

D. Cosialls¹, M. J. Liarte¹, T. Rodríguez¹,
H. Allende², A. Moragas², R. Bernat³, A.
Ariza⁴, J. L. Mate⁴, A. Mañas¹, M. Rovira¹ y
J. J. Navas⁵

Aplicación del modelo de auditoría operativa a los servicios de anatomía patológica



Introducción

Una organización está formada por un conjunto de individuos que, moviéndose en unas coordenadas espacio/tiempo, interactúan entre sí orientando su actividad hacia un fin determinado con una concepción que puede ser departamental o de proceso.

El tiempo es su vector; sobre él llevan a cabo su proceso, desgranando sus objetivos y proporcionando productos y servicios. El paso del tiempo y la evolución del conjunto de la organización facilitan la aparición de disfunciones organizativas: la resolución parcial de los conflictos, los cambios de contexto, la intervención de profesionales que conocen el proceso en su totalidad, las nuevas necesidades..., pueden facilitar un comportamiento anómalo o ineficaz, un alejamiento de las necesidades, su desviación respecto al objetivo...

El proceso productivo de una organización lo podemos definir como el conjunto y secuencia de actividades encadenadas y orientadas a generar un valor añadido intrínseco sobre las entradas a un sistema en función de los requerimientos del cliente, manteniendo la lógica del profesional y dentro de los objetivos institucionales.

Asimismo, se puede considerar como un conjunto de relaciones cliente/proveedor siendo ésta la forma natural de organización del trabajo en las organizaciones sanitarias.

También tiene como vector el tiempo.

Durante la exposición se utilizarán algunos términos quizá algo alejados de la práctica profesional del lector. Para evitar la confusión terminológica y facilitar la comprensión del contenido, al final del artículo se proporciona un glosario de términos.

¹Direcció de Planificació, Control de Gestió, Projectes i Avaluació Institut Català de la Salut

²Jefe de servicio de Anatomía Patológica. Hospital Vall d'Hebron

³Jefe de servicio de Anatomía Patológica. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge

⁴Jefe de servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

⁵Divisió de Hospitals del Institut Català de la Salut

¿Qué se entiende por Auditoría Operativa en Servicios Hospitalarios?

El análisis objetivo, independiente, descontextualizado y transparente del estado (eficacia) y de la adecuación de la organización (en el contexto) frente a los objetivos y resultados esperados tanto del propio Servicio Clínico como del Hospital.

¿En qué consiste la Auditoría Operativa en Servicios Hospitalarios?

Este tipo de auditoría es:

1. Un proceso de análisis externo a la organización, aunque con algunas características de análisis interno.
 - 1.1. De carácter preventivo.
 - 1.2. De generación de confianza organizativa
 - 1.3. Dentro del marco de planificación estratégica.
 - 1.4. Del cómo se hacen las cosas.
 - 1.5. Niveles de análisis: estado, situación y contexto.
 - 1.6. Sobre un proceso vivo.
2. Un proceso de transferencia de conocimiento.
 - 2.1. Ayuda a clasificar y a conectar las soluciones con los problemas.
 - 2.2. De creación de valor y de cultura institucional.
3. Un proceso de uso y creación de evidencia objetiva y de información.
4. Un análisis global e integrado de un Servicio compuesto por más de un proceso.
 - 4.1. Cuyo eje es un proceso multidisciplinar y que requiere la:

- 4.1.1. Identificación de sus capacidades esenciales.
- 4.1.2. Detección de sus puntos críticos.
- 4.1.3. Estudio de sus relaciones relevantes.
- 4.1.4. Estudio de su tiempo de asistencia y de proceso técnico.

5. Una definición del estado de la Especialidad o del Área de conocimiento.
 - 5.1. Análisis del contexto.
 - 5.2. *Bechmarking*.
 - 5.3. Ingeniería inversa.
 - 5.4. Estándares.
6. Un proceso con una única metodología que puede expresarse de formas diferentes: aplicación de las normas, técnicas y procedimientos, habituales o *ad hoc*, dentro de un Plan de Trabajo.
7. Un conjunto de propuestas de acciones de mejora que aporta pero que no pone en marcha.
8. Un proceso continuado y periódico.

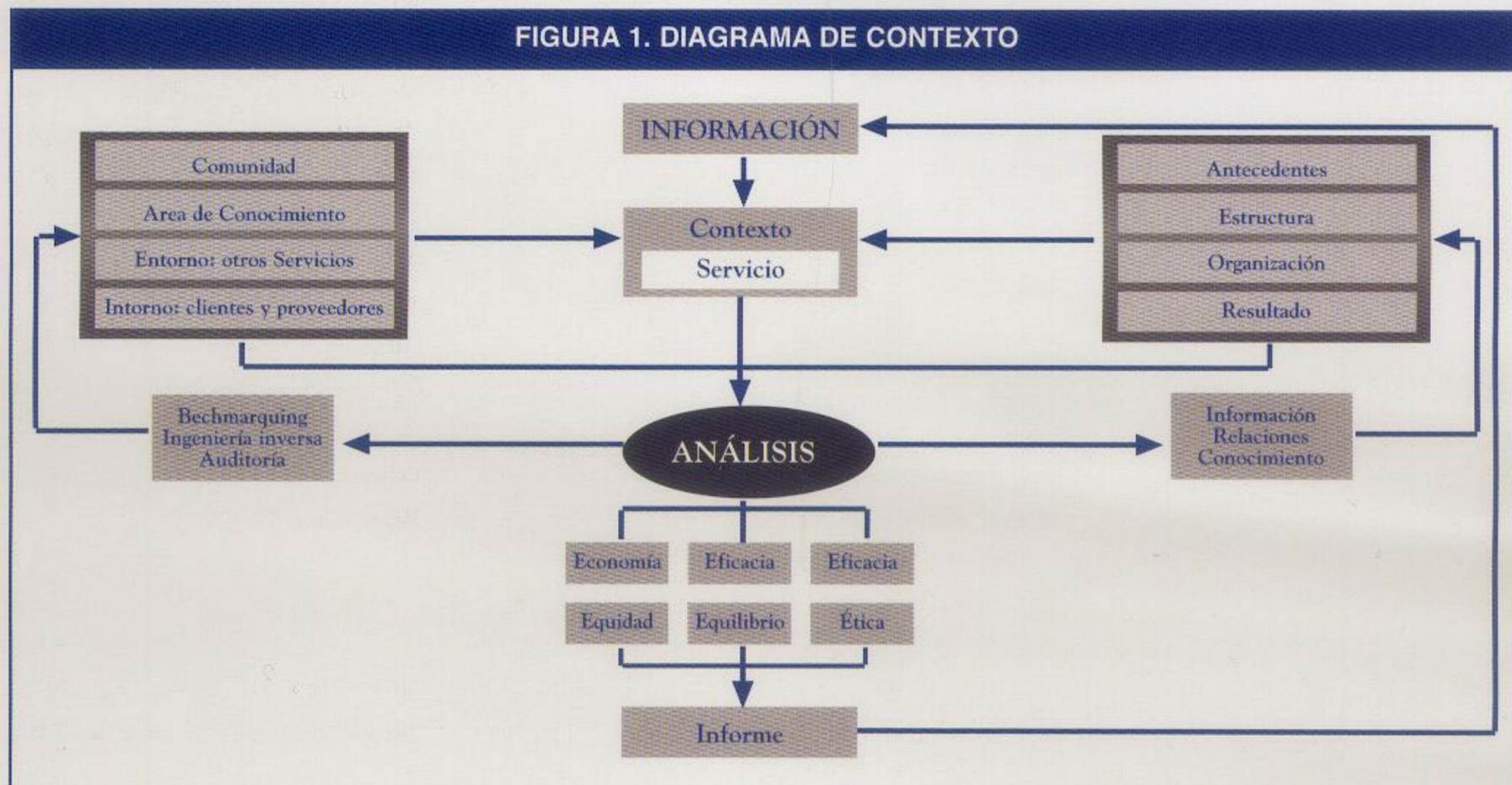
Ámbito de actuación de la Auditoría Operativa en Servicios Hospitalarios

