

**Especialización en
Administración Hospitalaria**

Trabajo Final de Integración (TFI)

Proyecto de Intervención

**Mejora de la satisfacción de pacientes y personal
administrativo por disminución del número de cancelaciones
de turnos programados por profesionales, en consultorios
externos del Sanatorio Central EMHSA de Mar del Plata**

Roberto Oscar Fidel

Diciembre de 2011

Índice

	página
1. Resumen ejecutivo	3
2. Introducción	4
3. Justificación	7
4. Problema	13
5. Objetivos	27
6. Diagnóstico de situación: análisis FODA	27
7. Análisis de las alternativas	28
8. Definición de actividades y cronograma	29
9. Factores críticos de éxito	32
10. Dirección del proyecto y mecanismo de evaluación	33
11. Conclusiones	33
12. Bibliografía	35
13. Anexos	37

1. Resumen ejecutivo

1) Resultados esperados

Este proyecto apunta a incorporar procesos de mejora en la gestión de turnos programados en consulta externa del Sanatorio Central EMHSA. Al finalizar el proyecto habrán disminuido las cancelaciones de turnos programados por parte de los profesionales de la salud y consecuentemente las quejas tanto del personal administrativo como de los pacientes. De esta manera se afectará el resultado, mejorando la satisfacción tanto del cliente interno como del externo.

2) Beneficiarios

Se beneficiarán los pacientes que concurren al Sanatorio, al ser atendidos efectivamente el día para el que solicitaron su turno programado, y se beneficiará el personal administrativo responsable del área de turnos, que no verá sobrecargada su tarea con llamados telefónicos por cancelaciones, como así tampoco recibirá las quejas de los pacientes por dicha razón.

3) Responsables del proyecto

Director Médico, coordinadores médico y administrativo de consultorios externos.

4) Necesidades de financiamiento

Financiación y Recursos con presupuesto del área de calidad del Sanatorio Central EMHSA:

- Disponibilidad de equipamiento informático para recepción y procesamiento de datos.
- Horas de trabajo administrativo para el manejo de datos.

5) Conclusiones generales y palabras clave

Se trata de un proyecto de intervención y operativo, que apunta a implementar una mejora de procesos y disminuir las cancelaciones de turnos programados por parte de los profesionales, en consulta externa del Sanatorio Central EMHSA y de esa manera mejorar los niveles de satisfacción tanto de usuarios como de los administrativos intervinientes.

PALABRAS CLAVE: turnos programados de consulta externa-cancelaciones-insatisfacción de clientes internos y externos.

2. Introducción

El proyecto se desarrolla en el Sanatorio Central EMHSA, de la ciudad de Mar del Plata. Éste es un Sanatorio privado explotado por la firma Emprendimientos Médico-Hospitalarios S.A..

Si bien el Sanatorio se asienta en un edificio que comenzó a construirse en el año 1991, no es sino hasta el 28 de julio de 2005, que comenzó a funcionar. Muy tibiamente en esa segunda mitad de año y a partir del 2006 con mayor intensidad.

El inmueble, imponente a simple vista, con 11.000 m² cubiertos, en 10 plantas, es propiedad de ADOS, (Asociación de Obras Sociales), y es la entidad con quien se firmó el convenio de explotación. Esta ONG, representativa de las OOSS, recibió de parte del Estado, a través del Banco Mundial, en la década del 90, múltiples créditos para la construcción de este edificio y su equipamiento completo. Malas administraciones e incapacidad de gestión, retrasaron su apertura hasta el convenio con Emprendimientos Médico-Hospitalarios S.A., en medio de dudas de viabilidad del Proyecto.

Para la ciudad de Mar del Plata, fue una novedad la apertura de una Institución de este tipo, no solamente por la envergadura de la misma, sino por la modalidad de la estructura organizacional. En efecto, en esta ciudad, hasta la llegada de EMHSA, existían 2 modelos de salud privada diametralmente opuestos. El primero, Centro Médico de Mar del Plata, entidad gremial fundada hace más de 60 años, que actualmente agrupa más de 1500 profesionales médicos asociados, cuya misión principal desde su estatuto original fue la defensa del honorario médico en pago por prestación. Muchos de los profesionales socios del Centro Médico, son a su vez socios de entidades sanatoriales privadas de la ciudad de Mar del Plata, que entre las más conocidas y que perduran hasta estos días podemos mencionar a Clínica 25 de Mayo, Clínica Colón y Clínica Pueyrredón, todas sociedades anónimas cuyos dueños son médicos, y con una estructura organizacional básicamente comercial, con profesionales independientes e instituciones con desarrollo de servicios pobre o casi nulo.

Estas Instituciones Sanatoriales fueron y son consideradas adherentes al Centro Médico, por lo que esta conjunción, entre médicos privados y clínicas privadas, a través del Centro

Médico, funcionó como una suerte de monopolio en la fijación de aranceles médicos para la seguridad social y la medicina prepaga en la ciudad de Mar del Plata.

Esta unión de la medicina privada de la ciudad comenzó a resquebrajarse con la aparición de la modalidad de pago por capitación. Tan profunda fue la discusión a principios de la década del 70, que culminó con la expulsión de un grupo de socios preeminentes del Centro Médico que pasó a fundar y a formar parte de otra Institución creada a principios de los 70, vigente hasta estos días y conocida como Hospital Privado de Comunidad, con una filosofía de trabajo opuesta a las Clínicas agrupadas en Centro Médico, como por ejemplo ser una Institución manejada por una fundación, servicios médicos desarrollados, residencia, investigación, prestigio Institucional más que profesional, profesionales médicos y no médicos contratados en relación de dependencia, sueldos fijos y una fuente de financiación principal en el pago por capitación, en esos momentos y hasta el día de hoy el PAMI.

Estos 2 sistemas supuestamente antagónicos, incluyó durante más de 30 años el concepto de exclusividad: a quien perteneciera a un sistema no le estaba permitido pertenecer (es decir trabajar) en el otro, con pena de expulsión o despido según correspondiere por su lugar de desempeño profesional, Centro Médico u Hospital Privado de Comunidad respectivamente.

Nuestro Sanatorio, el Sanatorio Central EMHSA, se instala a mediados del 2005, en un momento histórico de más apertura en lo que respecta a los grupos médicos de la ciudad, y con una estructura más parecida a Sanatorios de la ciudad de Buenos Aires: dueños empresarios y médicos contratados por la Institución, una minoría en relación de dependencia y una gran mayoría trabajando por honorarios. Algunos en exclusividad y otros compartiendo trabajos con las propias clínicas del Centro Médico o el Hospital Privado de Comunidad, situación impensable años atrás.

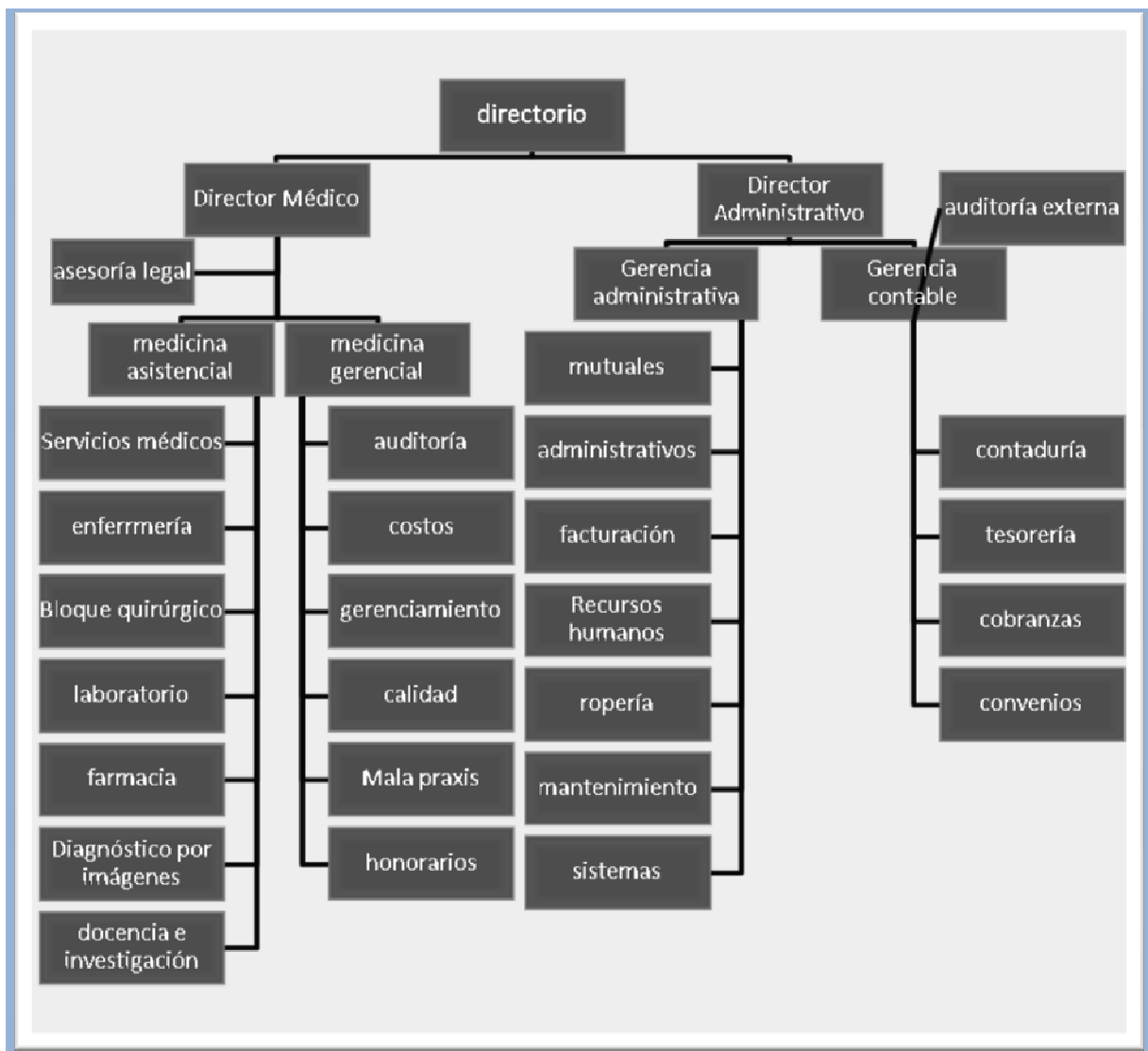
Cada uno de los modelos descriptos poseen ventajas y desventajas, pero indudablemente EMHSA llegó a Mar del Plata generando un cambio en las relaciones de los profesionales con las instituciones.

