradiciones también provenientes de ciencias sociales como la misma ciencia política, en la que converge no sin fricciones con la ciencia de la administración en la dimensión de la gestión organizacional.

Tanto la administración como la gobernanza están preocupadas por aplicar los conocimientos y desarrollos al campo en el que investigan, por lo que muchos de los avances no pueden considerarse sólo producto de estudios básicos sino también de investigaciones cimentadas en las denominadas aplicadas o ingenieriles. En el caso de la Norma ISO 9001:2015 sobre Calidad, asume que la eficacia organizativa es pensada en los términos de evaluación del desempeño o resultado de la organización, cotejando actividades y resultados planificados versus alcanzados valiéndose para ello de indicadores medibles⁷.

En este marco, y atendiendo a intereses convergente, laboral y personal, académico e institucional, se tomó la decisión de considerar aspectos de la realidad de un Instituto de Servicios Social Universitaria, y dentro de ella de un servicio específico, en los términos que implica una organización, a fin de conocer aspectos relevantes de su desenvolvimiento ajustado a estándares organizacionales producto de investigaciones teóricas y empíricas, básicas y aplicadas cuyos resultados podrían redundar en beneficios propios y del ecosistema en que ella se desenvuelve.

Así, la investigación que se pretendió encarar tomó como relevante -para cumplimentar el requisito de la elaboración de una investigación y tesis de postgrado- entender cómo se comporta una organización como el Instituto de

Servicios Sociales de la Universidad Nacional del Nordeste y en qué medida ese conocimiento inicial y su gobierno posterior podrían derivar en una tecnología de gestión, un modelo de gobernanza en la que la gestión organizacional apela a la evaluación de las actividades planificadas y desarrolladas así como a los resultados logrados con o sin consideración de los recursos empleados.

Esta perspectiva tiene una larga tradición en las investigaciones básicas y aplicadas en las ciencias de la administración. Una parte considerable de ellas persigue como modo relevante el estudio de la eficiencia, antes que la eficacia, en tanto que otras lo hacen combinando las dimensiones eficiencia y eficacia, y son más escasas las que sólo abordarán la eficacia pensada en términos de variable dependiente.⁸

En este estudio, el enfoque se orienta a conocer cómo se aborda la eficacia organizacional y cuál es su estado de situación antes y después de promover una herramienta valorativa como el propuesto bajo el concepto de CMI/TMI² en la Obras Social de la UNNE.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Instituto de Servicios Sociales de la Universidad Nacional de Nordeste ISSUNNE se crea a partir de la Ley N° 24.741, instrumento de regulación de las Obras Sociales Universitarias. La institución es miembro del Consejo de Obras Sociales de Universidades Nacionales (COSUN), un organismo de consulta, asesoramiento y coordinación de temáticas relacionadas con el área médico asistencial y temas derivados que conciernen a las obras sociales de Universidades Nacionales. Finalmente, al no encontrarse dentro del sistema de Obras Sociales nacionales ni sindicales, Ley N° 23.660, no participa del sistema regulado por la Superintendencia de Salud de la Nación.

A través del COSUN se creó una red de atención a nivel nacional, con todas las obras sociales universitarias, lo que posibilita acceder a los servicios aun cuando un afiliado se encuentra en tránsito, mediante el servicio de reciprocidad entre las partes.

La Resolución N° 076/99 del Consejo Superior de la Universidad Nacional del Nordeste establece que el Consejo de ISSUNNE debe estar constituido por:

a) un Delegado Rectoral/Director, con carácter de presidente

b) dos Consejeros Titulares, docentes, uno en representación del personal docente de la Provincia de Corrientes y otro en representación del personal docente de la Provincia del Chaco.

c) dos Consejeros titulares, no docentes, uno en representación del personal no docente de la Provincia de Corrientes y otro en representación del personal no docente de la Provincia del Chaco.

A la fecha del trabajo de campo, ISSUNNE brinda cobertura a 12.755 beneficiarios que acceden a los servicios. Registrando su domicilio en: San Luis N° 535 de la Ciudad de Corrientes.

Declara la finalidad de:

- lograr que sus afiliados puedan gozar de una mejor calidad de vida;
- brindar el máximo nivel de salud mediante profesionales e instituciones, de manera sustentable, sobre la base de un sistema solidario.

Para ello organiza una red de salud, por medio de:

- a) servicios médicos asistenciales integrales;
- b) ayudas económicas,
- c) actividades de turismo

Diseña, implementa y lleva registro de programas de prevención y promoción de la salud, como ser:

- 1.2.1 Planes de prevención del cáncer de cuello de útero primaria
- 1.2.2 Prevención de Cáncer de Mama
- 1.2.3 Detección precoz del cáncer próstata
- 1.2.4 Prevención de riesgo cardiovascular
- 1.2.5 Detección precoz de glaucoma
- 1.2.6 Detección precoz VIH-Sida

Como se ha visto, la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE) dispone de un sistema de servicios que busca garantizar cobertura en salud, destinado al bienestar de los agentes de la Universidad activos y sus familiares directos y jubilados.

A través de su Consejo Superior, ha creado el Instituto de Servicios Sociales (ISSUNNE) teniendo por finalidad la prestación de servicios a su personal

docente y no docente, y además contempla a los estudiantes que cursan en la misma sus carreras y se hallan adheridos.

El Instituto posee un cuerpo de personal -no docente y de profesionales- dedicado principalmente, a la atención del afiliado, control de gastos y a todas las tareas de administración, sin haber implementado aun, un sistema de Control de Gestión para la Gerencia, la Auditoria o para los Directivos del mismo.

Una vez finalizada la concreción de su etapa inicial, en la que todos los objetivos fueron puestos en la consolidación de la gestión médico asistencial de la organización, acumula evidencia de una ampliación de la demanda del servicio médico, un creciente número de especializaciones y de la necesidad de una planeación gerencial acorde con las complejidades y actualización de su sistema de control de gestión.

En ese marco, el sistema informático se muestra limitado en cuanto a los mayores beneficios que puede brindar a la organización, requiriendo: mejor registro que genere y optimice la información de todo lo referido a la demanda y el servicio de la institución; conocimiento y aplicación de estadísticas e indicadores como herramientas en la toma de decisiones.

El carecer de información detallada impide: conocer la realidad y el control efectivo del aumento sostenido del costo de las prestaciones; atentando contra los objetivos de brindar un servicio eficiente que exige alcanzar los objetivos, reduciendo o manteniendo controlado los costos de las prestaciones.

Es decir, la situación actual del instituto necesita cambios para orientar el trabajo hacia el diseño de una herramienta que valore la eficacia de atención de los usuarios y optimice la utilización de los recursos.

Las opciones para una respuesta acorde incluyen la necesidad de actualizar y tener claros procedimientos tales como: forma de realizar un seguimiento, analizar y evaluar el servicio, con la finalidad de arribar a resultados que den indicio del cumplimiento de los objetivos de la organización, esto es conocer y alcanzar la eficacia pretendida para una organización no lucrativa que trabaja para la salud de personas.

Según los expuestos se ha definido los siguientes problemas:

1.3 PREGUNTAS

1.3.1 General

¿Cuál es la eficacia de atención que el Servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE ofrece a sus usuarios?

1.3.2 Específicas

¿Qué información del Servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE se dispone a fin de describir y valorar -mediante la introducción de una herramienta de gestión como el CMI- la eficacia ofrecida a sus usuarios?

¿Qué eficacia de la atención del Servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE a sus usuarios resulta de su evaluación mediante la herramienta de gestión como el CMI?

La revisión de la literatura científica y tecnológica para las organizaciones institucionales orientadas a los servicios de salud, indican que entre las opciones para la mejora de una organización como el ISSUNNE, se encuentra el Modelo de Cuadro de Mando Integral.

La gestión médico asistencial, demanda orientar el trabajo hacia el diseño de una herramienta como el Cuadro de Mando Integral que optimice la eficacia de atención de los usuarios.

1.4 FUNDAMENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS

En las organizaciones que persiguen la producción y prestación de servicios de salud y en particular en las que su finalidad no contempla la concreción de lucro, la definición e instrumentación de la medición de los objetivos de la organización toda, o de una de sus segmentaciones operativas, se torna crítica porque permite a la persona, los grupos y la misma organización dotar de motivación trascendente a las actividades que lo llevan a relacionarse con la organización. Debido al estado de desarrollo y las limitaciones de la actual investigación organizacional, administrativa, de economía corporativa, etc., la aplicación de modelos de gestión y evaluación administrativa como el de TMI/CMI puede generar evidencia empírica capaz de mostrar y concretar la medición de la eficacia organizacional, no limitada apenas a una comparación cualitativa dicotómica de los objetivos definidos y alcanzados, demandando la selección de variables e indicadores diversos cuantitativos y cualitativos.

Al mismo tiempo, al tratarse de una investigación aplicada, en ningún momento, puede perderse de vista el hecho que los datos que se construyen y analizan provienen del modelo de realidad que supone el TMI/CMI, una de las tantas formas de posibilidades en que se puede gestionar estratégicamente una parte o toda la organización en cuestión.

Así mismo, más allá de la vinculación y encuadramiento de la investigación en los debates teóricos y aplicados que se reconoce en la línea de la organización y gestión, su importancia radica en poder contribuir a desarrollar un sistema de control de gestión, identificando un conjunto de indicadores que permitan medir y mejorar la eficacia de atención del servicio prestacional de ISSUNNE a sus usuarios.

El ISSUNNE presenta un cuerpo de personal integrado en dos áreas convergentes: no médico y médico (los profesionales del área de salud). La primera tiene la función a través del sistema informático, de registrar las prestaciones, su respectiva facturación, control de gastos y de todas las tareas de administración y la segunda, la atención a los afiliados en los consultorios propios. Sus especialidades comprenden: clínica médica, pediatría, ginecología, odontología, kinesiología, farmacia, oftalmología, bioquímica.

La implementación de la investigación fue factible, porque se contó con el apoyo institucional, logístico y económico para su desarrollo ejecución y evaluación. Asimismo, la problemática y el objeto de estudio era conocida por el investigador, ya que desde el 2001, integra el personal de profesionales de la institución y dispuso de recurso humano y profesional apropiado para el avance del proyecto. Se reconoce posible identificar distintas metodologías y herramientas para el control de gestión, uno muy difundido son los tableros indicadores, como también para planificar y gestionar se puede aplicar el cuadro de mando integral. Éste consiste en un modelo en el que se traduce la estrategia y la misión de una organización, medidos a través de indicadores ligados a planes de acción.

Las investigaciones sobre metodología y servicios, tienen como finalidad proporcionar a los gerentes de los servicios de salud, un proceso analítico para la toma de decisiones mediante la correlación de la información existente para ofrecer una visión estratégica de la gestión de los servicios de salud. Su objetivo fundamental, apoyar al gerente de servicios de salud a tomar decisiones que

permitan optimizar la productividad y el uso racional de los recursos, contribuyendo a mejorar el acceso y la eficacia de la atención.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivos General

Desarrollo de un instrumento valorativo y evaluación de la eficacia, para mejorar la atención de los usuarios del servicio propio prestacional de clínica médica del ISSUNNE en la Provincia de Corrientes.

1.5.2 Objetivos específicos

- 1) Describir los objetivos, políticas y estrategias del ISSUNNE para organizar y desarrollar el servicio de Clínica Médica
- 2) Desarrollar una herramienta que permita implementar un instrumento valorativo para mejorar la eficacia del servicio ofrecido a los usuarios.
- 3) Describir la información del servicio propio prestacional de Clínica Médica del Instituto en función de la herramienta diseñada para mejorar la eficacia de atención del servicio.
- 4) Analizar la información descripta determinando la eficacia del servicio y su valor dentro de las estrategias y los objetivos del ISSUNNE

CAPÍTULO 2

2 MARCO TEÓRICO

A continuación, se presentará la revisión de la literatura relacionadas con el tema en estudio, realizada durante la investigación desarrollada.

La investigación bibliográfica estuvo destinada a explorar, sistematizar y apropiarse de los conceptos como eficacia (también eficacia organizativa) y el Tablero de Mando Integrado (TMI/CMI).

Se ha ido introduciendo en el capítulo precedente una primera aproximación a la noción de eficacia, la que, al mismo tiempo, conducía a la especificidad de la eficacia organizativa pensada en función de variados aportes para su definición nominal y operacional como un constructo multidimensional a la hora de aplicarse a dilucidar los aspectos organizacionales a que refiere.

El propósito de esta investigación es demostrar que un TMI/CMI puede aportar a la realización y evaluación de la eficacia organizativa en una de las áreas del ISSUNNE, delegación Corrientes.

En esta dirección conviene dilucidar aquí conceptual y operacionalmente (en el próximo capítulo) las nociones de eficacia, y en particular eficacia organizacional y TMI.

Antes de señalar pormenores, se asumirá con De la Silva⁹ que el concepto de eficacia y eficacia organizacional, en particular, reconoce una larga problematización a la hora de converger en su definición y medición lo que conduce de manera crítica a reconocer la necesidad de un abordaje complejo y coherente con su perspectiva multidimensional¹⁰.

La eficacia en los servicios de la salud, ha resultado en una dimensión organizacional compleja, tomando en consideración que resulta difícil separarla de la eficiencia -un indicador trascendente en las organizaciones en general, debido a la necesidad de combinar de forma óptima el empleo de recursos con el alcance de los servicios¹¹, y especialmente crítico cuando el perfil de las organizaciones se define por la persecución de lucro.

Miden dos perspectivas diferentes, la eficiencia como variable crítica el uso de recursos en función del tiempo y de los problemas que debe solucionar, en

cambio la eficacia vincula la dimensión cualitativa de los resultados o metas alcanzados en función de los objetivos formulados al inicio del trabajo y tiene relación con la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

El hecho de que sea complejo no implica que las instituciones de salud deban planificar estrategias que garanticen la eficacia alcanzados en su gestión.

Una revisión sistemática de la literatura destinada a conceptualizar la evaluación del desempeño organizacional permite comprender que existen distintos indicadores en la gestión de la evaluación de organizaciones de salud, una de ellas es la eficacia y la medición de la eficacia de las actividades de las organizaciones de salud, la que no siempre suele limitarse a un mero cotejo de si se han alcanzado o no las actividades logradas en función de las actividades programadas, introduciéndose perspectivas como la que exige la definición de indicadores medibles.

La eficacia en la gestión de organizaciones de salud

¿Qué efectos se espera de los servicios de salud? Es la pregunta que deben responderse los gerentes de organizaciones de salud, al plantear los objetivos de su gestión, es decir, que observe y priorice las necesidades y aspiraciones de todos los involucrados¹².

El nivel de satisfacción de estas necesidades y aspiraciones está relacionado con la forma en que se mide la salud mediante indicadores sociodemográficos, sanitarios y de utilización de servicios médicos básicamente¹³.

