

# Segundas jornadas internas de excelencia en Gestión de Calidad «Hacia el liderazgo en calidad».

## Implementación de mejoras en el Servicio de Atención Ambulatoria.

Nombre Autor Principal: César Tambley Ramírez

Nombre Segundo Autor: Pilar Díaz

Servicio, Departamento o Unidad: Subgerencia Atención de Pacientes-Depto. Admisión Ambulatoria

Teléfono: 6788136

E-mail: ctambley@ns.hospital.uchile.cl

### Objetivos del Proyecto

- Que el paciente realice su trámite en un solo punto de atención.
- Mejorar la calidad de atención administrativa a pacientes.
- Facilitar el acceso a reserva de horas médicas.
- Disminuir atraso y ausentismo médico Actividad Realizada

### Objetivo

- Trámite en un solo punto y mejora en la calidad de atención
  - Venta Electrónica de Bonos
- En todas las cajas del Hospital se venden bonos electrónicos de Fonasa. A partir de los primeros días de julio se iniciará la venta de bonos de las Isapres Colmena y Cruz Blanca.
- Cajeros multifuncionales
- En Centro de Diagnóstico B se eliminaron las cajas. Las funciones básicas de cajeros, citas médica y recepción de pagos se complemen-

taron con venta de bonos, codificación y hacer programas médicos.

- Atención de pacientes privados de Cirugías Ambulatorias Menores.
- Emisión de Boletas computacionales.
- Entrega de Presupuestos de prestaciones ambulatorias emitidas por el sistema computacional.
- Entrega de material de apoyo para los cajeros, renovación de sillas.

Objetivo: Facilitar el acceso a reserva de horas médicas

### Confirmación de Horas Médicas Solicitadas

Las citas de las especialidades Neurología, Colonoscopias, Diabetes, Endocrino y Reumatología se están confirmando. Se tiene diseñado habilitar una oficina destinada a esta actividad.

### Reserva telefónica CM Vivaceta

Se centralizó toda la dación de horas en un solo computador, esto permitirá que se puedan dar horas para el hospital y centros periféricos desde cualquier puesto de trabajo.

### Citófonos Murales

Habilitados 5 citófonos que acceden directamente a la reserva telefónica. Este año se está evaluando el grado de utilización de éstos y según los resultados se extenderá el servicio a otras áreas.

### Implementar Agenda Electrónica en Imagenología 90%.

Se agendaron las citas a exámenes de Imagenología con el objetivo de tener un adecuado control de las horas y de los pagos asociados.

Objetivo: Disminuir atraso y ausentismo médico

## Seguimiento de Atraso y Ausentismo Médico

- Se lleva un registro del inicio de la atención en boxes: Se preparó un informe de frecuencia y magnitud del atraso por cada especialidad. El informe permite identificar y promover bajar los valores más críticos.

- Reuniones con Area Médica (Dermatología, Otorrino y enfermería de Cirugía) con la finalidad de coordinar los procedimientos y mantener una comunicación que permita trabajar en equipo.

## Utilidad de la aplicación de un indicador de gestión en el Banco de Sangre del HCUCh.

Nombre Autor Principal: T.M. Blanca Pagliero N.

Nombre Segundo Autor: TM Leonor Armanet B, TM Elsa Orrego G, Dr. Milton Larrondo L.

Servicio, Departamento o Unidad: Banco de Sangre

Teléfono: 7777289 - 6788009

E-mail: bpagliari@ns.hospital.uchile.cl

### Introducción

Un Banco de Sangre moderno y eficiente debe ofrecer una terapia transfusional de calidad y específica para cada patología que presentan los pacientes. Por consiguiente, es necesario que cada unidad de sangre donada sea fraccionada en diferentes hemocomponentes de acuerdo a una programación previa. Esto puede ser medido por medio de un indicador llamado índice de fraccionamiento de sangre.