La organización y sus elementos: profesionales, tiempo, relaciones, procesos, tecnología, el proceso organizativo. Línea argumental:

- el conjunto de relaciones cliente-proveedor que lo caracteriza y
- el tiempo como su vector.

Diagrama de Contexto del proceso de Auditoría Operativa en Hospitales

FIGURA 1. DIAGRAMA DE CONTEXTO



Aplicación del modelo de auditoría operativa a los servicios de anatomía patológica

Dianas del modelo de Auditoría Operativa

Las dianas de este modelo son:

- *Los servicios centrales:* aquellos que no tienen al paciente como cliente final, que son nucleares para el diagnóstico y básicos para el funcionamiento correcto del Hospital. Sus clientes son los médicos asistenciales directos.
- *Los servicios clínicos directos:* tienen al paciente como cliente final y son responsables globales de todo su proceso. Son clientes del resto de los Servicios del Hospital y pueden ser, ocasionalmente, proveedores de interconsultas.
- *Los servicios clínicos intermedios:* aquellos que tienen al Servicio clínico directo como cliente final y al paciente como cliente intermedio, siendo responsables de una parte de su proceso. Son clientes del resto del Hospital y, básicamente, proveedores de servicios de interconsulta.
- *Los dispositivos asistenciales:* son aquellas estructuras comunes de cuidados donde se lleva a cabo actividad clínica y asistencial; son proveedores de todos los demás y clientes de los servicios de soporte. Pueden ser intra o extrahospitalarios aunque siempre están relacionados con el hospital; también pueden ser presenciales o con un cierto grado de virtualidad.
- *Los fenómenos de gestión:* espera, adecuación, equidad, accesibilidad... Situaciones que involucren a diversos grupos de los citados anterior-

mente y que han y pueden ser analizados desde una óptica integrada y no focalizada.

- *La evaluación estructural.*

Objetivos

Podemos identificarse en un nivel estratégico o táctico.

Nivel estratégico:

- Facilitar la creación de redes funcionales de profesionales y de conocimiento.
- Forzar la transferencia de conocimiento.
- Crear valor y cultura institucional.
- Solidez organizativa.

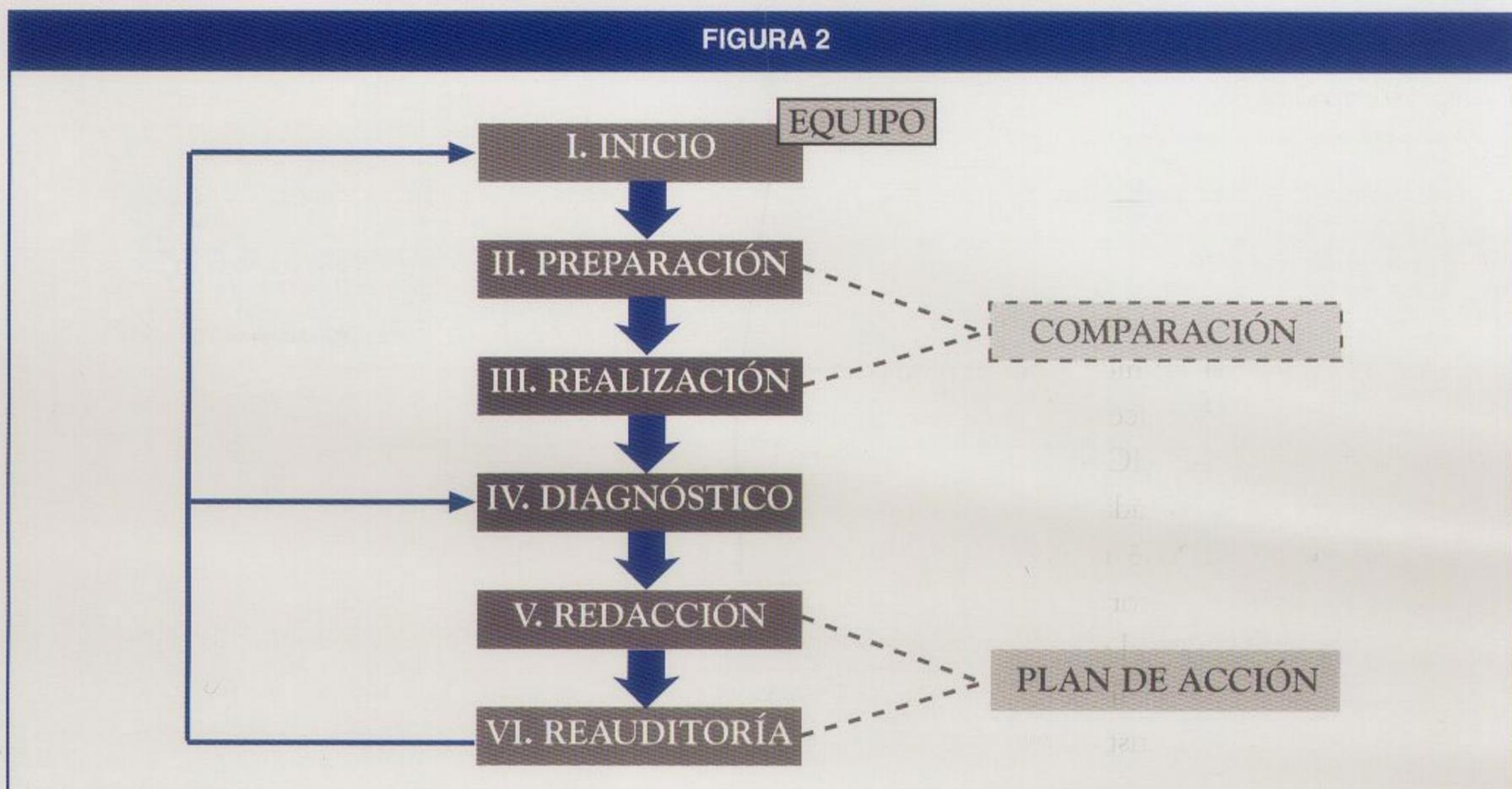
Nivel táctico:

- Incrementar la capacidad de generar información segura y fiable.
- Consolidar prácticas eficaces, eficientes y productivas aprendiendo de los mejores.
- Equiparar nuestra práctica a los estándares de calidad del entorno ampliando nuestra concepción sobre él.
- Análisis del impacto organizativo de la tecnología ligera.
- Abordar las nuevas demandas de forma creativa.