Desde su apertura EMHSA (y repetimos EMHSA, porque es el nombre instalado en la ciudad, aunque originariamente se pensaba como *"el Central"*), buscó acreditarse como una Institución de alta complejidad en internación. En efecto, cuenta con 104 camas de internación, distribuidas de la siguiente manera: internación general: 63 camas, UTI: 9 camas, UCO: 10

camas, UCIC: 6 camas, maternidad: 10 camas, neonatología de alta complejidad: 6 camas, cunas de engorde: 6. Además cuenta con 6 quirófanos todos con equipamiento de primera línea, una sala de hemodinamia adyacente al quirófano de Cirugía Cardiovascular, 2 salas de parto y 4 camas de recuperación. Se realizan cirugías y procedimientos de alta complejidad: neurocirugía, cirugía cardiovascular, hepática oncológica, columna vertebral, bariátrica, endoprótesis, etc. Se realizan además alrededor de 100 partos por mes.

El sanatorio cuenta además con 36 consultorios externos, donde se atienden prácticamente todas las especialidades, y que más adelante desarrollaremos.

El organigrama del Sanatorio se muestra a continuación:



Actualmente trabajan en el Sanatorio 400 empleados y casi 250 profesionales, teniendo un porcentaje de ocupación de camas del 75%.

El Sanatorio Central EMHSA ha logrado posicionarse en la ciudad, como un prestador aceptado por todos los integrantes del sistema de salud: pacientes, OOSS y profesionales. Esto no era sí en los primeros tiempos, donde inclusive hasta se intentó impedir a algunos profesionales trabajar en el sanatorio.

En algunas especialidades como cirugía cardiovascular se ha convertido en referente, no solamente por número sino por los resultados satisfactorios que se han obtenido, a nivel de los primeros centros del país.

Desde el año 2008 ha logrado el autofinanciamiento, con inversión en equipamiento.

Y fundamentalmente, ha contribuido a una mayor equidad social, al permitir la atención de personas de bajo nivel económico o jubilados que no tenían acceso a la atención en instituciones de la complejidad de EMHSA.

Nuestro lema es: “ si esta acción (cualquiera), contribuye a una medicina de mayor equidad social, nuestro objetivo estará cumplido”

3. Justificación del proyecto

No intentar corregir lo que detectamos como problema, va en contra de algunos de los valores que rigen en nuestra institución como Compromiso con el servicio al paciente, Profesionalidad, Orientación a la mejora de resultados, Innovación y adaptación al cambio (cambios que buscarán siempre la superación).

Además la fidelidad al respeto a la función que el Sanatorio cumple en la sociedad y la imposición de su filosofía, es decir su misión, enunciada como brindar servicios integrales, integrados y competitivos de salud a la medicina privada de la sociedad de Mar del Plata y área de influencia, mediante una atención humanizada, de calidad, de excelencia y eficiente, priorizando los valores que imponen los principios de la buena práctica clínica, es decir, centrada en el paciente y personalizada, basada en la evidencia científica, orientada a resultados, buscando la mejoría continua y siendo compatible con un uso adecuado de recursos. Dar servicios de calidad centrados en el paciente, con accesibilidad, compromiso e interés genuino por las personas son principios rectores de nuestra institución.

Por lo tanto la detección de una realidad insatisfactoria tanto para el personal administrativo como para los pacientes, como cancelaciones de turnos programados, nos obliga a profundizar en el tema en intervenir en el mismo a través de un proyecto que busca mejorar la satisfacción del personal de turnos y pacientes de consulta externa del Sanatorio Central EMHSA a través de la disminución del n° de cancelaciones de turnos programados por profesionales.

Creemos que debemos realizar este proyecto ya que si bien no es fácil saber cuántos de los pacientes dejarían de elegir el Sanatorio Central EMHSA por este resultado insatisfactorio, la persistencia del mismo, podría generar además una cultura “de las cancelaciones”, en una entidad que debe preocuparse por dar servicios y de calidad.

Sabemos que la calidad va de la mano con una menor fuente de errores y una mayor tasa de éxitos, por lo que no sería descabellado pensar en beneficios indirectos como aumentar el n° de consultas, pero fundamentalmente se mejora la armonía entre los profesionales, las administrativas y los pacientes, la tríada directamente involucrada en esta problemática.

La Dirección Médica a cargo, consciente de su responsabilidad de generar servicios y procesos de calidad tanto profesionales como administrativos, y haciendo uso de su gobernabilidad, entonces decide intervenir en este problema encuadrado dentro de los resultados sanatoriales en términos de satisfacción del usuario tanto interno como externo.

Marco teórico

Anecdótico

Poco antes de escribir estas líneas, había terminado de atender consultorio programado. Mejor dicho, lo había intentado, ya que quedando 3 pacientes del listado de turnos, recibo un llamado telefónico del Presidente del Directorio de la empresa, que me informa de una “reunión urgente. De esas impostergables. Imposible de eludir”.

Con mi mejor cara de médico ocupado, alegué una urgencia Institucional, y me dirigí a la reunión.

Dentro de las paradojas del destino, mientras teorizo sobre calidad, me toca protagonizar un hecho de insatisfacción para los pacientes cancelados, para la secretaria administrativa, que recibe la queja y confieso humildemente: también para mí.

Es probable que médico asistencial y médico gerencial, ambos con interés genuino en los pacientes, se fusionen en el amplio y apasionante campo que abarca la satisfacción.

La Real Academia Española define a la satisfacción como: *Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.*

Esta definición, de alguna manera, nos conecta con la necesidad de las ciencias médicas de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, y han hecho necesario tomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de calidad en la prestación de los servicios.

Esta relación de satisfacción-calidad, funciona como un verdadero tándem, ya que no se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino garantizamos satisfacción. No hay imagen de calidad ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un componente esencial.¹

El problema que nos ocupa: “Insatisfacción de usuarios por cancelaciones de turnos programados”, nos lleva a un proceso con resultado insatisfactorio, es decir que en algún punto el encadenamiento de actividades y tareas que conlleva un proceso produjo un producto que no satisfizo al usuario tanto interno como externo.

El análisis de la bibliografía sobre nuestro trabajo, claramente dentro del espectro de la satisfacción del usuario, nos llevó en primer lugar al tema de quejas y reclamaciones en consultorios externos.

En el desarrollo de este proyecto, no se realizó un análisis del indicador relacionado con el n° de quejas generales en consulta externa. De todas maneras, la literatura consultada²³ marca que este indicador es bajo, oscilando entre el 2% al 5 % entre distintos hospitales. Sin embargo, este dato puede ser fuente de errores, ya que es un hecho bien conocido que las reclamaciones siguen la regla descrita gráficamente como “fenómeno iceberg”, en el que la parte visible no representa más que una pequeña porción del total.

¹ Zas Ros B. (2002, 26 de febrero). “La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud”. Revista Psicología Científica.com, 4(3). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-80-1-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelencia-en-la-calidad-d.html>

² GARCÍA EMILIO IGNACIO. “Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales”. 2007. minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/ignaciogarcia.pdf. abril 2007.

³ IRMAYANETH ACOSTA PERENGUEZ. 2008. “Satisfacción de usuarios en consulta externa en el Hospital Pio XII de Putumayo, en el último trimestre de 2007”. bdigital.ces.edu.co:8080/.../

La revisión de las principales quejas y reclamaciones de nuestros pacientes mostró resultados similares a otros estudios encontrados en nuestra búsqueda⁴. Y otro interesante trabajo sobre expectativas y percepciones de la calidad del servicio en CCEE, midió cinco atributos del servicio, uno de los cuales está referido a confiabilidad, es decir “Habilidad y cuidado de brindar el servicio ofrecido en forma tal como se ofreció y pactó”, encontrando que la insatisfacción en la dimensión confiabilidad de 55,24%, cifras similares a las halladas en las quejas de nuestros pacientes⁵.

