

Aplicación del modelo de auditoría operativa a los Servicios de Anatomía Patológica

Delfí Cosialls i Pueyo¹, María José Liarte¹, Teresa Rodríguez¹, Helena Allende², August Moragas², Roger Bernat³, Aurelio Ariza⁴, José Luis Mate⁴, Arantxa Mañas¹, Mireia Rovira¹, José Jerónimo Navas⁵

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

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

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

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

⁵ Divisió de Hospitales del Institut Català de la Salut.

RESUMEN

Una organización está formada por un conjunto de individuos que se desarrollan en unas coordenadas espacio/tiempo y que interactúan entre sí orientando su actividad hacia un fin determinado.

El tiempo es siempre su vector; sobre él lleva a cabo sus procesos productivos y de servicios, desgrana sus objetivos y crea valor, conocimiento y tecnología.

Una organización se puede considerar como un conjunto de relaciones cliente/proveedor siendo ésta la forma natural de ordenación del trabajo en los servicios sanitarios.

La organización sanitaria, y la hospitalaria en particular, puede ser estudiada en sus parámetros operativos usando metodología procedente de otros sectores productivos una vez ajustada a su realidad particular.

En este artículo se presenta el resultado obtenido de aplicar al entorno hospitalario la metodología auditora operativa; se discute su interés y propósito, se desarrolla el método seguido, se detallan los resultados obtenidos y los instrumentos de gestión que comporta y se plantea su proyección y extensión.

El elevado grado de incorporación de las sugerencias de la Auditoría a la dinámica de los Servicios de Anatomía Patológica nos induce a valorar la experiencia de manera positiva. Este es su indicador de interés: el hecho de que los de los profesionales médicos y de enfermería hagan suyas las recomendaciones aportadas en el proceso auditor.

Palabras clave: Metodología auditora operativa, organización del servicio de Anatomía Patológica.

Operational audit methodology applied to Pathology Departments

Summary

An organisation is a group of individuals who, applying time and spatial co-ordinates, develop themselves and, by interacting, direct their activities towards a previously determined goal.

Time is the vector; the basis needed by an organisation to carry out its service and production procedures, to find its objectives and to create values, knowledge and technology.

The operative parameters of health organisations and, in particular, hospitals can be evaluated once methodology applied in other areas has been adapted to the peculiarities of the field of Medicine.

In this article, we report the results obtained from applying operational audit methodology to the hospital environment. Its importance, its aims and the specific methodology developed (including the management tools required) are described. We also comment the possibilities for expansion and future further applications.

The high level of acceptance by sanitary personnel of the recommendations made by the Auditor and their incorporation into the daily routine by Doctors, Technicians and Nurses confirmed the value of this experience.

Key words: Audit Methodology, Pathology Department Organisation.

INTRODUCCIÓN

¿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 y de la información que utiliza un Servicio hospitalario.

Aunque debe estudiar la coyuntura, ésta no debe de ser su diana.

Su referente son los objetivos, los resultados esperados, los estándares, el conocimiento normalizado (protocolos, guías, ...) y la comunidad científica tanto del propio Servicio Clínico como del Hospital.

Es fundamental comprender el contexto en el que está el Servicio para evitar los sesgos que éste puede provocar.

¿En qué consiste la Auditoría Operativa en Servicios Hospitalarios?

Es el análisis del *cómo* se hacen las cosas en el Servicio estudiado.

Dado su marco organizativo toma relevancia el estudio del *con qué*.

Este tipo de auditoría es:

1. Un proceso de análisis externo a la organización, aunque con algunas características de análisis interno dado que lo llevan a cabo desde una estructura supraHospital (Institut Català de la Salut-I.C.S.) profesionales expertos de esta institución no ligados a los Servicios estudiados del propio I.C.S.; tiene carácter preventivo y tres niveles de análisis: estado, coyuntura y contexto.
2. Un análisis global e integrado de un Servicio compuesto por más de un proceso multidisciplinar identificando sus capacidades esenciales, sus puntos críticos y sus relaciones relevantes.
3. Un proceso continuado y periódico dentro del marco de planificación estratégica tanto del Hospital como de la entidad promotora: en nuestro caso, el I.C.S. (fig. 1).
4. Un proceso de transferencia de conocimiento y de creación de valor, de cultura institucional y de confianza organizativa (fig. 1).
5. Un proceso de uso y de creación de evidencia objetiva y de información que intenta aportar elementos de gestión a los Servicios estudiados.
6. Una definición del estado de la Especialidad o del Área de conocimiento en el que se sitúa el Servicio estudiado mediante la aplicación de técnicas de análisis del contexto, de *benchmark*, de ingeniería inversa, ...