Metodología

Consta *stricto sensu* de seis fases que se presentan en forma de Mapa de Proceso de la Figura 2.

FIGURA 2



Mapa general del contenido del proceso de Auditoría Operativa en Servicios Hospitalarios

TABLA 1. MAPA GENERAL DE CONTENIDOS HOSPITALARIOS

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
RECURSOS HUMANOS Profesionales: perfil laboral Tabla de capacidades Tablas de trabajo Tabla de absentismo Contratación vinculada externa: investigación, docencia	RECURSOS HUMANOS Adecuación de tareas y de perfiles Análisis de la estructura de mando, poder y relaciones Disponibilidad asistencial, tiempo no asistencial Dedicación docente e investigadora Formación general y específica	RECURSOS HUMANOS Impacto del modelo de relación Potencialidad: disponibilidad y tablas de trabajo Modelo de evaluación del desempeño → BLOQUE DE COMPARACIÓN
FUNCIONAL Y ORGANIZACIÓN: EFICACIA Criterios de acreditación Modelo de gestión Sistema de Información Aplicación del concepto de polivalencia profesional Aplicación del concepto de agenda	FUNCIONAL Y ORGANIZACIÓN: EFICACIA Mapas de proceso clínicos y asistenciales Agendas y cargas Dinámica de gestión de anomalías Sistemas de clasificación de casos Control de gestión Participación en la dinámica hospitalaria	FUNCIONAL Y ORGANIZACIÓN: EFICACIA Dinámica de análisis funcional de la organización Porcentaje de cobertura de agendas Tiempo de respuesta Porcentaje de anomalías Conjuntos de datos específicos (CMBD) Valoración del Servicio por el cliente interno y externo → BLOQUE DE COMPARACIÓN
RECURSOS FÍSICOS Y UTILLAJE De gestión directa: inventario, vida útil... De gestión funcional De gestión cliente/proveedor Contratos de actividad y rendimientos Concepto de uso multidisciplinar de los espacios	RECURSOS FÍSICOS Y UTILLAJE Eficiencia de la gestión directa Eficiencia de la gestión funcional Comisiones específicas de compras Eficiencia cliente/proveedor Comisiones de utilización Listas de espera	RECURSOS FÍSICOS Y UTILLAJE Redefinición de procesos Control de gestión directa, funcional y cliente/proveedor Indicadores relacionales y de sustitución Mapas de casuística Ratios de actividad Tiempo de atención Coronas territoriales → BLOQUE DE COMPARACIÓN
de CONOCIMIENTO Guías clínicas Protocolos Normas de procedimiento Guías instrumentales ligadas al utillaje Docencia estructurada Investigación estructurada	de CONOCIMIENTO Sesiones clínicas, docentes internas, revisiones, documentales y de evidencia científica... Programa de Calidad Seguimiento de procesos y casos	de CONOCIMIENTO Nuevos Redefinición de procesos: resultados e incidencias Incorporación del conocimiento creado a la vida científica Incorporación de residentes formados al colectivo profesional → BLOQUE DE COMPARACIÓN

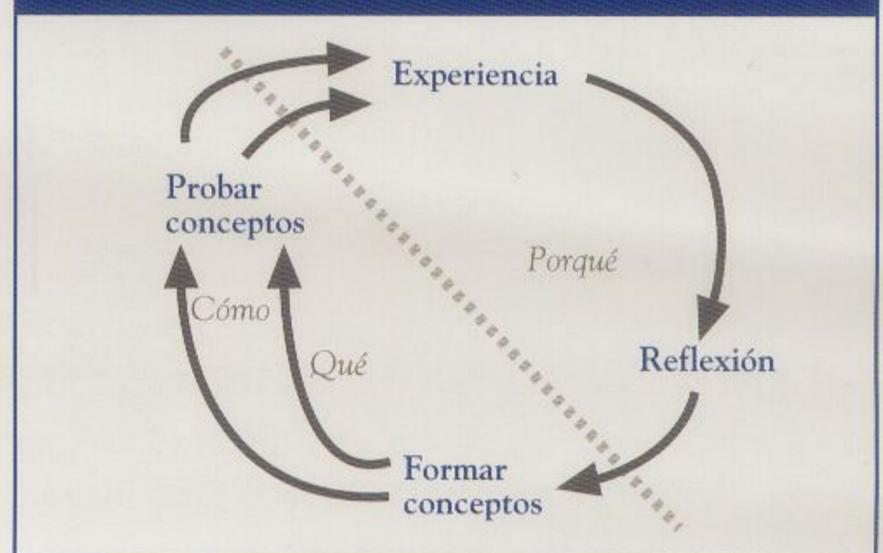
Anatomía patológica

La aplicación de la metodología auditora, y el propio hecho auditor en sí mismo, se ha de considerar dentro del marco estratégico del Hospital y del 'Institut Català de la Salut' (ICS).

En cada momento, y en cada situación, ambas instituciones deben decidir qué modelo de análisis es necesario: evaluación o auditoría.

Sea cual sea la respuesta, el modelo escogido se ha de incorporar como un mecanismo de control más al servicio de la estrategia institucional y directiva (Figura 3).

FIGURA 3. LA RUEDA DE KIM APLICADA AL MODELO DE AUDITORÍA OPERATIVA DEL I.C.S.



Aplicación del modelo de auditoría operativa a los servicios de anatomía patológica

El proceso auditor en el Hospital, y en los Servicios Médicos, necesita ser aceptado por la organización, compartir sus valores y tener un enfoque participativo y organizativo; de este modo, aumentará la adhesión tanto al propio proceso auditor como a los resultados, sugerencias y recomendaciones que aporte.

El proceso auditor ha de afectar a todos los procesos del Servicio Médico y extenderse aquellos otros procesos que, aunque se hallen en el ámbito de otros Servicios, sean cercanos organizativa o clínicamente a Servicio auditado.