En Chile a modo de ejemplo y según datos del MINSAL, el índice de fraccionamiento es variable, 1.0 en Hospital de Buin, 2.35 en Hospital E. González Cortés. Esto significa que en el primer caso sólo se cuenta con sangre total para realizar la terapia transfusional, y en el segundo caso de cada unidad donada se obtienen en promedio 2 ó 3 hemocomponentes.

### Objetivos

- 1) Conocer el índice de fraccionamiento de sangre, considerando un estándar previamente definido de 2.5.
- 2) Evaluar si se cumple con la planificación del fraccionamiento.
- 3) Estudiar las implicancias de desviaciones de este indicador.

4) Proponer estrategias de intervención en el proceso si se detectan anomalías o no cumplimiento del estándar.

#### Descripción del trabajo

Para realizar esta investigación se construyó un indicador de calidad que permitiera medir el grado de fraccionamiento de la sangre total donada, que se denominó Índice de Fraccionamiento de Sangre, cuyas características se detallan a continuación:

N° total de componentes producidos

N° total de donaciones efectivas

Para aplicar este indicador en primer lugar es necesario contar con una base de datos que entregue esta información, por lo que fue necesario unificar los criterios que definen lo que es una donación efectiva, y un hemocomponente producido. Esto nos asegura un registro de datos fidedigno.

#### Resultados y conclusiones

Al aplicar el indicador descrito anteriormente en la Unidad de Hemocomponentes evaluando su producción 2001 obtuvimos los valores que se muestran en la tabla.

Con estos datos podemos concluir que el valor para el año 2001 es 2,8. Si esta cifra la desagregamos de acuerdo a los meses del año podemos observar que existe una variación en el índice, atribuible a diferentes factores como por ejemplo disponibilidad de personal, feriados legales, etc.

El valor de este índice está de acuerdo con el estándar que el Banco de Sangre tenía previamente fijado (2.5), lo que significa que a pesar de fluctuaciones se ha mantenido dentro de lo esperado.

Es necesario asociar este índice de fraccionamiento con la demanda de componentes san-

## Tabla

*Variación mensual del índice de fraccionamiento de sangre 2001*

MES	INDICE
Enero	2.6
Febrero	2.6
Marzo	2.8
Abril	2.8
Mayo	2.9
Junio	2.9
Julio	3
Agosto	2.7
Septiembre	2.7
Octubre	2.8
Noviembre	2.8
Diciembre	2.9
Año 2001	2.8

guíneos que se ha tenido durante el período de aplicación, lo que sirve para planificar la producción de acuerdo a las necesidades del Servicio, y cubrir así la demanda de hemocomponentes. También nos permite controlar el cumplimiento de los objetivos de la planificación, en el sentido de evaluar productividad, recursos humanos destinados para este fin y, factor importante, la citación y captación de Donantes.

Cabe destacar que no es conveniente aumentar indiscriminadamente este índice, ya que está en directa relación con el grado de satisfacción de la demanda. Por lo tanto, ante una demanda de hemocomponentes adecuadamente cubierta (porcentaje de satisfacción sobre 90%), un aumento innecesario implicará pérdida por obsolescencia y baja en la calidad de los hemocomponentes producidos.

# Estrategia de gestión de recursos humanos del Servicio Dento Máxilofacial para mejorar la calidad de atención.

Nombre Autor Principal: E.U. Sra. Sonia Cerda

Nombre Segundo Autor: Dr. Sergio Acosta Christian

Servicio, Departamento o Unidad: Dental Máxilofacial

Teléfono: 678 81 33

E-mail: sacostach@hotmail.com / scerda@ns.hospital.uchile.cl

En el marco de la gestión de calidad de atención al usuario, es importante la preocupación de la Jefatura del Servicio por la excelencia de sus profesionales y académicos, tanto en la esfera cognoscitiva como en la de las relaciones humanas, para lograr empatizar con el paciente, mejorando el flujo de información, la relación médico paciente y, por ende, del producto final entregado. La calidad de atención que nuestro personal de apoyo -tanto auxiliares dentales como admisionistas- brinda al paciente, es un aspecto de constante trabajo y dedicación. Ello es consecuente con el rol de la jefatura respecto de la gestión del recurso humano.