En algunas ocasiones, en el inicio del trabajo y evaluación de la eficacia en las instituciones de salud, no están exento de barreras o dificultades por falta de tiempo, trabajos excesivos y dudas con respecto a su eficacia¹⁴.

Los recursos humanos juegan un rol fundamental en la eficacia de los sistemas administrativos y de servicios en salud, en especial desde el punto de vista de sus valores, motivación y profesionalización^{9,15}.

Desde otra perspectiva, reconocen que además de los recursos humanos en la eficacia, inciden otros factores como la planificación, control de gestión y la estructura organizacional¹³.

La medición de la eficacia en organizaciones de salud

La medición de la gestión de las organizaciones sociales por lo general debe basarse en la evaluación del impacto en la sociedad, utilizando indicadores como

la eficacia¹⁶. No obstante, en cada caso dependerá del perfil de la organización que se busca evaluar y de las herramientas de gestión implementada para este propósito¹⁷.

Como la medición de la eficacia en el presente trabajo de investigación se hace con arreglo a la introducción de una herramienta de gestión estratégica como el Cuadro de Mando Integral (TMI/CMI), la elucidación teórica requerirá detenerse en una exposición detallada de la misma. En tren de introducción a, alcanza entonces con decir que es un sistema de planificación y gestión, el cual permite a las organizaciones medir sus actividades en término de visión transformando en acción por medio de un conjunto de objetivos e indicadores.

Desarrollar programa de mejora continua en las organizaciones de salud por las necesidades son crecientes y variables, debido a que los usuarios frecuentemente revisan sus prioridades y niveles de desempeños esperados de los prestadores de servicios de salud.¹⁸

2.1 ESTADO DEL ARTE

La revisión sistemática de la literatura destinada a conceptualizar y aplicar la herramienta del CMI, valiéndose del motor de búsqueda y las palabras claves que guiaran el estudio, detecta un número limitado de materiales indizados en distintas bases bibliográficas, especialmente en repositorios digitales de universidades.

Se llegaron a contabilizar más de 3100 entradas, seleccionándose un total de 26 materiales completos, de los cuales, el 80% estaba conformado por materiales de investigación aplicada del CMI a objetos organizaciones con diversidad variable: incorporando entidades con fines de lucros, entidades sin fines de lucro, organizaciones destinadas a producir y distribuir bienes y otras centradas en servicios.

A pesar de esta diversidad, unos pocos estudios abordan la producción de bienes y servicios destinados al mundo de la salud, caracterizada por una gran problemática centrada apenas en la complejidad organizacional como por la naturaleza del bien protegido como es la vida de la persona.

Finalmente, los estudios centrados en aplicar CMI respecto de servicios de salud, organizados en torno a entidades de obras sociales, son los menos y no llegan a representar más del 5% del total de los estudios; siendo mayoría los que se

encuentran comprendidos en obras sociales que están reguladas por Superintendencias, fenómeno en sí que aquí no se plantea. En consecuencia, el trabajo encarado, aunque resulta pionero en este marco, presenta déficit a la hora de encontrar referencia para la discusión de los hallazgos de la investigación enfocada en ISSUNNE.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Cultura Organizativa

La organización y gestión son elementos fundamentales, para la transformación gerencial en la implementación de sistemas de salud y el desarrollo de la capacidad de los establecimientos o de la red de servicios de salud.¹

Isolina Sánchez Jaca,⁸ encara una revisión sistemática de las investigaciones orientadas a determinar resultados de las políticas y actividades de las organizaciones de salud, clasificando los diseños de este tipo de investigación como evaluativas; opción que se opone a la formulada por Edith Carmen Muñoz¹⁹, quien clasifica el estudio como investigación aplicada, constituyendo, en ambos casos, la construcción del sistema de indicadores empleados como parte de las herramientas de investigación y de operacionalización de los objetivos perseguidos.

2.2.2 Herramientas para el Control de Gestión

La revisión de la literatura, permite comprender que existen distintas herramientas para el control de gestión, una de ellas se conoció bajo la denominación de “tableros indicadores”; Ballve, Alberto M.²⁰ hace referencia a cuatro tipos genéricos de tableros:

2.2.3 Tablero de control operativo

Permite hacer un seguimiento diario del estado de situación de un sector o proceso de la empresa que haga posible tomar a tiempo las medidas correctivas necesarias. El tablero debe proveer la información que se necesita para entrar

en acción y tomar decisiones operativas en áreas como, prestaciones efectuadas, demandas, números de consultas por hora, etc.

2.2.4 Tablero de control directivo

Posibilita monitorear los resultados de la empresa en su conjunto, y de sus áreas claves. Está orientado a los resultados internos y a corto plazo.

2.2.5 Tablero de control estratégico

Brinda información interna y externa necesaria, para conocer la situación con respecto al posicionamiento estratégico y, a largo plazo, de la empresa.

2.2.6 Tablero control integral

Nuclea la información más relevante de las tres perspectivas anteriores para que el equipo directivo de la alta dirección, pueda interiorizarse de la situación integral de su empresa.

2.2.7 Sistema de control de gestión

El control de gestión comienza desde una planificación estratégica, donde el conjunto de indicadores transforma la estrategia en objetivos operativos, el análisis se lleva a cabo a través de la elaboración del Cuadro de Mando Integral.

2.2.8 Cuadro de mando integral o balanced scorecard

El Cuadro de Mando Integral, Balanced Scorecard, es una herramienta de gestión estratégica desarrollado en 1992 por Robert Kaplan y David Norton²¹, es un sistema de planificación y gestión, el cual permite a las organizaciones medir sus actividades en termino de visión transformando en acción por medio de un conjunto de objetivos e indicadores.

2.2.9 Estructura del cuadro de mando integral

El Cuadro de Mando Integral es algo más que un sistema de medición, su verdadera utilidad se encuentra cuando se transforma, pasa de ser un sistema de indicadores a construirse en un sistema de gestión estratégico²¹.

Se han definido como las principales utilidades del CMI:

- *Clarificar la estrategia y lograr el consenso
- *Comunicar la estrategia a toda la organización
- *Alinear los objetivos personales con la estrategia
- *Vincular los objetivos estratégicos con los objetivos de largo plazo
- *Identificar y alinear las iniciativas estratégicas
- *Realizar revisiones estratégicas periódicas y sistemáticas
- *Obtener feedback para la estrategia y así poder mejorarla.

El cuadro de mando integral es la integración y complementación de todos aquellos objetivos emanados desde la propia estrategia. Los procesos de gestión alrededor del Cuadro de Mando permiten que la organización se equipare y se centre en la puesta en práctica de la estrategia a largo plazo. Utilizado de este modo el Cuadro de Mando Integral, se convierte en los cimientos para gestionar las organizaciones de la era de la información.

Figura N° 1: Estructura del Cuadro de Mando Integral



Fuente: Robert Kaplan y David Norton²¹. Cuadro de Mando Integral.

2.2.10 Implementación de la Estrategia

2.2.10.1 Planificación Estratégica

Las organizaciones que desean que cada uno de sus empleados contribuya a la implantación de la estrategia, compartirán su estrategia y visión a largo plazo, de tal manera que lo alienta a formar parte de la formulación e implementación de su estrategia.²²

Analizaron las políticas sobre calidad de los servicios y de Recursos Humanos en salud, la demografía de profesionales sanitarios, los mecanismos de evaluación externa del sector, la calidad en la estructura de los centros de salud, la articulación con la estrategia de salud universal de la OPS y la estandarización de procesos.²²

Fortalecer la seguridad de los servicios, la rectoría del sistema, la financiación de las prestaciones, la acción sobre los determinantes sociales y las políticas en torno a los recursos humanos en salud, los instrumentos para el desarrollo de la calidad asistencial, la estandarización de procesos y los aspectos para consolidar la seguridad de los pacientes.²³

Desde otra perspectiva, la gestión de la calidad, la planeación estratégica; gerencia de procesos asistenciales, administrativos y financieros; desarrollo de los recursos humanos; y de los sistemas de información. Para esto es clave apoyar procesos de cambio de cultura organizacional, para regular los resultados en salud y la contribución de los establecimientos de salud a los objetivos de las redes integradas y de las políticas públicas.²⁴

El diseño de un sistema integrado debe formar parte de un proceso de planificación estratégica para la red de servicios de salud, que vincule a todos sus miembros y poder informar sobre el estado de salud de la población atendida.²⁴

2.2.11 Criterios para la Elaboración del TCI

- *Se deben garantizar que los objetivos estén definidos, antes de implantar el TCI.
- *Debe ser específico de la organización, no son intercambiables cada institución debe elaborar el propio, teniendo en cuenta su organización, planificación y recursos.
- *Realizar experiencia piloto antes de implantarlo en toda la organización.
- *Evitar medidas complejas, no buscar la perfección.
- *No subestimar los esfuerzos y costos de administración requeridos para mantener los informes del CMI.

2.2.12 Pasos en la Construcción del CMI

- *Definir la visión de la organización
- *Formular los objetivos generales y por área (financiera, RRHH, procesos, satisfacción del usuario)
- *Seleccionar los indicadores
- *Factibilidad de la captura de la información
- *Fijar metas
- *Identificar responsables del seguimiento
- *Objetivar desviaciones
- *Graficar

2.2.13 Indicadores y Estándares

Los indicadores seleccionados van hacer los medios necesarios que permite evaluar, en qué medida se logran los objetivos estratégicos definidos por la organización.

Algunas definiciones operativas

Indicador: es una expresión numérica de referencia que permite evaluar los resultados de los procesos.

Estándar: es un valor esperado de un resultado y su rango de variación.

Las características de los indicadores, deben ser adecuadas a los objetivos de medición, estratégicos y de costos aceptable.

Es importante tener en cuenta que para cada indicador se debe establecer:

- * Período de análisis (diario, mensual, anual.)
- * Apertura (si se refiere a la organización, o para un sucursal),
- * Referencia para el control (con que va ser comparado, año anterior, metas, promedios)
- * Los responsables del monitoreo (quien se hace cargo del seguimiento).

La formulación del CMI que vincule la misión, la estrategia del negocio con los indicadores y los objetivos explícitos, debe ser comunicada a los integrantes de la organización, el objetivo de la comunicación es alinear a todos los empleados de la organización.²⁴

Estimular la participación de los diferentes niveles de conducción en la planificación de los objetivos institucionales, en la elaboración de los indicadores, que sirvan para la evaluación y el seguimiento de los objetivos de gestión de cada uno de ellos, como herramienta para ayudar en la toma de decisiones.²⁵

Desde otra perspectiva, fortalecer el sistema de Gestión de Calidad de Atención en Salud, mediante la construcción de indicadores y tablero de mando que facilite el monitoreo, evaluación de la mejora continua de la calidad, para la toma de decisiones en RISS del Ministerio de Salud.²⁶

Otras publicaciones científicas consultadas, los estándares de calidad en RISS del Ministerio de Salud, han sido definidas con la participación conjunta de los representantes de las dependencias del Vice ministerio de Servicios de Salud, Unidad Nacional de Gestión de la RISS y DTIC, basados en el análisis de información existente a la calidad de atención.²⁷

Identifican y seleccionan indicadores como herramienta de gestión de calidad en la demanda de Clínica Médica de la Institución, para realizar un diagnóstico de situación sanitaria que permita establecer estándares de los indicadores seleccionados y las necesidades del sistema para obtención de los mismos.²⁸

Los servicios de salud deben desarrollar acciones para establecer una política de calidad que involucre: estructura, proceso y resultado en la gestión de los mismos, utilizar la Garantía de Calidad como herramienta en gestión para garantizar que los servicios prestados estén dentro de los estándares de calidad adecuados.²⁹

Para José María Paganini³⁰, el análisis del proceso de atención médica mediante estudios de la relación, entre estructura, proceso y resultados, es importante para

validar sus interrelaciones causales, definir estándares de estructura y proceso de atención relacionados con mejores resultados y asignar recursos sanitarios.

2.2.14 Las Cuatro Perspectivas

El Cuadro de Mando Integral de acuerdo al enfoque de los autores Robert Kaplan y David Norton²¹ se basa en cuatros perspectivas: Financiera, Cliente, Proceso internos, Aprendizaje y Crecimiento.

Figura N° 2: Perspectiva del Cuadro de Mando Integral



Fuente: Elaboración propia en base a Kaplan R. S. y Norton D. P²¹

2.2.14.1 Perspectiva Financiera

Se conforma con indicadores que señalan la situación financiera de la organización, los resultados específicos de la ejecución presupuestaria, el crecimiento económico, así como la línea de inversión preferente.

Son conclusiones de gran significado, pero no son suficientes, porque no son útiles para indicar como se puede llegar a los objetivos y qué se tiene que hacer para mejorar la situación.

Temas estratégicos para la perspectiva financiera: incrementar y diversificar ingresos, reducción de los costos, mejora de la productividad, utilización de los activos, estrategias de inversión.

Cada una de las medidas que se seleccionen para un cuadro de mando debe formar parte de un vínculo de las relaciones causa-efecto, terminado con los

objetivos financieros que representan un tema estratégico para la unidad de negocio.

Estos son algunos de los indicadores usados en los diferentes cuadros de mandos:

*Cuentas de Resultados: ingresos, orígenes y secuencias. Egresos

*Ejecución presupuestaria

*Flujos de cajas mensuales

*Salarios y cargas sociales. Estado de deudas salariales, aportes, proveedores, honorarios, juicios.

*Costos y gastos. Costos por centro de costos. Imputación de los costos a los servicios. Costos por algunos procesos.

* Punto de equilibrio. Resultado operativo. Contribución marginal.

2.2.14.2 Perspectiva Usuario

Una vez que la institución ha identificado el usuario/beneficiario, interesa determinar cuáles son sus preferencias y necesidades, se podrá plantear los objetivos en términos de:

- Servicios demandados
- Capacidad de respuesta
- Grado de satisfacción
- Cobertura y captación

En las organizaciones públicas, la perspectiva del usuario/paciente, tiene mayor importancia sobre las perspectivas financieras porque no son con fines de lucro, sino de satisfacción del usuario, como se organizan y gestionan, siendo la responsabilidad social mayor que la de una empresa orientada al lucro.

El usuario o paciente necesita que se lo atienda oportunamente, lo escuchen, le expliquen y resuelvan el problema, que el profesional tenga un comportamiento humanitario y que los costos no excedan los esperados.

Algunos indicadores relacionados con los resultados en los usuarios o pacientes son las encuestas de satisfacción, respecto de:

*Estado de la instalación;

*Dificultad con el turno;

*Asesoramiento personal administrativo;

*Evaluación del médico en cuanto al diagnóstico y tratamiento;

*Prestaciones del servicio;

*Tiempo promedio de espera;

Tiempo para acceder a turnos programados, etc.