No debe limitarse al área médica y/o de enfermería o al área administrativa/de gestión sino recoger todo lo que, de ambas, se refleje o afecte al eje de la Auditoría Operativa en Hospitales: el proceso asistencial.

Objetivo general

Crear, estimular y mantener la cultura interna de evaluación constante y de mejora continua tanto en la red asistencial interna del Hospital como en la propia de cada uno de los Servicios de Anatomía Patológica.

Su visión inmediata no es la de la productividad.

Motivación

De entre las opciones metodológicas existentes se decidió utilizar, en el estudio de los Servicios de Anatomía Patológica, el modelo de Auditoría Operativa por su finalidad organizativa, porque analiza el estado y el contexto y porque excluye el estudio de la coyuntura.

Objetivos específicos

El análisis objetivo, independiente y transparente del estado (eficacia y adecuación) de la organización (en el contexto) frente a los objetivos y resultados esperados tanto del propio Servicio de Anatomía Patológica como del Hospital.

Evitar el sesgo coyuntural y el sesgo técnico auditor.

Material

Se aplica a los Servicios de Anatomía Patológica de tres Hospitales de Alta tecnología del 'Institut Català de la Salut' (ICS): H1, H2 y H3.

Objetivos instrumentales

- Fijar la sistemática organizativa e informativa en los Servicios de Anatomía Patológica del ICS.
- Establecer mecanismos de *benchmarking* entre ellos.
- Identificar estándares aplicables a los Servicios de Anatomía Patológica del ICS.
- Identificar, argumentar y consolidar, conjuntamente con los participantes, las áreas susceptibles de mejora.
- Crear instrumentos de gestión.

¿Por qué los Servicios de Anatomía Patológica?

Por ser servicios centrales, por razón de oportunidad y para gestionar un momento de cambio.

Equipo auditor: En la fase de preauditoría estuvo compuesto por tres médicos auditores expertos en gestión. En la fase de Auditoría se consideró también equipo auditor tanto a los Jefes de Servicio como a los mandos intermedios de los Servicios participantes.

Calendario: Se llevó a cabo durante los años 2000 y 2001. El calendario de sesiones de trabajo y de reuniones fue gestionado por cada Jefe de Servicio.

Mapa de la metodología utilizada

Se presenta, de forma sintética y gráfica, en la figura 4 el conjunto de etapas de la Auditoría y un cierto nivel de detalle de sus componentes fundamentales.

En la misma figura se presenta uno de los productos finales del estudio: el Mapa del Proceso 'tipo' del Servicio de Anatomía Patológica.

Elementos analizados

En la tabla 2 se detallan aquellos ítems que fueron observados en todos los centros siguiendo los cuatro grandes ejes de la Auditoría Operativa: recursos humanos, organización, sistema de información y actividad.

FIGURA 4

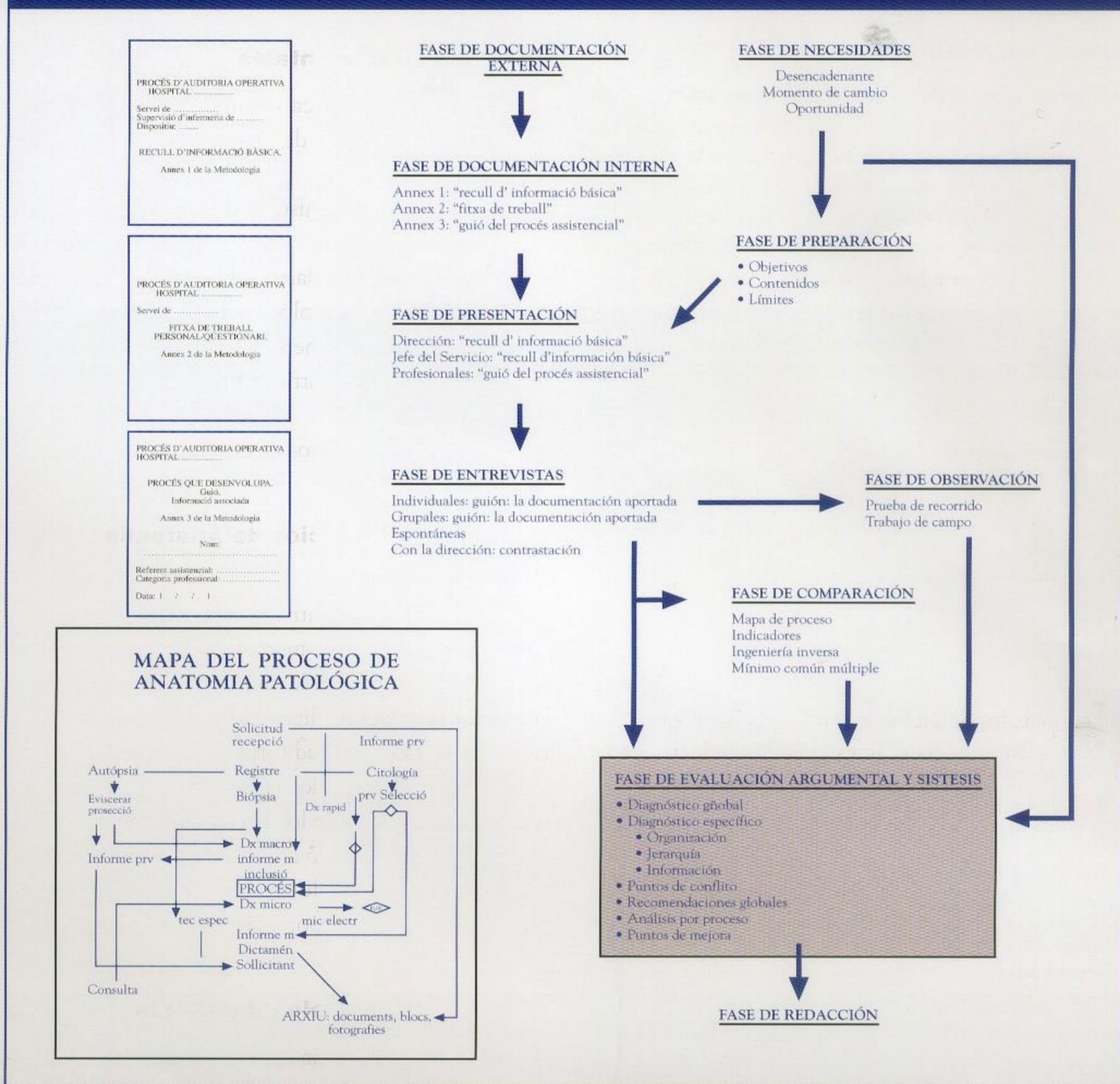


TABLA 2

RECURSOS HUMANOS	ORGANIZACIÓN	SISTEMA DE INFORMACIÓN	ACTIVIDAD
<p>Correspondencia categoría/función</p> <p>Soporte al proceso mecánico, técnico y/o al de diagnóstico</p> <p>Perfil y formación: capacidad de absorción y de resolución</p> <p>Perfil generalista/especialista</p>	<p>Distribución horaria y de tareas</p> <p>Tabla de referentes asistenciales, de trabajo facultativo, interferencias y guardias</p>	<p>Nivel de mecanización y registro</p> <p>Manuales de procedimiento, circuitos organizativo e informativos: hoja de ruta</p> <p>Integración del sistema y privilegios de acceso</p> <p>Dotación de hardware y software: nivel de uso</p> <p>Documentación: históricos y pasivos</p> <p>Sistemas de clasificación de casos</p> <p>Nudos críticos</p>	<p>Evolución</p> <p>Actividad: unidades relativas de valor, indicadores standard y de benchmarking</p> <p>Indicadores cliente/proveedor</p>