Con respecto a la 2° variable de nuestro trabajo, las cancelaciones de turnos programados, indubitablemente unida a la insatisfacción, no fue posible encontrar en la literatura un parámetro de referencia en algún estándar nacional o internacional. Existe como indicador mencionado, pero sin estándares.

Ahora bien, al buscar sobre este tema, la literatura nos involucra en una dimensión interesante: la satisfacción de los profesionales, ítem inicialmente no considerado en nuestro trabajo. Y en este punto, existe un indicador como el ausentismo profesional, ya que una cancelación no deja de ser una ausencia, que bien podría utilizarse como medida de satisfacción de los profesionales.

Se obtuvieron datos sobre la tasa de ausentismo para el conjunto de profesionales que oscila entre el 10 y el 17%². Si recordamos que nuestro porcentaje de cancelaciones es del 13,53%, podemos asumir cierta similitud en las cifras. De todas maneras, la información más relevante de este dato, es que en este caso, existen estándares que no deben superar el 5%. Los valores elevados de este indicador podría de manera indirecta poner de manifiesto insatisfacción por problemáticas laborales.

Nuestro proyecto de intervención, nos ubica en la evaluación de la calidad asistencial, y AvedisDonabedian, autor selecto en el tema, formuló la más conocida clasificación de los métodos de análisis de la calidad⁶:

- Análisis de la calidad de los medios: evaluación de la estructura.

⁴ Auditoría de gestión de las prestaciones médicas, de I, II y III Nivel en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires. Auditoría General de la Nación. Año 2000.

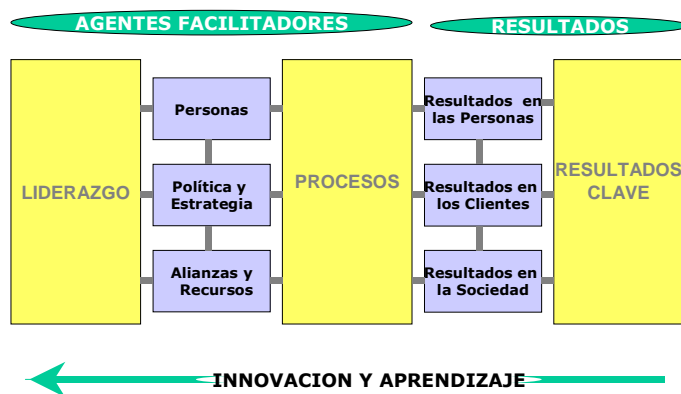
⁵ Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. Guillermo Ernesto Casalino-Carpio. RevSocPeruMed Interna 2008; vol 21 (4)

⁶ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966; 44: 166-206.

- Análisis de la calidad de los métodos: evaluación del proceso.
- Análisis de la calidad de los resultados: evaluación de los resultados.

La importancia de esta clasificación, en relación a nuestro trabajo, es que la evaluación de los resultados, es marcada, siguiendo lineamientos de la Adaptación del Modelo EFQM de Excelencia 2000 al sector sanitario⁷ (ver figura), con 9 criterios de calidad, que se hallan ponderados con un máximo de 1000 puntos, divididos según la carga de importancia asignada por el modelo. **Y la satisfacción de los pacientes y personal**, representan 290 puntos, es decir casi el 30% del total. De allí la importancia del enfoque en la satisfacción.

Modelo de Excelencia de la EFQM



Tan es así, que cualquiera que fuere el modelo de gestión que se adopte en las empresas sanitarias, es indudable que una de sus características básicas debe pasar por la orientación hacia el cliente, elemento común a todos los modelos de calidad en la actualidad.

Los estándares de acreditación de la JointCommission, el modelo iberoamericano de calidad, las normas ISO 9000:2000 o el modelo EFQM son similares a la hora de abordar la satisfacción del cliente. Todos ellos hacen referencia a la importancia de satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y todos destacan que el trato, confort, información y respeto a sus derechos son aspectos o dimensiones básicas para desencadenar la satisfacción. Incluso en nuestro país, la versión actual de los Principios Internacionales para Estándares de

⁷ Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El proceso de evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el Modelo de Excelencia de la EFQM. Rev CalidadAsistencial 2001; 16: 330-338.

Accreditación en Atención Médica⁸, de enero de 2008 marca sus primeros 2 principios rectores como:

1. MEJORA DE LA CALIDAD. Los estándares son diseñados de manera de impulsar a las organizaciones de salud a mejorar la calidad y rendimiento, no sólo de ellas en sí mismas, sino de todo el sistema sanitario en el que están incluidas.
2. FOCO EN EL PACIENTE / USUARIO . Los estándares tienen como objetivo los servicios que se brindan al paciente / usuario y reflejan la continuidad de la atención que recibe.

Y finalmente, a partir de la Resolución 432/92 SS, se crea el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica⁹, que también centra su accionar en la satisfacción del usuario.

Como conclusión y siguiendo a otros autores como (KatheenLohr, de la Rand Organization) queremos poner el énfasis en la ponderación del resultado: “la calidad de la atención médica es el grado en que los servicios de salud, para individuos y poblaciones, mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos actuales”.

Es en este sentido que el presente trabajo pretendemos se utilice como punto de partida para el abordaje profundo de la satisfacción del usuario externo como interno, sin olvidar a los profesionales, actores con protagonismo de reconocimiento tardío, pero cuya profundidad de problemática, los hacen terreno fértil para la intervención sanatorial.

⁸ www.itaes.org.ar/biblioteca/Manual

⁹ RESEÑA DE LEGISLACION. PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA. Dirección de Información Parlamentaria del Congreso de la Nación. Ref.Dip: RL 109.05.00.01 Aut.dip: DEP ES 11-05-06.

4. Problema

Definición del problema

Insatisfacción de los pacientes y personal administrativo por cancelaciones de turnos programados por profesionales, en CCEE del Sanatorio Central EMHSA de Mar del Plata.

Análisis del problema

Como mencionamos anteriormente, el Sanatorio Central EMHSA, cuenta con 36 consultorios externos (CCEE), donde se atienden prácticamente todas las especialidades. Se encuentran, 23 de ellos, ubicados ediliciamente dentro de la misma planta del Sanatorio, pero perfectamente separados por el diseño arquitectónico, en un sector con entrada independiente, con rampa, escalera y ascensor propio, distribuidos en 3 plantas. Todo el sector con iluminación natural, calefacción por aire, con salas de espera y recepción del paciente en el lugar.

Existe otra batería de consultorios ubicados físicamente cruzando la calle. Son 13 consultorios, en donde se atiende tocoginecología, pediatría y clínica médica. También con recepción, sala de espera, sector de juegos para niños, calefacción y aire acondicionado.

El horario de atención de consultorios externos es amplio, desde 7:30 hs. hasta las 21:30 hs. de lunes a viernes y de 9 a 13 hs. los sábados.

Progresivamente en estos 5 años, se han incrementado el n° de consultas, ascendiendo en la actualidad a aproximadamente 13.000 por mes, incluyendo pediatría y adultos, sin contar la guardia.

Dada la estructura organizacional mencionada, donde la logística general la realiza el sanatorio, las secretarías de CCEE son personal del Sanatorio y ninguna depende de los profesionales, la gestión completa, entonces, de CCEE se centraliza en el sanatorio.

La central telefónica de turnos está dentro del sanatorio y el personal depende del mismo. Cumple tareas exclusivas de 8 a 20 hs. de lunes a viernes. Hay un personal destinado a turnos personalizados en un mostrador dentro del sanatorio. En total hay 3 personas destinadas a tal fin por turno. En total 7 personas se dedican a la asignación de turnos.

Hay 2 tipos de turnos: los de demanda espontánea, generalmente de clínica médica y pediatría y los programados. La demora de turnos programados dependerá de la especialidad pero en promedio son 10 días hábiles para Obras Sociales y Prepagas. En el caso de PAMI, hay especialidades con turnos programados con demoras de hasta 60 días.

Las secretarías de mostrador reciben al paciente, lo orientan al consultorio correspondiente, y al final del día rinden el dinero y los bonos de atención al sector tesorería.

Hay también en las 2 plantas de CCEE una enfermera para curaciones y aplicación de medicación.

Las historias clínicas (se utiliza historia clínica en papel y es única), las manejan los empleados de archivo del sanatorio.

Y todo lo que son servicios de apoyo y externos (mantenimiento, ropería, luz, gas, TE.), también dependen del sanatorio.

El profesional debe ejercer su saber dando servicio al principal (el paciente), el profesional da mandato al sanatorio para que negocie honorarios en su nombre.

La contratación a los profesionales tiene 3 variantes:

- Por prestación a valor de consulta
- Por cápita
- Por hora médica

Los mayoría de los profesionales son libres, part time, no están en relación de dependencia.

La remuneración se paga a mes vencido contra presentación de la factura y los bonos de atención. Es decir que en la relación entre profesionales y Sanatorio, la tarea fundamental del profesional es atender bien a los pacientes (principal bien atendido) y el sanatorio gestiona los convenios, los factura, los cobra y luego paga honorarios.