Otras investigaciones, como la encarada por Federico C. Guanais³¹ sobre los sistemas de salud y la prestación de atención sanitaria desde la perspectiva de los pacientes, consideran que es importante la experiencia de los pacientes en los centros de atención primaria; es un indicador fiable del modo en que las personas perciben el sistema nacional de salud en su conjunto.

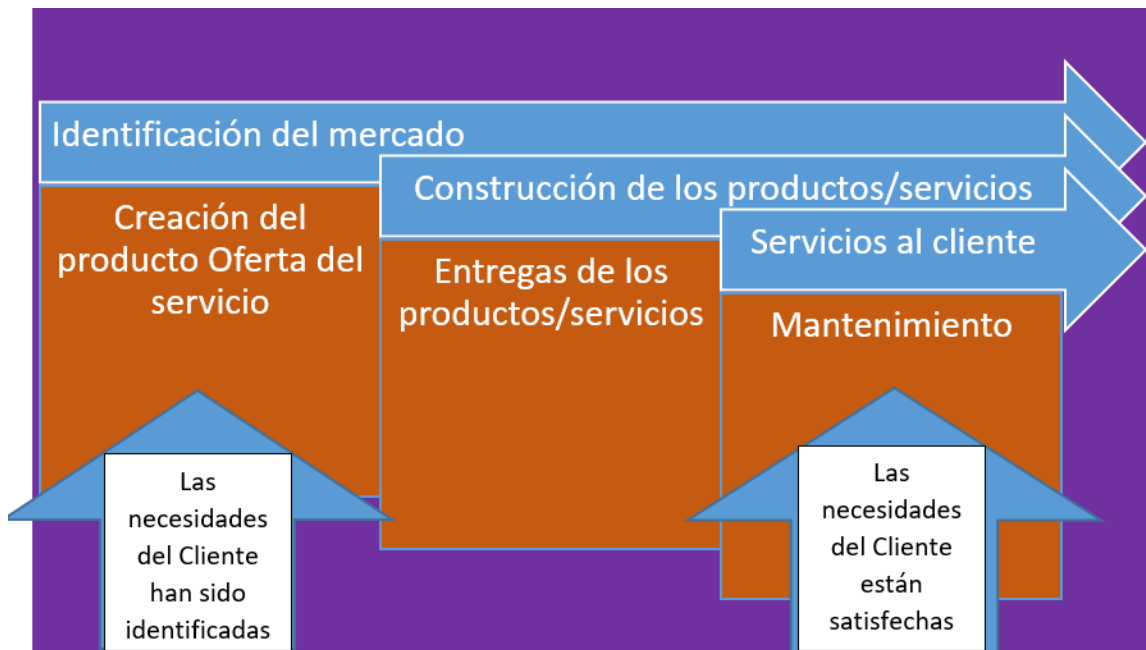
El modelo de evaluación de la calidad de servicio se fundamenta en la teoría de las brechas, el cual explica las diferencias entre las expectativas de los usuarios y lo que ellos perciben del servicio recibido, a través de dimensiones de la satisfacción, accesibilidad, capacidad de respuesta, seguridad, confiabilidad.³²

2.2.14.3 Perspectiva del Proceso Interno

Estos indicadores informan de los resultados del ciclo de las operaciones esenciales de la organización, en relación a la evaluación de la producción, resultados, efectividad y calidad.

Los procesos internos recogen la llamada Cadena de Valor, este modelo abarca tres procesos principales: Innovación, procesos operativos y servicio pos venta. La innovación es esencial para atender a los cambios de la demanda o a las necesidades de los usuarios, luego crea los productos o servicios que satisfarán esas necesidades; es en los procesos operativos donde se producen y se entregan a los usuarios los productos y servicios existentes, y, por último, es en la fase de pos venta de la cadena interna de valor, cuando se busca atender y servir al usuario.

Figura N° 3: Cadena de Valor del Proceso Interno



Fuente: Kaplan R. S. y Norton D. P.²¹

2.2.14.4 Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento

Los objetivos de la perspectiva de aprendizaje y crecimiento se orientan a la participación de todo el recurso humano, en los distintos sectores, desde directivos preparados para afrontar nuevos desafíos, la disponibilidad de recurso físico y tecnológico a empleados motivados y capacitados para asumir responsabilidades.

CAPÍTULO 3

3 METODOLOGÍA

El diseño metodológico escogido define al estudio propuesto como una investigación aplicada de tipo mixta o híbrida; cuali-cuantitativo que permita determinar y valorar la eficacia ofrecida al usuario del servicio de Clínica Médica del ISSUNNE.

Sin embargo debido a que el trabajo estuvo condicionado por el modelo del TMI que define qué dimensiones han de abordarse y qué indicadores irán a relevarse y medirse, el uso de recursos cualitativos no estaban destinados a producir conocimiento, sino vías para que el acceso al cuestionario de encuesta sea pertinente para tal fin

El proceso de implementación del proyecto de investigación aplicado supuso, en una primera instancia, el diseño de una herramienta para determinar las dimensiones y los indicadores, a partir de los cuales: se colectó información y se analizó y valoró la eficacia ofrecida por el ISSUNNE a los usuarios del servicio de Clínica Médica.

Inicialmente, se pretendió explorar en forma simultánea la literatura especializada como la realidad organizacional para, con mayor profundidad, definir dimensiones e indicadores críticos que permitan una descripción, lo más completa posible del servicio de Clínica Médica del ISSUNNE, en términos de eficacia ofrecida al usuario.

La necesidad de determinar y valorar la eficacia ofrecida al usuario del servicio de Clínica Médica, con independencia de la conveniencia del continuar utilizando el dispositivo, como herramienta de control gestión del ISSUNNE, llevó a definirla como de corte transversal o transaccional, dentro de la perspectiva de los estudios organizacionales de caso único.

3.1 UNIVERSO DE ESTUDIO:

ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS DEL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL ISSUNNE.

La población total ascendió a 4.763, distribuida de la siguiente manera, según el estado de turno: atendida 3.500, sin atender 463, ausente 500, ausente con aviso 300.

Tabla 1: Población total según estado de turno. N=4.763

Estado turno	Cantidad	%
Sin atender	463	9,7
Atendida	3500	73,5
Ausente	500	10,5
Ausente-Aviso	300	6,3
Total	4763	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Departamento de Informática del ISSUNNE

Figura N°4: Representación % de la población y estado del turno N=4.763



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Departamento de Informática del ISSUNNE

La distribución de frecuencia absoluta y relativa de la población atendida, a partir de grupos de edades, muestra, que está encabezada por el grupo 15 a 50 años que representa el 42% del total, seguido, del grupo de más de 50 años de edad (31%); los restantes grupos no superan el 17% en forma individual, siendo, el grupo de Menos de 1 año, el que menor peso relativo representa: 1%.

Tabla 2: Población según grupo etario. N=4.763

Años	Cantidad	Porcentaje
Menor a 1	29	1%
1 a 4	457	9%
5 a 14	812	17%
15 a 50	1996	42%
Más de 50	1469	31%
Total	4763	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del departamento de informática del ISSUNNE.

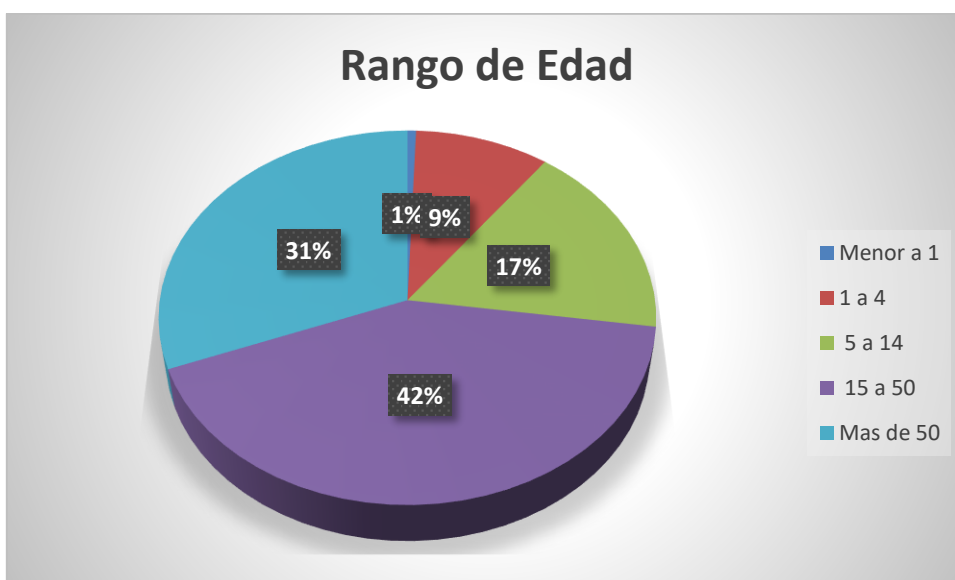


Figura N° 5: Representación % de la población por grupo etario. N=4.763

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del departamento de informática del ISSUNNE.

3.2 Unidades de análisis:

- Usuario del Servicio propio prestacional de Clínica Médica ISSUNNE
- Personal del Servicio propio prestacional de Clínica Médica ISSUNNE.

3.3 MUESTRA O POBLACIÓN ACCESIBLE:

Por tratarse de un estudio cuali-cuantitativo y descriptivo, se tomaron diferentes muestras, dependiendo del tipo de unidad de análisis e información que se buscó cubrir. Inicialmente se estimó que se cubriría:

- a) Una proporción de usuarios, escogida mediante muestreo probabilístico estratificado.
- b) Personal Médico del servicio propio prestacional de Clínica Médica Issunne.

3.4 DISEÑO Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

a) La encuesta de satisfacción del usuario vinculado al servicio propio prestacional de clínica médica del ISSUNNE.

Luego de seleccionar y leer la bibliografía sugerida por los directores, coordinadores, jefe y la información recibida del departamento de Informática, antes de comenzar a diseñar el cuestionario, se realizó entrevista al médico, se utilizó el método de observación en un revelamiento presencial.

Toda la información recabada fue volcada para:

*diseñar el instrumento de medición de acuerdo a los objetivos planteados por la institución,

*recabar información sobre la percepción del paciente del servicio recibido;

*trabajar las aéreas donde se detectan mayores problemas y adelantarse a los focos de conflictos, que permita tomar decisiones para optimizar la productividad y el uso racional de los recursos, contribuyendo a mejorar el acceso y la eficacia de atención del servicio de salud.

El instrumento planteado originalmente fue una encuesta con cuestionario cerrado, compuesta de diferentes ítems individuales, algunos con alternativas fijas dicotómicas de tipo nominal y otras de alternativas fijas de tipo ordinal de diferentes gradientes.

Con estas diferentes variables se construyó una escala de 1 a 5 puntos para calificar la situación institucional según la percepción del encuestado.

Las variables dicotómicas que presentaban alternativas fijas de tipo nominal fueron convertidas al modelo de la escala a partir del siguiente procedimiento: Partiendo de la respuesta Sí, cuando esa categoría era escogida por los menos por 85% y más de los encuestados, el ítems o variable era considerada Muy buena (5); siendo las restante escalas conformadas a partir de: Bueno (4) 61%

a 84% de respuestas Sí; Regular (3) 50% a 60% de respuestas afirmativas; Malo (2) 30%-50%; Muy Malo (1) por debajo del 30%;

Los datos fueron recolectados de una muestra de 150 pacientes atendidos entre los meses de enero a diciembre del 2018.

El procedimiento para la aplicación de la encuesta consistió en la entrega del cuestionario de encuesta por el personal administrativo del sector al paciente, en el momento en que hacía la admisión, para ingresar a la consulta y se recepciono y verificó el formulario completo, al momento de retirarse del consultorio.

Con este sistema se garantizó un alto porcentaje de encuestas completas; lo que determina una información fidedigna sobre la eficacia y los indicadores que se quisieron medir por parte de la institución.

Las variables relevadas fueron las más significativas para evaluar la eficacia de atención del paciente, incluyendo:

- Estado de las instalaciones
- Trato del personal de Admisión
- Dificultad para solicitar el turno
- Evaluación por parte de los pacientes, en cuanto al diagnóstico y tratamiento recibido del medico
- Tiempo de espera en Admisión
- Días en lista de espera antes de ser atendido

Los resultados se plasmaron en el CMI y anexaron, incluyendo su instrumento de medición pormenorizado para los ítems referidos a la percepción de los pacientes y el análisis de los resultados obtenidos en el CMI con motivo del trabajo académico.

b) Entrevista Personal Prestacional:

El diseño metodológico debe considerarse como híbrido. La parte cualitativa terminará recostándose en la entrevista semiestructurada y en la experiencia de la observación participante que el tesista puede encarar a partir de su inmersión significativa en la realidad organizacional en la que, al menos una parte de la organización, sino toda, es puesta en perspectiva de objeto de investigación por efecto de teoría y por participación cotidiana a partir de la actividad laboral en la organización

La entrevista que mantuviera el autor de la tesis con el médico, entre tantas que, a diario tiene con esta persona, por trabajar en equipo interdisciplinario dentro de la institución, se realizó dentro de un ámbito distendido, cordial en su consultorio, con disposición y amabilidad, un médico entusiasmado con sus labores del día a día.

La información recogida mediante la entrevista se plasmó en toda su extensión como insumo para la elaboración de preguntas que irán a instrumentarse en el Cuestionario de Encuesta.

Siguiendo la propuesta de Avedis Donabedian³³, recogida en la literatura científica revisada:

*Se definieron Visión Misión y Valores de la Institución

* Se realizaron reuniones de trabajo, con el Director, Coordinadores y Jefe, con el objeto de conocer los procesos de la institución y proponer métodos de monitoreo y evaluación.

* Se estimuló la reflexión sobre los objetivos, necesidades y uso de la información.

*Una vez conocidos los procesos prioritarios, se trabajó con el Servicio Prestacional de Clínica Médica, para conocer sus necesidades, por ser el único médico especialista en familia, por la demanda de pacientes atendidos que cubre el amplio grupo etario.

*Se establecieron los objetivos e indicadores del servicio.

*Se seleccionaron los indicadores, teniendo en cuenta la viabilidad informática, factibilidad y costo.

*Con los indicadores disponibles se realizó un diagnóstico de situación inicial sobre una muestra retrospectiva del servicio propio prestacional de Clínica Médica de enero a diciembre de 2.018.

*De acuerdo al diagnóstico, se establecieron metas de referencia para desarrollar las iniciativas estratégicas o medidas de acción, en base al CMI de los autores Kaplan y Norton²¹ya que no existían en la institución.

*Se acordó con la dirección la confección del tablero control.

*Se previeron cambios futuros en el tablero, por mejoras en el sistema de informatización y documentación.