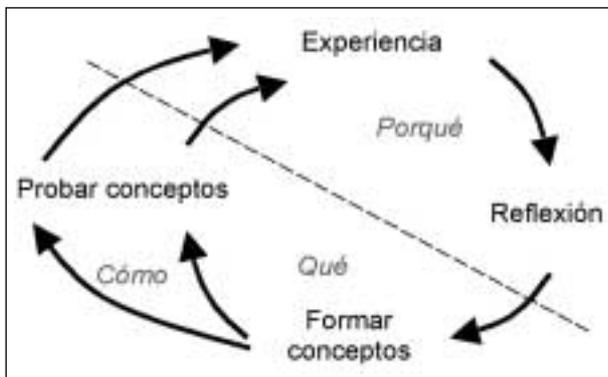


Fig. 1: La Rueda de Kim aplicada al modelo de Auditoría Operativa del I.C.S.

7. Un proceso con una única metodología que puede expresarse de formas diferentes y que finaliza con un conjunto de propuestas de acciones de mejora que aporta, pero que no pone en marcha; intenta ayudar a clasificar y a conectar las soluciones con los problemas.

Ámbito de actuación de la Auditoría Operativa en Servicios Hospitalarios

La *organización* y sus elementos: profesionales, tiempo, relaciones, procesos, información, tecnología, ...

Todos los procesos del Servicio y aquellos otros que, aunque se hallen en el ámbito de otros Servicios, le sean cercanos organizativa o clínicamente al auditado.

Tanto el área médica y de enfermería como el área administrativa o de gestión.

Se estudiará un proceso vivo sobre el que no hay que interferir.

El proceso auditor ha de ser aceptado por la organización, compartir sus valores y tener un enfoque participativo y de aportación: aumentará la adhesión de los profesionales tanto al propio proceso auditor como a sus resultados, sugerencias y recomendaciones.

Diagrama de Contexto del proceso de Auditoría Operativa en Hospitales

La representación gráfica del conjunto de elementos que se deben estudiar en una actividad, así sus relaciones y como éstas, se manifiestan y afectan al resultado final dibuja su «Diagrama de Contexto».

Lo descrito no presupone ningún tipo de jerarquía ni de dimensión en esas relaciones aunque estén una en función de otra u otras.

El de este artículo se expone en la figura 2.

Dianas del modelo de Auditoría Operativa en Hospitales

Las dianas de este modelo de estudio pueden ser:

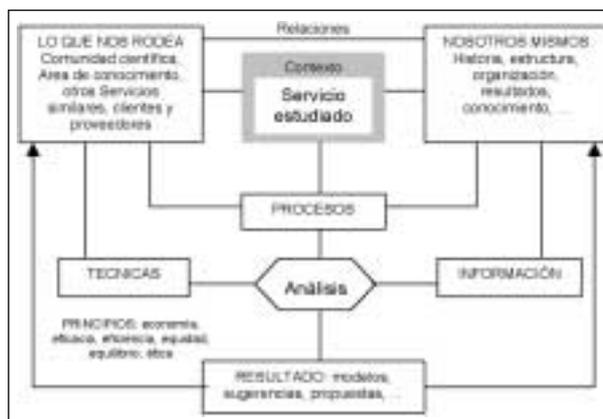


Fig. 2: Diagrama de contexto simplificado.

— *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 extra-hospitalarios 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 involucran a diversos grupos de los citados anteriormente y que han y pueden ser analizados desde una óptica integrada y no focalizada.

— *La evaluación estructural*.

Objetivos del modelo de Auditoría Operativa en Hospitales

- En el nivel estratégico serán:
- Anticiparse a la aparición de disfunciones organizativas.
 - Facilitar la creación de redes funcionales de profesionales para la transferencia de conocimiento organizativo.
 - Crear valor y solidez organizativa.
- Y en el nivel táctico:
- Incrementar la capacidad de generar información segura y fiable.
 - Consolidar prácticas eficaces, eficientes y productivas equiparándolas a las de los mejores estándares del entorno.
 - Abordar las nuevas demandas de forma creativa así como su impacto organizativo.
 - Evitar el sesgo coyuntural y el del contexto así como el sesgo técnico auditor.
- No es la productividad.

Metodología del modelo de Auditoría Operativa en Hospitales

Consta *estricto sensu* de seis fases operativas y de seis fases de creación de conocimiento que se presentan en forma de Mapa de Proceso de la figura 3.

Mapa general del contenido del proceso de Auditoría Operativa en Hospitales

Los ejes auditores son: recursos humanos, organización, sistema de información y actividad y se detallan en la tabla 1.

