



FACULTAD DE  
CIENCIAS ECONÓMICAS  
Y DE ADMINISTRACIÓN

**POSGRADOS**



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y DE ADMINISTRACIÓN  
TRABAJO FINAL PARA OBTENER EL TÍTULO DEL  
DIPLOMA DE POSGRADO EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**Título**

**DISEÑO DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PEDIÁTRICO DEL SERVICIO MÉDICO  
INTEGRAL**

**Autores:**

**Daniela Camarotte**

**Martín Pérez De Palleja**

**Mariana Pérez Scapusio**

**TUTOR: Prof. Alicia Ferreira Maia**

**Montevideo**

**URUGUAY**

**2021**

**Página de Aprobación**

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final:

Título

.....  
.....

Autores

.....

Tutor

.....

Posgrado

.....

Puntaje

.....

**Tribunal**

Profesor.....

Profesor.....

Profesor.....

FECHA

**Dedicatoria:** Queremos dedicarle este trabajo a nuestras familias, pilares fundamentales de nuestras vidas. Gracias a su apoyo y comprensión pudimos llevar adelante estos dos años este posgrado, y pudimos elaborar el presente trabajo. Muchas gracias a nuestras parejas e hijos, así como a nuestras madres y padres.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad de la República, por toda la infraestructura que nos ha brindado para el desarrollo profesional y de investigadores.

A los docentes de este curso, que tuvieron el desafío extra, al igual que nosotros de transformar las clases y pasar a la virtualidad por la pandemia que vivimos. Cada uno de ellos con su impronta personal trato de nutrirnos con sus conocimientos y hacer lo más amena posible esta nueva realidad.

A las diferentes instituciones de Salud de nuestro país, que les solicitamos datos para poder llevar adelante los distintos trabajos presentados en el desarrollo del posgrado.

A nuestros compañeros, que si bien por la pandemia a la mayoría los conocemos solo por zoom, fue de gran valor compartir sus conocimientos e inquietudes, lo cual nos permitió crecer a todos en conjunto.

## **RESUMEN**

El primer nivel de atención juega un rol fundamental en el proceso asistencial, dentro de pediatría es la principal vinculación que tienen los usuarios con sus prestadores, donde se realiza el control en salud y donde se pueden atender y tratar la mayoría de las patologías de dicha franja etaria. Por las características del mismo, descentralizado, ubicado en diferentes zonas geográficas es fundamental contar con herramientas informáticas que permitan realizar una gestión estratégica del mismo.

El Cuadro de Mando Integral es una herramienta de gestión que traduce la estrategia en objetivos relacionados entre sí, medidos a través de indicadores y ligados a planes de acción que permiten alinear el comportamiento de los miembros de la organización con la estrategia de la empresa. Si bien es una herramienta que procede del mundo de la industria y el comercio, la transferencia de modelos y técnicas empresariales de gestión al sector salud, es una realidad en nuestros días.

El objetivo del trabajo es el diseño de un Cuadro de Mando Integral que permitirá mejorar la gestión del Primer Nivel de Atención Pediátrica del Servicio Médico Integral.

La metodología empleada para desarrollar dicho trabajo fue la búsqueda bibliográfica referente al tema, entrevista con diferentes cargos de dirección de la institución y relacionar la información obtenida con los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, la Misión y Visión de la Organización.

La elaboración del Cuadro de Mando Integral, compuesto por un conjunto de indicadores especialmente seleccionados generará una mejor gestión del primer nivel de atención pediátrico, lo cual va a permitir brindar una mejor calidad de atención de los usuarios.

**Palabras claves:** Primer Nivel de Atención Pediátrico, Gestión, Cuadro de Mando Integral, Indicadores, Objetivos Estratégicos.

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1: Marco Conceptual.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 2: Contexto.....</b>	<b>11</b>
<b>A.- SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD .....</b>	<b>11</b>
<b>B.- SERVICIO MEDICO INTEGRAL.....</b>	<b>14</b>
<b>C.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>17</b>
<b>D.- DISCUSIÓN.....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO 3: Propuesta de Cuadro de Mando Integral para el SMI.....</b>	<b>20</b>
<b>A.- PERSPECTIVA FINANCIERA.....</b>	<b>21</b>
<b>B.- PERSPECTIVA DEL CLIENTE .....</b>	<b>24</b>
<b>C.- PERSPECTIVA DE LOS PROCESOS INTERNOS.....</b>	<b>25</b>
<b>D.- PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO .....</b>	<b>29</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>32</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO A: Requisitos PIAS.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO B: Meta Asistencial 1 .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO C: Disponibilidad de Policlinica.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO D: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.....</b>	<b>41</b>

## **SIGLAS Y ABREVIATURAS**

CMI	Cuadro de Mando Integral
EMC	Educación Médica Continúa
FONASA	Fondo Nacional de Salud
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
RCIE	Sistema de Recepción y Control de Información Externa
SINADI	Sistema Nacional De Informacin
SMI	Servicio Médico Integal
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud

## **INTRODUCCIÓN**

La información es el resultado del proceso de organizar datos, de manera ordenada y lógica, con el fin de proporcionar a las personas que la utilizan, un mejor conocimiento de la realidad que esos datos representan.

Los sistemas de información administrativa son muy valiosos para mejorar la toma de decisiones institucionales, así como la eficiencia en las funciones directivas, gerenciales y de supervisión, y así lograr los objetivos de la organización en la que se encuentran.

La creación e implementación de sistemas y diferentes tecnologías destinadas a la atención de la salud de las personas en las últimas décadas, ha cobrado fundamental importancia. El propósito es prestar servicios de la mejor calidad disponible y con eficiencia desde el punto de vista de los costos de éstos.

Las herramientas surgidas, han contribuido a mejorar la gestión de los Servicios de Salud y la prestación de asistencia, creando la necesidad de datos confiables para la toma de decisiones tanto clínicas como administrativas, haciendo que la mismas se basen en hechos y no en percepciones de los integrantes de los equipos de trabajo o las instituciones.

El presente trabajo, es el final del Posgrado de Gestión de Servicios de Salud del Centro de Posgrados de la Facultad de Ciencias Económicas y Administración de la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Para el mismo, planteamos la creación de un Cuadro de Mando Integral (CMI) para el primer nivel de atención pediátrico del Servicio Médico Integral (SMI).

Es parte fundamental en la propuesta de la creación de una herramienta de gestión como es el CMI el acceso claro y confiable a la información que para él se requiere (1).



El primer nivel de atención es un pilar fundamental de la salud. Es, la mayoría de las veces, el primer contacto de los usuarios con el Sistema de Salud en general y con su prestador en particular (2).

Prevención de patologías, mantener el estado de salud de una población, dar seguimiento a patologías crónicas son algunas de las funciones que tiene el Primer Nivel de Atención en un Sistema de Salud, lo que le confiere singular importancia a nivel social, siendo en muchas situaciones la primera, si no la única posibilidad desde donde abordar diferentes problemáticas de las personas. (3-5).

La relevancia y diversidad de estas tareas, le confiere la complejidad a este nivel, que demanda un estricto y constante control para que el funcionamiento de este sea eficaz y efectivo. Configura un pilar fundamental para todo el Sistema de Salud de un país, así como para cada una de las Instituciones encargadas de brindar este servicio.

Para que cumpla con su función, el Primer Nivel de Atención debe presentar un grado de descentralización que le permita estar próximo a los usuarios y abordar una amplia variedad de temáticas, las cuales muchas veces no logran la resolución en su totalidad en este nivel, requiriendo la interacción con otras estructuras del Sistema. Es por esta razón que los diferentes niveles de atención deben forzosamente mantenerse efectivamente comunicados, para lograr la atención integral del usuario.

Los sistemas de información utilizados son varios, implementados en diferentes momentos y en algunos casos desconectados unos de los otros. Se requiere profundo conocimiento y manejo de estos para un óptimo desempeño.

El Servicio de Pediatría Ambulatoria no es una excepción a lo anteriormente dicho, nuclea varias especialidades destinadas a la atención de las diferentes áreas que comprenden la Salud de los usuarios menores de 15 años. El abordaje de éste desde la calidad redundante no solo en la

mejor salud de los usuarios que en él se atienden, si no que le confiere una ventaja competitiva a la Institución.

Conocer el funcionamiento de este Servicio, tener un sistema de información que le permita al equipo de gestión de la Institución monitorizar los diferentes aspectos relevantes, permite poder corregir lo que se aleje del cometido.