La información existente producida por el ISSUNNE fue considerada la base inicial para determinar el estado de situación del servicio, desde el punto de vista del dispositivo propuesto, como herramienta de gestión organizacional, el que debió cotejarse con aquellos requerimientos proveniente del sistema de políticas, estrategias del ISSUNNE y de las dimensiones e indicadores propuestos para la evaluación del servicio de Clínica Médica del ISSUNNE.

A partir de las dimensiones, indicadores e ítems propuestos se previó emplear técnicas de colecta de información consistente en:

- ✓ Compilación, sistematización y análisis de información existente en ISSUNNE.
- ✓ Planilla de registro de información necesaria derivada de las dimensiones, indicadores e ítems para la evaluación de la eficacia prestacional.
- ✓ Encuestas a usuarios, entrevista a personal profesional vinculado al servicio de Clínica Médica.

3.4.1 DESARROLLO DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL

El desarrollo del cuadro mando integral se caracteriza como una herramienta de gestión, porque a la hora de configurar tanto su diseño como su seguimiento, es visto como un proceso dinámico que acompaña y se adapta a la situación actual de cada organización.

Se deben considerar la infraestructura organizativa, que es un elemento clave para un correcto diseño, de ahí lo necesario, incluye emplear adecuadamente los medios tecnológicos, que las organizaciones pueden contar, el mantenimiento de un clima organizativo óptimo, la propuesta de programas formativos para el personal, con el objetivo de solidificar sus funciones y tareas y, en definitiva, una gestión de RR.HH. adaptada y acorde a los objetivos de la Institución.

Lo importante es que, todos los componentes de la organización se identifiquen y comprendan los objetivos estratégicos planteados por la Institución y fundamentalmente, que la estrategia sea consensuada.

Los CMI se utilizan en diferentes sectores de una organización, tanto en el control estratégico como también operativo. La empresa puede ir directamente a la formulación de aquellos cuadros de mando centrados en las aéreas críticas del negocio para su estrategia.

En organizaciones de salud pública, donde el fin último o razón, expresado a través de la misión, es de carácter social o comunitario y se dirigen a la atención de los usuarios, se recomienda el uso de técnicas de gestión avanzadas que se han distinguido en el presente estudio bajo el modelo CMI

- a) Enfoque en perspectivas no financieras
- b) Énfasis en atención en los usuarios
- c) Equilibrio financiero
- d) Eficacia

3.4.1.1 a) Enfoque en perspectivas no financieras

El propósito principal de las organizaciones del Sector Público no es obtener utilidades financieras, sino propósitos que lo consideran a aquellas apenas como un medio de logro. Por el contrario, se alcanza al suministrar servicios o productos al público considerados desde la perspectiva de sus necesidades. El éxito de las organizaciones sin fines de lucro debería medirse por cuán eficiente y eficazmente satisfacen las necesidades de sus usuarios. Por tal motivo el CMI a través de su perspectiva del cliente, proporciona la razón principal de su existencia: servir a los clientes.

3.4.1.2 b) Énfasis de la atención en los usuarios

Una de las principales iniciativas es la satisfacción del usuario, para ello se recomienda el uso del CMI por los siguientes fundamentos:

- Permite implementar íntegramente, de una manera muy sencilla y sólida a la vez.
- Cuenta con objetivos, metas e indicadores de una manera totalmente integrada y coherente con la estrategia de la organización.
- Selección de indicadores de acuerdo a las perspectivas

- Es equilibrado por la relación causa-efecto.
- Está orientado hacia el usuario
- Es dinámico tanto en el proceso como el cuadro, en si se adapta a la situación real de la organización.
- Especifica planes de acción compartidos o independientes para cada objetivo y/o meta del modelo, para un adecuado seguimiento.
- Dispone de un sistema de alertas, y envió automático de correos electrónicos, que les permitirá a los usuarios designados estar informados, al momento de presentarse una situación que amerite su intervención.
- Es un sistema de control estratégico que ayuda entender e implementar la estrategia.

3.4.1.3 c) Equilibrio financiero

Las organizaciones públicas deben administrar lo más eficazmente los recursos que reciben de los contribuyentes, y por lo tanto deben marcarse objetivos para que el presupuesto financiero este equilibrado. Las organizaciones públicas están haciendo hoy en día esfuerzo para reducir sus presupuestos, es decir mejorar sus ingresos y reducir sus costos.

3.4.1.4 d) Eficacia

Hoy, más que nunca, las organizaciones públicas necesitan identificar el criterio institucional que revela la capacidad administrativa para alcanzar las metas o resultados propuestos. Para ser eficaz, se deben priorizar las tareas y realizar, ordenadamente, aquellas que permiten alcanzarlos más y mejor.

Deberían empezar a establecer las actividades que no agregan valor y que pueden ser reducidas o eliminadas, sin afectar la atención de los usuarios.

CAPÍTULO 4

4 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.1 Tablero Comando Integral

4.1.1.1 Misión Visión y Valores de la institución

4.2. Entrevista personal prestacional

4.1.1.1.1 MISIÓN

El trabajo con la organización, permitió determinar que ella define su misión en los términos que sigue:

Garantizar el acceso a las prestaciones de servicios de salud mejorando la atención de nuestros afiliados.

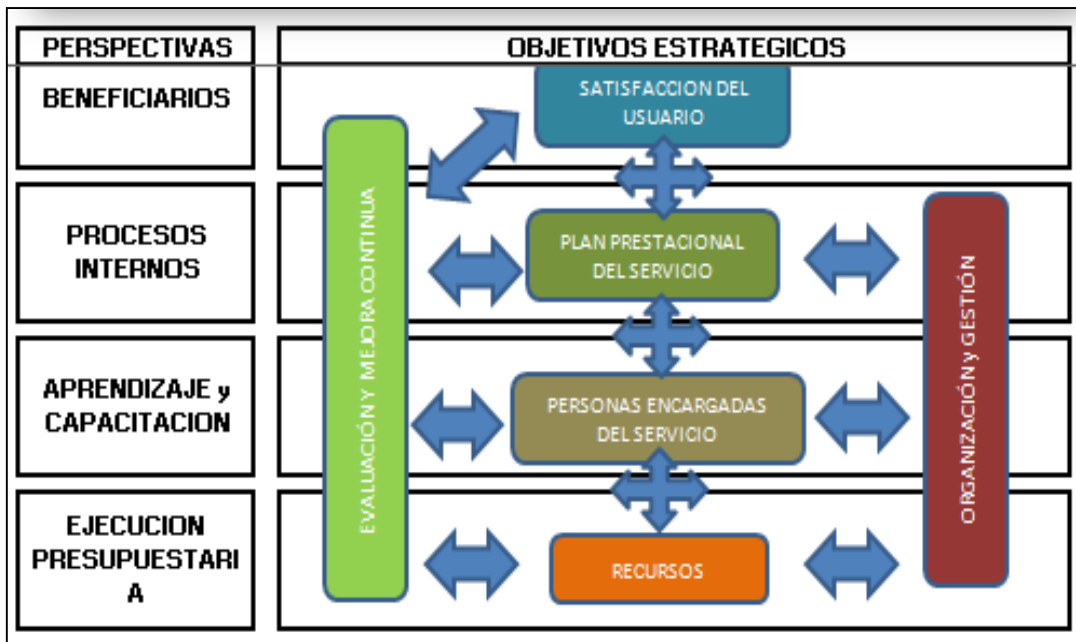
4.1.1.1.2 VISIÓN

A su turno, se identificó la visión de la organización en los siguientes términos:
Ser una institución destacada y reconocida en el ámbito de la salud por su innovación y eficacia en la atención de los afiliados. Siendo una institución de referencia en cuanto a su organización, infraestructura y su personal, con un compromiso con la comunidad universitaria.

4.1.1.1.3 VALORES

- Transparencia
- Vocación de servicio
- Gestión eficiente
- Impulso de una gestión plural
- Orden administrativo

4.1.2 Perspectivas: Mapa Objetivos Estratégicos



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de Robert Kaplan y David Norton²¹

4.1.2.1 Objetivos Estratégicos: Descripción Relación Causa-Efecto

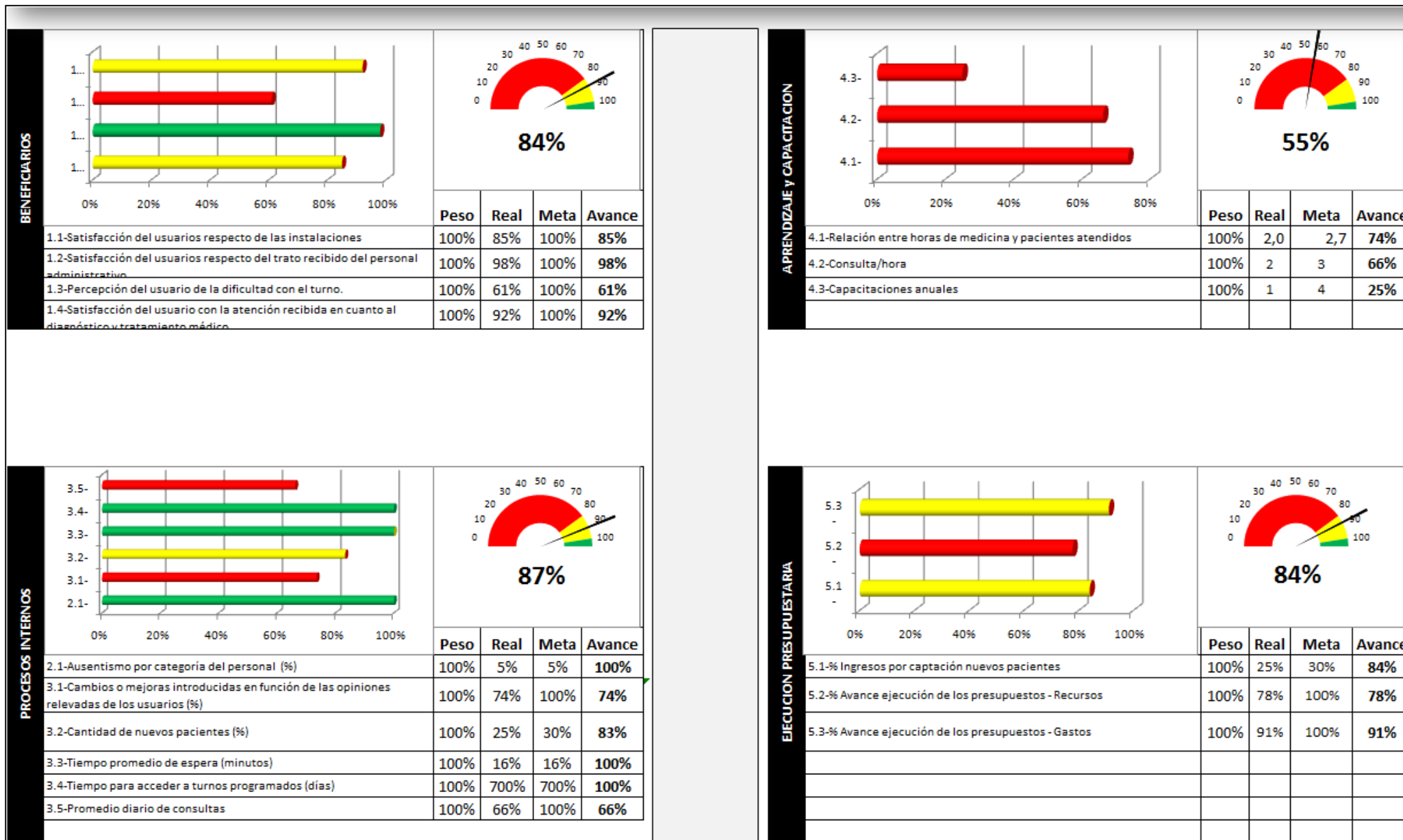
PERSPECTIVAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	DESCRIPCION	RELACION CAUSA - EFECTO
BENEFICIARIOS	1- Satisfacción del usuario del servicio	Una mejora en la prestación de servicios, permitira incrementar la eficiencia en la prestación de servicios a los pacientes actuales y potenciales.	La concrecion de los objetivos anteriores, permitira obtener una mejora en la prestación del servicio y el ingreso de nuevos pacientes
PROCESOS INTERNOS	2- Organización y Gestión	Disminucion y control del ausentismo, reduccion de la utilizacion de resmas de papel	El control del ausentismo permitira una mayor eficiencia en la atencion al paciente. El control de la utilizacion de las resmas, permitira disminuir los costos de prestación del servicio y ser mas eficientes en el uso de los recursos,
	3- Plan prestacional del servicio	Generacion de un plan publicitario y eficiencia en la atencion del paciente	Esto permitira la reduccion en el tiempo de espera, atender a una mayor cantidad de pacientes y retener a los pacientes actuales, con un mayor grado de satisfaccion del servicio,
APRENDIZAJE y CAPACITACION	4- Personas encargadas de la prestación del servicio	Focalizando en la capacitacion del personal y en la eficiencia en la atencion	Permitira obtener una mejora en la prestación del servicio, reduciendo el ausentismo del personal y el tiempo de espera de los pacientes
EJECUCION PRESUPUESTARIA	5- Recursos presupuestarios	Orientado al crecimiento de la institución y el cumplimiento del plan de inversiones.	Permitira el cumplimiento del plan de capacitaciones, inversiones y la captacion de nuevos pacientes, por medio de una mejora en la prestación del servicio y el uso de los recursos

Figura N° 6. Mapa de Objetivos Estratégicos
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de Robert Kaplan y David Norton²¹