APLICACION DEL MODELO DE AUDITORIA OPERATIVA A LOS SERVICIOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA

La aplicación de la metodología auditora que se describe se sitúa en el marco estratégico del 'Institut Català de la Salut' como uno de sus objetivos de evaluación de servicios para el año 2001 y siguientes.



Fig. 3.

Impulsor

La División de Hospitales del «Institut Català de la Salut».

¿Por qué los Servicios de Anatomía Patológica?

Por ser servicios centrales: su radio de acción hospitalaria y la criticidad de su tarea lo avala.

Por razón de oportunidad: gestionar un momento de cambio.

Motivación

Organizativa e informativa centrada en los procesos productivos.

Por ello, de entre las opciones metodológicas existentes se decidió utilizar, en el estudio de los Servicios de Anatomía Patológica, la de Auditoría Operativa: analiza el estado y el contexto y limita el estudio de la coyuntura.

Objetivo general

Estimular y mantener la cultura interna de evaluación constante y de mejora continua tanto en el Hospital como en cada uno de los Servicios de Anatomía Patológica.

Tabla 1. Mapa general de contenidos hospitalarios

	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO → BLOQUE DE COMPARACIÓN
RECURSOS HUMANOS	Profesionales: perfil laboral. Tabla de capacidades. Tablas de trabajo. Tabla de absentismo. Contratación vinculada externa: investigación, docencia.	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.	Impacto del modelo de relación. Potencialidad: disponibilidad y tablas de trabajo. Modelo de evaluación del desempeño.
FUNCIONAL Y ORGANIZACIÓN: EFICACIA	Criterios de acreditación. Modelo de gestión. Sistema de Información. Aplicación del concepto de polivalencia profesional. Aplicación del concepto de agenda.	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.	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.
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.	Eficiencia de la gestión directa. Eficiencia de la gestión funcional. Comisiones específicas de compras. Eficiencia cliente/proveedor. Comisiones de utilización. Listas de espera.	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.
DE CONOCIMIENTO	Guías clínicas. Protocolos. Normas de procedimiento. Guías instrumentales ligadas al utillaje. Docencia estructurada. Investigación estructurada.	Sesiones clínicas, docentes internas, revisiones, documentales y de evidencia científica, ... Programa de Calidad. Seguimiento de procesos y casos.	Redefinición de procesos: resultados e incidencias. Incorporación del conocimiento creado a la vida científica. Incorporación de residentes formados al colectivo profesional.

Objetivo específico

El análisis objetivo, independiente y transparente del estado (eficacia y adecuación) de la organización (en el contexto) frente a los objetivos asistenciales y a los resultados que esperan los profesionales del Hospital del Servicio de Anatomía Patológica.

— Establecer mecanismos de *benchmarking* sistemático entre ellos.

— Identificar estándares aplicables a los Servicios de Anatomía Patológica del ICS utilizables como instrumentos de gestión.

— Identificar, argumentar y consolidar, conjuntamente con los participantes, las áreas susceptibles de mejora de cada cual.

Objetivos instrumentales

— Fijar una sistemática organizativa e informativa para los Servicios de Anatomía Patológica del ICS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se aplica a los Servicios de Anatomía Patológica de tres Hospitales de Alta tecnología del «Institut Català de la Salut»; en adelante H1, H2

y H3 y a sus procesos productivos: biopsia, citología y autopsia.

Los Hospitales participantes no se identificarán por razón de confidencialidad. Del mismo modo, aunque los resultados bloque a bloque son los obtenidos en el estudio, su agrupación se ha alterado para evitar su localización.

Mapa de la metodología utilizada

La secuencia de hechos y su motivación basadas en la del modelo descrito en la figura

3 de este artículo se adaptó de la forma que expresa la figura 4. En ella, se detallan el conjunto de etapas de la Auditoría con un cierto nivel de detalle de sus componentes fundamentales.