**Aplicación del modelo de auditoría
operativa a los servicios de anatomía
patológica**

Valoración realizada

El nivel de valoración fue muy exhaustivo. A partir del diagnóstico global organizativo (Tabla 3) de cada Servicio se llevó a cabo el de cada proceso: biopsia, citología y autopsia (Tabla 4) para finalizar con un análisis pormenorizado de cada uno de ellos (Tabla 5).

Este trabajo se desarrolló, y se repitió, con todos y con cada uno de los médicos implicados.

En cada paso se comparó la manera de proceder un cada uno de los servicios estableciéndose mecanismo de benchmarking para llegar a plantear las recomendaciones y sugerencias que el conjunto del equipo auditor consideró ajustadas.

Al final se presentaron un conjunto de puntos de mejora por grandes líneas organizativas.

TABLA 3. DIAGNÓSTICO GLOBAL (Modelo de gestión: estructuración, disfunciones organizativas y/o informativas, estabilidad)	
DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO	RECOMENDACIONES GLOBALES
<p>a.- de la organización</p> <ul style="list-style-type: none"> • línea de gestión <ul style="list-style-type: none"> • proceso formal de asignación de tareas y objetivos • interferencias en el proceso: desequilibrio organizativo, uni o polivalencia • protocolización • posición relativa respecto de la dirección • nivel de integración o aislamiento • existencia de procesos compartidos <p>b.- de la jerarquía</p> <ul style="list-style-type: none"> • conocimiento del proceso • ejercicio de la jerarquía • adecuación de tareas v interferencias <p>c.- del sistema informático e informativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • proyecto y adecuación • potencialidades • líder • uso • soporte técnico • nivel de formación • acceso 	<p>Normalización de la línea jerárquica y de gestión</p> <p>Tejido organizativo, asistencial, docente y de investigación</p> <p>Perfiles y capacidades</p> <p>Relaciones internas y externas; clima laboral</p> <p>Modelo de trabajo generalista-consultor</p> <p>Validación y screening</p> <p>Tablas de trabajo</p> <p>Equilibrio de cargas</p> <p>Dimensionado del Servicio</p> <p>Uso del sistema de información y del informático</p> <p>Hoja de ruta</p> <p>Optimización de procesos</p> <p>Conectividad a la red informática</p> <p>Codificación</p> <p>Normas de archivado histórico</p> <p>Relación con los clientes: agendas</p> <p>Agendas internas</p> <p>Control de gestión</p>

TABLA 4. DIAGNÓSTICO GLOBAL DE CADA PROCESO	
ORGANIZACIÓN	ACTIVIDAD POR PROFESIONAL
<p>Por especialidades o generalista; polivalencia</p> <p>Desplazamientos asistenciales: agendas</p> <p>Actividad programable y no programable</p> <p>Indicadores de actividad, costes, estándares, ad hoc y de benchmarking</p>	<p>Cargas de actividad: desequilibrios</p> <p>Tiempo de respuesta pormenorizado</p> <p>Procedencia</p> <p>Complejidad</p>

TABLA 5. ANÁLISIS PORMENORIZADO DE CADA PROCESO				
RECEPCIÓN	INCLUSIÓN	PROCESADO TÉCNICO	DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO	INFORME FINAL
<p>Receptor</p> <p>Preselección</p> <p>Criterios de rechazo</p> <p>Registro: solicitud y muestra</p> <p>Hoja de ruta</p>	<p>Momento</p> <p>Orden y prioridad</p> <p>Incluser</p> <p>Causas de retraso</p> <p>Etiquetado</p> <p>Diagnóstico macroscópico</p>	<p>Inicio/final</p> <p>Ciclos</p> <p>Tutela</p>	<p>Lector</p> <p>Técnicas especiales: control</p> <p>Sistemática y codificación</p> <p>Proformas</p> <p>Validación y corrección</p>	<p>Copias y clasificación</p> <p>Recogida y distribución</p> <p>Acceso remoto</p> <p>Hoja de ruta</p> <p>Archivo</p>

Puntos de mejora sugeridos, por grandes líneas organizativas

- Lógica y coherencia del modelo organizativo.
- Capacidad de absorción de la demanda y garantía de la oferta.
- Orden y programación: cargas y equilibrios; estado del proceso: control.
- Disponibilidad del personal: polivalencia, clima laboral.
- Calidad asistencial, garantía de resultados, tiempo de respuesta, variabilidad, seguridad, confianza.
- Tratamiento de la variabilidad.
- Acceso y disponibilidad de la información y de la documentación.

Desarrollo de la Auditoría Operativa en los servicios de Anatomía Patológica

1. Fase de preparación

El equipo auditor, junto al promotor, definió los objetivos, contenidos y límites de la Auditoría.

2. Fase de documentación interna

Con lo definido en la fase anterior y con la documentación recogida sobre la Especialidad y sus procesos se elaboró el material de trabajo de la Auditoría:

- Recopilación de información básica.
- Ficha de Trabajo.
- Guión del Proceso Asistencial.

3. Fase de presentación

Se llevó a cabo en tres momentos consecutivos y diferentes:

1. Al equipo directivo, se le entregó la Recopilación de información básica que más tarde serviría como guión en la revisión organizativa, y se le solicitó un conjunto de información complementaria de interés para la Auditoría (Tabla 6). Se valoraron tanto las relaciones entre el Servicio y el resto de los Servicios del Hospital como las del Servicio con la Dirección.
2. Al Jefe de Servicio, se le entregó la Recopilación de información básica que serviría más tarde como guión en la revisión organizativa, y un conjunto de información complementaria de interés para la Auditoría. (Tabla 6).
3. A los profesionales; se les entregó una Ficha de Trabajo y un Guión del Proceso Asistencial. La ficha debía ser devuelta, ya cumplimentada, en el momento de la entrevista; ambas serían su guión.

El producto de esta fase fue la publicidad del proceso y la implicación y la participación de los profesionales.