Conscientes de ello es que, una vez por semana, se realizan reuniones de evaluación de la labor realizada por admisionistas y auxiliares dentales por separado, donde se analizan los problemas surgidos entre el personal, con los profesionales y con el público atendido. En ellas prima la franqueza y la conciencia de la importancia del trabajo en equipo. Se definen las vías de solución e iniciativas de mejora y se realiza motivación destacando las cualidades de proactividad y creatividad para cumplir la Misión del hospital.

Las conclusiones de cada reunión se hacen presentes en reunión de la jefatura del servicio y las propuestas interesantes se estudian de manera de implementarlas. De ser así, se anuncian por intermedio de la Carpeta de Novedades, y si corresponde, en la reunión clínica del servicio.

Los resultados de tales reuniones han permitido mejorar el clima laboral, las relaciones entre los estamentos del servicio e implementar medidas que han contribuido a solucionar problemas mejorando la atención de calidad al paciente.

Esperamos diseñar un instrumento de medición del impacto de tales reuniones en relación con la mejora de los procesos internos y la satisfacción usuaria.

## Control de la oportunidad en la entrega de hemogramas a Unidades Críticas.

Nombre Autor Principal: TM. Bertha Rosas P.

Nombre Segundo Autor: TM. Cristina Muñoz C. Y TM. César Muñoz G.

Servicio, Departamento o Unidad: Unidad Hematología, Servicio Laboratorio Central

Teléfono: 6788070

Fax: 6788071

E-mail: arojas@ns.hospital.uchile.cl

### Introducción

El hemograma es un examen de rutina y su importancia radica en que es la expresión del funcionamiento de los Centros Hematopoyéticos y el equilibrio entre la producción y destrucción de los elementos figurados de la san-

gre. De los exámenes que recibe el Servicio de Laboratorio Central del HCUCh el hemograma es uno de los más frecuentemente solicitados, tanto en ambulatorios como en los pacientes hospitalizados. Es de gran importancia que se realicen a la brevedad las determinaciones que en el hemograma se hacen tanto en equipos automatizados como la lectura al microscopio, ya que los elementos figurados de la sangre se alteran luego de 4 a 5 horas después de la toma de muestra.

### Objetivo

Determinar el porcentaje de hemogramas de las Unidades Críticas del HCUCh, que se informan en un plazo no superior a 2 horas, desde su recepción hasta la firma por el Tecnólogo Médico.

### Material y Método

Se analizaron los tiempos de entrega de los hemogramas recibidos de los Servicio de Unidades Críticas, un día en la semana, en la Unidad de Hematología del Servicio de Laboratorio Central en horario de 8 a 16:30 horas en los meses de Mayo y Junio del 2002.

Para esto se confeccionó una planilla en la que se registraban las horas de: recepción de la muestra, ingreso al laboratorio, recepción de orden médica y lámina de frotis en microscopía, recepción del resultado en secretaría, impresión del informe y firma del Tecnólogo Médico, con el fin de detectar en que etapa se producen retrasos.

Con los datos obtenidos se analizaron los tiempos de entrega y se utilizó el porcentaje como herramienta estadística para evaluar el cumplimiento del estándar establecido en 95%.

Resultados. En los meses de Mayo y Junio se analizaron 81 hemogramas de las Unidades Críticas.

Los hemogramas informados en un plazo no superior a 2 horas fueron 79, con un porcentaje de cumplimiento del estándar de 97,53%.

El informe de los 2 hemogramas en un tiempo superior a las 2 horas se debió a la repetición de la tinción de los frotis, por un error técnico.