Descripción de la metodología

Fase de preparación

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

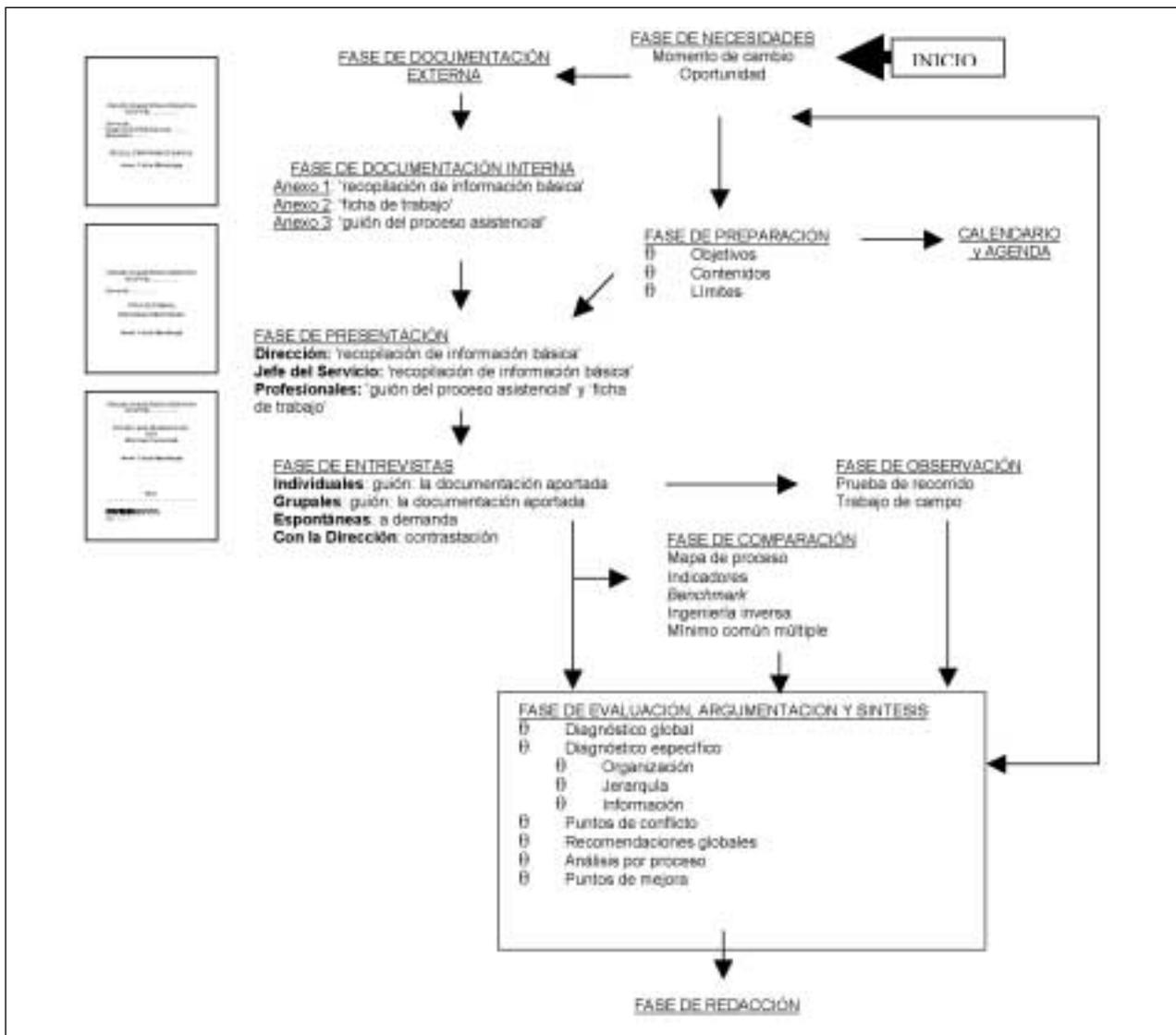


Fig. 4. Metodología auditora utilizada.

Fase de documentación interna

Con lo definido en la fase anterior y con la documentación externa recogida sobre la Especialidad y sus procesos se elaboró el material de trabajo de la Auditoría: Recopilación de Información Básica, Ficha de Trabajo y Guión del Proceso Asistencial.

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 2).

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 2).

3. A los profesionales se les entregó un Guión del Proceso Asistencial y una Ficha de

Trabajo. Esta debía ser devuelta, ya cumplimentada, en el momento de la entrevista; ambos documentos serían su guión.

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

Fase de entrevistas formales

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

1. Al Jefe de Servicio.

Objetivos: análisis global del Servicio de Anatomía Patológica: puntos de conflicto conocidos y detectados y los de mejora aplicables.

Guión: la Recopilación de Información Básica.

Soporte: la documentación aportada solicitada (tabla 2).

Duración: 120 minutos.

Participantes: los tres auditores y el Jefe del Servicio.

Producto: visión global del Servicio.

Técnica: 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.

Tabla 2. Documentación propia del Jefe de Servicio

Documentación propia del Jefe de Servicio	Documentación solicitada al Equipo Directivo
<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. — Estándares de proceso. — Actas de las sesiones intraservicio. — Actas de las sesiones comunes entre el Servicio y otros Servicios. — Relación 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.

2. A los Facultativos; primero, con todos ellos y, luego, de forma individual.

Objetivos: fijar 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: el Guión del Proceso Asistencial y la Ficha de Trabajo.