4. Fase de entrevistas formales

Se llevaron a cabo tras la entrega de la documentación y tras dejar transcurrir un tiempo razonable.

4.1. Al Jefe de Servicio

Objetivos: análisis global del proceso de Anatomía patológica en su Servicio.

TABLA 6

DOCUMENTACIÓN PROPIA DEL SERVICIO	DOCUMENTACIÓN SOLICITADA AL GERENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Memoria del Servicio - Plan de reposición - Documentación relacionada con el sistema de información - Asignación de objetivos - Comisiones de compras: actas - Registro de reclamaciones escritas - Programa docente propio - Manuales técnicos de procedimientos y protocolos técnicos establecidos: Circuitos - Protocolos clínicos de proceso - Standards de proceso - Actas de las sesiones intraservicio - Actas de las sesiones comunes entre el Servicio y otros Servicios - Correspondencia entre el Jefe de Servicio y la Dirección - Descripción de puestos de trabajo de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> - Acreditación docente - Acreditación para la investigación - Control presupuestario - Control de gestión - Evaluación individual de capacidades del personal Memoria de las relaciones asistenciales entre los servicios cliente y el Servicio de Anatomía Patológica - Circuito de eliminación de residuos

Aplicación del modelo de auditoría operativa a los servicios de anatomía patológica

Describir los puntos de conflicto conocidos y detectados y los de mejora aplicables.

Guión: el Recopilación de Información Básica.

Soprote: la documentación aportada solicitada.

Duración: 120 minutos.

Participantes: los tres auditores y el Jefe del Servicio.

Producto: obtener una visión global del Servicio.

Sistemática: entrevista semiestructurada donde se analizó, documento a documento, todo lo aportado en relación con la organización del Servicio y de sus procesos: tiempo y resultado.

4.2. A los Facultativos

Con todos ellos y de forma individual.

Objetivos: dibujar el Mapa de cada proceso y el papel de cada profesional en él; seguir punto a punto ese proceso desgranando sus componentes.

Que nadie quedara fuera de la Auditoría.

Guión: Guión del Proceso Asistencial y Ficha de Trabajo.

Duración: 60 minutos.

Participantes: los auditores y el profesional.

Producto: dibujar el Mapa y el análisis del proceso: relación problema-solución.

Sistemática: entrevista semiestructurada donde se analizó, paso a paso, todo el proceso, así como la documentación aportada.

4.3. Entrevistas grupales

Pretendían completar el estudio y detectar puntos de conflicto, tensiones y relaciones anómalas que pudieran alterar el proceso asistencial.

Se llevaron a cabo con los profesionales encargados de coordinar al personal sanitario no médico.

Objetivos: establecer su participación en el proceso y su papel así como las relaciones internas y externas, tanto organizativas como asistenciales.

Establecer roles.

Duración: 60 minutos.

Participantes: los auditores y los profesionales.

Producto: obtener el máximo detalle técnico en el proceso, logística e información, relaciones trascendentes para el proceso o para el resultado final.

Implicación y contraste.

Guión: Guión del Proceso Asistencial.

4.4. Entrevistas individuales

En algún caso, se entrevistó a profesionales no médicos que se identificaron o manifestaron como organizativamente relevantes.

4.5. Entrevistas con la Dirección del centro

Las cuestiones tratadas durante estas entrevistas giraban entorno de la:

- La organización.
- Las relaciones básicas entre el Servicio y otros Servicios.

5. Fase de observación

Consistió en la visita a todos los espacios de trabajo, de archivo de pasivo...

- prueba de recorrido: recreación de los circuitos.
- entrevistas informales y no estructuradas.

Diana: el sistema de información y la organización subyacente.

Objetivo: contrastar y repasar.

Producto: confirmar lo anotado en las entrevistas.

Guión: Mapa de proceso.

5.1. Trabajo de campo

Allí donde no existía información fiable u objetiva.

5.2. Comparación

- frente a estándares.
- frente a otras maneras de hacer lo mismo.
- de lo aportado por los profesionales.

5.3. Corrección

De la actividad, de los tiempos, de cálculos existentes...; allí donde se hizo necesario.

5.4. Construcción de ratios e indicadores

Allí donde no se pudieron obtener de la bibliografía o de la práctica asistencial.

6. Fase de evaluación y de síntesis

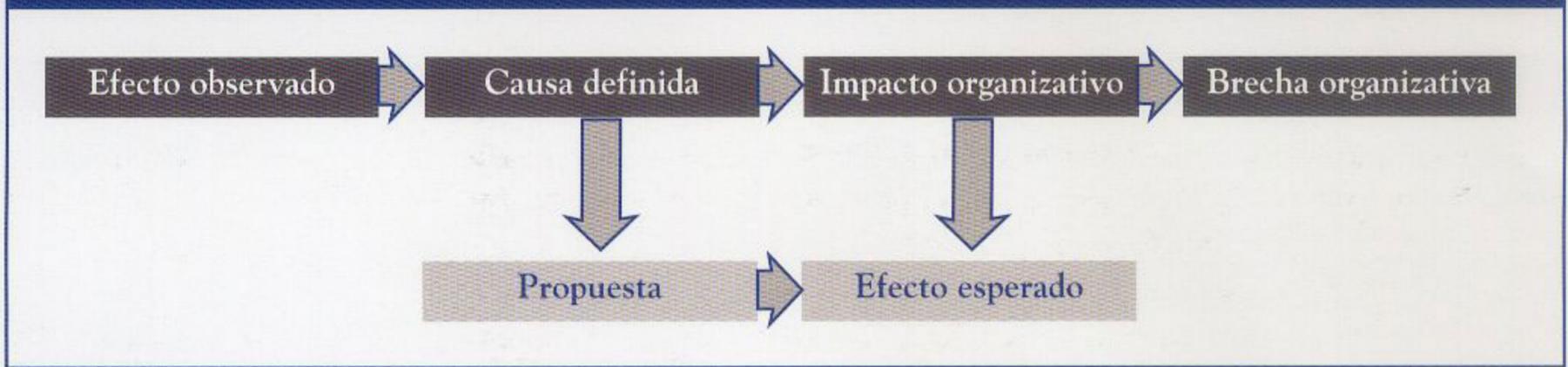
Consistió en la puesta en común de lo observado y registrado per cada auditor.

Documentación: la recogida y las notas de los auditores.

Elementos analizados: recursos humanos, organización del Servicio, sistema de información, actividad (Tabla 2).

Producto: la identificación de puntos de mejora. Se construyen siguiendo la línea que se describe en la Figura 5.

FIGURA 5



7. Fase de validación

Con miembros relevantes del Servicio participantes en la Auditoría.

8. Fase de redacción

Resultados y recomendaciones en lo que respecta a los modelos organizativos e informativos y los resultados.