Conclusión. Se cumplió en un 97,53% con el objetivo superando el estándar establecido como calidad de servicio. Con esto se asegura resguardar la calidad técnica del examen y además con estos tiempos de entrega se permite que en las Unidades Críticas se puedan tomar determinaciones clínicas en cortos períodos de tiempo, mejorando el funcionamiento de ellas.

## Aplicación de norma ISO 9002 en el Banco de Sangre del HCUCh (BSUCh).

Nombre Autor Principal: Leonor Armanet Bernales

Nombre Segundo Autor:

Servicio, Departamento o Unidad: Banco de Sangre

Teléfono: 6788001 / 7777289

E-mail: [larmanet@machi.med.uchile.cl](mailto:larmanet@machi.med.uchile.cl)

### Introducción

La norma ISO 9000 es una serie de estándares acordados por la Organización Internacional de Normalización (International Standard Organization, ISO), que tienen como objetivo entregar un modelo para asegurar la calidad en diseño, producción, instalación y servicios, contenido en 20 aspectos a desarrollar. La Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB), tomando como base la norma ISO 9000, ha elaborado una adaptación que desa-

rolla 10 aspectos fundamentales para la gestión de un Servicio de Medicina Transfusional. De acuerdo con la política de Calidad del Hospital Clínico y con el propósito de entregar cada día un mejor servicio a nuestros usuarios, decidimos aplicar estos estándares en el BSUCh. Para su aplicación es necesario una gran cantidad de trabajo, capacitación y compromiso del personal involucrado.

**Objetivos:** Asegurar la calidad de la Medicina Transfusional otorgada por nuestro Servicio al implementar en el BSUCh la norma ISO 9002, basándose en la adaptación realizada por la AABB. Detectar los puntos críticos que influyen positiva o negativamente en esta implementación, para buscar el mejor sistema que permita lograrlo. Incorporar a todo el personal del servicio como una estrategia para conseguir involucrarlo con la Gestión de Calidad, vencer el miedo al cambio y su compromiso con la implantación de estas normas.

### **Método**

Apoyados en la política de calidad gestionada por la jefatura del Servicio, sobre la base de las normas ISO 9000, y siguiendo las indicaciones entregadas para estos fines por la AABB, se implementó un sistema para desarrollar los aspectos contenidos en ellas. Se establecieron etapas, apuntando a los diferentes niveles jerárquicos contenidos en las normas ISO. Se definió un profesional responsable de cada Unidad del BSUCh, quien debió analizar el Manual de Procedimiento existente y reescribirlo en base a la norma ISO 9002, destinado a que todos trabajen igual. Se elaboraron flujogramas de proceso para distintas Unidades del Banco de Sangre, explicitando los procedimientos contenidos en ellos.

### **Resultados**

Durante el año 2001 y 2002 se ha estado trabajando en la implementación de la norma

ISO 9002, abordando con mayor dedicación el nivel III, que dice relación con procedimientos y registros. El Manual de Procedimientos Operativos Estandarizado (MPOE) del BSUCh ha sido reescrito con un enfoque basado en procesos. Cada procedimiento del proceso cumple con un formato preestablecido que contiene: objetivos, a quien está dirigido, procedimiento propiamente tal, finalizando con su control y el responsable de ello. También se ha trabajado en desarrollar elementos del nivel II (Procesos), y nivel I (Políticas), por medio del desarrollo de un Manual de Calidad para el BSUCh.