Duración: 60 minutos, cada uno de ellas.

Participantes: los auditores y el profesional.

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

Técnica: entrevista semiestructurada de análisis, paso a paso, de todo el proceso, y de la documentación aportada.

3. Entrevistas grupales; con la Supervisión de enfermería y de los técnicos.

Objetivos: completar el estudio para detectar tensiones y relaciones anómalas tanto organizativas como asistenciales que pudieran alterar el proceso; la participación, la implicación y el contraste del proceso por parte de este colectivo; conocer su papel.

Guión: el Guión del Proceso Asistencial.

Duración: 60 minutos, cada una de ellas.

Participantes: los auditores y los profesionales.

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

Técnica: entrevista abiertas.

4. Entrevistas individuales; en algún caso, se entrevistó a profesionales no médicos que se identificaron o manifestaron como organizativamente relevantes.

5. Entrevistas con la Dirección del centro; las cuestiones tratadas durante estas entrevistas giraban entorno de la organización y de las relaciones básicas entre el Servicio y otros Servicios.

Fase de Observación

Consistió en la visita a todos los espacios de trabajo, laboratorios, áreas de tecnificación, de archivo, de pasivo, ... mediante pruebas de reco-

rrido: recreación de los circuitos y entrevistas informales y no estructuradas.

El Trabajo de campo se desarrolló allí donde no existía información fiable u objetiva.

Guión: el Mapa de proceso.

Diana: el sistema de información y la organización subyacente.

Objetivo: contrastar y repasar la información y lo transmitido por los profesionales.

Producto: confirmar lo anotado en las entrevistas.

Fase de Comparación

En base al Mapa de proceso y

- frente a estándares
- frente a otras maneras de hacer lo mismo
- a lo aportado por los profesionales
- a la aplicación técnicas de *benchmark*.

Fase de evaluación y de síntesis

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

Documentación: la recogida y las notas de los auditores.

Elementos analizados: siguiendo el esquema de la tabla 2 se exponen en la tabla 3.

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

Un ejercicio clave fue el de descontextualizar el análisis a fin de poder compartir, más tarde, los resultados entre los servicios participantes sin el sesgo que supone su contexto particular.

Allí donde se hizo necesario se procedió a la corrección de la actividad, de los tiempos, de cálculos preexistentes, ... y a la construcción de ratios e indicadores donde no se pudieron obtener de la bibliografía o de la práctica asistencial

Fase de validación

Con miembros relevantes del Servicio participantes en la Auditoría.

Tabla 3. Elementos de análisis en la fase de evaluación y síntesis

Recursos humanos	Organización	Sistema de información	Actividad
Correspondencia categoría/función profesional. Soporte al proceso mecánico, técnico y/o al de diagnóstico. Perfil y formación: capacidad de absorción y de resolución asistencial. Dualidad entre el perfil generalista/especialista.	Distribución horaria y de tareas. Tabla de referentes asistenciales y de trabajo facultativo. Tabla de interferencias y de guardias.	Nivel de mecanización, de registro y de explotación. Manuales de procedimiento, circuitos organizativo e informativo: hoja de ruta. Integración del sistema y privilegios de acceso. Dotación de hardware y software: nivel de uso. Documentación: históricos y pasivos. Sistemas de clasificación de casos. Nodos críticos.	Evolución y cambios. Actividad: unidades relativas de valor, indicadores: estándares y de <i>benchmark</i> Indicadores cliente/proveedor: tiempos de resolución.

Fase de redacción

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 las sesiones de trabajo y de las reuniones fue gestionado por cada Jefe de Servicio

Valoración realizada

El nivel de valoración fue exhaustivo.

A partir del diagnóstico global organizativo: modelo de gestión: estructuración, disfunciones organizativas y/o informativas, estabilidad, modelos de decisión, ... (tabla 4) de cada Servicio se

llevó a cabo el de cada proceso: biopsia, citología y autopsia (tabla 5) para finalizar con un análisis pormenorizado de cada uno de ellos (tabla 6).

El análisis se desarrolló, y se repitió, con todos y con cada uno de los médicos y de los profesionales implicados.

En cada paso se comparó la manera de proceder en cada uno de los Servicios estableciéndose mecanismos de *benchmark* para llegar a plantear luego 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.

Puntos de mejora sugeridos, por grandes líneas organizativas e informativas

- Lógica y coherencia del modelo organizativo.
- Capacidad de absorción de la demanda y garantía de la oferta.