TABLA 7

MODELOS ORGANIZATIVOS E INFORMATIVOS	H 1	H 2	H 3	SUGERENCIAS
Existe un modelo asistencial explícito	especialista	generalista-consultor	mixto	mixto
Existe un mapa de proceso explícito	no	si	no	si
Existen procesos normalizados	parcialmente	no	no	si
Se usan clasificadores de casos	si, SNOMED	si, SNOMED	no	si, SNOMED
Se usa la correlación biopsia/citología	no	si	no	si
Porcentaje de re-screening de citología	100%	30%	discrecional	30%
Existe tabla de trabajo médico	si	si	no	si
Se observan desequilibrios en las cargas	si	no	no	no
Existe tabla de trabajo docente pregrado	si	si	no	no
Existe una tabla de peroperatorios	semanal	cíclica	especialidad	cíclica
Número de médicos MIR en formación	2	6	4	
Unidad mínima informativa utilizada	solicitud	solicitud	bloque	solicitud
Existe sistema de información del servicio	si	si	no	si
Está el sistema de información integrado	si	si	no	si
Existe una hoja de ruta	incompleta	si	no	si
Se conoce el tiempo de respuesta	si	si	no	si
Existe un cuaderno de mando	no	no	no	si, completo



**Aplicación del modelo de auditoría
operativa a los servicios de anatomía
patológica**

TABLA 8

RESULTADOS	H 1	H 2	H 3	PROPUESTA
Relación determin. histoquímicas/biopsia	3,2/1	3,5/1	13,3/1	3,5/1
Biopsias peroperatorias/total biopsias (%)	2%	1,5%	7,7%	2,0/1
Biopsias de referencia/total biopsias (%)	15%	39,3%	40,1%	40%
Promedio de biopsias leídas/médico/año	1.989	2.652	2.494	2.500
Promedio de solicitud/administrativo/año	5.171	8.619	4.988	5.000
Relación médico/administrativo	2,6/1	3,3/1	2,0/1	2,0/1
Duración del ciclo tecnológico (horas)	doble	doble	24	doble
Citologías de referencia/citologías totales	50%	76%	49%	75%
Promedio lectura de citolog/médico/año	11.832	8.900	12.953	10.000
Relación citólogo/administrativo	1/1	1,5/1	0,75/1	1,5/1
Promedio de solicitud/administrativo/año	12.555	13.351	9.715	10.000
Promedio citologías/citotécnico/año	6.277	4.450	6.477	6.000
Duración del ciclo tecnológico (horas)	4	4	12	4
Tiempo de respuesta de una biopsia (días)	4,7	3,2	11,7	3-4
Tiempo de respuesta de una citología (id)	2,5	7,1	3,0	3-4
Tiempo de respuesta de una autopsia (id)	19,3	19,0	-	20

Debido a la heterogeneidad de la información disponible al respecto, no se utilizó como elemento de valoración el número de laminillas leídas, a pesar de que, de acuerdo con JE Tomaszewski, este parámetro es un indicador básico para la valoración de los Servicios de Anatomía Patológica.

Grado de incorporación de las recomendaciones a los Servicios

En uno de los Hospitales

- en lo que respecta a las organizativas y a las informativas, se le hicieron 67 recomendaciones sobre diversos componentes de su proceso organizativo; de ellas, el 67 % fue incorporado al Plan de Acción del Servicio y el 33 % parcialmente.
- en lo que respecta a las de resultados, se incorporaron 5 como objetivos de calidad en el modelo de Dirección por Objetivos del Centro.

En otro de los Hospitales

- en lo que respecta a las organizativas y a las informativas, se le hicieron 22 recomendaciones sobre diversos componentes de su proceso organizativo; el 100 % han sido aceptadas y se han incorporado al Plan de Acción del Servicio.
- en lo que respecta a las de resultados, se incorporaron 3 como objetivos de calidad en el modelo de Dirección por Objetivos del Centro;

otras dos, de tipo estructural, están en fase de desarrollo.

En el Hospital restante

- las recomendaciones organizativas e informativas se estructuraron en dos grupos: estratégicos o directivas y operativas. En total 83, el 24 % de tipo estratégico y el resto operativo. Su incorporación al Plan Funcional del Servicio fue muy elevada: el 80 % de las estratégicas y el 94% de las operativas.
- se considera, además, como un valioso instrumento de gestión futuro dado su papel de referente del estado del Servicio en 2001.



TABLA 9. ANÁLISIS PARTICULAR DE UNO DE LOS HOSPITALES

Área	Recomendaciones planteadas	El Servicio estuvo de acuerdo	El Servicio no estuvo de acuerdo	MOTIVOS DEL DESACUERDO					
				Justificación	Poca información	Es un tema institucional	No se acepta el benchamrking	Solución = problema	Razón histórica
Autopsia	5	2	3		2	1			
Biopsia	28	19	9			4	4	1	
Citología	24	15	9	6	2				1
Global	10	9	1	1					
TOTALES	67	45	22	7	4	5	4	1	1
PORCENTAJE		67	33	10	6	7	6	1	1

TABLA 10. ANÁLISIS PARTICULAR DE OTRO DE LOS HOSPITALES

Área	NIVEL ESTRATÉGICO			MOTIVOS DEL DESACUERDO					
	Recomendaciones planteadas	El Servicio estuvo de acuerdo	El Servicio no estuvo de acuerdo	Justificación	Poca información	Es un tema institucional	No se acepta el benchamrking	Solución = problema	Razón histórica
Autopsia	3	3							
Biopsia	7	5	2	1		1			
Citología	6	5	1			1			
Global	4	3	1	1					
TOTALES	20	16	4	2		2			
PORCENTAJE		80	20	10		10			

TABLA 10. ANÁLISIS PARTICULAR DE OTRO DE LOS HOSPITALES

Área	NIVEL OPERATIVO			MOTIVOS DEL DESACUERDO					
	Recomendaciones planteadas	El Servicio estuvo de acuerdo	El Servicio no estuvo de acuerdo	Justificación	Poca información	Es un tema institucional	No se acepta el benchamrking	Solución = problema	Razón histórica
Autopsia	9	9							
Biopsia	19	18	1	1		1			
Citología	16	16				1			
Global	19	16	3	1					
TOTALES	63	59	4	2		2			
PORCENTAJE		94	6	3		3			

Conclusiones

La evolución de las organizaciones facilita la aparición de disfunciones: la resolución parcial de los conflictos, los cambios de contexto, la intervención de profesionales que no conocen el proceso en su totalidad, las nuevas necesidades... pueden facilitar un comportamiento anómalo o ineficaz, el alejamiento de las necesidades, la desviación respecto al objetivo...

El programa de Auditoría presentado permite abordar estas situaciones desde una perspectiva objetiva basada en la evidencia existente y en el *benchmarking* con el entorno institucional, social y científico.