Los pacientes vienen al Sanatorio por distintas vías: algunos eligen a la Institución (luego de 5 años de atención), o al profesional. Otros son cautivos de su OOSS, que hace convenio de exclusividad con el Sanatorio. Otros vienen derivados de la zona, generalmente pacientes de PAMI para cirugía cardiovascular o neurocirugía. Esta mención es importante ya que estos 2 últimos grupos de pacientes, muchas veces no conocen al profesional o a la Institución, por lo que una cancelación genera mayor insatisfacción.

En medio de este importante y creciente movimiento de pacientes, en un Sanatorio de solamente 6 años de vida, todavía buscando su ritmo, comenzaron a percibirse indicios de la realidad insatisfactoria tanto del personal administrativo como pacientes, por las cancelaciones de turnos profesionales. Reportes aislados por parte de algunas administrativas o bien quejas verbales de pacientes que se preocupaban de que la misma llegue a Dirección Médica comenzaron a alertarnos para profundizar el diagnóstico y proponer una intervención.

Es entonces que a partir de reuniones con los administrativos de asignación de turnos, comenzamos a recoger el temario principal que involucra la problemática de la cancelación de turnos profesionales: llamados telefónicos a todos los pacientes agendados, sobrecarga de la línea telefónica de turnos, estrés por la tarea de cancelación, quejas de los pacientes, reprogramación de turnos, pérdida de turnos combinados, cambios en la agenda del día para pacientes, pérdida de días laborables para pacientes, etc.

Dada la complejidad del tema, decidimos profundizar nuestro conocimiento del mismo con un diagnóstico de situación.

Línea de base

En el inicio de nuestro proyecto, nos abocamos a trabajar tanto con el departamento de sistemas como la coordinación administrativa y médica de CCEE, en aspectos cuantitativos de la cancelación de turnos profesionales para tratar de buscar nuestra línea de base.

Para ello, con la asistencia del departamento de sistemas y gracias a la avanzada tecnología de nuestra central telefónica, pudimos cruzar datos que nos permitieron reflejar la verdadera magnitud del problema. Estos son algunos de los datos obtenidos, visualizados en forma de tabla:

Fecha	Promedio total médicos diarios	promedio ausencias médicas diarias	Total turnos diarios tomados	Llamadasdiarias realizadas por cancelaciones
Junio 2010	69	7	572	86
Julio 2010	63	6	582	79
Agosto 2010	63	4	587	72
Setiembre 2010	65	5	595	81
Octubre 2010	62	6	607	82
Noviembre 2010	71	6	682	74

Diciembre 2010	55	3	605	77
Enero 2011	65	5	565	73
Febrero 2011	63	8	567	80
Marzo 2011	64	3	612	88
Abril 2011	62	5	626	91
Mayo 2011	71	6	669	100
promedios	60	5,25	605	82
Totales anuales	15.840	1.386	159.720	21.648

Aquí se muestra un análisis de 12 meses considerando 22 días hábiles (incluyendo las 4 medias jornadas de los sábados). En las últimas filas se aprecian los promedios y los totales de las 4 variables.

Las magnitudes de las cifras se concretan en la que para nosotros fue la más significativa y que se obtiene relacionando el n° promedio de los turnos tomados con el n° promedio de las llamadas telefónicas consecuencia de las cancelaciones.

Esto nos da Porcentaje de cancelaciones sobre el total de turnos tomados de **13,53 %**, número alto para lo reportado en la literatura en incluso para nuestros estándares propuestos.

Pero además se ha intentado avanzar en el análisis de las cancelaciones a través de los datos solicitados a la jefa administrativa de CCEE y al jefe del departamento de sistemas del sanatorio.

Cancelaciones por profesional

No se encontraron diferencias significativas en lo que respecta a profesionales individuales, pero al agruparlos por especialidades básicas, se marca una tendencia mayor a la cancelación en las especialidades quirúrgicas, aunque poco significativa.

Cancelaciones por obra social

No se encontraron diferencias significativas ya que si bien algunos profesionales separan la atención entre pacientes capitados y de OOSS, la misma no se hace por día sino por horario dentro del mismo día, o bien se asignan determinados turnos por hora según OOSS.

Cancelaciones por motivo o causa (sobre un total de 1386 ausencias profesionales anuales)

Se dividieron en 3 grupos: (gráfico en anexos)

- vacaciones/congresos:919 (66%)
- Razones personales:437 (32%)
- Actividad profesional concomitante: 30 (2%)

Cancelaciones por tiempo previo a la consulta

Sobre el total de cancelaciones/ausencias médicas del período analizado, que sumaron un total de 1386, se dividieron en 3 grupos:

- Cancelación de consultorio de 2 a 15 días anterior a la consulta: 701 (51%)
- Cancelación de consultorio con anticipación mayor a 16 días: 585 (42%)
- Cancelación de consultorio en el mismo día de la consulta: 100 (7%)

En este punto, el análisis de estos números nos llevó a considerar no solamente el significado administrativo de la cancelación, sino también en la proyección de crecimiento sanatorial.

El Sanatorio Central EMHSA, con 36 consultorios, 12 hs. por día libres por consultorio, tiene una potencialidad de 432 hs. por día de consultorios disponibles de lunes a viernes.

No es el objeto de este trabajo analizar la calidad de las consultas en cuanto a duración de las mismas, o diferenciarlas en primera o ulterior o diferenciarlas por especialidad. Pero sí vamos a considerar como media de standard de calidad interna 20 minutos por consulta, o sea 3 consultas por hora. Multiplicando el n° de horas potenciales por las 3 consultas potenciales por hora tendremos potencialmente 1296 consultas por día, y a 22 días hábiles representan 28.512 consultas posibles en el mes. Las 13.000 consultas mensuales sobre las que están basados nuestros datos representan algo menos de la mitad de las potenciales consultas que podríamos realizar.

Si llegara a suceder un aumento del n° de consultas al doble, dada nuestra capacidad operativa, podríamos llegar a duplicar el n° de cancelaciones, pasando de 82 llamadas por día a 160 aproximadamente.

El proceso cancelación incluye el llamado TE y la reasignación de turnos, ambos realizados por la administrativa de turnos. Este proceso completo, donde en primer lugar la administrativa

reasigna el turno en la pantalla y luego se llama al paciente, en los casos promediados se encuentra en el mejor de los casos en 2 minutos aproximadamente. Con 80 llamadas diarias, una administrativa dedica entre 2 y 3 hs. por día de su tarea, solamente para cancelaciones.

Como actor, el personal administrativo tiene una relación directa con esta realidad insatisfactoria, desde una doble visión: por un lado recibe en forma directa la queja del paciente por la cancelación, y por otro ve afectada su función al destinarse tiempo efectivo a una tarea esencialmente contraria a la asignación de turnos.

También, para obtener datos cuantificados de los niveles de insatisfacción tanto del personal administrativo como de los pacientes, se decidió llevar a cabo sendas encuestas a estos 2 actores.

En el caso de las administrativas, se tomó una encuesta escrita, anónima, (se adjunta), cuyos resultados arrojaron un dato doble: por un lado las cancelaciones de turnos programados en consultorio externo fueron el principal motivo de queja de las administrativas del sector y de las 7 personas encuestadas, 6 (85,71%), lo marcaron como tal.

En el caso de los pacientes, se analizó el problema de 2 formas distintas.

Al momento de efectuarse la cancelación, la administrativa de asignación de turnos telefónicos, debía registrar en el sistema la aparición de algún tipo de queja, independientemente de la magnitud posible de la misma. Luego estos datos fueron recogidos por el sector de sistemas, obteniéndose durante 1 mes de seguimiento, sobre un total de 1581 llamados, queja positiva en 1370 pacientes, representando el 86,65% del total de llamados.

Además se realizó una encuesta en la sala de espera de los consultorios, en distintos días hábiles y en forma anónima. Tuvo por objeto establecer una nómina de las mismas, y de alguna manera ordenarlas posibles quejas o insatisfacción por orden de frecuencia.

Se elaboró un listado con 10 quejas previamente detectadas y se les pidió a los pacientes que hicieran un esfuerzo para ordenarlas por importancia. La encuesta fue administrada por profesionales psicólogas del departamento de recursos humanos en forma personalizada.

Se tomaron 615 encuestas en el lapso de 1 mes.

Del análisis de las quejas, surge que las mismas obedecieron, **como primeras causas**, a los totales y porcentajes que se muestran a continuación:

Queja	total	porcentaje
Demora en la atención telefónica	185	30,08
Demoras en otorgamiento de turnos y cancelaciones	165	26,82
Atención administrativa insatisfactoria (sin especificar)	94	15,28
Falta de higiene	62	10,08
Salas de espera pequeñas y con pocas sillas	57	9,26
Atención médica insatisfactoria(sin especificar especialidad)	24	3,9
otros	28	4,55

Estos resultados evidenciaron como el principal problema de los afiliados la restricción a la accesibilidad al sistema de salud, especialmente mediante el diferimiento de la atención médica y la dificultad en el acceso telefónico.