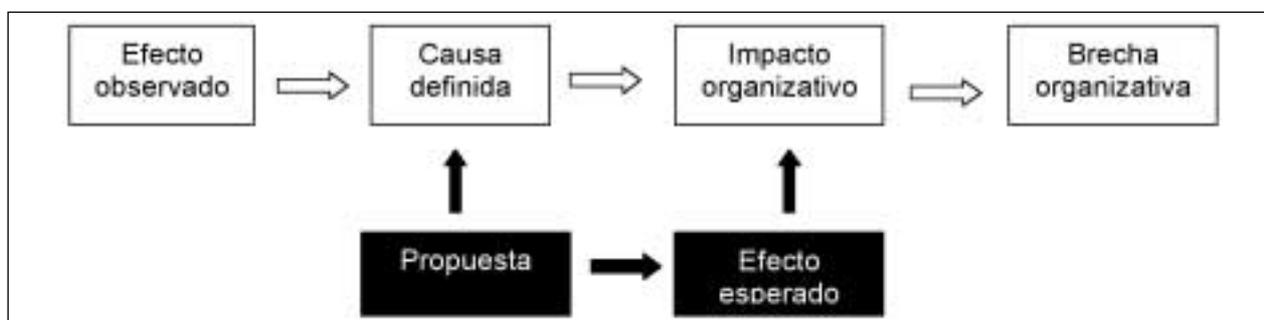
**Fig. 5. Identificación de puntos de mejora.**

Tabla 4. Diagnóstico global del Servicio

Diagnóstico específico	Recomendaciones globales sobre ...
<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 profesional • 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 • interferencias <p>c.- del sistema informático e informativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • proyecto y adecuación • potencialidades • líder • uso • modelo: centralizado/descentralizado, integrado/propio • soporte técnico • nivel de formación • acceso 	<p>la Línea jerárquica y de gestión el Tejido organizativo, asistencial, docente y de investigación los Perfiles y capacidades profesionales las Relaciones internas y externas; clima laboral el Modelo de trabajo generalista-consultor el proceso de Validación y de screening las Tablas de trabajo y el Equilibrio de sus cargas el Dimensionado del Servicio el Uso del sistema de información y del informático la Hoja de ruta y la Optimización de procesos la Conectividad a la red informática la Codificación de diagnósticos las Normas de archivado histórico la Relación con los clientes: agendas las Agendas internas de gestión el Control de la gestión</p>

Tabla 5. Diagnóstico global de cada proceso

Organización	Por profesional
<p>Modelo: por especialidades o generalista; polivalencia. Desplazamientos asistenciales: agendas. Actividad programable y no programable. Indicadores de actividad, costes, estándares, <i>ad hoc</i> y de <i>benchmark</i>. Acceso a la información. Integridad de la información.</p>	<p>Cargas de actividad: desequilibrios. Tiempo de respuesta pormenorizado. Procedencia. Complejidad. Uso de la información. Explotación de la información. Interferencias: actividad inesperada, guardias, ...</p>

Tabla 6. Análisis pormenorizado de cada proceso

Recepción	Inclusión	Procesado técnico	Diagnóstico microscópico	Informe final
<p>Receptor Preselección Criterios de rechazo Registro: solicitud y muestra. Hoja de ruta.</p>	<p>Momento Orden y prioridad Inclusor. Causas de retraso. Etiquetado. Diagnóstico macroscópico.</p>	<p>Inicio/final Ciclos Tutela.</p>	<p>Lector Técnicas especiales: control. Sistemática y codificación. Proformas. Validación y corrección.</p>	<p>Copias y clasificación. Recogida y distribución. Acceso remoto. Hoja de ruta. Archivo.</p>

- 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.
- Lógica y coherencia del modelo informativo.
- Acceso y disponibilidad de la información y de la documentación.

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

1. *el Mapa de proceso:* consiste en una representación gráfica y sencilla de los pasos más elementales del proceso desde la perspectiva de su cliente o de su observador; su grado de desarrollo o de detalle puede ser progresiva pero simple puesto que su objetivo es dar una visión global del proceso (figura 6).

