



**UNIVERSIDAD DE CHILE**

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
**ESCUELA DE SISTEMAS DE INFORMACION Y AUDITORIA**  
DIAGONAL PARAGUAY 257 – FONOS : 6783307  
SANTIAGO - CHILE

**GESTION DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE APOYO DE SALUD  
(LAVANDERIA Y ROPERIA)**

**MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
CONTADOR AUDITOR**

**PROFESOR GUIA : SR. ANTONIO FARIAS L.**

**ALUMNA : IVETT SALINAS BUSTOS**

**Santiago, Julio de 2005.**

# INDICE

INDICE.....	2
1.-INTRODUCCION.....	3
2.- CONCEPTOS DE SALUD .....	4
3.- CONCEPTO DE GESTION.....	5
<b>AGENTES DE UNA GESTIÓN INSTITUCIONAL .....</b>	<b>5</b>
4.- CONCEPTOS DE CALIDAD .....	6
5.- INTERACCION DE LOS TRES CONCEPTOS ANTERIORES.....	9
<b>5.1.- CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD .....</b>	<b>9</b>
<b>5.2.- GESTION DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD.....</b>	<b>11</b>
6.-GESTION DE CALIDAD TOTAL .....	24
<b>6.A PRINCIPIOS DE LA CALIDAD TOTAL .....</b>	<b>24</b>
<b>6 B.-LA CALIDAD TOTAL COMO MODELO DE GESTIÓN .....</b>	<b>25</b>
<b>6C.- OPORTUNIDAD DEL SERVICIO .....</b>	<b>26</b>
<b>6D.-SATISFACIÓN DEL USUARIO. ....</b>	<b>26</b>
<b>6E.-ELIMINACIÓN DE DESPERDICIOS.....</b>	<b>27</b>
<b>6F.- ELIMINACIÓN DE DEMORAS Y TIEMPOS PERDIDOS. ....</b>	<b>28</b>
7.- CALIDAD DE LOS SERVICIOS V/S COSTOS. ....	29
<b>7.1 CONCEPTOS ECONÓMICOS EN LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS.....</b>	<b>29</b>
<b>7.2 CONCEPTOS DE COSTOS EN LOS SERVICIOS SANITARIOS .....</b>	<b>31</b>
<b>7.3 EL COSTO DE LA MALA CALIDAD EN SERVICIOS SANITARIOS .....</b>	<b>32</b>
8.- ORGANIZACION Y SIMPLIFICACION DEL TRABAJO ADMINISTRATIVO .....	33
9.- MONITOREO CONTÍNUO DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS PROCESOS.....	36
10.- MOTIVACIONES AL PERSONAL DE LAS FUNCIONES DE LOS SERVICIOS.....	38
11.- GESTION DEL SERVICIO DE LAVANDERIA Y ROPERIA .....	41
<b>DE HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA .....</b>	<b>41</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>41</b>
<b>1.- DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>41</b>
<b>2.- PROCEDIMIENTOS APLICADOS .....</b>	<b>42</b>
<b>3.- PUNTOS RELEVANTES .....</b>	<b>42</b>
<b>4.- ANTECEDENTES ADICIONALES .....</b>	<b>43</b>
<b>5.- RECOMENDACIONES .....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo 1A .....</b>	<b>46</b>
<b>Anexo 1B .....</b>	<b>46</b>
<b>Anexo 1B .....</b>	<b>47</b>
<b>Anexo 1C.....</b>	<b>47</b>
<b>Anexo 1C.....</b>	<b>48</b>
<b>Anexo 2.....</b>	<b>49</b>
<b>Anexo 3.....</b>	<b>49</b>
<b>Anexo 3.....</b>	<b>50</b>
<b>Anexo 3A .....</b>	<b>51</b>
<b>Anexo 4.....</b>	<b>52</b>
<b>Anexo 5.....</b>	<b>54</b>
<b>Anexo 6.....</b>	<b>55</b>
<b>Anexo 8.....</b>	<b>58</b>
<b>Anexo 9.....</b>	<b>59</b>
12.- CONCLUSIONES .....	60
13.-BIBLIOGRAFIA.....	61

## 1.-INTRODUCCION

Últimamente, a raíz de los grandes intercambios comerciales originados por la globalización del sistema económico la CALIDAD DE LOS SERVICIOS ha tomado un gran auge.

Hasta ahora, el concepto clásico de Calidad se centraba exclusivamente en el producto y, a lo sumo, en el servicio que se presta para la venta de éste. Actualmente la Calidad concierne a otras actividades no exclusivas de la industria manufacturera, como son la distribución o el servicio.

En el área de los servicios, se puede decir que la calidad se refiere a elementos intangibles, lo que significa que puede resultar más difícil su evaluación.