Por lo anteriormente expresado el equipo de autores propone la creación de un CMI como herramienta para una gestión eficiente y de calidad, alineada con los objetivos de la Institución. Para el planteo de este nos fijamos un objetivo general y objetivos específicos que detallaremos a continuación:

#### A. Objetivos

##### 1) Objetivo General:

Contribuir a la mejora de la gestión del Primer Nivel de Atención Pediátrica del SMI, a través del diseño del Cuadro de Mando Integral.

##### 2) Objetivos Específicos:

- Diseñar un cuadro de Mando Integral como herramienta de apoyo a la gestión.
- Capacitar al personal de salud sobre esta nueva herramienta.

#### B. Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la aplicación del CMI en Servicios de Salud y sobre su aplicación en Servicios destinados al Primer Nivel de Atención Pediátrica.

Se mantuvieron entrevistas con las diferentes jefaturas de las áreas de la Institución relacionadas al Primer Nivel de Atención, así como con integrantes de la Dirección Técnica y del Servicio de Pediatría del SMI, con el propósito de conocer las diferentes perspectivas sobre el funcionamiento del Servicio en vistas a la selección de los indicadores más representativos de las diferentes áreas que configuran el CMI y si en la actualidad se utiliza alguna herramienta para la gestión de estas características.

Se realizó la consulta al servicio de informática de la institución, para relevar los instrumentos de recolección de datos utilizados.

A. Fuentes de Información:

- Se realizaron entrevistas con diferentes jefaturas de servicios que integran el área de Pediatría Ambulatoria de la Institución.
- Sistema de Información Interna. El sistema informático es un conjunto de partes interrelacionadas: software, hardware y personal especializado en él.
- Sistema Magic®: Si bien se trata de un sistema integrado con varios fines, en SMI se utiliza con la finalidad de optimizar la agenda electrónica asegurándose de que sus registros estén actualizados y disponibles siempre que se requieran.
- Planillas Excel son utilizadas para el manejo de los servicios tercerizados, como ser el caso de los pacientes derivados a Fonoaudiología y Psicología Infantil.
- Sistema Geosalud®: un Sistema de Gestión Inteligente en Salud que brinda una solución especializada en la gestión clínica para Prestadores de Servicios de Salud.

## **CAPÍTULO 1: Marco Conceptual**

Brindar atención en salud requiere que la misma esté centrada en el paciente, que sea de alta calidad, segura y basada en la evidencia científica. Esto implica un gran desafío para los Sistemas de Salud en todo el mundo.

La gestión de un Servicio de Salud presenta elementos comunes con la de otros sectores pero también elementos altamente específicos y singulares que hacen de la Gestión en Salud una de las disciplinas más complejas (6).

El concepto de “sustentabilidad financiera” se ha instaurado fuertemente en el colectivo de las organizaciones de salud, permitiendo identificar problemáticas sustanciales con la gestión de estos establecimientos. En este camino la eficiencia, la eficacia y equidad se han establecido como un objetivo también del sector salud. La adopción de estos paradigmas implicó una revisión y mejora en los procesos técnicos relacionados con la producción de bienes y servicios de salud, lo que implica re estructura y racionalidad en la asignación del gasto público en este aspecto (7).

Los directivos de las Instituciones de Salud tienen interés en conocer su desempeño, y para ello requieren de herramientas que les permitan medir y controlar.

En las últimas décadas, las Organizaciones que brindan servicios de salud, han utilizado diferentes herramientas para mejorar su desempeño y lograr los objetivos establecidos por la institución o por el sistema en el que se desarrollan. La utilización del CMI se diferencia de otras herramientas para la gestión en que se puede utilizar tanto para la Evaluación del Desempeño, así como una herramienta de gestión estratégica.

En este sentido la definición de la misión, el establecimiento de los objetivos así como de la estrategia resulta de fundamental importancia.

En el año 1992 Kaplan y Norton publican por primera vez una herramienta para la gestión llamada Cuadro de Mando Integral, en la revista Harvard Business Review. En su formulación inicial, propone establecer cuatro perspectivas: Financiera, de los Clientes, de los Procesos Internos, de Aprendizaje y Crecimiento.

Más adelante se incorporan los mapas estratégicos, que sumados a los anteriores, configuran lo que se conoce como los CMI de segunda generación buscando describir la relación causa - efecto entre los objetivos estratégicos para cada perspectiva. Los mapas estratégicos constituyen una verdadera guía para la estrategia, comunicando prioridades y actividades cotidianas necesarias para alcanzarlas mediante una representación (8).

Surge una tercera generación de CMI donde a lo anterior se incorporan declaraciones de destino, medidas y planes de acción para lograr los objetivos.

Será en base a los objetivos que deba alcanzar cada CMI, la elección del tipo de cuadro a utilizar, y es de fundamental importancia que sea especialmente sensible a la pertinencia y disponibilidad de los indicadores escogidos.

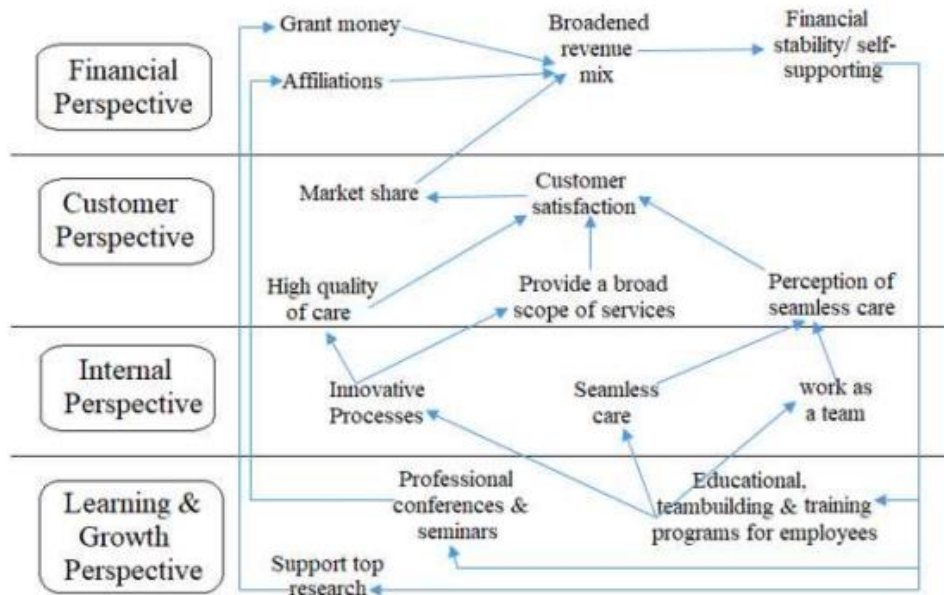
Sobre cada una de las perspectivas que lo componen, destacamos:

- La Perspectiva Financiera es en la que se manifiesta la forma en la que la empresa logra generar valor, refleja los resultados económicos y se mide habitualmente por la rentabilidad, el crecimiento de las ventas o la generación de cash flow (9).
- La Perspectiva del Cliente refiere a estos y al mercado en que la institución se enfoca; la propuesta de valor debe comunicar aquello que la empresa espera hacer mejor o de manera diferente y se estudia a través de índices como por ejemplo la adquisición de nuevos clientes, su rentabilidad, la cuota de segmento seleccionado, así como también mediante indicadores de valor añadido como pueden ser tiempos de espera (9).

- La Perspectiva del Proceso Interno mide si las actividades realizadas contribuyen al logro de los objetivos organizacionales, generalmente se analiza si se suelen realizar procesos poco utilizados, o se identifican nuevos. Kaplan y Norton en su libro Mapas estratégicos clasifican a los Procesos internos en cuatro grupos: de gestión de operaciones, de gestión de clientes, de innovación; reguladores y sociales (8).
- La Perspectiva de Formación y Crecimiento, refiere a la infraestructura necesaria para crecer a largo plazo. Incluye a las personas, los sistemas y los procedimientos. Algunos Indicadores relativos a los empleados son, por ejemplo: satisfacción, retención, entrenamiento; las capacidades de un sistema de información pueden medirse por la disponibilidad de la información en tiempo real; y los relativos a los procedimientos mediante su vínculo por ejemplo con los incentivos y la tasa de mejora (9).

De la búsqueda bibliográfica surge la primera publicación sobre la utilización del CMI en una institución del sector salud en el año 2000, en el Duke Children's Hospital en los Estados Unidos (Figura 1), obteniendo como resultado el pasar de tener 11 millones de dólares en pérdidas a presentar 4 millones de dólares en ganancias al evaluar, luego de un periodo de tiempo determinado, la implementación de la herramienta (10).