4.1.2.1.1.1 Cuadro de Mando Integral

PERSPECTIVAS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADORES	EXPLICACIÓN	VALOR REAL	% INCID	METAS		ALARMAS		
						PERIODO	VALORES	EN META	PRECAUCION	PELIGRO
BENEFICIARIOS	Satisfacción del usuario del servicio	1.1- Satisfacción del usuarios respecto de las instalaciones	Evaluación del usuario del estado de las instalaciones en que se desarrolla, la admisión, la espera y la atención del servicio médico, en especial de salas de espera y consultorio y baño.	85%	100%	MENSUAL	100%	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
		1.2- Satisfacción del usuarios respecto del trato recibido del personal administrativo	Evaluación del usuario respecto del desempeño del personal administrativo en términos de respeto y asesoramiento al usuario	98%	100%	MENSUAL	100%	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
		1.3- Percepción del usuario de la dificultad con el turno.	Evaluación del usuario de la dificultad en el acceso al turno para el servicio médico.	61%	100%	MENSUAL	100%	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
		1.4- Satisfacción del usuario con la atención recibida en cuanto al diagnóstico y tratamiento médico.	Evaluación de los usuarios respecto del servicio médico recibido.	92%	100%	MENSUAL	100%	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
PROCESOS INTERNOS	Organización y Gestión	2.1- Ausentismo por categoría del personal (%)	Nº de faltas / días trabajados	5%	100%	MENSUAL	5%	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
	Plan prestacional del servicio	3.1- Cambios o mejoras introducidas en función de las opiniones relevadas de los usuarios (%)	Núm. prestaciones efectuadas/ total prestaciones demanda por la población objetivo	74%	100%	MENSUAL	100%	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
		3.2- Cantidad de nuevos pacientes (%)	% de usuarios nuevos que no figura actualmente en la base de datos.	25%	100%	MENSUAL	30%	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
		3.3- Tiempo promedio de espera (minutos)	Medir los minutos de espera previo a la consulta	16%	100%	MENSUAL	16%	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
		3.4- Tiempo para acceder a turnos programados (días)	Días en lista de espera	7	100%	MENSUAL	7	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
		3.5- Promedio diario de consultas	Total consultas en un periodo/ Total días del periodo	66%	100%	MENSUAL	100%	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
APRENDIZAJE Y CAPACITACION	Personas encargadas de la prestación del servicio	4.1- Relación entre horas de medicina y pacientes atendidos	Nº de hs de medicina/ Nº pacientes días	2,0	100%	MENSUAL	2,7	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
		4.2- Consulta/hora	Nº de consulta del período/ hs contratadas en el periodo	2	100%	MENSUAL	3	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
		4.3- Capacitaciones anuales	Cantidad de capacitaciones realizadas en el año	1	100%	MENSUAL	4	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
EJECUCION PRESUPUESTARIA	Recursos presupuestarios	5.1- % Ingresos por captación nuevos pacientes	Participación relativa nuevos pacientes / total facturado	25%	100%	MENSUAL	30%	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
		5.2- % Avance ejecución de los presupuestos - Recursos	Ingresos por prestaciones / Ingresos presupuestados	78%	100%	MENSUAL	100%	95%	75,0% < M < 95,0%	75%
		5.3- % Avance ejecución de los presupuestos - Gastos	Egresos por prestaciones / Egresos presupuestados	91%	100%	MENSUAL	100%	95%	75,0% < M < 95,0%	75%

Figura N° 7: Tablero de Mando Integral. Elaboración propia a partir de la base a Kaplan R.S y Norton D. P²¹



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de Robert Kaplan y David Norton²¹

4.2 ENTREVISTA PERSONAL PRESTACIONAL

A continuación, se incluye la transcripción de la misma en toda su extensión:

Pregunta (Preg.). ¿Reconoce un líder en su trabajo?

Respuesta (Rta): Como líder considero que es un superior, en este caso, la Coordinación de Prestaciones Médicas y la Auditora Médica.

Preg. ¿Considera que su tarea es reconocida por la institución y por los pacientes?

Rta. Sí, totalmente

Preg. ¿Considera que en su lugar de trabajo se realiza en equipo?

Rta. Sí, sobre todo con el servicio de ecografía, laboratorio y kinesiología.

Preg. ¿Considera adecuada la remuneración que recibe de la institución?

Rta: Actualmente por la inflación que hubo, las paritarias que realizó la patronal no alcanzan la remuneración con la realidad que estamos atravesando.

Preg. ¿Encuentra motivación para su crecimiento en su lugar de trabajo'?

Rta: Sí.

Preg. ¿Participa en las tomas de decisiones en gestión de clínica en su lugar de trabajo?

Rta: No.

Preg. ¿Tiene deseos de venir a trabajar?

Rta: Todos los días.

Preg. ¿Tiene situaciones de estrés en su lugar de trabajo?

Rta: Agotamiento de la rutina diaria

Preg. ¿Tiene situaciones de buenas relaciones? Por ej.: compañerismo, agradecimientos de los pacientes, flexibilidad en los horarios, reconocimiento de los directivos, relaciones entre colegas, tener material necesario.

Rta: La relación interprofesional es buena, y reconocimiento y agradecimiento de los pacientes siempre están presentes; en cuanto al horario tenemos que marcar entrada y salida, los directivos reconocen mi función como médico, tenemos material necesario para el ejercicio de la profesión.

Entrevistador. Gracias Dr. por su tiempo y colaboración.

Entrevistado/a. Gracias a Ud., estamos para ayudarlo, a su disposición para lo que necesiten.

4.3 ANALISIS

Se analizaron los indicadores del periodo comprendido entre enero – diciembre del 2018. Este instrumento valorativo tuvo como fin describir la información, determinando metas y alarma en el tablero control, para la evaluación de la eficacia en la atención de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica.

4.3.1 Los indicadores de las perspectivas de los beneficiarios

4.3.1.1 Estado de las instalaciones

Es el primero de los indicadores construidos, integrado por tres ítems, que miden la satisfacción del usuario, representa el porcentaje medio de las respuestas satisfactorio y muy satisfactorio de los usuarios consultados.

Escala	1	2	3	4	5
Variable	Nada satisfactorio	Poco satisfactorio	Adecuado	Satisfactorio	Muy Satisfactorio
Porcentaje	0%	1%	12%	25%	60%

La tabla, indica que el porcentaje medio de los tres ítems evaluados, representan la respuesta del 85% de los encuestados satisfechos (muy satisfactorio 60% y satisfactorio 25%); los que se muestran poco y nada satisfactorio no superarían el 1%.

Objetivos estratégicos: mantener niveles de satisfacción de los usuarios.

Iniciativas Estratégicas: Encuesta a los usuarios.

La atención del usuario por parte de las personas que integran el equipo de acceso y atención al servicio se compone de 2 indicadores, el primero evalúa el respeto y asesoramiento del personal administrativo.

4.3.1.2 Respeto y asesoramiento del personal administrativo

Escala	1	2	3	4	5
Variable	Nada satisfactorio	Poco satisfactorio	Adecuado	Satisfactorio	Muy Satisfactorio
Porcentaje	2%	0%	0%	0%	98%

Según la tabla, el porcentaje medio de los ítems que se consideraron destacan que, para los usuarios, el personal administrativo les prestaba el respeto y el asesoramiento esperado; en tanto, 2% rechazó esta valoración.

Objetivos estratégicos: mantener niveles de satisfacción de los usuarios.

Iniciativas Estratégicas: Encuestas de los usuarios

4.3.1.3 Dificultad para acceder al turno

Escala	1	2	3	4	5
Variable	Presencial	Teléfono	Autogestión	Otro	Ninguno
Porcentaje	6%	14%	19%	0%	61%

El 61% de los usuarios escogieron la opción ninguna dificultad, a la hora de solicitar el turno para la atención médica; mientras, el 39% tuvo dificultad, el 19% se relacionó con la autogestión, el 14% telefónicamente y el (6%) de forma presencial.

Objetivos estratégicos: satisfacción de los usuarios, amplitud del servicio.

Iniciativas Estratégicas: desarrollar un programa de mejora continua, establecer un sistema de comunicación eficiente con el afiliado. Mejora de la coordinación en admisión.

4.3.1.4 Satisfacción del usuario con la evaluación del diagnóstico y tratamiento médico recibido

Escala	1	2	3	4	5
Variable	Muy insuficiente	insuficiente	adecuada	buena	excelente
Porcentaje	0%	0%	8%	9%	83%

La evaluación del diagnóstico y tratamiento médico por parte de los pacientes, indica que el 83% la considero excelente y 9% buena; siendo así el 92% de los que consideran esa atención como buena; el resto se lo considero adecuada (8%), determinado un avance del 92% con respecto a la meta.

Objetivos estratégicos: Satisfacción de los usuarios. Amplitud de servicios.

Iniciativas Estratégicas: Desarrollar programa de mejora continua de la coordinación en admisión. Control de las prestaciones efectuadas.

4.3.2 En lo que respecta a las perspectivas de los procesos internos

4.3.2.1 Ausentismo en categoría personal

Datos

Días laborales mensuales: 21 días

Porcentaje de ausentismo meta: 8%

Total de personal afectado al servicio: 3

Total de horas por personal medio por mes: 504 (8*21*3)

Horas perdidas por personal: 25,2 horas en el mes o 5%

Cálculo

Cociente entre número de horas personal perdido por mes y el número total de horas por personal por días laborales del mes, multiplicado por 100.

El total de horas perdidas por personal por mes alcanzaron las 21,5 horas, en tanto que las horas mes por personal totalizaron 504; determinando una tasa del orden del 5% que, al comparar con la tasa meta del 8% máximo, representa un sobre cumplimiento de la meta.

Objetivos Estratégicos: Desarrollar un buen clima organizacional que permita disminuir sostenidamente el ausentismo laboral.

Iniciativas Estratégicas: Realizar programa de seguimiento y control del ausentismo laboral sin justificación.

4.3.2.2 Prestaciones de Servicios

Datos:

Número total de consultas efectivas mensuales: 292

Número total de consultas demandada mensualmente: 397

Cálculo

Cociente entre número total de prestaciones efectuadas mensual y número total de prestaciones demanda en el periodo.

Prestaciones Servicios Mensual	Número de Consultas	Cálculo	Valor Real %	Meta	Avance
Consultas Efectuadas	292	N^a total de prestaciones efectuadas / total prestaciones demanda por la población objetivo	74%	100%	74%
Consultas Demandas	397				

Fuente: Elaboración propia a partir de Robert Kaplan y David Norton¹⁵

El número total de prestaciones efectuadas, permitió estimar que su promedio mensual es de 292, en relación con el número total de prestaciones demandado de 397, determina el valor 74%.

Objetivos Estratégicos: Ampliar el plan prestacional del servicio.

Iniciativas Estratégicas: Control de tiempo de espera de la consulta.

4.3.2.3 Cantidad de nuevos pacientes

Datos:

Número de usuarios efectivos periodo 2016-2017: 442

Número de usuarios efectivos periodo 2018: 591

Número de usuarios efectivos nuevos: 149

Cálculo

Cociente entre núm. de usuarios efectivos periodo 2016-2017 y núm. de usuarios efectivos periodo 2018.

El número de usuarios efectivos que se atendieron en el periodo 2016-2017 fue de 442 pacientes, en relación con el periodo 2018 de 591 usuarios, los nuevos usuarios atendidos alcanzaron 149, determinando un valor relativo del 25% de los pacientes respecto del período anterior.

En relación a la meta del 30% conforme a la consulta del profesional equivale a 15 pacientes nuevos por mes.

Objetivos Estratégicos: Amplitud de Servicios

Iniciativas Estratégicas: Realizar un programa de incentivo por producción.

Fortalecer la imagen.

4.3.2.4 Tiempo promedio de espera

El tiempo de espera, previo a la consulta, de los pacientes es de 16 minutos, determinando un avance del 100% con respecto a la meta <30 min.

Objetivos Estratégicos: Disminuir el tiempo promedio de espera previo a la consulta.

Iniciativas Estratégicas: Desarrollar programa de mejora continua.

.

4.3.2.5 Tiempo para acceder a turnos programados (Días en lista de espera)

El tiempo para acceder a turnos programados (Días en lista de espera).

El tiempo para acceder a turnos programados es de 2 días determinando un avance de 350% con respecto a la meta <7días.

Objetivos Estratégicos: Desarrollar los sistemas de información para aumentar la efectividad de la asistencia.

Iniciativas Estratégicas: Programa de mejora continua del sistema informático.

Control diario de la lista de espera y la atención de los pacientes.

4.3.2.6 Promedios diarios de consultas

Datos

Número total de consultas efectivas mensuales: 292

Total de días laborales mensuales: 21 días

Cálculo

Cociente entre número total de consultas efectivas mensual y número total días laborales mensual.

El número total de consulta efectiva mensual es de 292 pacientes en un periodo de 21 días laborales la relación es de 14 consultas por día, determina un avance de 66% con respecto a la meta de 21 consultas por día.

.

Objetivos Estratégicos: Amplitud plan prestacional del servicio.

Iniciativas Estratégicas: Programa de mejora continua en la evaluación de la parte clínica de los procesos asistenciales. Medidos de lunes a viernes.

4.3.3 Perspectiva aprendizaje y capacitación

4.3.3.1 Relación entre horas de medicina y pacientes atendidos

Datos

Promedio mensual horas contratadas: 147hs

Número total de consultas efectivas mensual: 292

Total de días laborales mensuales: 21 días

Cálculo

Cociente entre el número total de consultas efectivas y horas mensuales contratadas.

El número total de consultas efectivas en el período ascendió a 292, siendo que las horas contratadas alcanzaron un total de 147horas mensuales, la razón indica que se atendieron 1,99 (2 pacientes) por hora, en relación a la meta de tener 3 pacientes por hora que determinaría una razón de 2,7 paciente por hora pagada, presenta un avance de 74%.

Objetivos estratégicos: Analizar la eficiencia en el tiempo delas prestaciones.

Iniciativas Estratégicas: programa de mejora continua.

4.3.3.2 Consulta / hora

Datos

Número total de consultas efectivas mensual: 292

Promedio mensual horas contratadas: 147horas

Cálculo

Cociente entre el número total de consultas efectivas mensuales y horas mensuales contratadas

El número total de consultas efectivas mensuales fue de 292 pacientes en relación con las horas contratadas mensual de 147 horas, determina un valor real de 2 consultas efectivas promedio por hora, con respecto al total de consultas de 397, determinando 3 consultas por hora, presenta un avance de 66%.

Objetivos Estratégicos: Disminuir el tiempo de autorizaciones de las consultas.

Iniciativas Estratégicas: Programa de mejora continua. Mejora de la coordinación en admisión.

4.3.3.3 Capacitaciones anuales

Capacitaciones del personal, valor real una (1), con respecto a la meta cuatro (4), representa un avance del 25%

Objetivos estratégicos: Mejora en las capacidades del personal.

Iniciativas Estratégicas: Controlar la ejecución del plan de capacitación

4.3.4 Perspectiva Financiera

4.3.4.1 Ingresos por captación de nuevos pacientes

Datos

Participación relativa de nuevos pacientes: \$447

Total facturado mensual: \$1.773

Cálculo

Cociente entre participación relativa nuevos pacientes y total facturado mensual

El ingreso por captación nuevos pacientes \$447, en relación al total facturado de \$1.773 determina un valor real de 25% con respecto a la meta de 30%, presenta un avance de 84%

Objetivos Estratégicos: Control del gasto prestacional.

Iniciativas Estratégicas: Realizar análisis de la ejecución del presupuesto y auditorías médicas estrictas.

4.3.4.2 Avance de ejecución de los presupuestos- Recursos

Datos

Número total de consultas efectivas mensual: 292

Valor consultas: \$36

Ingresos por prestaciones mensuales: \$10.512

Ingresos presupuestados mensuales: \$13.500

Cálculo

Cociente entre ingresos por prestaciones e ingresos presupuestados

El ingreso por prestaciones fue de \$10.512 en relación al ingreso presupuestados \$13.500, determina un valor real de 78% con respecto a la meta de 100%, presenta un avance de 78%.