Resumen

- Problema: insatisfacción de pacientes y personal por excesiva cancelación de turnos profesionales.
- Categoría: calidad de resultados en términos de satisfacción de usuarios.
- Variable: cancelación de turnos profesionales en consulta ambulatoria.
- Resultado afectado: satisfacción del cliente interno y externo
- Indicadores posibles:

Se desarrollarán más abajo

- Datos: tabla de más arriba

Consecuencias del problema

Consecuencias de la insatisfacción de los pacientes y personal administrativo por la cancelación de los turnos:

- Mal clima laboral
- Posible aparición de la cultura de las cancelaciones.
- Sobrecarga de la línea telefónica.
- Sobrecarga laboral.
- Pérdida potencial de pacientes.
- Pérdida de la calidad de atención en consulta externa.
- Disminución de la accesibilidad a la atención médica.

- Escasa comunicación entre profesionales y personal administrativo.
- Disminución del compromiso con los pacientes.

Causas del problema

1. Déficit en el proceso de solicitud y entrega de turnos en CCEE

- Falta de normas para cancelaciones de turnos.
- Escasa comunicación entre profesionales y personal administrativo.
- Pobre coordinación médica-administrativa en CCEE.
- 2hs. por día de llamados telefónicos destinadas a cancelación de turnos.

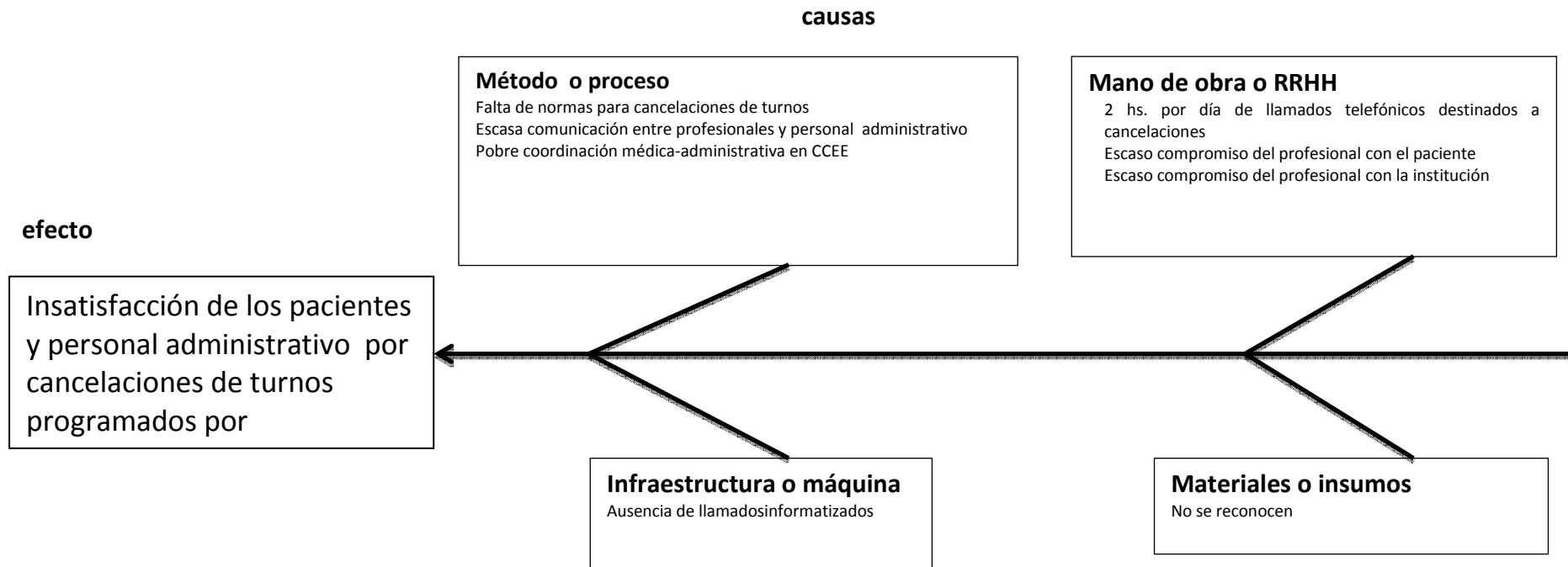
2. Déficit en competencias actitudinales de RRHH profesional, que impactan en la calidad percibida.

- Escaso compromiso del profesional con el paciente.
- Escaso compromiso del profesional con la institución.

3. Déficit en la infraestructura informática

- Ausencia de un sistema informatizado para cancelaciones.

Análisis del problema utilizando la matriz causa efecto de Kaorulshikawa



Dado que se identifica a la cancelación de turnos profesionales como causa de la insatisfacción, analizaremos ahora el proceso de la cancelación.

El proceso de la cancelación de un turno profesional en la consulta externa del sanatorio Central EMHSA, involucra una serie de variables bastante complejas, que se interrelacionan entre sí, y que fueron desarrollándose en la medida del crecimiento del consultorio externo.

Cuando un profesional decide cancelar su agenda, le informa al coordinador administrativo de la novedad. Se han reconocido varias causas de cancelación por parte de los profesionales, pero dada la amplitud de las mismas y a los efectos de que sean de utilidad para el análisis del presente trabajo, se han agrupado en 3 grandes divisiones:

- 1) Vacaciones/Congresos
- 2) Razones personales
- 3) Actividad profesional concomitante

Una vez informado el personal administrativo por el profesional e iniciado el proceso de la cancelación, el profesional acuerda con la coordinación administrativa sobre la reasignación de turnos o el rearmado de la agenda, y luego se informa de esta decisión al personal de turnos quien procede a efectuar la comunicación de la novedad a los pacientes agendados para su reasignación.

Este proceso, claro a simple vista, se complica cuando entran en juego algunas variables como momento de la cancelación, disposición del profesional a reasignar sus turnos, lugar de residencia del paciente, tiempo de demora en obtención del turno cancelado, combinación de turnos, frecuencia de cancelación para ese paciente, frecuencia de cancelación de ese profesional, etc.

De todas ellas, la más compleja es el momento de la cancelación, ya que aquella que se produce en el mismo día, en ocasiones con los pacientes en la sala de espera, enfrentan al personal administrativo con un nivel de malestar mayor en los pacientes.

Como vimos más arriba, esta situación de cancelación en el mismo día representa un 7% de los casos, o lo que es lo mismo decir se repitió 100 veces en alrededor de 300 días de consultorio en el año. Es decir que cada aproximadamente cada 3 días podemos encontrarnos con esta desagradable forma de cancelación.

No pudimos recoger el dato certero sobre cuántas de estas cancelaciones en el día corresponden a demoras en el quirófano, pero estimamos aproximadamente la tercera parte

como responsables de la misma, es decir aproximadamente 30 pacientes en el año estaban en la sala de espera y se les debió cancelar el turno.

En este punto, creemos atinado tratar de analizar con la mayor profundidad posible, este comportamiento a nuestro juicio desacertado de los profesionales. De alguna manera explorar las meta-causas del fenómeno de la cancelación analizado desde la perspectiva del profesional.

En su “Manual de Entrevista Clínica”, Borrelli i Carrió¹⁰ define como características indispensables de un buen profesional a la capacidad científico-técnica, interés genuino por el paciente y honestidad intelectual. Esto podría traducirse como “hacer correctamente las cosas correctas”, siguiendo otro autor conocido. Entonces cabría preguntarse por qué un profesional cancela una actividad programada como un turno dado previamente, muchas veces en el mismo día?

Razones como pérdida del interés genuino por el paciente, despersonalización de la atención profesional, falta de compromiso, cansancio profesional, actividad profesional segmentada, surgen marcando pistas de un comportamiento profesional cuestionable y que se refleja en todo tipo de problemas de actitud, más allá de una cancelación, en otras áreas de la actividad profesional. Incluso en la propia residencia, en otros tiempos en las antípodas de este tipo de comportamiento.

Pero también creemos que pueden existir meta-causas relacionadas al sanatorio que favorezcan la conducta de la cancelación: desorganización administrativa (ej: falta de historias clínicas en el momento de la consulta), aparición de sobretornos, características físicas del consultorio (ej: salas de espera chicas: hacinamiento), honorarios magros, falta de normas de cancelación, trabajo part time, etc.

Y finalmente pueden existir meta-causas relacionadas a los pacientes, ya que se atienden muchos pacientes ancianos (con el tiempo y esfuerzo que implican), y pacientes de OOSS de nivel socioeconómico bajo, existiendo en ocasiones problema de agresividad.

Es probable algún grado de subjetividad en estas razones, pero no es objeto de este trabajo profundizar más allá, aunque en el futuro quizá sea uno de los temas que tengamos que enfrentar.

Indicadores posibles:

¹⁰15. BORRELLI I CARRIÓ F. 1989. “Manual de entrevista clínica”. Ediciones Doyma.

A efectos de intentar darle más claridad al trabajo, vamos a separar los indicadores por:

Descripción del efecto en términos de cancelación:

- 1) Presencia de normas de cancelación de turnos programados.
- 2) Porcentaje de turnos cancelados por mes/turnos dados por mes.
- 3) Promedio de tiempo de anticipación de la cancelación.
- 4) Porcentaje de profesionales que cancelan en relación al total de profesionales.

Descripción de las consecuencias

- 1) Porcentaje del tiempo destinado a cancelaciones/tiempo total de trabajo de turnos.
- 2) Porcentaje de quejas por la cancelación de turnos en relación al total de cancelaciones.