### **Conclusiones**

Como resultado del estudio de los procesos del BSUCH, al alero de las normas de la serie ISO 9000, se tiene una visión global y particular del funcionamiento del Servicio, lo que ha entregado información importante para detectar nuestras falencias y debilidades y así poder mejorarlas. Los aspectos mas destacables son: a) Estructurar los procedimientos en base al proceso a que pertenecen nos ha permitido intervenir en aquellas áreas de menor calidad con acciones concretas y focalizadas. b) Detectar la falta de procedimientos escritos para ciertas etapas de algunos procesos. c) La importancia de la participación activa del personal en la elaboración de los procedimientos, ya que son ellos los que mejor los conocen y quienes deben aplicarlos. d) Evidenciar áreas no desarrolladas como por ejemplo la gestión de documentos, gestión de calidad de equipos, manejo del error, entre otros. e) Definir prioridades y etapas en la implementación de las normas ISO en el BSUCh, en base a su importancia, la interferencia con la calidad de la gestión del servicio y la política de calidad del BSUCh. Constatar que es una tarea de largo tiempo, con esfuerzo humano y material. f) Definir un cronograma de trabajo. g) Comprobar

una vez mas que la implantación de un programa de Calidad no está exento de miedos y rechazos por parte del personal, lo que se supera en gran medida si ellos son y se sienten parte activa de dicho proceso.

## Vigilancia activa de reacciones adversas inmediatas a la transfusión sanguínea.

### Introducción

La transfusión sanguínea se asocia a riesgos inherentes al uso de sangre obtenida de donantes de sangre.

Por ello, el Banco de Sangre del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (BSUCh) debe cumplir de manera rigurosa todas las etapas de manejo de la sangre, desde la donación hasta el proceso final de transfusión al paciente, lo que está claramente establecido en el Manual de Procedimientos.

El cumplimiento de estos procesos permite evitar y reducir al mínimo las reacciones adversas a la transfusión (RAT) inmediatas que podemos clasificar en tres grupos: 1) Reacciones hemolíticas inmunes. 2) Reacciones No hemolíticas inmunes. 3) Reacciones No hemolíticas No Inmunes. Estas RAT inmediatas se producen dentro de las 24 horas siguientes a la transfusión y su diagnóstico y manejo terapéutico precoz permite evitar complicaciones clínicas mayores. Nuestro Hospital cuenta con Normas de Terapia Transfusional por lo que se espera que las indicaciones de transfusión sean las apropiadas y la frecuencia de reacciones adversas no supere el estándar establecido (menor al 1%).

En el primer grupo la reacción mas peligrosa es la hemolítica aguda por incompatibilidad ABO

en que ocurre destrucción intravascular de eritrocitos, con consecuencias que pueden llegar a ser fatales si no se trata a tiempo. En el segundo grupo las mas frecuentes son la Reacción Febril y la Reacción Alérgica. Tradicionalmente, en el BSUCh el seguimiento de las reacciones transfusionales se hizo en forma pasiva, recibiendo solo la información que llegaba desde los diferentes servicios clínicos y realizando por lo tanto un subregistro de ellas. Sin embargo, siendo parte de la misión del BSUCh "servir a nuestros pacientes entregándoles una terapia transfusional de óptima calidad, de manera segura y oportuna" decidimos, en el año 2000, iniciar una vigilancia activa de las reacciones inmediatas de tal modo de monitorizar diariamente la frecuencia de RAT y realizar un seguimiento de ellas por medio de un indicador.

### Objetivos

- 1) Conocer la frecuencia de RAT en el BSUCh, y comparar el resultado con el estándar establecido.
- 2) Identificar las causas de RAT y diferenciarlas de reacciones coincidentes con la transfusión, pero debidas a patología de base del paciente.
- 3) Definir estrategias factibles de intervención para prevenir y evitar aquellas reacciones en que el Banco de Sangre tiene responsabilidad en su aparición, (ejemplo: Uso de componentes filtrados en pacientes con RAT febriles).

### Método

Para su realización fue necesario implementar un sistema de recolección de datos (vigilancia activa) desde la ficha clínica. Esto es realizado por un Tecnólogo Médico quien diariamente emite un informe de aquellos pacientes en que se detecta algún tipo de RAT. Este informe es entregado al Médico del BSUCh para su verificación y diagnóstico final. Luego, se constru-

yó un indicador llamado " índice de reacciones adversas a la transfusión relacionando: N° de Reacciones Adversas a Transfusión x 100  
N° de hemocomponentes transfundidos.