Objetivos estratégicos: reducir los gastos de funcionamiento. Mejora la productividad.

Iniciativas Estratégicas: Analizar las políticas de prestación, optimizar los procesos de compras.

4.3.4.3 Avance de ejecución de los presupuestos- Gastos

Datos

Egresos anuales por salarios, dirección, secretaría, profesional: \$580.000

Egresos por insumos anuales: \$21.000

Egresos por prestaciones mensuales: \$50.083

Egresos presupuestados mensuales: \$ 55.000

Cálculo

Cociente entre egresos por prestaciones y egresos presupuestados

El egreso por prestaciones alcanzó a \$50.083, en relación al egreso presupuestado, \$55.000, determina un valor real de 91% con respecto a la meta del 100%, presenta un avance de 91%,

Se estimó que habría inflación, por lo tanto, se incrementó el presupuesto.

Objetivos Estratégicos: reducir los costos financieros, disminución del nivel de gastos en prácticas ambulatorias y de gastos administrativos.

Iniciativas Estratégicas: realizar análisis de la ejecución del presupuesto.

Optimizar los procesos de compras.

CAPÍTULO 5

5. DISCUSION

La construcción y aplicación del CMI como herramienta de gestión para evaluar y determinar el nivel de eficacia del Servicio propio de Clínica Médica del ISSUNNE, produjeron tanto una valorización de la información institucional tradicional, como una orientación del camino a seguir en su gestión ulterior. Esta evidencia es constatada, en casi toda la literatura, en la que se investiga el efecto inicial de la aplicación del CMI a la realidad organizacional, allí donde, o no existía una herramienta de gestión o la existente era reemplazada por aquella.

A su vez, cuando se entra a analizar la eficacia organizacional, tomando en cuenta las dimensiones o perspectivas, ésta denotó que, en la perspectiva del usuario o beneficiario, el avance logrado por ISSUNNE en el área evaluado, se ubica en el 84%, un color amarillo o de atención media (al ubicarse a 11% de ingresar a la zona verde y a 9% de ingresar a la zona roja, o de cuidado).

Debido a que la dimensión de la eficacia organizacional que tiene en cuenta la perspectiva del usuario o beneficiario, cada uno de sus cuatro indicadores presenta igual peso relativo en su contribución a la tasa de avance respecto de la meta propuesta en la dimensión; es necesario advertir en torno a sus indicadores, según se alejan más de la meta esperada; en ese sentido, en primer lugar se destaca el hecho de que entre los usuarios, sólo el 61% de los consultados no tuvo problemas en el acceso al turno, tomando en cuenta todos los canales disponibles para esta gestión, presentándose mayor valor en el canal de autogestión (19%) y siendo más bajo el presencial (6%), al mismo tiempo, que sea en el canal personal el de menor tasa de dificultad, ello es consistente con el alto porcentaje de respuestas afirmativas de los usuarios a la hora de evaluar el respeto y la coordinación recibida del personal administrativo.

Al mismo tiempo, conviene repararse en la importancia de dicho indicador, considerado crítico, toda vez que es funciona como una llave de paso que pone en funcionamiento a pleno la organización del servicio de Clínica Médica que concluye, sólo cuando el paciente recibe la atención, logra un diagnóstico y tratamiento valorado como excelente o bueno.

Sin turno, no existe posibilidad de acceso al servicio, por lo que una persona que presenta dificultades para dar inicio al proceso de atención médica, pone en evidencia las limitaciones de la organización para concretar su razón de ser: prestar el servicio de clínica médica al paciente, entregándole su diagnóstico y tratamiento procurando la satisfacción del paciente.

La no consecución de un turno por parte del paciente, a través de la diversidad de canales, contribuye a una desorganización de los servicios, aumentando costos y reduciendo la eficiencia de los procesos y medios. La literatura consultada coincide en poner de relieve la importancia asignada a los canales por medio de los cuales el beneficiario o usuario de los servicios de la organización, motivado en su necesidad, busca solucionarlo acudiendo al ISSUNNE.

El valor de 61% de avance de la meta en materia de remoción de la dificultad para el acceso al turno es uno de los indicadores con menor eficiencia, y el 39% de los valores recogidos en el indicador, explicaría casi el 10% de la pérdidas o alejamiento de la meta esperada en toda la dimensión de la perspectiva del usuario; de ahí que el color del indicador sea rojo y el de la dimensión amarillo, al combinarse con los valores de los restantes indicadores que se ubicaron en niveles intermedio, o amarillo, en la satisfacción con el estado edilicio (85%) y satisfacción con la evaluación realizada respecto del diagnóstico y tratamiento médico (92%); y verde, asignado para el indicador que mide la satisfacción del usuario con la atención y orientación del personal administrativo (98%).

La importancia asignada a la satisfacción de los usuarios es reconocida en toda la literatura revisada, como es el caso de Federico C. Guanais³¹, en especial, en las organizaciones que entregan servicios y, de manera crítica, en aquellas conocidas como sin fines de lucro.

Sin embargo, debido a que los indicadores no solo miden el pasado de la organización, sino que se orientan a ser la base para la programación de acciones de mejora en los servicios a prestar en un futuro cercano, el mismo debe seguir siendo evaluado. En el caso del ISSUNNE, la preparación y uso del tablero permitió indicar el estado de situación y favoreció el diseño de mejoras que contemplara un sistema de comunicación más eficiente y eficaz con el afiliado, requiriendo que se permita a los decisores acceder a toda la información del estado actual del usuario como ser: los pacientes registrados al ser

atendidos, en lista de espera, porcentaje de consulta de primera vez, consulta de historial de pagos y de correos entregados, tiempo para acceder a turnos programados y actividades de mensaje recordatorios automáticos. Programa de mejora que exige también evaluar su contribución a la accesibilidad y la eficacia de atención de los usuarios del servicio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

La evaluación del usuario respecto de la atención brindada por el médico en cuanto al diagnóstico y tratamiento, se desarrolló mediante la misma encuesta de satisfacción de los usuarios, usado para conocer el resto de los ítems que permiten acceder a la percepción del servicio recibido; siendo la primera vez desde la creación de la institución que se utiliza el indicador de satisfacción de los pacientes.

Por igual, el desarrollo y la aplicación del CMI, mostró la necesidad de introducir un programa de mejora continua, debido a que frente a una ampliación de la demanda del servicio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE el sistema informático se mostró limitado, en términos de información detallada, lo que impide conocer la complejidad de la realidad de las prestaciones efectuadas.

Los indicadores de la perspectiva de los procesos internos o de Organización y Gestión, referente a las prestaciones de servicios cumple con las prestaciones realizadas en función de la tradicional demanda de los usuarios, estos resultados guardan relación con lo que sostiene la literatura Robert Norton y David Kaplan^{8,9,10,15,22,26}, quienes señalan que estos indicadores informan de los resultados del ciclo de las operaciones esenciales de la organización, en relación a la evaluación de la producción, resultados, efectividad y calidad.

Dentro de esta perspectiva, el tiempo medio de espera, en la muestra recogida, fue de 16 minutos, valor ubicado por debajo de 30 minutos, tiempo programado como meta institucional, del CMI de Robert Norton y David Kaplan ^{8,9,10,15,22,26}, cumpliendo los estándares establecidos y sobre cumpliendo (187%) la meta establecida (100%).

La demora de atención puede estar relacionada al número de consultas totales en la jornada, paciente que acuden por primera vez o de urgencia, generando una sobrecarga de la máxima de pacientes médico/día que, sin embargo, no parece lograrse pues como se ve a continuación, el valor de consultas de paciente por médico, está por debajo de la meta especificada.

Los pacientes integrados, jubilados y estudiantes (SASE) sólo pueden solicitar el turno en forma presencial, por la exigencia de la presentación del comprobante de pago de la orden de consulta, que deben entregar en admisión, el objetivo trazado es continuar disminuyendo el tiempo de espera, previo a la consulta, desarrollándolo dentro del programa de mejora continua.

En cuanto al tiempo para acceder a turnos programados, los resultados obtenidos, indican una media de 2 días, en lista de espera, para acceder al turno de atención con el médico, a diferencia de la meta de 7 días del CMI diseñado según la teoría de Robert Norton y David Kaplan^{8,9,10,15,22,26}, cumpliendo con los estándares establecidos, y sobre cumpliendo (350%) la meta programada (100%).

Para mejorar la eficacia de atención de los usuarios, se adoptó la decisión de desarrollar un sistema de información orientado a aumentar la efectividad de la asistencia, a partir del sistema informático y del control diario de la lista de espera, administrada por el servicio.

El promedio diario de consultas deriva en un indicador del 66% con respecto a la meta esperada del 100%, no alcanza los estándares establecidos por el CMI diseñado; para lograrlo se ha decidido desarrollar acciones dentro del programa de mejora continua, en la evaluación de los procesos asistenciales, amplitud del plan prestacional del servicio propio de Clínica Médica.

El análisis de la productividad individual del profesional, es más detallada, y depende de la relación paciente efectivo/hora médica, siendo un dato provisto por el sistema informático, que permite conocer a cuántas historias clínicas ingresa el médico por hora, reflejando a los pacientes nuevos como aquellos que se encuentran en observación.

De este modo, se planteó como objetivo disminuir el tiempo de autorizaciones de las consultas a través de la mejora en la coordinación entre admisión y la atención médica.

En función del comportamiento dispar de los indicadores de organización y gestión, el indicador de esta dimensión quedó en el orden del 84%, adquiriendo en la metáfora del semáforo, el color amarillo, con un indicador en color verde dos en amarillo y uno rojo (cantidad de consultas logradas/consultas programadas).

La dimensión o perspectiva de aprendizaje y capacitación se compuso de tres indicadores, con igual peso de incidencia y grados de avances dispares como la tasa de eficiencia de las horas profesionales contratadas en función de los pacientes atendidos y por atender (74%) de avance pero muy distante del indicador con peor desempeño representado por el porcentaje de capacitaciones realizadas sobre las capacitaciones programadas (25%), con una ubicación intermedia del indicador que pone en relación las consultas del período sobre las horas contratadas en el período de un mes, cuyo desempeño llegó al 66%; debido a que ninguno de los indicadores supera el 75% de avances, todos presentan colores rojos, entregando un desempeño de la dimensión o perspectiva del orden del 54%, también de color rojo y necesidad de un monitoreo y mejoramiento rápido.

Por último, respecto de la dimensión o perspectiva financiera, los resultados obtenidos se sintetizan en un 78%, color amarillo, en relación a la meta propuesta del 100%; en función de ello, el objetivo trazado luego de la implementación del CMI fue reducir los gastos de funcionamiento, mejorar la productividad de acuerdo con el análisis de las políticas de prestaciones y la necesidad de optimizar los procesos de compras.

Dado que las organizaciones sin fines de lucro, no persiguen la obtención de una ganancia monetaria como producto del sistema, lo que no impide la generación de superávit, a partir de aumento de la eficiencia en la consecución de los logros de su misión; la búsqueda de eficacia con eficiencia requiere mantener un equilibrio en su presupuesto financiero.

CAPÍTULO 6

6. CONCLUSIONES

En la investigación encarada se tenían previsto alcanzar los objetivos específicos, los que permitieron y dependieron del diseño e implementación del CMI al servicio propio de Clínica Médica del ISSUNNE.

El trabajo de identificar y describir el tipo de información generada por la institución, valiéndose de sus diferentes medios, indicaba que la misma podría hacer posible la implementación parcial de la herramienta de evaluación y gestión organizacional representado en el modelo del CMI; lo que llevó a su vez a tornar relevante la generación de información que permitiera evaluar, por ejemplo, la dimensión o perspectiva del usuario, que en el caso de Clínica Médica requirió implementar un cuestionario con los usuarios del sistema.

Como se vio, el diseño y uso del instrumental ad-hoc al conjunto de información tradicionalmente generado por ISSUNNE, posibilitó ampliar otras informaciones referentes a dimensiones como la perspectiva de los procesos.

Los objetivos de investigación se ordenaron en la dirección de poder ver si el diseño e implementación del CMI para el área de Clínica Médica del ISSUNNE hacía posible determinar de qué modo la eficacia organizacional se veía favorecido.

Luego de aplicada la investigación organizacional, el diseño e implementación del CMI, mostró a la organización con diferente grado de eficacia en el cumplimiento de sus metas, dependiendo de la perspectiva o dimensión específica, exigiendo al mismo tiempo la necesidad de ampliar los instrumentos y el tipo de información necesaria para hacer la evaluación del servicio.

Si bien el CMI obligó a ampliar el tipo de actividades para su conocimiento, diseño e implementación, su recepción positiva por la organización favoreció el alcance logrado, al tiempo que la misma organización aprovechó los datos aportados por el instrumento de gestión.

Aunque el proceso de investigación requiere independizarse necesariamente de la toma de decisiones en la aplicación del CMI como herramienta de gestión, queda claro que todavía se necesita un tiempo prudencial para terminar de revisar e instalarlo como lo que promete ser: una herramienta de gestión

estratégica para optimizar los esfuerzos de la organización en alcanzar sus propósitos fundacionales.

Los posibles sesgos que pudiera haberse filtrados, han de considerarse a partir de la situación del perfil de investigación (cuanti-cualitativo) encarado, así como a la falta de antecedentes de investigación aplicada a un perfil organizacional como el de las obras sociales universitarias, que hubieran dado lugar a la determinación de mejores indicadores y a la búsqueda de reducir la distancia entre su esperanza y concreción.

CAPÍTULO 7

7. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta las consideraciones realizada en las conclusiones, al poner en vinculación los objetivos promovidos por la investigación y los resultados alcanzados a la hora de diseñar e implementar el CMI al servicio propio de Clínica Médica del ISSUNNE, se recomienda hacer una nueva revisión integral del instrumental en funcionamiento para detectar posibles inconsistencias hasta ahora no detectadas; teniendo en cuenta su coincidencia con la fase de escritura del informe de investigación y tesis de maestría.

En segundo lugar, revisar la formulación de las acciones de mejora de modo de compatibilizar dichas estrategias dentro del planeamiento estratégico de la institución.

Revisar y corregir los protocolos de colecta y sistematización de la información, tomando en cuenta la necesidad de información siguiendo el modelo de variables continuas sin que se repitan errores detectados y corregidos durante la primera etapa.

Mejorar el tratamiento de la información recogida, apelando a los modelos de matriz de datos, y softwares estadísticos disponibles para explorar, describir y analizar las variables mediante tablas simples, de doble y múltiples entradas.

Socializar con las personas integrantes de la organización, los logros alcanzados con la labor diaria y el diseño e implementación del CMI, al tiempo que se dan a conocer y participan las acciones que mejor se adecuen al cumplimiento de las metas planificadas y las acciones de mejoras.