Descripción de las causas

- 1) Encuesta de satisfacción a pacientes.
- 2) Encuesta de satisfacción a profesionales.
- 3) Encuesta de satisfacción a personal.

Análisis de los involucrados

En el proceso asignación/cancelación de turnos existen 3 actores directamente relacionados: los pacientes, siempre el principal, en este caso el primer perjudicado con la cancelación, el administrativo de turnos y el profesional.

Antes de considerar a la cancelación de turnos como un problema, se investigaron los intereses de cada uno de los actores en profundidad.

Los administrativos de turnos así como sus jefes fueron los primeros que marcaron, a través de la expresión de su disconformidad por las cancelaciones de turnos programados por parte de los profesionales, las pistas de las posibles consecuencias sanatoriales en caso de mantenerse esta realidad insatisfactoria.

Además, con las encuestas realizadas a los pacientes, comenzamos a ver con mayor claridad el peso específico que las cancelaciones de turnos programados tenían en la insatisfacción de los pacientes.

Los profesionales, mientras tanto, mostraron al momento de la investigación, no solamente desconocimiento, sino sorpresa ante la posibilidad de altos niveles de insatisfacción

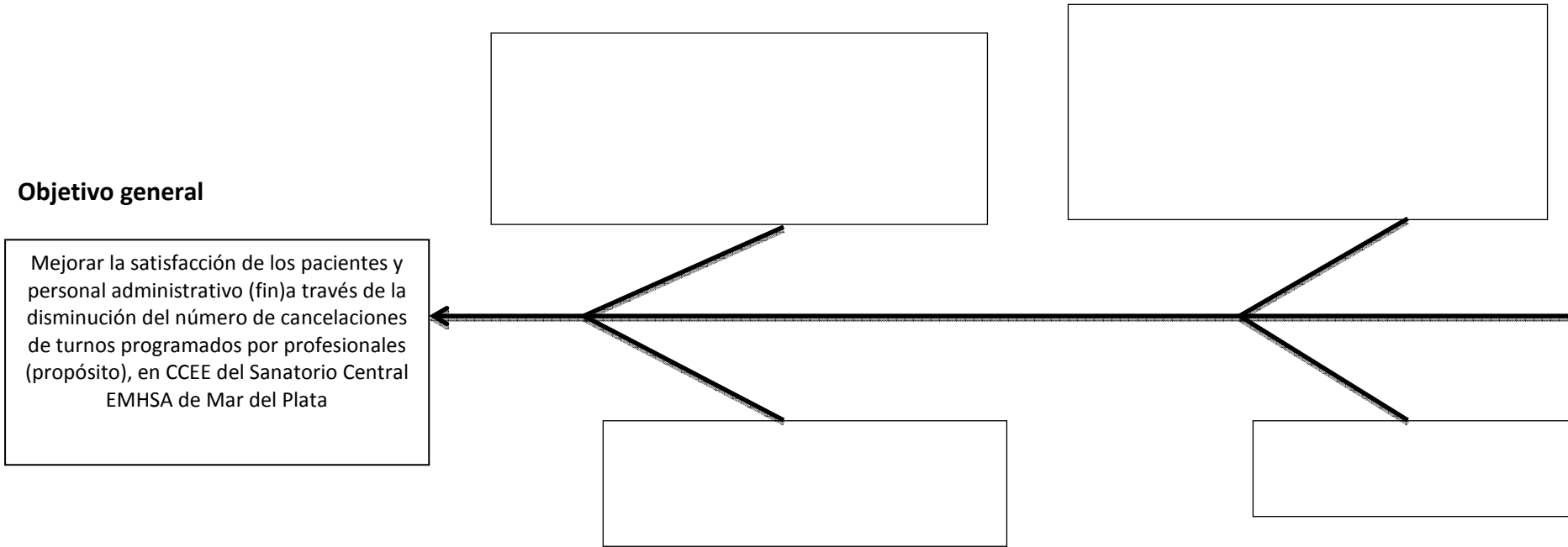
por la cancelación de turnos programados en CCEE por profesionales del Sanatorio, respuesta a priori considerada lógica teniendo en cuenta la falta de contacto directo entre la cancelación y el paciente.

No obstante, con toda la información disponible, todos los involucrados sanatoriales, mostraron sumo interés en producir una modificación de procesos que contribuya a cambiar esta realidad insatisfactoria, manifestando el apoyo para llevar adelante este proyecto de intervención.

Descripción del cuadro de involucrados

GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención de su consulta en tiempo y forma ✓ Percepción de un trato respetuoso ✓ Percepción de un clima trabajo organizado 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Insatisfacción con el servicio prestado ✓ Falta de resolución de problemas ✓ Clima de trabajo desorganizado ✓ Falta de trabajo en equipo 	RECURSOS <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentar queja ✓ Influencia sobre terceros que quieran consultar en la Institución ✓ Opción de elegir otro centro de atención (en algunos casos)
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ingreso económico ✓ Prestigio ✓ Percepción un trabajo organizado ✓ Estabilidad ✓ Trabajo en equipo ✓ Apoyo administrativo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajo desorganizado o ✓ Dificultad para el trabajo en equipo ✓ Caída en ingresos económicos ✓ Inestabilidad laboral 	RECURSOS <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocimiento ✓ Habilidad técnicas ✓ Respaldo Institución MANDATO <ul style="list-style-type: none"> ✓ Servicio y Calidad profesional
Administrativas y turnos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renta ✓ Estabilidad laboral ✓ Trabajo organizado ✓ Recibir trato respetuoso o ✓ Trabajar en un ambiente armonioso ✓ Recibir contención ante situaciones conflictivas ✓ Recibir la menor cantidad de quejas posibles 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Insatisfacción por la desorganización en la forma de trabajo ✓ Retribución económica no satisfactoria ✓ Percepción de falta de jerarquización de su trabajo ✓ Temor a la tercerización de sus tareas ✓ Falta de respuestas a los problemas ✓ Falta de colaboración de los profesionales 	RECURSOS <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitación en RRHH ✓ Respaldo Institución al ✓ Insumos y tecnología de la comunicación MANDATO <ul style="list-style-type: none"> ✓ Servicio, Calidad de atención y contención del paciente ✓ Organización del puesto de trabajo

Análisis de objetivos según matriz causa efecto de Kaorulshikawa



5. Objetivos

Objetivo general

Mejorar la satisfacción de los pacientes y personal administrativo a través de la disminución del número de cancelaciones por profesionales, de turnos programados en CCEE del Sanatorio Central EMHSA de Mar del Plata.

Metas

- Reducir el número de cancelaciones en un 50%
- Reducir el número de quejas en un 50%

Objetivos específicos

1. Mejorar el proceso de solicitud y entrega de turnos en CCEE

- Definir, consensuar, implementar y controlar normas para cancelaciones de turnos.
- Mejorar la comunicación entre profesionales y personal administrativo.
- Mejorar la coordinación médica-administrativa en CCEE.

2. Mejorar las competencias actitudinales del recurso humano profesional, que impactan en la calidad percibida.

- Aumentar el compromiso del profesional con el paciente.
- Aumentar el compromiso institucional con la Institución.

3. Mejorar la infraestructura informática

- Desarrollar un software para llamados telefónicos automáticos.

6. Diagnóstico de situación: Análisis FODA

Análisis FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Estructura edilicia de consultorio excelente Personal de call center propio Manejo completo del proceso de asignación de turnos de CCEE Capacidad de negociación con los	Residentes salientes de residencias públicas con formación en calidad. Organismos acreditadores en calidad. Reclamo de OOSS de más calidad y seguridad para los pacientes.

profesionales Capacidad de adaptación al cambio. Institución joven de perfil democrático Directivos con formación en calidad	Presencia del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la atención Médica. Presencia de normas de protocolización de procesos asistenciales en la literatura médica. Adecuado conocimiento público de la ley de derechos de los pacientes y del consumidor.
DEBILIDADES Profesionales con compromiso institucional desigual Falta de figuras médicas reconocidas en la ciudad Pobre coordinación médica de CCEE Pobre comunicación médico-administrativa	AMENAZAS Instituciones competidoras con mayor desarrollo de planes de calidad. Cultura médica de la ciudad no orientada al servicio y la calidad. Demora en las acreditaciones. Expertos en calidad seleccionan otras instituciones Ausencia del temario de calidad en colegio médico. Ausencia de acreditaciones estatales.

7. Análisis de las alternativas

Desde la perspectiva de la Dirección Médica, la modificación de los procesos sanatoriales insatisfactorios, debe realizarse en forma sistemática, pero pausada y organizada.

Las características sanatoriales, hacen que en la cancelación de turnos programados, los actores involucrados respondan de forma directa a las Direcciones Médica y Administrativa, por lo que desde el punto de vista operativo, cualquier intervención que se realice en el tema debería tener mínimos obstáculos.

Consideramos que en este caso existe una situación de fortaleza y además existen oportunidades claras, por lo tanto alternativas serán lógicamente expansivas.