**Figura 1.1 Mapa Estratégico del Duke University Health.**



Fuente: Harvard Business Review: Saving money, saving lives.

Los autores Josep Bisbe y Joan Barrubés en su texto “El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias” plantean revisar las contribuciones y las limitaciones que aparecen en torno a la adopción del CMI en las mismas.

“En los sectores concretos (como el Sanitario) en que ya se utilizaban ampliamente indicadores de tipo no financiero a efectos de gestión operativa (o clínica), se producía una indeseable dicotomía entre la visión económica de los equipos gerenciales y la visión clínica de los profesionales, sin que los sistemas de medición contribuyeron efectivamente a integrarlas o tender puentes entre ambas visiones.” (Bisbe & Barrubés, 2012, p 920)

Constatan que si bien en la mayoría de las experiencias se citan las cuatro perspectivas clásicas a menudo se adoptan variaciones en algunas de ellas por ejemplo se ha ampliado la perspectiva financiera clásica de resultados económicos a resultados generales de la institución y/o la del

cliente en algunos casos incluyéndose a otros agentes de interés. Otras adaptaciones han ido en la línea de incluir directamente nuevas perspectivas o han sustituido una de las cuatro iniciales. El enfoque de satisfacción de distintas perspectivas que caracterizaba originalmente al CMI da paso, en la segunda generación, a un enfoque que establece una jerarquía entre perspectivas, incorporando mapas estratégicos. Esto no significa que toda organización que adopta un CMI deba adoptar un CMI con mapa estratégico, es imposible proponer un CMI con validez general, los directivos deben buscar en dicho instrumento un esquema que les permita representar un mapa compartido sobre el modelo de negocio o de actividad (11).

En un estudio publicado en agosto del año 2021 en el portal académico del Cold Spring Harbor Laboratory of Yale llamado “Impact for implementing Balanced Scorecard in Health Care Organizations: A Systematic Review”. De 2985 artículos encontrados en los portales de búsqueda seleccionados publicados hasta el 20 de septiembre de 2020, 20 cumplen con los criterios de inclusión establecidos por los autores y de ellos se concluye que el tipo de CMI más utilizado por las instituciones participantes fue el de segunda generación, seguido por el de primera generación. En relación al impacto de la herramienta, los resultados son coincidentes con artículos anteriores de similares características donde describen que el mayor impacto en las instituciones luego de la aplicación del CMI se encuentra en el aspecto relacionado a la satisfacción del paciente y el desempeño financiero, presentando un impacto positivo también, pero en menor proporción, en lo relacionado a la satisfacción del personal sanitario (12).

En referencia a su implementación en un servicio de pediatría se encontró el artículo “Cuadro de Mando Integral (BSC) del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua” de Heidy Leiva y Matias Flamm. Utilizaron las perspectivas tradicionales, no dieron demasiada importancia a la financiera porque el servicio no maneja presupuesto propio; con respecto a los usuarios buscaron mejorar su posición en el mercado dando una mejor imagen, visitando



padres, generando encuestas de satisfacción y aumentando la participación institucional en congresos; para los procesos internos se buscaron aquellos que se debían optimizar, se definieron procesos de innovación vinculados al análisis del uso de camas, de operación referente a egresos y días cama utilizados y de post hospitalización, y en relación al aprendizaje se plantearon conocimientos que se requieren y cómo capacitar o mejorar en esas competencias, tanto para enfermería, auxiliares, médicos, secretaría, técnicos (13).

## **CAPÍTULO 2: Contexto**

### **A.- SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD**

El acceso a la salud, es un derecho consagrado en nuestro país en la Constitución de la República del Uruguay desde el año 1830 (14). La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.” El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.

El principal responsable por el desempeño global del Sistema de Salud de un país es el Gobierno (15), desde la OMS se define al Sistema de Salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de una población.

En el año 2007, en Uruguay, se produce una reforma del Sistema de Salud con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a través de la ley No 18.211 (16). Además se crea un Seguro Nacional de Salud (SNS), cuyos objetivos originales son garantizar la atención integral de salud, homogeneizar la calidad de las prestaciones y lograr una justicia distributiva en el gasto de salud que asegurase la equidad, solidaridad y sustentabilidad del sistema. Este Seguro se financia a través de la creación de un fondo único, público y obligatorio: el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Éste se nutre de los aportes de los empleadores, los trabajadores activos y pasivos. Los trabajadores aportan un porcentaje de su salario al FONASA que varía según si es una única persona, si tiene cónyuge bajo cobertura y si además tiene hijos. Es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública donde participan usuarios, trabajadores y prestadores.

En relación a los servicios que cada prestador integral del SNIS debe brindar a los usuarios se crea el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), un catálogo detallado de prestaciones y

programas que uniformiza la oferta y explicita sus características y que las instituciones, al momento de firmar el contrato de gestión con la JUNASA, se comprometen a cumplir (ver Anexo A). El Decreto 465/008 es quien efectiviza la normativa el 5 de diciembre de 2007.

Desde su creación, ha presentado modificaciones, con incorporación de diferentes procedimientos o programas, bajo las mismas condiciones para los prestadores (17).

La principal fuente de ingresos de las Instituciones que forman parte de los prestadores integrales que pueden tener afiliados cubiertos por el Seguro Nacional de Salud es la transferencia, desde el FONASA, de una “cuota salud” ajustada por edad y sexo (18), y de un pago por desempeño a través del cumplimiento de Metas Asistenciales asociadas al cumplimiento de prestaciones preestablecidas. Este segundo aporte de dinero a las Instituciones, es una herramienta que dispone la JUNASA para orientar la conducta de las mismas hacia los objetivos planteados por el SNIS y las políticas diseñadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

El cumplimiento de las Metas Asistenciales y por consiguiente, su pago, resultan de la evaluación del desempeño institucional a través de la definición de un conjunto de indicadores vinculados a objetivos sanitarios establecidos por el MSP. Dicho componente se propone medir el esfuerzo institucional en el cambio del modelo de atención, generando estímulos económicos que promuevan mejoras en la calidad de la asistencia a la población. El pago correspondiente al cumplimiento de la meta, tiene ajustes periódicos por el Índice de Precios al Consumo.

En el primer año de su implementación, se establecieron: las metas referidas a la atención del niño y la embarazada, a la capacitación del personal encargado de la atención al público del área administrativa y asistencial y a la atención del adulto mayor. Las metas se dividían originalmente entre las de Salud del Niño y la Embarazada, la correspondiente a Recursos Humanos y la del Adulto Mayor.

Actualmente están vigentes la meta asistencial número 1 referente al niño, niña y embarazada; meta número 2 objetivos sanitarios nacionales; meta número 4 reforma del modelo de los recursos humanos, meta 5 capacitación.

A los efectos del presente trabajo, y para las perspectivas del cliente y del proceso, haremos referencia a la Meta Asistencial N° 1 que es la que se relaciona con el Servicio de Pediatría.

Esta meta consiste en indicadores referidos a la salud del recién nacido, del niño en su primer año de vida y a extender la cobertura del control en salud hasta la primera infancia (hasta tres años de edad). También se concentra en la salud de la embarazada. Consiste en 12 indicadores de salud, 6 referidos al niño en su primer año de vida y 6 relacionados con la salud materna (ver Anexo B).

A partir de la evaluación de los resultados obtenidos en el cumplimiento de los indicadores de Meta 1 en los períodos anteriores, se modifican y/o se reorientan para el período de abril 2019 - marzo 2021 de forma de continuar impulsando mejoras en el desempeño de las instituciones en la atención en salud de la población de niños, niñas y mujeres. Se propone continuar con el esquema general de indicadores durante dos años, con algunos ajustes que se describirán en cada caso. A su vez se plantea una redistribución de los valores de pago por indicadores, algunas modificaciones operativas, y una redefinición de los protocolos de actuación según sea la población que se trate.

Los datos nominalizados de los indicadores de cada institución serán organizados en el Sistema de Recepción y Control de Información Externa (RCIE).

Cada prestador actualmente recibe por el cumplimiento de la Meta 1 sumando el cumplimiento de todos los indicadores que la componen: 118,54 pesos por usuario, este es el último valor que figura en la página del MSP actualizado a partir del Artículo número 10 del Decreto N° 42/021 del 26 de enero de 2021.