### Resultados y Conclusiones

Al implementar la vigilancia activa de las RAT, se constató una subnotificación de ellas, ya que se informaban solo cuando eran severas o cuando se hacía necesario suspender la transfusión y enviar las unidades a cultivo bacteriológico. Aquellas reacciones menos graves o que ocurrían una vez terminada la transfusión se registraban en la ficha clínica pero no eran notificadas al Banco de Sangre. Durante el período estudiado (septiembre 2000-diciembre 2001) no se registró ninguna reacción hemolítica o infecciosa. Dado que estas reacciones son producto de error humano y por tanto evitables, es un indicador de que los procesos están funcionando de acuerdo a lo esperado.

El porcentaje de RAT fue de 0.5% y correspondió a reacciones febriles no hemolíticas y reacciones alérgicas, estando este resultado dentro del límite esperado. Por ello, se decidió mantener la vigilancia activa de las reacciones transfusionales, de modo de utilizar este índice como medio para colaborar con el control de la seguridad transfusional, observando su desarrollo en el tiempo para detectar oportunidades de mejoramiento cuando los valores se alejen del estándar esperado.

## Información básica referente a pacientes geriátricos hospitalizados en el HCUCh durante el año 2000.

Nombre Autor Principal: Tatiana Donoso, Manuela González,  
Carmen Quezada, Ximena Orellana.

Nombre Segundo Autor:

Servicio, Departamento o Unidad: Servicio de Geriatría

Teléfono: 6788473, 6788132

### Introducción

El concepto que hoy maneja la OMS en relación al adulto mayor (A.M) es el de " Envejecimiento Activo" poniendo el énfasis en el envejecimiento como una conquista de la humanidad. El que se diga activo se refiere al proceso de optimización del potencial de bienestar tanto social como físico y mental de las personas a lo largo de su vida. El buen envejecimiento depende de la capacidad de mantener la autonomía, para lo cual es indispensable la prevención y la promoción de la salud.

A modo de antecedente diremos que los ancianos suman ahora 629 millones, una proporción de casi 1 por 10 personas vivas; y la población de mayores sigue envejeciendo, según la ONU. La mayoría de las personas adultas mayores son mujeres. Hoy día hay 81 hombres por 100 mujeres.

### Objetivos

- Conocer las características del paciente adulto mayor que se hospitaliza en el HCUCh. (edad, sexo, patologías más frecuentes, previsión, y n° de días de hospitalización).
- De acuerdo a la lectura de los datos que entrega la ONU, y a la revisión de los anteceden-

tes de adultos mayores hospitalizados en el HCUCh en el año 2000, contribuir a mejorar la calidad de vida del A.M que concurre a atenderse en la consulta ambulatoria a través de acciones de prevención de la salud.

- De acuerdo a los resultados obtenidos de los datos entregados por la Unidad de Estadística, elaborar intervenciones educativas principalmente en aquel adulto mayor de mayor riesgo con el fin de evitar la pérdida de la autonomía.

### Metodología

- Se solicita el apoyo a la Unidad de Estadística del hospital la que nos proporciona una relación de todas las personas adultas mayores hospitalizadas durante el año 2000 con los datos indicados en el objetivo 1.

- Las 4 participantes en el estudio, de mutuo acuerdo nos repartimos por partes iguales la información.

- Se elaboró una planilla en la que se fueron vaciando los datos parciales y otra para los datos totales.

- Se elaboran tablas y gráficos con los resultados obtenidos.

### Conclusiones

- Se constataron los datos de: edad, sexo, patologías más frecuentes, previsión y n° de días de estada en el 100% de los A.M, hospitalizados en el HCUCh durante el año 2000. En total fueron 6039 personas.