Finalmente, informar de manera amplia y sostenida a los usuarios de la organización para que aprovechen la oportunidad de participar de las acciones de mejoras y el debate sobre las metas a perseguir.

ANEXO

- 1) **Presentación de nota en la institución solicitando autorización para acceder a la información de recolección de datos**

MESA DE
02-2019-01316

Corrientes, 28 de febrero 2019



DELEGADA RECTORAL DEL ISSUNNE
DRA. MARIA MERCEDES GONZALEZ
SU / DESPACHO

Me dirijo a Ud., a fin de solicitarle autorización, para acceder a la información existente producida por el ISSUNNE, será la base inicial para determinar el estado de situación del servicio, a través de una herramienta de gestión organizacional, proponer las dimensiones e indicadores para la evaluación del servicio y realizar encuesta a los usuarios del SERVICIO PROPIO PRESTACIONAL DE CLINICA MEDICA en sede central San Luis 535, para la presentación de la tesis que he propuesto en la Carrera "Maestría en Gestión de la Salud Pública" con orientación en prácticas preventivas en la Facultad de Odontología.

Sin otro particular, me despido atentamente.-

[Handwritten signature]
JUAN MANUEL PARRALES
MESA DE DESPACHO N° 672
I.S.S.U.N.N.E.

AUTORIZADO

01 MAR 2019 *[Handwritten signature]*
Dra. Maria Mercedes Gonzalez
Delegada Rectoral
I.S.S.U.N.N.E.

Continuación Prácticas Médicas

2) Formulario de encuesta de satisfacción de los usuarios.

ENCUESTA DEL USUARIO DEL SERVICIO PROPIO PRESTACIONAL DE
CLINICA MÉDICA

SR/SRA Afiliado/a necesitamos de su colaboración para completar esta ENCUESTA que nos permita tomar decisiones para optimizar la productividad y el uso racional de los recursos, contribuyendo a mejorar el acceso y la eficacia de atención del servicio. Le agradecemos su tiempo.

1) Datos socios-demográficos (OPCIONAL)

APELLIDO:

NOMBRE:

Email:

GÉNERO

MUJER	HOMBRE
--------------	---------------

DNI:

EDAD

Tipo de Afiliados

Titular	
Familiar a cargo	
Integrado	
Pensionado	
Sase	

2) Accesibilidad al servicio

Tiempo para acceder a turnos programados:

¿Cuántos días espero en ser atendido desde el momento que solicito el turno?

Días en lista de espera en ser atendido	Días:
--	--------------

¿En el momento de anunciarte en el sector de admisión para ser atendido por el médico?

Cuánto tiempo tardó en ser atendido	Menor 15´	Entre 15´y 30´	Mas 30´
--	------------------	-----------------------	----------------

3) Estado de las instalaciones:

Satisfacción	Muy satisfactorio	Satisfactorio	Adecuado	Poco	Nada
Cómo evalúa la sala de espera					
Cómo evalúa la limpieza del consultorio					
Cómo evalúa el estado general del baño					

4) PERSONAL ADMINISTRATIVO

4.1 ¿El personal administrativo lo ha tratado con amabilidad respeto y cortesía?

SI	NO
-----------	-----------

4.2 ¿El personal administrativo lo asesoro, oriento, informo o lo ayudo como Ud. necesitaba?

SI	NO
-----------	-----------

4.3 ¿Identifico al personal que lo asistió de manera rápida y sencilla?

SI	NO
-----------	-----------

4.4 ¿Tuvo dificultad para solicitar el turno con el médico?

Telefónicamente	Autogestión	Presencial	Otro	Ninguno
------------------------	--------------------	-------------------	-------------	----------------

5) PERSONAL MEDICO

5.1 ¿El médico lo ha tratado con respeto y amabilidad?

SI	NO
-----------	-----------

5.2 ¿Cuál es el tiempo que dedico el médico para la atención recibida?

Menor 15´	Entre 15´y 30´	Mas 30´
------------------	-----------------------	----------------

5.3 ¿A Ud. le gusto la atención que recibió del médico?

SI	NO
-----------	-----------

5.4 ¿Cómo evalúa la atención del médico en cuanto al diagnóstico y tratamiento?

Excelente	Buena	Adecuada	Insuficiente	Muy Insuficiente
------------------	--------------	-----------------	---------------------	-------------------------

5.5 ¿El horario de atención del médico es accesible?

SI	NO
-----------	-----------

5.6 ¿Se respeta el turno para su atención?

SI	NO
-----------	-----------

3) Formulario entrevista personal prestacional

Entrevista Personal del Servicio Propio Prestacional
De Clínica Médica Del Issunne

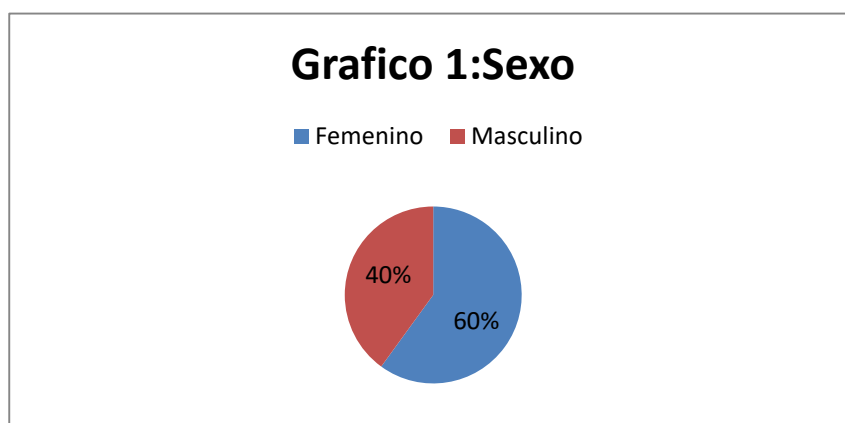
Preguntas:

- 1) ¿Reconoce a un líder en su lugar de trabajo?
- 2) ¿Considera que su tarea es reconocida por la institución y por los pacientes?
- 3) ¿Considera que en su lugar de trabajo se realiza en equipo?
- 4) ¿Considera adecuado la remuneración que recibe de la institución?
- 5) ¿Encuentra motivación para su crecimiento en su lugar de trabajo?
- 6) ¿Participa en las tomas de decisiones en su lugar de trabajo?
- 7) ¿Tiene deseos de venir a trabajar?
- 8) ¿Tiene situaciones de estrés en su lugar de trabajo?
- 9) ¿Tiene situaciones de buenas relaciones? Por ej.: compañerismo, agradecimientos de los pacientes, flexibilidad en los horarios, reconocimiento de los directivos, relaciones entre colegas, tener material necesario.
- 10) ¿Tiene relaciones de mal trato? Por ej.: falta de materiales, reclamos injustos de directivos y/o pacientes, falta de compañerismo.

4) Resultados. Gráficos. Encuesta de satisfacción de los usuarios

1-Sexo	Cantidad	Porcentaje
Femenino	90	60%
Masculino	60	40%
Total	150	100%

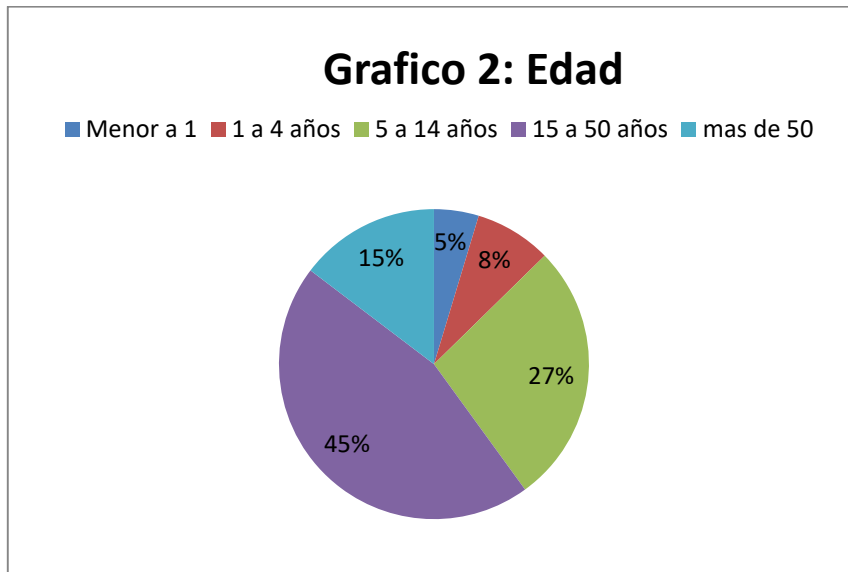
Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.



Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

2- Edad	Cantidad	Porcentaje
Menor a 1	7	5%
1 a 4 años	12	8%
5 a 14 años	41	27%
15 a 50 años	68	45%
más de 50	22	15%
Total	150	100%

Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.



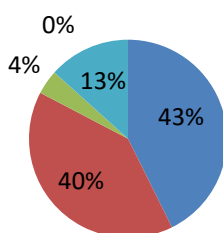
Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

3- Tipo de afiliado	Cantidad	Porcentaje
Titular	64	43%
Familiar a cargo	60	40%
Integrado	6	4%
Pensionado	0	0%
Sase	20	13%
Total	150	100%

Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

Grafico 3: Tipo de afiliado

■ Titular ■ Familiar a cargo ■ Integrado ■ Pensionado ■ Sase



Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

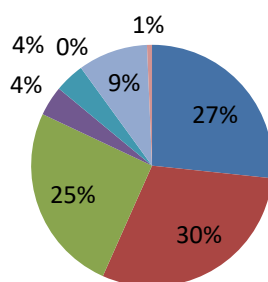
4- DIAS EN LISTA DE ESPERA PARA SER ATENDIDO

Días	Cantidad	Porcentaje
1	40	27%
2	45	30%
3	38	25%
4	6	4%
5	6	4%
6	0	0%
7	14	9%
más de 7	1	1%
Total	150	100%

Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

Grafico 4: Días en lista de espera

■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■ 7 ■ mas de 7



Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

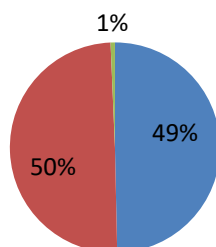
5- CUANTO TIEMPO TARDO EN SER ATENDIDO

Tiempo	Cantidad	Porcentaje
menor a 15'	74	50%
entre 15 y 30'	74	50%
más de 30'	1	1%
Total	149	100%

Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

Grafico 5: Tiempo en ser atendido

■ menor a 15' ■ entre 15 y 30' ■ mas de 30'



Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

6- ESTADO DE LAS INSTALACIONES

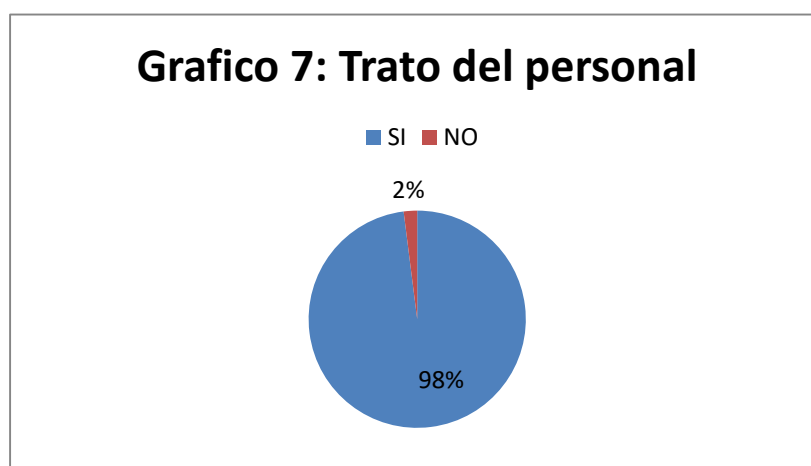
Satisfacción	Muy satisfactorio	Satisfactorio	Adecuado	Poco	Nada
Cómo evalúa la sala de espera	93	39	18		
Cómo evalúa la limpieza del consultorio	89	45	15	1	
Cómo evalúa el estado general del baño	86	30	22	10	2
Total	268	114	55	11	2
porcentaje	100%	43%	21%	4%	1%

Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

7- EL PERSONAL ADMINISTRATIVO LO HA TRATADO CON AMABILIDAD RESPETO Y CORTESIA

Trato del personal	Cantidad	Porcentaje
SI	147	98%
NO	3	2%
Total	150	100%

Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

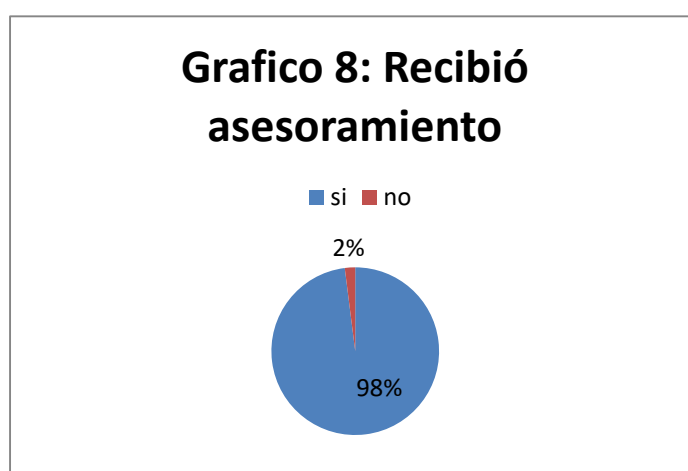


Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

8- EL PERSONAL ADMINISTRATIVO LO ASESORO, ORIENTO, INFORMO O LO AYUDO COMO UD. NECESITABA

personal	Cantidad	Porcentaje
Si	147	98%
No	3	2%
Total	150	100%

Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.