La atención a la salud se organiza en 3 niveles donde en el primer nivel, el próximo a los

usuarios no solo por ser geográficamente más accesible si no porque es el lugar donde éstos recurren con mayor frecuencia para solucionar la mayor parte de los temas relacionados al amplio concepto de salud. Es la “puerta de entrada al sistema de salud”, a donde deberían acudir el 100% de los usuarios. Los restantes 2 niveles de atención están compuestos por servicios de mayor complejidad y especificidad en sus tareas, siendo utilizados por un número cada vez menor de pacientes a medida que se asciende el nivel (2).

El Sistema Nacional Integrado de Salud brinda cobertura universal en todo el territorio a todas las personas que residen en el Uruguay.

## **B.- SERVICIO MEDICO INTEGRAL**

El presente trabajo asienta sobre una Institución del subsector privado, con sedes en Montevideo y Canelones.

El Servicio Médico Integral surge en Montevideo en el año 1974 como una cooperativa de médicos que anteriormente integraban el Servicio Médico del Seguro de la Aguja, en sus inicios contaba con un policlínico y una Emergencia Centralizada localizada en el Centro de Montevideo, realizando la contratación de camas de interacción en el Hospital Italiano, con el correr de los años y el aumento del padrón de usuarios adquiere una dotación fija de camas en el Sanatorio de IMPASA. En el año 2007 se produce la intervención del Estado en la Mutualista IMPASA, luego el SMI asume la gestión y se produce la fusión de ambas instituciones, conformando un organigrama único (Figura 2) y con ello la adquisición de su propio sanatorio (19). En el año 2020 inaugura la nueva planta física, anexa a las instalaciones anteriores con nuevas salas de cuidados moderados y emergencias centralizadas tanto de adultos como de pediatría. Queda conformada así una cooperativa médica tal y como se encuentra hoy en día con los siguientes objetivos:

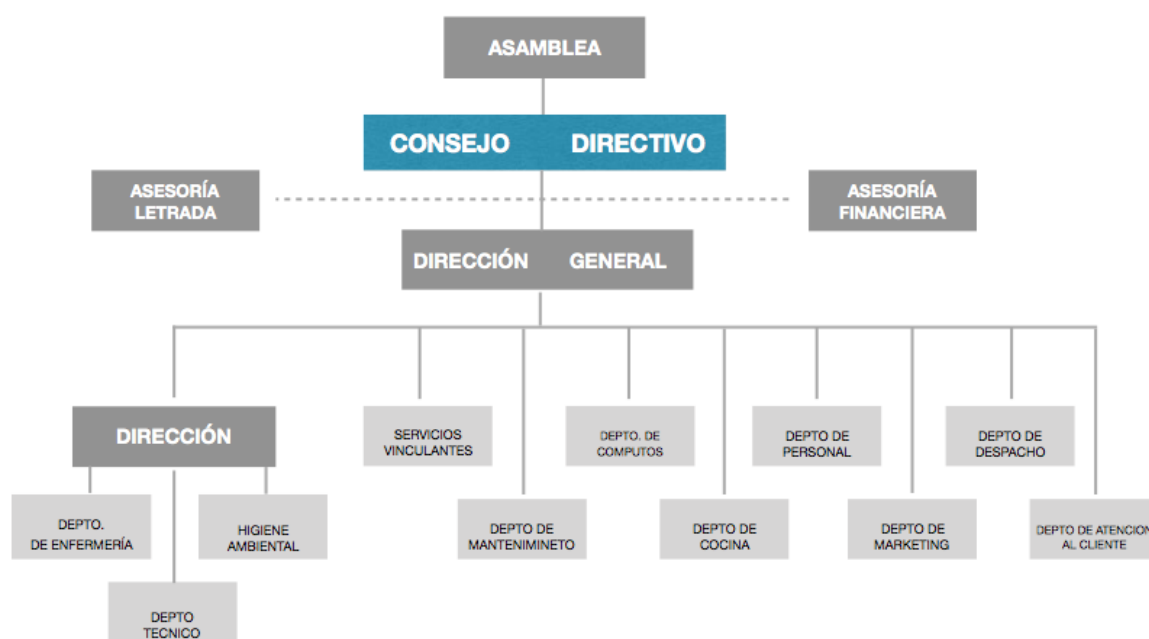
## Misión SMI

“Ser el Servicio de atención a la Salud Integral, Completo y Eficiente. Lo más económico posible para sus usuarios, sostenible en su funcionamiento y con calidad técnica y funcional igual o superior a la que deseamos para nosotros mismos.”

## Visión SMI

“Ser el Sanatorio con mayor eficiencia y calidad, contando con la mayor tecnología de América Latina.”

**Figura 2.1 Organigrama Institucional del Servicio Médico Integral**



Fuente: Dirección Técnica Servicio Médico Integral.

La atención comprendida en el Primer Nivel de Atención se brinda en la Sede Central donde se ubica el Sanatorio y en 4 Policlínicos localizados en la ciudad de Montevideo (en los barrios Centro, La Teja, La Blanqueada y Malvín Alto) y 2 Policlínicos en el Departamento de Canelones (Solymar y Salinas).

Históricamente el padrón de usuarios de la mutualista alcanzó un máximo que rondaba los 45.000 usuarios, con la absorción de los usuarios de la Mutualista IMPASA en un primer momento el SMI presenta un incremento del número de personas afiliadas. En una segunda instancia, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, un importante número de personas ingresan al Sistema de Salud a través del aporte a la Seguridad Social, así como sus hijos y familiares en relación de dependencia y optan por el SMI como prestador. Es, en ese momento, donde la SMI presenta el mayor aumento de su padrón de afiliados alcanzando el número que presenta en la actualidad. Según los datos que constan en el Sistema Nacional de Información (SINADI) al mes de junio del 2021, ocupa el cuarto lugar en número de usuarios de la totalidad de Instituciones que integran el subsector privado, con un total de 125.337 usuarios de los cuales 118.068 lo hacen a través del FONASA (94% del total) y 7269 lo hacen abonando una cuota mensual de su bolsillo.

De la totalidad de los usuarios, los del Servicio de Pediatría, es decir los que a la fecha tienen la edad comprendida entre el nacimiento y los 14 años son 21.749 (17% de los usuarios al mes de junio de 2021).

**Cuadro 2.1 Distribución de afiliados por rango de edad y por sexo en pediatría.**

<b>Edad</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
Menor de 1 año	494	509	1.003
1 - 4 años	2.578	2.390	4.968
5 - 14 años	8.129	7.649	15.778
<b>TOTAL</b>	<b>11.201</b>	<b>10.548</b>	<b>21.749</b>

Fuente: [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

El Servicio de Pediatría está integrado, a nivel del Sanatorio, por un Servicio de Emergencia Centralizada con 2 Pediatras de guardia interna las 24 horas, un sector de internación de cuidados moderados con 23 camas que recibe atención por un Pediatra Internista y un Pediatra Consultante. En este edificio se encuentra también el Centro de Terapia Intensiva Pediátrica con 6 camas, una Unidad Neonatal con 12 camas que brinda atención de Cuidados Intermedios e Intensivos para los recién nacidos.

El Primer nivel de Atención Pediátrico de la Institución está compuesto por policlínicas atendidas por Pediatras en todos los Policlínicos, las mismas ocurren de lunes a sábado.

Las restantes especialidades destinadas a la atención de los usuarios en edad pediátrica que conforman las establecidas por PIAS también se llevan a cabo en los diferentes centros de atención ambulatoria.

## C.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

De la información solicitada a la institución, de los datos obtenidos a través de la página web del MSP y de los datos aportados por diferentes actores institucionales obtuvimos la siguiente información.

La institución no cuenta con un sistema informático unificado que permita el entrecruzamiento de datos, tiene en funcionamiento más de uno, además hay parte de la gestión del primer nivel de atención de salud que no utiliza ninguno de los dos sistemas informáticos.

La forma de agendarse para la atención es: presencial en todas las Policlínicas, telefónicamente de Lunes a Viernes de 8:00 a 20:00 o a través de la agenda WEB en la página [www.smi.com.uy](http://www.smi.com.uy).

Los usuarios que deseen acceder a la atención en Neonatología, Pediatría y Pediatra de Adolescentes, podrán agendarse por cualquiera de los medios antes descritos. Para las restantes Especialidades el usuario deberá tener un pase previo.



La gestión de las agendas es llevada a cabo a través del Software Magic® y el departamento encargado es el de Despacho.

En cuanto a la organización de las Policlínicas, existe una Jefatura del Departamento de Despacho que es la encargada de supervisar las tareas administrativas, una jefatura de despacho del Policlínico del Centro y uno del Policlínico Central.