- De los datos obtenidos se desprende que: se hospitalizan más mujeres que hombres, las edades más frecuentes son entre los 60 y los 70 años, las patologías más comunes son las cardiopatías, las intervenciones quirúrgicas como las cataratas, los tumores de vía biliar entre otros. En cuanto a los días de hospitalización llama la atención que en la mayoría de los casos son estadías más bien cortas, es decir entre 1 y 8 días.

## Paquetes de prestaciones y costos del Servicio de Maternidad y su relación con indicadores de acontecimientos.

Nombre Autor Principal: Dr. Hugo Salinas

Nombre Segundos Autores: Sr. Patricio Veloz, Dr. Luis Martínez

Servicio, Departamento o Unidad: Depto. de Obstetricia y Ginecología. Servicio de Maternidad y Gerencia de Operaciones del Hospital Clínico.

Teléfono: 6788307

Fax: 7375325

E-mail: sbravo@canela.med.uchile.cl

Las nuevas políticas y planes de los Sistemas de Salud exigen el urgente tránsito del pago del gasto en que incurren dichos sistemas, desligados de su actividad, al pago de la actividad que desarrollan.

Lo anterior es la base de los nuevos procesos contenidos en el Plan AUGE y el Plan Garantizado de Salud de las ISAPRES que se discuten en la actualidad y en los que nuestro Hospital se encuentra inmerso.

Este mensaje es recibido por el Servicio de Maternidad del Hospital Clínico, el cual ha entrado en un proceso de:

1. Revisión de los paquetes de prestaciones y costos, de los paquetes que genera, sean ellos de baja, mediana o alta complejidad.
2. Construcción de nuevos paquetes de prestaciones y sus costos.
3. Revisión mediante la metodología de indicadores de acontecimientos, de las razones médicas y económicas que expliquen la dispersión de sus valores, con el fin de adecuarlos a las nuevas condiciones imperantes.

Con el objeto de lograr lo anterior, el Servicio de Maternidad en conjunto con la Gerencia de Operaciones y la Subgerencia de Informática de nuestro Hospital se encuentran trabajando especialmente en el análisis de las dispersiones producidas en los componentes de los paquetes de prestaciones y las causas que lo pudieran explicar, base de las correcciones, que en la actualidad se discuten producto de la variabilidad en la práctica clínica y del control de los costos involucrados en dichas prestaciones. La información que se presenta nos permite adecuar paquetes de prestaciones, crear paquetes hoy inexistentes en el Servicio de Maternidad, controlar costos mediante la disminución de la variabilidad en la práctica clínica, protocolizar, crear o actualizar normas de atención, mejorar la calidad de la atención, diseñar sistemas de incentivos individuales y colectivos, ser referentes técnicos en la construcción nacional de paquetes de prestaciones, base de los pagos asociados a diagnóstico, de las estrategias para cubrir enfermedades catastróficas desde el punto de vista médico o económico y de los programas de oportunidad de atención.

Hasta la fecha se ha identificado la producción del Servicio de Maternidad durante el presente año rescatando los componentes de los distintos paquetes de prestaciones, se ha calculado su frecuencia promedio de utilización, los costos involucrados, los gastos en los cuales se ha incurrido y las dispersiones producidas por factores médicos, del paciente o su operador, y en la actualidad se realiza el muestreo de los registros contenidos en las fichas clínicas del Servicio de Maternidad, para mediante la metodología de indicadores de acontecimientos (gravedad del cuadro clínico, interés docente, complejidad de la intervención y otros), tratar de explicar las causas de la dispersión que un número de pacientes presenta en la re-

solución de su caso clínico, y que dice relación con los componentes de los paquetes de prestaciones y sus costos.

*Nota: En esta presentación han colaborado activamente los Sres. Héctor Aguirre y Ana María Sánchez de la Subgerencia de Informática, los Dres. Ricardo Díaz y Verónica Larrea, becados y las Sras. Cristina Aleuani y Rosa Ramírez, matronas de nuestro Departamento.*