Matriz de decisión

Variables a Considerar	Alternativa 1 Proyecto de intervención	Alternativa 2 Sin intervención	Alternativa 3 Situación base optimizada
RRHH involucrados	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativos de turnos • profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativos de turnos • profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativos de turnos • profesionales

% de solución del problema	Mejoría del 50%	Cambios mínimos. Posible empeoría	Posible mejoría no cuantificable
Sustentabilidad en el largo plazo	sí	no	no

8. Definición de actividades y cronograma

Objetivo específico N° 1: Mejorar el proceso de solicitud y entrega de turnos en CCEE

Sub-objetivo 1.1: Implementar un nuevo procedimiento para la cancelación de turnos.

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Convocatoria de todos los actores internos involucrados en el proceso de turnos/cancelaciones para la modificación del mismo. Jornada de sensibilización.	Director y coordinador médico de CCEE	Actores convocados a jornada: Día 1 mes 1
2	Realización de los talleres de análisis del proceso y propuesta de reingeniería	Coordinador médico Coordinador administrativo	Talleres 2 por semana (actas): mes 1
3	Elaboración del manual de normas de cancelaciones.	Coordinador médico Coordinador administrativo	Publicación del manual mes 2
4	Implementación del manual de normas	Director Médico Coordinador Médico Coordinador Administrativo	Nuevo manual implementado: 1mes
5	Monitoreo, evaluación y posibles correcciones del manual de normas	Coordinador Médico	Manual definitivo: 9 meses
6	Cuantificar informáticamente cancelaciones de turnos programados	Coordinador médico Gerencia de sistemas	Mensual

Sub-objetivo 1.2: Mejorar la coordinación médico administrativa en CCEE.

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Convocatoria a coordinador médico y administrativo. Empoderamiento.	Director Médico	1 reunión. Día 1
2	“Reuniones de equipo médico-administrativo”. Facilitan el diálogo y fomentan las relaciones personales.	Coordinador médico Coordinador administrativo Gerente de RRHH	1 por semana
3	Talleres de capacitación del personal en comunicación	Gerente de RRHH Area de calidad	1 por mes

4	“Promover el uso de intranet”, utilizando esta herramienta para mejorar la comunicación interna. Modelo a través de mecanismos similares a los memorándums tradicionales. Uso de correo electrónico interno	Gerente de sistemas Coordinador administrativo Coordinador médico	continuo
5	“Boletín informativo de consultorio externo”, publicación mensual donde se puede encontrar información de acontecimientos importantes, reuniones y cambios de puestos de trabajo o novedades de la organización.	Gerente de marketing Coordinador administrativo Coordinador médico	1 por mes

Objetivo específico N° 2:

Mejorar las competencias actitudinales del RRHH profesional, que impactan en la calidad percibida implementando plan de mejoramiento de compromiso profesional institucional

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Jornada de sensibilización sobre compromiso. Informe del plan.	Dirección Médica. Gerencia de marketing	1 reunión. Mes 1
2	Entrega de guardapolvo con logo.	Coordinación médica. RRHH	Mes 1.
3	Reuniones sociales por cumpleaños colectivos.	Marketing RRHH	1 reunión por mes
4	Publicación nómina de profesionales en cartelería y boletín informativo de CCEE.	marketing	continuo
5	Reconocimiento por trabajo bien realizado (ausencia de cancelaciones, aumento de productividad), publicado en el boletín	Marketing Coordinación médica	mensual
6	Mejoramiento de la estructura edilicia de CCEE (arreglos, pintura, etc)	Coordinación médica mantenimiento	Meses 1-2-3
7	Encuesta de comprobación del estado anímico profesional	RRHH Marketing Coordinación médica	Mes 1 Mes 6 Mes 12

Objetivo específico N° 3:

Mejorar la infraestructura informática desarrollando un software para llamados telefónicos automáticos

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Reunión de análisis del proceso y solicitud de solución a departamento de sistemas	DM Coordinador Médico Coordinador administrativo Gerente de sistemas	1 reunión 1º semana
2	Reunión de equipo. Presentación de esbozo de propuesta.	Coordinador Médico Gerente de sistemas	1 reunión. 2º semana
3	Implementación prueba del software	Gerente de sistemas	3º-4º semana
4	Monitoreo, evaluación y posibles correcciones del software	Gerente de sistemas Coordinador médico	Mes 2 y 3
5	Implementación definitiva del software	Gerente de sistemas Coordinador médico	9 meses

Cronograma

ACCIÓN	MES 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Convocatoria de todos los actores internos												
talleres de análisis												
Elaboración del manual de normas												
Implementación del manual de normas												
Monitoreo y posibles correcciones del manual de normas												
Cuantificar informáticamente cancelaciones												
Convocatoria a coordinador médico y administrativo.												
Talleres de capacitación del personal en comunicación												
Reuniones de equipo												
Promover el uso de intranet												
Publicación del Boletín informativo												
Jornada de sensibilización sobre compromiso.												

Entrega de guardapolvo con logo.													
Reunionessocialesporcumpleañoscolectivos.													
Publicaciónnómina de profesionales.													
Reconocimiento													
Mejoramiento de la estructura													
Encuesta de comprobación del estadoanímico profesional													
Reunion de equipoparacreación del software													
Implementaciónprueba del software													
Monitoreo software													
Implementacióndefinitiva del software													
Encuestas de satisfacción a pacientes													
Encuesta de satisfacción a administrativos													

9. Factores críticos de éxito

Pensar en términos de unidad administrativa-profesionales y lograr que ambos sectores compartan los mismos valores, misión y visión institucionales, es fundamental para que el proyecto tenga éxito. Para ello, la comunicación interna sobre la importancia del desarrollo del proyecto es un factor crítico para que la visión compartida en este punto, funcione como impulso motivacional institucional.

Estando en juego subliminarmente la palabra compromiso, la continuidad de la acción, la intensidad de la misma y la transferencia de los resultados a los actores involucrados, son factores que desde la dirección del proyecto van en el mismo sentido de lo que se propone.

10. Dirección del proyecto y mecanismo de evaluación

El proyecto lo llevará adelante el Director Médico del Sanatorio Central EMHSA.

Mecanismo de evaluación

El impacto esperado al momento de definir el fin y el propósito del proyecto, es decir, *Mejorar la satisfacción de los pacientes y personal administrativo (fin) a través de la disminución del número de cancelaciones de turnos programados por profesionales (propósito), en CCEE del Sanatorio Central EMHSA de Mar del Plata*, nos obliga a medir por anticipado (línea de base), durante y en el final del plan, tanto los niveles de satisfacción de los pacientes como del personal administrativo, en lo que respecta a las cancelaciones de turnos programados, a través de encuestas predeterminadas.

Encuestas de satisfacción de pacientes: al inicio, luego 6 meses, luego al año.

Encuesta de satisfacción al personal: ídem

Además el seguimiento de la disminución del n° de cancelaciones se hará mensualmente a través del indicador:

Porcentaje de turnos cancelados por mes/turnos dados por mes.

Los objetivos específicos serán monitoreados a través del cumplimiento de sus metas, incluyendo el objetivo de plan de mejoramiento de compromiso profesional, con encuestas en los meses 1,6 y 12.

11. Conclusiones

Desde la lejana queja anecdótica de un paciente y los primeros informes preparados por la jefa administrativa sobre el tema cancelaciones de turnos programados profesionales, hasta este proyecto de intervención y operativo, ha pasado no solamente tiempo, sino también reflexión, estudio y quizá también un mayor entendimiento de las complejas relaciones que se ponen en juego detrás de una falsamente inocente cancelación.

El proyecto, como ya mencionamos, busca implementar una mejora de procesos para disminuir el n° de cancelaciones de turnos programados por parte de los profesionales, en consulta externa del Sanatorio Central EMHSA y de esa manera mejorar los resultados en términos de satisfacción tanto de usuarios como de los administrativos intervinientes.

Desde esta perspectiva lineal, lograr un 50% de reducción de cancelaciones o de quejas, producirá el efecto buscado y el éxito del proyecto.

Pero al desarrollar el proyecto, lo que subyace en todo momento, es la sensación de un profesional aislado y despreocupado del problema causado por su cancelación.

En el análisis del problema, mencionamos que los profesionales son part time, no están en relación de dependencia y cobran por honorarios. Esto puede explicar en forma precaria su comportamiento aislacionista, pero una cancelación no es inocua para ellos: los administrativos los llaman, su agenda se sobrecarga y tiene perjuicio económico al atender por prestación y cancelar.

Por lo tanto, una cancelación se transforma en un llamado, en una representación o en un símbolo de lo que realmente es: **una ausencia**. Y cuando hablamos de ausencia como forma de queja, el eje del problema se corre al **compromiso**.

Desde este enfoque tanto el sentimiento de pertenencia (llamado compromiso normativo), como la identificación con la organización y apego emocional (compromiso afectivo) o el apego material económico (compromiso continuo), se hallan afectados, lo que en definitiva creemos finalmente nos ha llevado a vislumbrar algunas de las metacausas de todo este complejo proceso.

Entonces, quizá la conclusión más importante de este trabajo tenga que ver con la posibilidad de revisar la relación de compromiso entre el Sanatorio y el personal, involucrando entre éstos también a los profesionales, y generar de esta manera un proyecto más ambicioso que abarque a todo el sanatorio y que intervenga fuertemente sobre el eje compromiso.