Dos Licenciadas en Enfermería encargada de supervisar al personal de enfermería.

En cada Policlínico hay una jefatura médica integrante del Departamento Técnico y encargada de cada planta física. Los técnicos que atienden en el primer nivel de atención se encuentran en relación de dependencia en la mayoría de los casos, existiendo una menor proporción de contratados como empresas unipersonales. Una excepción a esto lo configuran los servicios de Maestra Especializada y de Psicomotricista, que un porcentaje de las consultas se llevan a cabo en las instalaciones de la Institución y otro se realiza la tercerización de los servicios en clínicas particulares.

El primer nivel de atención pediátrica ambulatoria abarca todas las especialidades establecidas por PIAS. Del relevo realizado al mes de diciembre de 2021(ver Anexo C), se destaca los que los tiempos de espera cumplen con los requisitos establecidos en él con la excepción de las Policlínicas de Oftalmología Pediátrica, Nutricionista, Psicología Infantil y el rubro de especialidades técnicas destinadas al apoyo en el desarrollo del niño (Psicomotricidad, Fonoaudiología y Maestra Especializada).

#### D.- DISCUSIÓN

Las instituciones de Salud requieren por las exigencias del mercado actual ser eficientes desde el punto de vista de los resultados económicos, pero además estos buenos resultados económicos se deben acompañar con procesos asistenciales de calidad. Para poder llevar adelante estas premisas desde la mesogestión es necesario contar con sistemas informáticos

que nos permita conocer la realidad de los procesos a través del cumplimiento o no de objetivos previamente fijados. De los resultados obtenidos por nuestra investigación surge que dicha institución actualmente no tiene un sistema informático que le permita conocer y por lo tanto gestionar el primer nivel de atención pediátrica en forma eficiente y con estándares de calidad asistencial. Presenta distintos sistemas de agenda, de distribución de carga horaria de profesionales, estos sistemas no se entrecruzan entre sí, ni tampoco con el sistema de especialidades pediátricas que en algunas se realiza directamente en forma manual la agenda. Dada la importancia de tener un sistema de información unificado, integral, que nos permita monitorear nuestras metas y objetivos es que proponemos la creación de un CMI para dicho sector de la institución.

Luego de la elaboración del mismo, se realizará la presentación a las autoridades institucionales, se realizarán las correcciones pertinentes basadas en los aportes de todos los integrantes del equipo de gestión y si la Dirección Institucional decide adoptar esta herramienta se realizarán instancias de Capacitación periódicas, pautadas para el personal de la institución involucrados en el desarrollo de dicha herramienta en vistas al cumplimiento del Objetivo Específico N°2 de este trabajo.

### **CAPÍTULO 3: Propuesta de Cuadro de Mando Integral para el SMI.**

Dado que no contamos con una planificación estratégica institucional, se realizará una propuesta a través de la creación de una CMI de primera generación con la elaboración de indicadores útiles para la monitorización de la gestión en las diferentes perspectivas.

**Cuadro de Mando Integral para Policlínica Pediátrica del SMI**

<b>Perspectiva</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
<b>Financiera</b>	Aumentar el N° de afiliados pediátricos	10% al año	F1.- Porcentaje a de variación de afiliados pediátricos de un año a otro
	Mejorar el desempeño en la Meta 1	Cumplir 100% al año	F2.- Porcentaje de cumplimiento de la Meta Asistencial 1
	Disminuir el gasto en medicamentos de uso pediátrico	10% al año	F3.- Porcentaje de variación de gastos en medicamentos establecidos
<b>del Usuario</b>	Mejorar la experiencia del usuario	Aumento de un 20% al año	C4.- Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la Policlínica Pediátrica
<b>de los Procesos Internos</b>	Mayor eficiencia del recurso humano medico	Disminución de la ociosidad en un 10 % al año	PI5.- Productividad del Médico
	Disminución del tiempo de espera de determinadas Especialidades Pediátricas	Disminuir al 50% las especialidades con un tiempo de espera mayor a 30 días al año	PI6.- Promedio de tiempo de espera para la atención en policlínica
	Distribución eficiente de las Policlínicas Pediátricas	menos del 30% de turnos libres por día de la semana al año	PI7.- Disponibilidad por día de la semana por Policlínico
	Acceder a la consulta con su Peditra tratante dentro de los 7 días	Disminuir el tiempo de espera en el 40 % de los Peditras de Policlínica en el primer año	PI8.- Promedio de tiempo de espera para la atención de X Peditra.
<b>Aprendizaje y Desarrollo</b>	Excelencia en la asistencia médica a través de la EMC	70% de los Peditras re-certificados al primer año	AD9.- Porcentaje de Peditras re-certificados
	Excelencia en la atención del personal administrativo	30% del Personal Administrativo capacitado al año	AD10.- Porcentaje de Administrativos capacitados
	Estandarizar y brindar un enfoque de calidad en la atención de enfermería	50% del Personal de Enfermería capacitado al año	AD11.- Porcentaje de Enfermería capacitada.

## A.- PERSPECTIVA FINANCIERA

Dentro de la Perspectiva Financiera se buscará incrementar los ingresos generados a través del aumento del número de afiliados en edad pediátrica para la institución; y del logro de la Meta 1, para lo que se buscará mejorar el desempeño en los indicadores contenidos en la misma. Por otro lado, se pretende disminuir el gasto anual en medicamentos de uso pediátrico sin afectar la calidad asistencial.

Los ingresos puntuales del Servicio de Pediatría se componen de:

- Cápitas FONASA correspondientes a menores de 15 años.
- Usuarios individuales menores de 15 años.
- Cumplimiento de la Meta Asistencial 1.
- Órdenes y tiques correspondientes a pediatría.
- Otros ingresos operativos y no operativos de pediatría.

En este sentido y dado que el valor en pesos de los ingresos correspondientes de forma específica al sector pediatría no se encuentran desglosados el Estado de Resultados institucional y sabiendo que el concepto de cuota salud (Cápitas + Metas Asistenciales) tienen el mayor peso en los ingresos del SMI (en 2020 representó un 73% del total los ingresos operativos netos), nos parece representativo la variación del número de afiliados por FONASA y afiliados individuales menores de 15 años, así como el estudio de los porcentajes de cumplimiento de los indicadores incluidos dentro de la Meta Asistencial 1, con el fin de conocer qué tan cerca se está de su cumplimiento y por lo tanto de su cobro. Por otro lado, dentro de los gastos optamos por el que corresponde a los medicamentos pediátricos dado que consideramos es un rubro en el que se podría disminuir los costos a través de la negociación con los proveedores.

- 1) F1 - Porcentaje de variación del N° afiliados pediátricos.

Objetivo: Aumentar el número de afiliados menores de 15 años.

Meta: Incrementar los afiliados pediátricos un 10% en un año.

Fórmula:  $(N^{\circ} \text{ de afiliados menores de 15 años en un período de tiempo} / N^{\circ} \text{ de afiliados menores de 15 años período anterior}) \times 100$ .

Tipo de indicador: Indicador de cobertura.

Justificación: Este indicador muestra el porcentaje de aumento o disminución de afiliados pediátricos en la Institución. Se realizará la medición una vez al año para abarcar un período entero de movilidad regulada.

Responsable: Afiliaciones.

Fuente: Magic®.

Periodicidad: Anual.

2) F2 - Porcentaje de cumplimiento de los indicadores estipulados dentro de la Meta 1 en la institución.

Objetivo: Mejorar el desempeño en los indicadores contenidos en la meta 1 para de esa forma alcanzar el cumplimiento de ella.

Meta: Alcanzar el 100% del cumplimiento de los indicadores y por lo tanto de la Meta Asistencial 1.

Fórmula: porcentaje de cumplimiento de los Indicadores de la Meta 1 (ver Anexo B).

Tipo de indicador: De Resultados.

Justificación: Resulta de vital importancia conocer si la institución alcanza todos los requerimientos necesarios para cumplir con dicha meta y por lo tanto cobrar, para ello nos parece importante conocer el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los indicadores requeridos. Conocer el porcentaje de los mismos brinda información y permitirá priorizar aquellos en los que el porcentaje es menor o no se están cumpliendo.

Responsable: Departamento de Metas Asistenciales.

Fuente: Departamento de Metas Asistenciales.

Periodicidad: Trimestral.

3) F3 - Porcentaje de aumento/disminución de Gastos en Medicamentos en Policlínica  
Pediátrica.