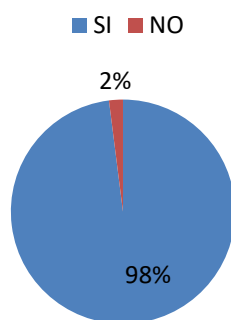
Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

9- IDENTIFICO AL PERSONAL QUE LO ASISTIO DE MANERA RAPIDA Y SENCILLA

Columna1	Cantidad	Porcentaje
SI	147	98%
NO	3	2%
Total	150	100%

Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

Grafico 9: Identificó al personal



Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

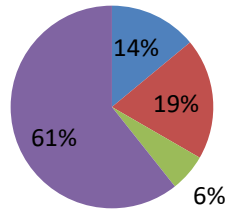
10- TUVO DIFICULTAD PARA SOLICITAR EL TURNO CON EL MÉDICO TELEFONO AUTOGESTION PRESENCIAL NINGUNO

Columna1	Cantidad	Porcentaje
Telefónicamente	21	14%
Autogestión	29	19%
Presencial	9	6%
Otros	0	0%
Ninguno	91	61%
Total	150	100%

Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

Grafico 10: Dificultad para solicitar turno

■ Telefonicamente ■ Autogestion ■ Presencial ■ Ninguno

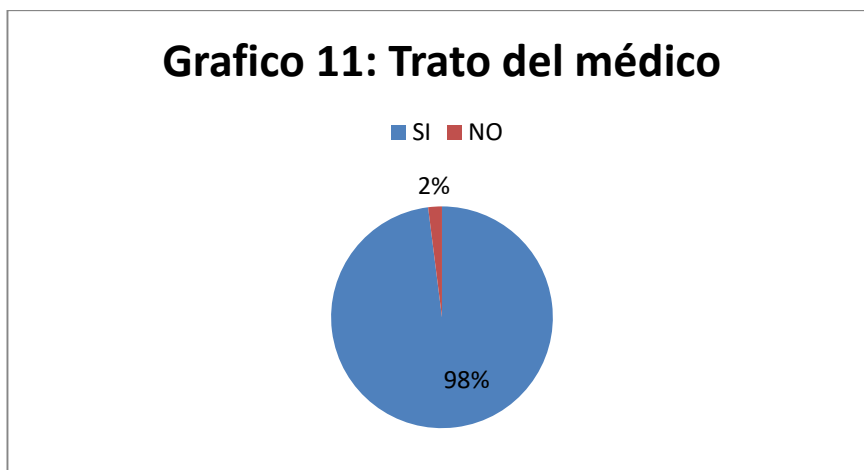


Fuente Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

11- EL MÉDICO LO HA TRATADO CON RESPETO Y AMABILIDAD

Columna1	Cantidad	Porcentaje
SI	147	98%
NO	3	2%
Total	150	100%

Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

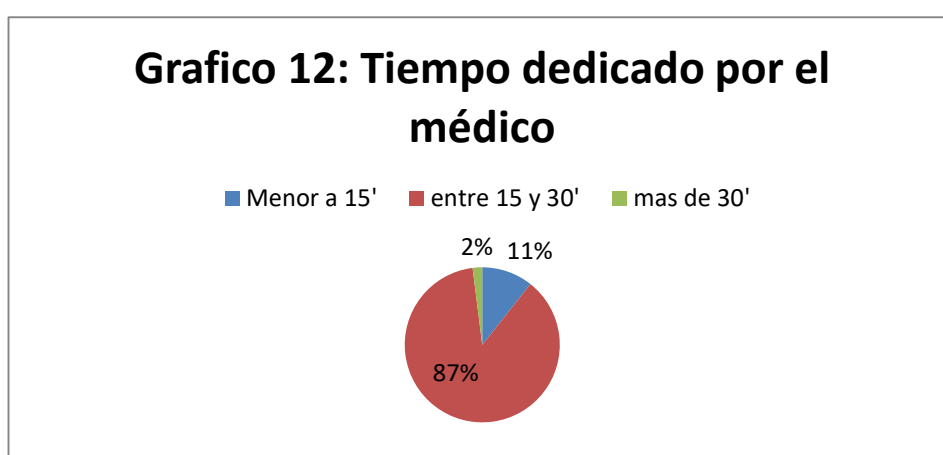


Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

12- TIEMPO QUE DEDICO EL MÉDICO PARA LA ATENCION RECIBIDA

Columna1	Cantidad	Porcentaje
Menor a 15'	16	11%
entre 15 y 30'	131	87%
más de 30'	3	2%
Total	150	100%

Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

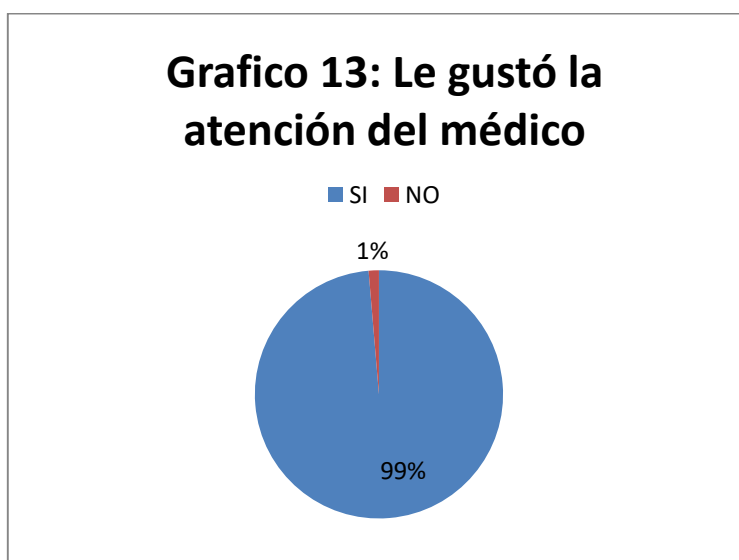


Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

13- A UD LE GUSTO LA ATENCION QUE RECIBIO DEL MÉDICO

Columna1	Cantidad	Porcentaje
SI	148	99%
NO	2	1%
Total	150	100%

Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.



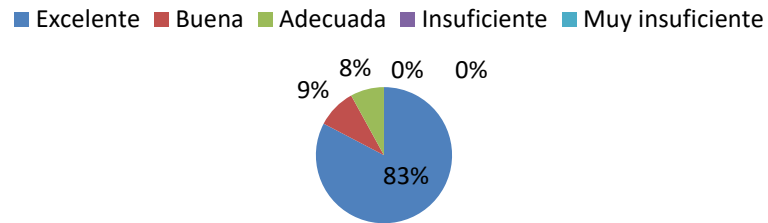
Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

14- Evaluación del médico en cuanto al diagnóstico y tratamiento

Columna1	Cantidad	Porcentaje
Excelente	124	83%
Buena	14	9%
Adecuada	12	8%
Insuficiente	0	0%
Muy insuficiente	0	0%
Total	150	100%

Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

Grafico 14: Evaluación del médico



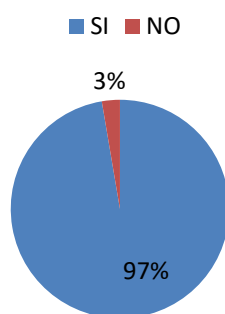
Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

15- EL HORARIO DE ATENCION DEL MÉDICO ES ACCESIBLE

Columna1	Cantidad	Porcentaje
SI	146	97%
NO	4	3%
Total	150	100%

Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

Grafico 15: Horario de atención es accesible



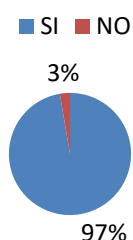
Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

16- SE RESPETA EL TURNO PARA SU ATENCION

Columna1	Cantidad	Porcentaje
SI	146	97%
NO	4	3%
	150	100%

Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

Grafico 16: Se respeta el turno para su atención



Fuente: Elaboración propia encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio propio prestacional de Clínica Médica del ISSUNNE.

5) Desarrollo del Semáforo, su utilización permite identificar los estándares del Cuadro de Mando Integral.

Esta técnica implica el uso de colores para facilitar el seguimiento del plan estratégico y para que pueda ser interpretado, se sugiere utilizar este tipo de señales, según se vaya dando la ejecución de la estrategia y las metas de cada uno de los objetivos.

En la evaluación de la presentación de los resultados obtenidos en las metas definidas para cada indicador, que deben ser únicos para cada organización, una de las formas más prácticas de desarrollar estas revisiones es con la utilización del semáforo que permiten identificar los estándares que se encuentran en problemas o cercanos a una zona de peligro o bien el resultado deseado.

Permite el análisis e interpretación de los resultados, partiendo de aquellos valores que no corresponden con lo esperado (rojo), posteriormente se pueden cuestionar otros valores obtenidos, todo de una manera fácil y práctica.

Una vez establecidas las metas, es importante determinar los diferentes parámetros para cada indicador, marcando con colores verde, amarillo y rojo.

Verde: otorga una cifra igual a la meta o superior.

Amarillo: la cifra del indicador mostrará que se ha entrado en zona de alerta.

Rojo: la cifra del indicador que la organización está teniendo problemas importantes.

Se puede resumir que la técnica del semáforo dentro de un cuadro de Mando Integral sería el siguiente:

Verde: Normal. Sólo controles periódicos.

Amarillo: Precaución. Llamado de atención, hay que estar muy atento, comenzar a actuar con acciones correctivas menores.

Rojo: Peligro. Alerta máxima que refleja la necesidad de actuar en forma rápida con acciones correctivas muy importantes.

Esta técnica brindará una herramienta rápida para el diagnóstico de los problemas y una guía para el control de gestión y para determinar las políticas a llevar a cabo para la corrección de los problemas existentes.

8. BIBLIOGRAFÍAS

1. Franciscovic, Mónica Karina Las obras sociales universitarias argentinas y su relación con el tercer sector: primeros aportes para su reflexión. Otra Economía, vol. 14, n. 25: 129-149, enero- junio 2021. ISSN 1851-4715. Disponible en: <https://www.revistaotraeconomia.org/index.php/otraeconomia/article/view/14878/9593>
2. Violín, Lorena Marina; Calvete, María Soledad Tablero de Control Indicadores de Salud. (Documento de Internet) [Citado 2019 Enero 24] Disponible en: http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/08/ER_Rb_01_Health_Indict_biogolin_calvete.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud -Metodología de gestión productiva de los servicios de salud: introducción y generalidades. Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de Salud. Proyecto de Servicios Integrados de Salud. Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud: Introducción y Generalidades. Washington, D.C.: OPS; 2010.
4. Belló Mariana, Becerril-Montekio Víctor M. Sistema de Salud de Argentina. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2019 Enero 24]; 53(Suppl 2): s96-s109. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006&lng=es.
5. Cesa, Lucas Patricio. Planificación y control de gestión en proyectos de construcción de obra pública en Argentina a través de Uniones Transitorias Tesis de Maestría Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas Maestría en Administración MBA, Bs. As. 2010
6. Frenk, Julio; Bobadilla, José Luis; Sepúlveda, Jaime; Rosenthal, Jorge y Ruelas, Enrique. Un modelo conceptual para la Investigación en Salud Pública. Bol. Of. Sanit Panam 101, 5, 1996. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16866/v101n5p477.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Pérez Quintero, Lisett; Carrera Ortega, Jorge García Pérez, Ana María. Eficacia como constructo multidimensional en la determinación de estrategias de informatización empresarial Ingeniare. Revista chilena de ingeniería, vol. 26 N°

- 2, 2018, pp.354-369. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ingeniare/v26n2/0718-3305-ingeniare-26-02-00354.pdf>
- (ex 6) 8. Sánchez, Jacas Isolina El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud. La Habana: MEDISAN [Internet]., 2016 Abr [citado 2017 Ago 18., Vols. ; 20(4): 544-552. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_ar.
9. Da Silva, M. Nuevas perspectivas de Calidad de Vida Laboral y sus relaciones con la Eficiencia Organizacional. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. Barcelona. 2006
10. RAE. Diccionario de la Lengua Española [Online]. 2014. Available from: <http://dle.rae.es/?id=EPQzi07>
11. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Revista Cubana de Salud Pública. 2004;30(1):1-26.
12. Subirats J. Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas; 1994.
13. Gómez I. Editorial: Salud y sus determinantes: indicadores, medición, abordajes. Población y Salud en Mesoamérica. 2017;14(2):1-3.
14. Gómez I. Factores determinantes en salud relacionados con la eficacia y sostenibilidad de intervenciones en promoción de la salud. Tesis de doctorado. Madrid; 2013.
15. Andrés M. Los valores como elemento básico de eficacia del sistema nacional de salud español en una profesión feminizada. Tesis de doctorado. Salamanca; 2016.
16. Llamas R. Modelos de eficiencia y eficacia de las fundaciones. Tesis de maestría. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2016.
17. Villalbí Joan, Guix Joan, Casas Conrad, Borrell Carme, Duran Júlia, Artazcoz Lucía et al . El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública. Gac Sanit [Internet]. 2007 Feb [citado 2021 Jun 03] ; 21(1): 60-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000100011&lng=es.
18. Sarría A, Villar F. Promoción de salud en la Comunidad Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2014.

19. Carmen Muñoz, Edith. Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard) para la gestión bibliotecaria: pautas para una aplicación. ISSN 0187-358X, Investig. Bibl [online]. : s.n., 2009, , Vols. vol.23, n.48, pp.105-126.
20. Ballve A.M. Tablero de Control. Ed. Macchi, Buenos Aires, 2000.
21. Kaplan Robert y Norton David. Balanced Scorecard. Cuadro de Mando Integral. Ed. 2000. Barcelona 2002.
22. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de políticas, sistemas y servicios. Organización gestión y prestación de los servicios de salud. Jornada Regional de la Patagonia sobre la calidad de los servicios de salud. Junio 2017.
23. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de políticas, sistemas y servicios. Organización gestión y prestación de los servicios de salud. Analizan estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud en la Región NEA. Julio 2017.
24. Organización Panamericana de la Salud - OPS Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina / Osvaldo Artaza Barrios; 1a ed. - Buenos Aires, Abril 2017 (Publicaciones de la representación OPS-OMS en Argentina.
25. Organización Panamericana de la Salud, 2009.(49 Consejo Directivo 61 sesión del comité regional,28 de Septiembre al 2 de Octubre, 2009.CD49.16)
26. Rodríguez Josefa Tablero de Comando de un Hospital Público. Beca Ramón Carrillo- Arturo Oñativia 2004. Programa Sanitarios con apoyo Institucional. Hospital de Pediatría. Prof. Dr. Juan P. Garrahan.
27. Organización Panamericana de la Salud, Tablero de Mando para el Monitoreo y Evaluación de Calidad en RISS del Ministerio de Salud- San Salvador, 25 de Noviembre de 2015.
28. Organización Panamericana de la Salud, Tablero de Mando para el Monitoreo y Evaluación de Calidad en RISS del Ministerio de Salud- San Salvador, 25 de Noviembre de 2015.
29. Pahissa, Gabriela E. Evaluación de la disponibilidad de indicadores de calidad en demanda espontanea como herramientas de gestión en un hospital universitario. Dra... Julio de 2013. Requisitos de buenas prácticas para el funcionamiento de los servicios de salud, Gestión en Calidad. Portal

especializado en legislación en Salud de República Argentina Mercosur. Grupo Mercado Común (GMC) Res. N° 01/2015 Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) Ministerio de Salud de la Nación.

30. Paganini, José María Calidad y eficiencia en hospitales. Serie HSS/SILOS de la OPS. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 115(6), dic.1993

31. Guanais, Federico C. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. El empoderamiento de los pacientes puede mejorar la calidad de la atención de la salud. Recopilación de artículos> volumen 95 Numero 7, julio 2017, 481 – 544.

32. Parasuraman, A; Zeithaml, y Berry, L. (1988) SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumerperceptions of service quality. Journal of Retailing. nº 64, pp.12-40.)

33. Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? JAMA, 260(12), 1743-1748