El hecho de que los de los profesionales médicos y de enfermería de los Servicios médicos hagan suyas la

recomendaciones aportadas en el proceso auditor es un indicador de su idoneidad y de su utilidad.

Su participación y la implicación indica el interés que tiene, para ellos, su desarrollo; viene a cubrir un hueco para el que no siempre están preparados: la organización de la tarea asistencial aportándoles un enfoque objetivo, desinteresado y amplio.

Recomendación final

El proceso auditor no puede ser un análisis único y aislado en el tiempo ya que la potencia del método radica en su aplicación periódica.

Aplicación del modelo de auditoría operativa a los servicios de anatomía patológica

Glosario de términos

Cliente: aquella persona o aquel profesional que, en base a sus expectativas y/o necesidades, solicita un producto o un servicio a otro profesional o persona. Ej.: un médico puede ser cliente de otro médico (el médico internista solicita al médico patólogo que le facilite su conocimiento en el diagnóstico de un enfermo); un paciente es un cliente siempre.

Proveedor: el inverso del cliente.

Mapa de Proceso: es una sencilla representación gráfica o documental de los pasos más elementales del proceso desde la perspectiva del cliente o del observador.

Modelo de gestión: forma cómo están estructuradas las tareas, la relaciones y la funciones de un grupo que trabaja conjuntamente en una misma unidad.

Tabla de trabajo: anuncio público de los puestos de trabajo de un servicio o grupo y de sus responsables.

Puesto de trabajo: unidad mínima, específica e impersonal constituida por un conjunto de tareas y/o actividades que se deben de ejecutar en ciertas condiciones y para las que son necesarias unas actitudes y unas aptitudes.

Nivel de integración: grado de conexión o de aislamiento de una función organizativa respecto de la Institución.

Equilibrio de cargas: modo en que están repartidas las tareas a realizar; grado de equilibrio o de desequilibrio entre los profesionales; repercusión operativa de la situación.

Hoja de ruta: representación ordenada de los pasos a seguir en un proceso: tareas, información generada, productos intermedios, etc. Se diseña para minimizar los retardos y los costes y para maximizar la calidad.

Ruta crítica: proceso programable que define la secuencia y el tiempo óptimo de las actuaciones de los profesionales.

Cuaderno de mando: Conjunto de información y documentación relevante, reciente, sintética, fiable, mínima, necesaria y suficiente que precisa permanentemente un directivo para llevar a buen término el adecuado control de las tareas que tiene asignadas.

Control de gestión: mecanismo organizativo de regulación interna y de adaptación al entorno.



BIBLIOGRAFÍA

- TOMASZEWSKI J. E. et al. *The measurement of complexity in surgical pathology*. American Journal of Clinical Pathology 1999; 106 (4,1): 65-69.
- BANTA D. et al. *Introduction to the EURO-ASSESS report*. Int J technol Assessment in Health Care 1997; 13: 133-143.
- ARBAÍZAR J. L. *La auditoría interna en la empresa de los 2000*. Gestión Hospitalaria 1992; 3: 21-22.
- PAJARES D. R., MARCH J. C., GÓMEZ M. E. *Auditoría de comunicación interna de un hospital*. Gaceta Sanitaria 1998; 12: 231-238.
- LAMARCA I., GRAU J., CAÑÍS A. *Hoja de Análisis Matricial de Procesos (HAMP)*. Todo Hospital 1998; 143: 9-14.
- AUDIT COMMISSION. *2000/01 Reference Guide*.
– *Introduction to the audit 2000/2001*.
– *The practice of performance indicators*. Management Paper 2000.
<http://www.audit-comission.gov.uk/ac2/localA/brtarget.html>
– *The principles of performance measurement*. Management Paper 2000.
<http://www.audit-comission.gov.uk/ac2/IC/InsideS/NRlocal/brperfor.html>
– *Audit Comission Corporate Plan 2000 to 2003*.
<http://www.audit-comission.gov.uk/ac2/IC/InsideS/corpplan.html>
– *2000/01 Reference Guide*. <http://www.audit-comission.gov.uk/ac2/PIfirst.htm>
- HHS CHALLENGES. *United States General Accounting Office*. Major Management Challenges and Program Risks. Gener 2001.
- SINDICATURA DE COMPTES DE CATALUNYA. *Informe de fiscalització SCF 10B/1988*. Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona. 1989. Barcelona.
- MARTÍNEZ ROMERO S., MOURE R. *Auditorías de Gestión en el Sector Sanitario*. A: La Práctica de la Auditoría Operativa en España. Sindicatura de Comptes de Catalunya, 1998. pág. 199-221.
- ACAUDIT. *Audit. Comission. Introduction to the audit 2000/2001*.
<http://www.audit-comision.gov.uk/ac2/InsideS/selfbrief.html>
- JOINT COMMISSION. *Hospital, Long Term care and Home: Individual performance measure profile*.
<http://www.jcaho.org/perfmeas/hapmeas.html>
– *Revisions to Selected Medical Staff Standards*. http://www.jcaho.org/standard/medicalstaff_rev.html
- THE INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS. *Código de Ética*.
http://www.theiia.org/ecm/guide-frame.cfm?doc_id=929
– *Standards for the professional of Internal Auditing*.
http://www.theiia.org/ecm/guide-frame.cfm?doc_id=1335_a_1341
- COMITÉ DES RESPONSABLES DE LA VÉRIFICATION INTERNE. *Quebec. Guide sur les Indicateurs de Performance dans les Unités de Vérification Interne*. <http://www.crvl.gouv.qc.ca/pdf/guide/html>
- OFFICE OF THE NORTH CAROLINE STATE AUDITOR. *Summary of performance audits results*. 2000. <http://osa.state.nc.us/perform/pareport/per-0190.htm>
- LA FONDATION CANADIENNE POUR LA CERTIFICATION INTÉGRÉE. *Information répondant au modèle de responsabilité dans les hôpitaux*. En: La responsabilité et l'information assurant un bon rapport coût-efficacité. Cap. 2, pág: 15-0. Hôpitaux Canadiens. 1987. Ottawa.
- INSTITUT DES VÉRIFICATEURS INTERNES. *Montreal. Normes d'attribut, de performance et d'assurance*. http://www.ivim.com/norme_deux.htm
- MEDICAL UNIVERSITY OF SOUTH CAROLINA. *Internal Audit Department*.
http://www.musc.edu/admin/board/internal_audit.html
- BOSTON COLLEGE INTERNAL AUDIT DEPARTMENT. *Guidelines*.
http://www.bc.edu/bc_org/fvp/ia/aud/guide.html
- SECRETARY OF DEPARTMENT OF EDUCATION. *Australia. Internal Audit – Charter*.
<http://www.tased.edu.au/corpddiv/audit/charter.html>