Objetivo: Disminuir el gasto anual en medicamentos de uso pediátrico sin afectar la calidad asistencial.

Meta: Reducir el gasto en un 10 % en un año.

Fórmula:  $(\text{Monto global que representan los gastos en medicamentos en el Área de Pediatría Ambulatoria del trimestre en curso} / \text{monto global que representaban el trimestre anterior a valor constante}) \times 100$ .

Aclaración: Se trata de conocer el porcentaje de aumento o de disminución de los gastos en medicamentos de uso pediátrico con relación al año anterior a valores constantes. Se realizará una selección de los medicamentos que quedarán incluidos en este listado, siendo los de uso estrictamente Pediátrico.

Tipo de indicador: De Resultado.

Justificación: La monitorización de este valor, permitirá al equipo de gestión tomar decisiones sobre la necesidad de negociar mejores costos con los laboratorios a la hora de abastecerse de medicamentos, con lo cual permitirá disminuir o mantener los gastos de un año a otro en este rubro manteniendo la calidad asistencial.

Responsable: Departamento contable.

Fuente: Magic®.

Periodicidad : Anual.

## B.- PERSPECTIVA DEL CLIENTE

Dentro de esta perspectiva se buscará mejorar la experiencia y calidad de la atención a los usuarios lo que permitirá fidelizarlos.

### 1) C4 - Porcentaje de satisfacción de los usuarios con referencia al servicio de pediatría en un período de tiempo

Objetivo: Mejorar la experiencia del usuario.

Meta: Obtener un 20% de aumento en el número de encuestas positivas relativas al servicio en un año.

Fórmula:  $(N^{\circ} \text{ de usuarios con encuestas satisfactorias con referencia al servicio de pediatría en un período de tiempo} / N^{\circ} \text{ de usuarios totales encuestados con referencia al servicio de pediatría en el mismo período}) \times 100$ .

Aclaraciones: Se enviará al e-mail que figura en el registro del usuario la Encuesta una vez que el Pediatra finalice la alteración en Policlínica y cierre la historia clínica en el Geosalud®. La misma consultará sobre la conveniencia de la oferta de horarios de las Policlínicas de Pediatría y otras especialidades disponibles, los tiempos de espera con su pediatra de referencia, la cercanía a las policlínicas, así como las instalaciones, el trato del personal que lo atendió, higiene, entre otras. (ver Anexo D).

Tipo de indicador: De Resultado.

Justificación: Mide el grado de satisfacción de los usuarios. La calidad en la atención en salud se valora por diferentes aristas, si bien la valoración de la misma es un proceso complejo, que se relaciona con varios aspectos. Se trata de un método cualitativo con las limitaciones que esto conlleva al momento de sacar conclusiones de los resultados, resulta fácil de comprender por parte del encuestado y nos permite obtener información con una buena relación costo-beneficio. No hay antecedentes de la Institución de una encuesta de estas características en este Servicio.

Responsable: Departamento de Marketing.

Fuente: Encuestas electrónicas de satisfacción.

Periodicidad: Anual.

### C.- PERSPECTIVA DE LOS PROCESOS INTERNOS

En esta perspectiva se buscará obtener la eficacia y la eficiencia en los procesos del Servicio, para lo cual se pretenderá disminuir la ociosidad del recurso humano médico, realizar un uso eficiente de las consultas pediátricas, disminuir el tiempo de espera para el pediatra de referencia y de todas aquellas especialidades con demoras mayores a las establecidas por PIAS.

#### 1) P5 - Productividad del Recurso Humano Médico

Objetivo: Disminuir la ociosidad del recurso humano médico optimizando el mismo (que no haya horarios en policlínica sin pacientes agendados).

Meta: Reducir en un 10% el porcentaje de ociosidad de consultas en un año.

Fórmula: Para cada médico:  $(\text{N}^\circ \text{ de consultas disponibles para ser otorgadas según productividad pre establecida por MSP} - \text{N}^\circ \text{ de consultas realizadas en el mismo período de tiempo para el mismo médico} / \text{N}^\circ \text{ de consultas disponibles en el mismo período de tiempo}) \times 100$ .

Aclaración: En Uruguay existe una productividad previamente establecida para las consultas en Policlínica que varía según la especialidad y es en base a ésta que se estipula la carga de pacientes por hora con la que se abren las agendas en los diferentes Centros de Atención a la Salud de todo el país. Esto es igual, tanto para el subsector Público como para el Privado y para Pediatría son 4 consultas por hora como máximo, pudiendo agregar una quinta en la modalidad de Telemedicina a criterio del Prestador. Al momento de la realización del presente trabajo la Dirección de la Institución decidió no incorporar la opción de la consulta



telefónica en las policlínicas de atención a pacientes en edad pediátrica.

Indicador: De Resultados.

Justificación: Creemos que conocer la capacidad ociosa de cada médico de manera regular es un dato importante que debe manejar el equipo de gestión. Como ya se explicó la productividad máxima está establecida por el MSP. Si bien sabemos que este valor en algunas oportunidades puede resultar arbitrario e insuficiente, dado que existen particularidades y éstas inciden en la productividad del Médico. En el caso donde la capacidad ociosa sea elevada tal vez existan factores que hagan que no concurren usuarios (horario, accesibilidad, etc) y en combinación con otros indicadores como el de tiempo de espera para la consulta y la demanda por día por Policlinico, por ejemplo, pueden dar un panorama más claro para evaluar la necesidad de crear una nueva policlínica o ponerla en un horario donde exista mayor demanda que en el que se encuentra actualmente.

Responsable: Despacho.

Fuente: Magic® /Geosalud®.

Periodicidad: Trimestral.

2) P6 - Tiempo de espera promedio para obtener consultas en las especialidades en las que se supera el plazo establecido por PIAS (Anexo C)

Objetivo: Disminuir el número de especialidades con tiempos de espera mayores al establecido por PIAS. (menos de 30 días).

Meta: Reducir un 50% de las especialidades que presentan una demora mayor a 30 días en un año.

Fórmula:  $(\text{Suma del total de días desde que se solicita la consulta en Despacho hasta que se hace efectiva para la totalidad de policlínicas de una misma especialidad} / \text{N}^\circ \text{ total de consultas para la Especialidad en el periodo de tiempo}) \times 100.$

Aclaraciones: Este indicador se confeccionará exclusivamente para las especialidades pediátricas que presentan una demora mayor a 30 días al momento de la realización del trabajo, estas son: Oftalmología, Fonoaudiología, Maestra Especializada, Nutricionista, Psicología Infantil y Psicomotricidad. Para el cálculo se utilizará la Especialidad en general, no el de cada técnico.

Tipo de indicador: De Proceso, Accesibilidad.

Justificación: Este indicador mide el tiempo transcurrido en días desde la solicitud y la ejecución de la consulta con especialista. Al momento de la realización de este trabajo la demora en atención en las policlínicas antes mencionadas supera los plazos establecidos por PIAS. Con este indicador se busca evidenciar si esta situación se trata de un hecho aislado o se trata de una situación problema a resolver.

Responsable: Despacho / Informática.

Fuente: Magic®/ Geosalud®.

Periodicidad: Trimestral.

3) P7 - Disponibilidad de Consultas Pediátricas por día de la semana por cada Policlínico.

Objetivo: Tener una distribución eficiente de las policlínicas de Pediatría.

Meta: Que no haya días con un porcentaje de turnos libres mayor al 30% en las policlínicas de Pediatría en un año.

Fórmula:  $(N^{\circ} \text{ de turnos libres en la totalidad del Policlínico en determinado día de la semana de todo un mes} / N^{\circ} \text{ total de turnos existentes para Pediatría en el mismo día en el mismo policlínico en el mismo mes}) \times 100$ .

Aclaraciones: Se utilizarán los números de consulta de cada día de la semana a lo largo de un mes ya que no es constante la cantidad de consultas en el mismo día de la semana durante todo el mes (Ejemplo: consultas que ocurren el primer y segundo lunes del mes).

Tipo de indicador: De Proceso, De Demanda.

Justificación: Conocer la disponibilidad de consultas es una manera de evaluar la demanda. Pudiendo cruzar esta información con la obtenida en la encuesta de satisfacción podremos saber si la oferta coincide con lo que demandan los usuarios así como visibilizar si hay una acumulación de horarios de Policlínica disponible en días con menor demanda.

Responsable: Despacho.

Fuente: Magic®/Geosalud®.

Periodicidad: Trimestral.

4) P8- Tiempo de espera promedio para obtener consultas con el pediatra de referencia.