2. *En lo que respecta a los modelos organizativos e informativos y los resultados asistenciales.*

Las recomendaciones organizativas procedentes de las sugerencias de los profesionales y de la comunidad asistencial se estructuran en un

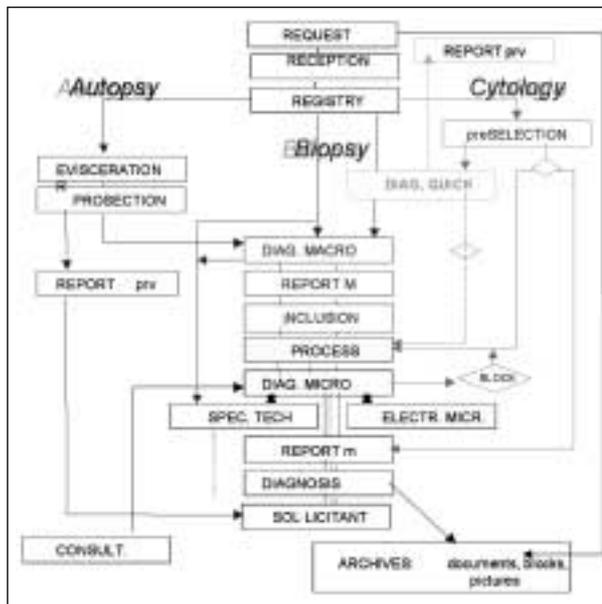


Fig. 6. Mapa del proceso de los servicios de Anatomía Patológica

conjunto de puntos que se presentan en las tablas 7 y 8.

Tal y como se expuso en el apartado «Material» estos resultados están descontextualizados.

Debido a la heterogeneidad de la información disponible al respecto, no se utilizó como elemento de valoración el número de laminillas leídas, a

Tabla 7. Modelo y sugerencias organizativas e informativas

	H 1	H 2	H 3	Sugerencias
Existe un modelo asistencial explícito	especialista	generalista-consultor	mixto	mixto
Existe un mapa de proceso explícito	no	sí	no	sí
Existen procesos normalizados	parcialmente	no	no	sí
Se usan clasificadores de casos	sí, SNOMED	sí, SNOMED	no	sí, SNOMED
Se usa la correlación biopsia/citología	no	sí	no	sí
Porcentaje de re-screening de citología	100%	30%	discrecional	30%
Existe tabla de trabajo médico	sí	sí	no	sí
Se observan desequilibrios en las cargas	sí	no	no	no
Existe tabla de trabajo docente pregrado	sí	sí	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	sí	sí	no	sí
Está el sistema de información integrado	sí	sí	no	sí
Existe una hoja de ruta	incompleta	sí	no	sí
Se conoce el tiempo de respuesta	sí	sí	no	sí
Existe un cuaderno de mando	no	no	no	sí, completo

Tabla 8. Resultados asistenciales y sugerencias

	H 1	H 2	H 3	Sugerencias
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 (días)	2,5	7,1	3,0	3-5
Tiempo de respuesta de una autopsia (días)	19,3	19,0	—	20

pesar de que, de acuerdo con Tomaszewski, este parámetro es un indicador básico para el análisis de los Servicios de Anatomía Patológica.

3. 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 sobre diversos componentes de su proceso organizativo; de ellas, el 67% fue incorporado totalmente al Plan de Acción del Servicio y el 33% de forma parcial. En la tabla 9 se expone su distribución así como el motivo de desacuerdo cuando lo hubo.

— En lo que respecta a las de resultados asistenciales, 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 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 asistenciales, 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 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. En la tabla 10 se expone su distribución así como el motivo de desacuerdo cuando lo hubo.

CONCLUSIONES

El proceso de Auditoría Operativa está presente en muchos sectores productivos y de servicios de nuestro entorno. Es perfectamente aplicable a los Servicios de nuestros Hospitales.

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 nos ha permitido estudiar esta situación desde una pers-

Tabla 9

Área	Recomendaciones planteadas	El servicio estuvo de acuerdo	El servicio no estuvo de acuerdo	Moivos del desacuerdo					
				Justificación	Poca información	Es un tema institucional	No se acepta el <i>benchmark</i>	Solución= problema	Razón histórica
Autopsia	5	2	3		2	1			
Biopsia	28	19	9			4	4	1	
Citología	24	15	9	6	2				1
De Servicio	10	9	1	1					
TOTALES	67	45	22	7	4	5	4	1	1
PORCENTAJE		67	33	10	6	7	6	1	1

pectiva objetiva basada en la evidencia existente y en el *benchmark* con el entorno institucional, social y científico.

El desarrollo del proceso auditor, los resultados obtenidos así como su grado de incorporación a la dinámica de los Servicios nos induce a pensar en que la conclusión es positiva: aporta valor, es compartida por los profesionales, fija suficientemente el estado del Servicio estudiado y recoge las soluciones cercanas y posibles.

El hecho de que los de los profesionales médicos y de enfermería de los Servicios médicos hagan suyas las recomendaciones aportadas en el proceso auditor es un indicador de su idoneidad y de su utilidad.