12. Bibliografía

1. ZAS ROS B. (2002, 26 de febrero). "La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud". Revista *Psicología Científica.com*, 4(3). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-80-1-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelencia-en-la-calidad-d.html>
2. GARCÍA EMILIO IGNACIO. "Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales". 2007. minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/ignaciogarcia.pdf. abril 2007.
3. IRMAYANETH ACOSTA PERENGUEZ. 2008. "Satisfacción de usuarios en consulta externa en el Hospital Pio XII de Putumayo, en el último trimestre de 2007". bdigital.ces.edu.co:8080/.../
4. Auditoría de gestión de las prestaciones médicas, de I, II y III Nivel en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires. Auditoría General de la Nación. Año 2000.
5. GUILLERMO ERNESTO CASALINO-CARPIO. 2008. "Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual". *RevSocPeruMed Interna* 2008; vol 21 (4)
6. DONABEDIAN A. "Evaluating the quality of medical care". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966; 44: 166-206.
7. UGALDE M, SIERRA F, PARDO P. "El proceso de evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el Modelo de Excelencia de la EFQM". *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 330-338.
8. MORENO DOMENE, PILAR; ESTÉVEZ LUCAS. JOAQUÍN; MORENO RUIZ, JOSÉ ANTONIO. 2010. "Indicadores de Gestión Hospitalaria", *Sedisa XXI*, Nº 16.
9. CHÁVEZ DE PAZ VILLANUEVA Patricia del Carmen. 2006. "Nivel de satisfacción del paciente con la atención médica en consultorios externos de dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo". TESIS. www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/chavez.../chavez_dp-TH.1.pdf Diciembre.
10. BORRELL I CARRIÓ F. 1989. "Manual de entrevista clínica". Ediciones Doyma. Cap.1.
11. RÉBORA NORA. 2002. "Propuesta de información integrada para los hospitales de la secretaría de salud del gobierno de la ciudad de Buenos Aires". Tesis. www.isalud.org/htm/site/tesis.asp Diciembre.

12. PLAZZOTTA F.A, OTERO P.B, GONZÁLEZ B. DE QUIRÓS FB. 2005. "Estrategias para agilizar la atención ambulatoria: integración de los sistemas de información". a: Residencia de Informática Médica, b: Área de Informática Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. 8° Simposio de informática en salud.
13. GONZÁLEZ BI, LÓPEZ P., MARÍN IA. 2002. "Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el trabajo". RevMed. IMSS.; 40: 301-04.
14. MANRÍQUEZ M, RAMIREZ M., FERRER GUERRA, J. 2010. "El empowerment como predictor del compromiso organizacional de las Pymes".
www.ejournal.unam.mx/rca/231/RCA000023106.pdf
15. DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA. 2006. "Procedimiento Asignación y Cancelación De Turnos Web a Pacientes Ambulatorios. Normas & Procedimientos". Hospital Italiano de Buenos Aires. www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/clases_attachs/2008-102.pdf
16. SPADAFORA, S; OTERO, R. 2011. "La Calidad del Sector Salud". Plataforma de Información. Universidad ISALUD. Especialización en Administración Hospitalaria. Marzo
17. SPADAFORA, S; OTERO, R. 2011. "Instrumentos de Evaluación de la Calidad de la Atención en las Instituciones de Salud". Plataforma de Información. Universidad ISALUD. Especialización en Administración Hospitalaria. Marzo.
18. DONABEDIAN AVEDIS. 1997. "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación". La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V. Mexico D.F.
19. BOSCH SAMUEL J. – VAZQUEZ EDUARDO M. 1998. "Atención Médica Gerenciada: su definición, historia y situación actual". Medicina y Sociedad. Vol 21 N° 3.
20. Gestión de Servicios Asistenciales. ¿Cómo convertir un Jefe de Servicio en un gerente?. Dr. Díaz, C., Ediciones ISalud 2009
21. TOBAR, F. "Herramientas para el análisis del sector salud". 2000. Medicina y Sociedad. Volumen 23 N° 2. Páginas 83 y sucesivas. Julio.
22. GARCÍA, G., TOBAR, F. 2004. "Salud para los Argentinos". Ediciones ISalud. 1ra ed.

13. Anexos

Anexo 1

Encuesta realizada a administrativos del área de consulta externa. N:40

Sanatorio Central EMHSA
Departamento de Recursos Humanos



Dentro de nuestro plan de mejoramiento de la calidad de nuestros servicios, es que deseamos conocer su opinión sobre algunas problemáticas de su puesto de trabajo. Por favor complete la siguiente encuesta. La misma es anónima y los datos obtenidos nos servirán para producir las modificaciones necesarias para mejorar lo que surja como deficitario. Agradecemos su colaboración.

Area de consulta externa. Sector al cual pertenece.

Cuál/es son a su juicio los problemas más importantes de su puesto de trabajo?

Marque con una X la/s que crea más relevante. Puede no marcar ninguna.

En relación al sanatorio:

Puesto de trabajo incómodo

Falta de insumos de trabajo

Otros _____

En relación a compañeros de trabajo

Mal clima laboral

Desorganización

Falta de compañerismo

Otros _____

En relación con los profesionales

Impuntualidad

Malos modos

Cancelaciones

Otros _____

En relación con los pacientes

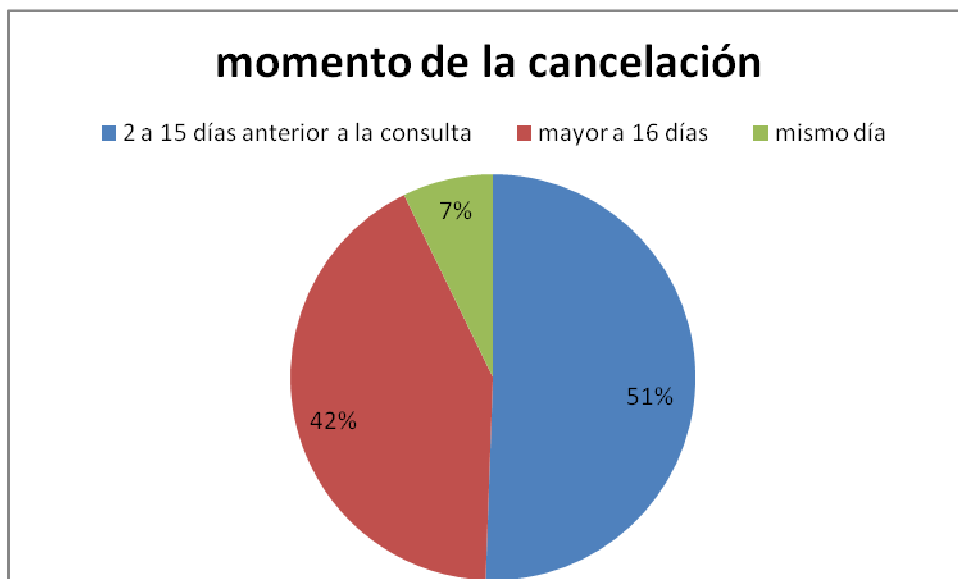
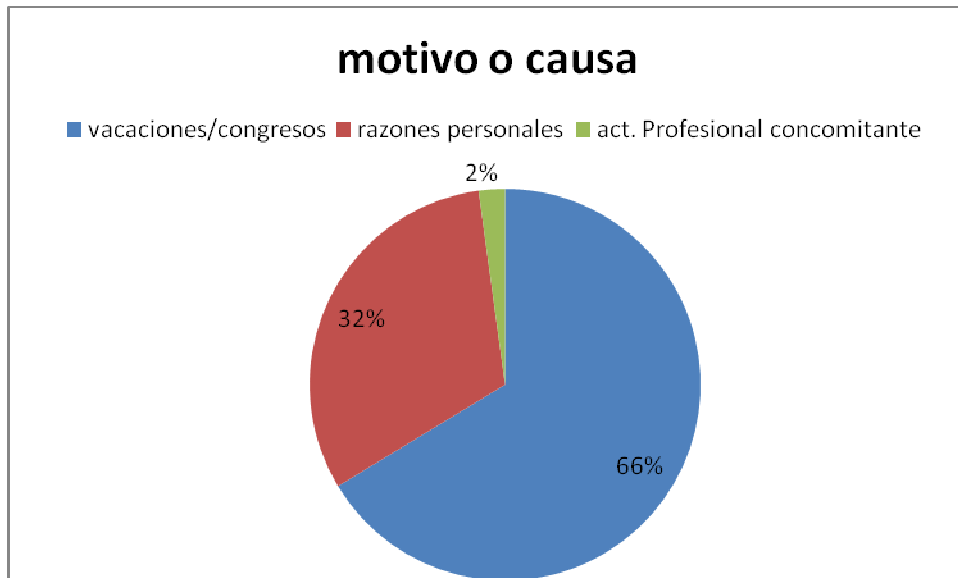
Mala educación

Maltrato

Otros _____

Fuente: elaboración propia

Gráficos de Cancelaciones



Servicio	cancelaciones
CIRUGIA GENERAL	16%
CLINICA MEDICA	15%
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	19%
PEDIATRIA	14%
TRAUMATOLOGIA	21%
OTROS	15%

Elaboración propia