Objetivos: Concretar la consulta con el pediatra de referencia en un período no mayor a los 7 días desde su solicitud.

Meta: Disminuir el período de espera al menos un 40% del total de Pediatras titulares de Policlínicas en un año.

Fórmula:  $\text{Suma en días de espera para efectuar la consulta de todos los pacientes de un determinado pediatra en un mes} / \text{Total de pacientes atendidos por ese pediatra en el mismo mes}$ .

Aclaraciones: Cada paciente a través de su responsable elige un pediatra de referencia, se valorará que el acceso al mismo se encuentre dentro de los 7 días posteriores a la solicitud. Si bien esto no es parte de las metas PIAS, consideramos que dicho objetivo permite mejorar la calidad asistencial.

Tipo de indicador: De Proceso, Accesibilidad.

Justificación: A través de dicho indicador vamos a obtener un promedio de los días de espera para cada pediatra en el mes, con este dato podremos trabajar con aquellos pediatras que los valores de dicho promedio nos den 7 o más.

Responsable: Despacho.

Fuente: Magic® /Geosalud®.

Periodicidad: Trimestral.

#### D.- PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO

En esta perspectiva se buscará promover la mayor capacitación de todo el personal involucrado en la atención del niño y adolescente en el primer nivel de atención tanto del personal técnico como no técnico.

##### AD9 - Porcentaje de Pediatras re-certificados.

Objetivo: Promover la Educación Médica Continua como elemento fundamental de la calidad asistencial.

Meta: Alcanzar que un 70 % del personal realice la re certificación en el año.

Fórmula:  $(\text{Pediatras con re-certificación en un año} / \text{Total de Pediatras del mismo año}) \times 100$ .

Aclaraciones: La recertificación en Uruguay, al momento de la realización de este trabajo no es obligatoria. Desde la Institución se buscará promover la misma. En Pediatría el responsable de la recertificación es la Sociedad Uruguaya de Pediatría y es un proceso que en la actualidad se viene realizando cada 5 años.

Tipo de indicador: de Proceso.

Justificación: Esto está directamente relacionado con la calidad asistencial.

Responsable: Departamento de Pediatría.

Fuente: Datos proporcionados por la Sociedad Uruguaya de Pediatría.

Periodicidad: Anual.

AD10 - Porcentaje del personal administrativo capacitado en Atención al Usuario.

Objetivo: Promover la buena calidad de atención al usuario en todos los Servicios Administrativos (Despacho, Farmacia, Laboratorio de Análisis Clínicos) a través de la capacitación del personal.

Meta: Alcanzar un 30% de funcionarios con curso acreditado relacionado a la Atención al Cliente al finalizar el primer año.

Fórmula:  $(N^{\circ} \text{ de integrantes de despacho con capacitación acreditada en un año} / N^{\circ} \text{ total de integrantes del sector en el mismo año}) \times 100$ .

Aclaraciones: Se tomará en cuenta quien haya completado y cuente con acreditación de la capacitación. La misma podrá ser brindada por el SMI o realizada fuera de la institución

Tipo de indicador: De Proceso.

Justificación: Cuando la organización está dedicada a brindar atención a la salud, la atención debe tener características particulares. El personal administrativo es, en todas las instancias, el primer contacto del usuario con la Institución, lo que le confiere un rol decisivo en la experiencia de la persona a lo largo del proceso asistencial. En la actualidad no se exige ni se controla dicho requisito.

Responsable: Departamento de Despacho.

Fuente: Registros generados por Despacho o Departamento de Personal.

Periodicidad: Anual

### AD11 - Porcentaje de personal de enfermería capacitado

Objetivo: Realizar un cronograma de capacitación para auxiliares y licenciadas de enfermería que permita tener criterios unificados y actualizados al momento de realizar la atención al usuario.

Meta: Alcanzar un 50% de concurrencia a las instancias de capacitación pautadas en un año.

Fórmula:  $(\text{Número de personal de Enfermería del Servicio de Pediatría Ambulatoria capacitado en un año} / \text{Total del personal de Enfermería que trabaja en el Servicio de Pediatría Ambulatoria en el mismo año}) \times 100$ .

Aclaraciones: Se pactará un plan de trabajo en conjunto con las Licencias del Primer Nivel de Atención pediátrico y la Jefatura de Pediatría para realizar 3 capacitaciones en el correr del año de relevancia para la atención del niño y adolescente en el primer nivel de atención.

Tipo de indicador: de Proceso

Justificación: Las instancias de capacitación del personal asistencial tienen como resultado la mejor calidad asistencial.

Responsable: Licenciadas de Enfermería primer nivel de atención pediátrica y Jefatura Médica de Pediatría.

Fuente: Departamento de Enfermería.

Periodicidad: Anual.

## **CONCLUSIONES**

Hemos analizado el primer nivel de atención pediátrico del Servicio Médico Integral con una mirada desde la gestión y principalmente de las herramientas que actualmente cuenta la institución para llevar dicha gestión en este sector. De este análisis, encontramos debilidades en los sistemas informáticos que actualmente se utilizan, los cuales no le permiten conocer en forma fehaciente la gestión que se realiza y los resultados obtenidos. Por esto proponemos realizar un Cuadro de Mando Integral con sus 4 perspectivas básicas, financiera, del cliente, de procesos internos y de aprendizaje y desarrollo, el cual a través de objetivos estratégicos alineados con la misión y visión institucional nos permitan monitorear, planificar y gestionar el primer nivel de atención pediátrico del Servicio Médico Integral. Consideramos que dicha herramienta es indispensable para poder llevar una gestión eficiente de los procesos asistenciales con los mayores estándares de calidad asistencial.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Panamericana de la Salud. (1999). *El establecimiento de sistemas de información en servicios de atención de salud*, [en línea], Recuperado de [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/HealthcareInformationSystems\\_Spa.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/HealthcareInformationSystems_Spa.pdf)
2. Vignolo, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
3. Magnífico, G., Noceti, C., Rodríguez, N., & Uruguay. (2002). *Planificación de la red asistencial de ASSE*. Uruguay: Ministerio de Salud Pública, Administración de los Servicios de Salud del Estado.
4. León I., Herrera M. (2008) Atención Médica León I., Herrera M. (2008) Atención Médica: Niveles de Atención. *Temas de Salud Pública*. Tomo I. p. 39-49.
5. Etchebarne L. (2001). Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención. *Temas de Medicina Preventiva y Social*. p. 75-82.
6. Leyton C., Huerta P., Paúl I. (2015). Cuadro de Mando en Salud. *Revista de Salud Pública de México*; 57(3): 234-241. [en línea], Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v57n3/v57n3a12.pdf>
7. Labori García J., Labori Milanés R., (2020). Gestión Sanitaria. La complejidad. Management, ciencia o arte para lograr los mejores resultados. *Revista Ocronos*. Vol. III. Nº 7. p. 55.
8. Kaplan, R., Norton, D. (2000). *Mapas Estratégicos- Convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles*. Barcelona. Gestión 2000.
9. Kaplan, R., Norton, D. (2000). *Cuadro de Mando Integral*. Barcelona. Gestión 2000.
10. Meliones J. (2000). Saving money, saving lives. *Harvard Business Review*. Vol 78, p 57-66. [en línea], Recuperado de <https://hbr.org/2000/11/saving-money-saving-lives>



11. Bisbea, J., Barrube, J. (2012). El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. *Revista Española de Cardiología*. Volume 65, Issue 10, p 919-927. [en línea], Recuperado de <https://www.revespcardiol.org/es-el-cuadro-mando-integral-como-articulo-S0300893212003831>
12. Fatern A., (2021). The Impact for implementing Balanced Scorecard in Health Care Organizations: A Systematic Review. [en línea], Recuperado de <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.05.21261666v1.full.pdf>
13. Leiva, H., Flamm, M. (2007). Cuadro de Mando Integral (BSC) del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua. *Revista Chilena de Salud Pública* 11(3):142-149. [en línea], Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/233856492\\_Cuadro\\_de\\_Mando\\_Integral\\_BSC\\_del\\_Servicio\\_de\\_Pediatriadel\\_Hospital\\_Regional\\_Rancagua](https://www.researchgate.net/publication/233856492_Cuadro_de_Mando_Integral_BSC_del_Servicio_de_Pediatriadel_Hospital_Regional_Rancagua).
14. Poder Legislativo Uruguayo (1967). *Constitución de la Republica Oriental del Uruguay*.
15. Organización Mundial de la Salud. [en línea], Recuperado de <http://www.who.int/healthsystems/about/es/index/html>.
16. Sollazzo, A., Berterretche, R. (2011). The Integrated National Healthcare System in Uruguay and the challenges for Primary Healthcare. *Ciencia & saude coletiva*, 16(6), 2829–2840.
17. Ministerio de Salud Pública República Oriental del Uruguay. Plan de Atención Integral de Atención en Salud (PIAS/2008) [en línea], Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-289018-catalogo-prestaciones-pias>

18. Ministerio de Salud Pública República Oriental del Uruguay. Ajustes de cuotas, cápitass y tasas moderadoras - Enero 2021 [en línea], Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/ajuste-cuotas-capitas-tasas-moderadoras-enero-2021>
19. Zerboni, B (2014) Recuerdos del alma dormida. *Fin de Siglo*. p 30; 65.