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

Tabla 10

Modelo y sugerencias organizativas e informativas	Nivel estratégico			Moivos 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 <i>benchmark</i>	Solución= problema	Razón histórica
Autopsia	3	3							
Biopsia	7	5	2	1		1			
Citología	6	5	1			1			
De Servicio	4	3	1	1					
TOTALES	20	16	4	2		2			
PORCENTAJE		80	20	10		10			
Modelo y sugerencias organizativas e informativas	Nivel estratégico			Moivos 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 <i>benchmark</i>	Solución= problema	Razón histórica
Autopsia	9	9							
Biopsia	19	18	1	1		1			
Citología	16	16				1			
De Servicio	19	16	3	1					
TOTALES	63	59	4	2		2			
PORCENTAJE		94	6	3		3			

El modelo de Auditoría Operativa debe ser auspiciado desde organizaciones supraHospital de tal modo que permita la participación de centros diversos con similares intereses aun cuando diverja su cultura asistencial u organizativa de tal modo que los participantes se beneficien del proceso comparador que implica la aplicación de técnicas de *benchmark*.

Así, creemos que el modelo es extensible a cualquier tipo de Servicio Clínico dentro de un mismo Sistema Autonómico de Salud o entre varios de ellos.

En este momento, ya ha finalizado un proceso similar en los Servicios de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor del I.C.S. y está en marcha otro en los de Cuidados intensivos y Unidades Coronarias del I.C.S.

Finalmente, 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.

Por ello, sugerimos que sea incorporado como un instrumento de gestión asistencial y/o clínico a la dinámica hospitalaria teniendo buen cuidado de seleccionar adecuadamente los comparadores de *benchmark* a utilizar en su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- Arbaizar JL. La auditoría interna en la empresa de los 2000. *Gestión Hospitalaria* 1992; 3: 21-2.
- Audit Commission. 2000/01 Reference Guide. <http://www.audit-comission.gov.uk/ac2/PIfirst.htm>.
- Audit Commission. Audit Commission Corporate Plan 2000 to 2003. <http://www.audit-comission.gov.uk/ac2/IC/InsideS/corpplan.html>.
- Audit Commission. Introduction to the audit 2000/2001. <http://www.audit-comision.gov.uk/ac2/InsideS/selfbrief.html>.
- Audit Commission. The practice of performance indicators. Management Paper 2000. <http://www.audit-comission.gov.uk/ac2/localA/brtarget.html>.
- Audit Commission. The principles of performance measurement. Management Paper 2000. <http://www.audit-comission.gov.uk/ac2/IC/InsideS/NRlocal/brperfor.html>.
- Banta D et al. Introduction to the EURO-ASSESS report. *Int J Technol Assessment in Health Care* 1997; 13: 133-43.
- Boston College Internal Audit Department. Guidelines. http://www.bc.edu/bc_org/fvp/ia/aud/guide.html.
- 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>.
- HHS Challenges. United States General Accounting Office. Major Management Challenges and Program Risks. Gener 2001.
- Institut des Vérificateurs Internes. Montreal. Normes d'attribut, de performance et d'assurance. http://www.ivim.com/norme_deux.htm.
- Joint Commission. Hospital, Long Term care and Home: Individual performance measure profile. <http://www.jcaho.org/perfmeas/hapmeas.html>.
- Joint Commission. Revisions to Selected Medical Staff Standards. http://www.jcaho.org/standard/medicalstaff_rev.html.
- 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. Ottawa: Hôpitaux Canadiens; 1987. p. 15-20.
- Lamarca I, Grau J, Cañis A. Hoja de Análisis Matricial de Procesos (HAMP). *Todo Hospital* 1998; 143: 9-14.
- 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. p. 199-221.
- Medical University of South Carolina. Internal Audit Department. http://www.musc.edu/admin/board/internal_audit.html.
- Office of the North Carolina State Auditor. Summary of performance audits results. 2000. <http://osa.state.nc.us/perform/pareport/per-0190.htm>.
- Pajares DR, March JC, Gómez ME. Auditoría de comunicación interna de un hospital. *Gaceta Sanitaria* 1998; 12: 231-8.
- Secretary of Department of Education. Australia. Internal Audit – Charter. <http://www.tased.edu.au/corpddiv/audit/charter.html>.
- Sindicatura de Comptes de Catalunya. Informe de fiscalització SCF 10B/1988. Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona. Barcelona. 1989.
- The Institute of Internal Auditors. Código de Ética. http://www.theiia.org/ecm/guide-frame.cfm?doc_id=929.
- The Institute of Internal Auditors. Standards for the professional of Internal Auditing. http://www.theiia.org/ecm/guide-frame.cfm?doc_id=1335_a1341.
- Tomaszewski JE et al. The measurement of complexity in surgical pathology. *Am J Cl Pathol* 1999; 106: 65-9.