## **ANEXO A: Requisitos PIAS**

### **Requerimientos PIAS para la Pediatría Ambulatoria**

- Consulta en Policlínica de Pediatría en **24 horas**.
- Demás Especialidades Médico Quirúrgicas: **30 días**.
- Tener Pediatra de Radio y Urgencia a domicilio.
- Salud Mental en Pediatría:

#### Modalidades de Atención:

- Modo 1: Gratuito. 12 sesiones al año por usuario.
- Modo 2: Con copago. 24 sesiones al año.
- Modo 3: Con copago menor que en el 2. 48 sesiones al año. Si Trastorno del Espectro Autista, discapacidad física o mental: 144 sesiones al año.
- 
- Especialidades que debe cubrir el Prestador:
  - Cardiología
  - Cirugía Pediátrica
  - Endocrinología
  - Gastroenterología
  - Hemato - Oncología
  - CTI Neonatal y Pediátrico
  - Nefrología
  - Neonatología
  - Neumología
  - Psiquiatría
  - Psicología
  - Neuropediatría
  - Fonoaudiología
  - Psicomotricista
  - Psicólogo
  - Estudio Psicopedagógico
  - Evaluación Psicomotriz
  - Foniatría

Fuente: Junta Nacional de Salud

## **ANEXO B: Meta Asistencial 1**

Meta Asistencial N° 1: Niño, niña y mujer. *Actualización de Abril 2019.*

	<b>Nombre del indicador</b>	<b>Concepto</b>
1	Captación del Recién Nacido	Porcentaje de Recién Nacidos usuario de la Institución que hayan recibido en primer control médico en los primeros 10 días de vida
2	Realización de los Potenciales Evocados Otoacústicos (EOA)	EOA a todos los recién nacidos vivos previo al alta hospitalaria o antes de los 7 días post-alta.
3	Captación del Recién Nacido de Riesgo (RNR)	RNR usuario de la Institución que tuvo una visita domiciliaria por integrante de Equipo dentro de los 7 días post-alta hospitalaria
4	Control y seguimiento del RNR	RNR que tengan controles a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses de vida.
5	Seguimiento diagnóstico de niños con primera EOA alterada	No de niños que cumplieron 1 año de edad con primera EOA alterada y cuentan con la aplicación del Protocolo diagnóstico de hipoacusia neonatal según pauta del Ministerio de Salud Pública .
6	Control del Desarrollo en el primer año de vida	Niños que tengan el control del desarrollo a los 4 meses de vida según la " <i>Guía Nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años</i> " del M.S.P.
7	Control del Desarrollo en el segundo año de vida	Niños que tengan el control del desarrollo a los 18 meses de vida según la " <i>Guía Nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años</i> " del M.S.P.
8	Control del Desarrollo en el 4° año de vida	Niños que tengan el control del desarrollo a los 48 meses de vida según la " <i>Guía Nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años</i> " del M.S.P.
9	Control Odontológico	Niños que al cumplir los 4 años cuentan con control odontológico entre los 36 meses y los 48 meses de vida
10	Control Oftalmológico	Niños que al cumplir los 5 años cuentan con un control oftalmológico entre los 36 y los 60 meses de vida

11	Control de HIV y VDRL durante el embarazo	Porcentaje de embarazadas usuarias que se les realizó en control de ambas ETS en en 1°, 2° y 3° trimestre del embarazo
12	Preparación de la Embarazada para el nacimiento	Porcentaje de embarazadas usuarias que presenta su primer parto o segunda cesárea y recibieron clases de preparación del parto según pautas del M.S.P.
13	Historia Clínica Perinatal Básica	Porcentaje mujeres afiliadas que presentan 1 parto/Cesárea cuya Historia Clínica Perinatal Básica fue volcada al sistema informático SIP y enviada al Ministerio de Salud en forma completa.
14	Violencia de Género	Se exigirá en todos los trimestres la entrega de información de los nuevos casos de violencia doméstica y/o violencia sexual fuera del ámbito doméstico detectados en el trimestre o aquellos casos cuya última consulta por violencia doméstica y/o sexual fuera del ámbito doméstico haya sido previa a los últimos 15 meses.

Fuente: Junta Nacional de Salud

## **ANEXO C: Disponibilidad de Policlínica**

Disponibilidad de las Policlínicas Pediátricas al 1/12/2021

<b>Especialidad</b>	<b>Días calendario</b>
ADOLESCENTES	13 días
CARDIOLOGÍA INFANTIL	3 días
CIRUGÍA DE NIÑOS	1 día
COMITE DE RECEPCION NIÑOS	13 días
DERMATOLOGO INFANTIL	10 días
FISIATRÍA INFANTIL	15 días
FONOAUDIOLOGÍA	más de 30 días
GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL	6 días
INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	28 días
MAESTRA ESPECIALIZADA	más de 30 días
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	5 días
NEONATOLOGÍA	1 día
NEUMOPEDIATRA	1 día
NEUROPEDIATRA	1 día
NUTRICIONISTA INFANTIL	más de 30 días
OFTALMOLOGÍA	más de 30 días
OTORRINOLARINGOLOGÍA	6 días
PEDIATRA CONSULTANTE (Jefe del Servicio G5)	6 días
PEDIATRÍA	1 día
PSICOLOGÍA INFANTIL	más de 30 días
PSICOMOTRICISTA	más de 30 días
SIQUIATRIA	1 día

TRAUMATOLOGÍA	15 días
UROLOGÍA	7 días
VIOLENCIA DOMÉSTICA	1 día

Fuente: Datos proporcionados por despacho el mes de Noviembre de 2020

## **ANEXO D: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN**

Se deberá puntuar del 1 al 10 las siguientes preguntas conforme a su grado de satisfacción con el servicio de pediatría (donde 1 es el grado más bajo de disconformidad y 10 es grado más alto de conformidad).

### **Preguntas:**

¿Está satisfecho con el SMI?

¿Está satisfecho con el Servicio de Pediatría del SMI?

¿Qué tan probable es que recomiende este servicio?

¿Cómo valora el trato del pediatra?

¿Cómo valora el trato de los licenciados (fonoaudiólogos, psicomotricistas, etc)

¿Cómo valora el trato del personal de enfermería?

¿Cómo valora el trato del personal administrativo?

¿Se sintió maltratado o discriminado por algún motivo?

### **Respecto al personal médico/ licenciado:**

¿El profesional médico/licenciado/ técnico llegó en hora?

¿Cómo valora el tiempo que se le dedica?

¿Cómo valora el trato y la capacidad de escucha?

### **Referente a la consulta:**

¿Los precios de la consulta le resultan altos?

¿Considera que el tiempo de espera para la coordinación de la consulta con un pediatra cualquiera fue correcto?

¿Considera que el tiempo de espera para la coordinación de la consulta con su pediatra de referencia fue correcto?

¿Considera que el tiempo de espera para la coordinación de la consulta con los licenciados fue correcto?

¿Considera que el tiempo de espera para la coordinación de la consulta con su licenciado de referencia fue correcto?

¿Esperó más del tiempo en sala que corresponde?

### **Referente a los medicamentos recetados;**

¿Los mismos estaban disponibles en farmacia cuando lo requirió?



¿Los precios de los medicamentos le resultan altos?

**Respecto a la accesibilidad:**

¿Tiene un policlínico cerca de su domicilio?

¿Cómo valora el tiempo de traslado hacia el centro más cercano?

¿El centro más cercano tiene horarios de lunes a sábados?

¿El centro más cercano tiene horarios en la mañana y en la tarde?

**Respecto a las instalaciones:**

¿Qué puntaje otorgaría al estado de las mismas?

¿Qué puntaje otorgaría a su comodidad?

¿Qué puntaje otorgaría a su limpieza e higiene?