Igualmente, la aplicación del término CALIDAD se ha hecho extensivo a la Administración Pública, en contraposición a la que tuvo en sus orígenes, centrada fundamentalmente en empresas privadas.

Ante los cambios implementados en el sector salud por las políticas neoliberales de la globalización se hace urgente plantear cambios radicales en la manera como se prestan los servicios de salud, los que deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios.

El usuario de este tipo de servicios es un ser extremadamente complejo (involucra aspectos físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales). Si consideramos que la ENFERMEDAD es sinónimo de MAL-ESTAR y la SALUD lo es de BIEN-ESTAR por lo que el tratamiento del individuo en sí es objeto del estudio de múltiples disciplinas.

En Chile sólo en los últimos tiempos se ha abocado al estudio de la Calidad de los Servicios de Salud de manera integral, que sólo era conocida en las áreas Científica y Técnica no así en los Servicios de Apoyo.

## 2.- CONCEPTOS DE SALUD

La OMS define salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social que implica un normal funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, lo que le permite su desarrollo integral.

Definimos anteriormente que Salud es sinónimo de Bien-Estar.

Según el Dr. Avedis Donabedian “ La atención a la salud en si misma combina las contribuciones de los pacientes y de los prestadores de atención a la salud. El prestador de la atención tiene la responsabilidad de tomar las decisiones científico-técnicas apropiadas en el proceso de selección de estrategias diagnósticas y terapéuticas, de ejecutar todos los procedimientos de la manera más hábil posible y de manejar las relaciones personales con el paciente en forma ética, humana y placentera, de tal manera que se tienda a garantizar el grado más efectivo de participación tanto del paciente como de sus familiares. Al mismo tiempo, la persona u organización bajo cuyos auspicios se proporciona la atención es responsable de contar con los recursos necesarios para instrumentar las decisiones con un cierto grado de comodidad.

Por comodidad se entiende todas aquellas características del lugar de la prestación de los servicios que hacen a la atención a la salud conveniente, confortable, agradable, privada y, hasta cierto punto deseable.”

Es por esta razón que la atención de “ Calidad de Salud debe contemplar tres aspectos.

- a) El aspecto Científico-Técnico
- b) El aspecto de Gestión de los Medios
- c) El aspecto Humano

En este trabajo nos referiremos a los dos últimos aspectos ya que el primero ha sido ampliamente tratado en diversos estudios especializados.

### 3.- CONCEPTO DE GESTION

Se entiende por gestión el conjunto de acciones y normas de procedimientos que conllevan a la realización de una determinada actividad ya sea productiva o de servicio.

Dentro del concepto de gestión hospitalaria podemos determinar dos tipos de gestión:

- a) Gestión Científico – Técnica
- b) Gestión Funcional

La primera esta referida a cumplimientos de todos los requisitos indispensables que se desarrollan de acuerdo con los estrictamente científico, es decir, con el cumplimiento de los protocolos de atención analizados desde la óptica científico-técnica obedeciendo a los parámetros e indicadores establecidos por los organismos que rigen a los profesionales de la diferentes disciplinas.

La segunda es la manera cómo es brindado el servicio en las funciones de apoyo a la primera. La situación es más compleja ya que no conocemos que hayan parámetros en los que podíamos fundamentar los estándares de esta gestión.

#### AGENTES DE UNA GESTIÓN INSTITUCIONAL

**1.- Gestores.** Es el personal calificado para planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento de una institución. Deben estar convencidos de los costos que significa una mala gestión y por otro lado, los beneficios económicos de una buena gestión.

El comportamiento de estos es el ejemplo que garantiza que el personal subalterno utilice los recursos disponibles de la mejor manera posible.

**2.- Asesores.** Es el personal calificado en determinadas especialidades que se aboca a estudios específicos. No posee funciones jerárquicas ni ejecutivas.

**3.- Personal administrativo y auxiliar.** Es el personal ejecutante de las diversas funciones de una institución bajo la reglas o normas dictadas por los

estamentos superiores. La **Capacitación Continua** de este personal debe ser la preocupación primordial de todos los directivos de la institución.

#### 4.- CONCEPTOS DE CALIDAD

Durante mucho tiempo este término se refería exclusivamente a la calidad de manufactura de productos, actualmente también se ha extendido a los servicios, llegándose a aseverar que es lograr la satisfacción plena del usuario.

La más conocida de las definiciones de calidad es la de Dr. Avedis Donabedian-1984 “ *Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar*”.

*“Para poder evaluar la calidad de la atención a la salud, es necesario especificar, desde un principio, los objetivos a seguir y los medios legítimos o más deseables para alcanzar dichos objetivos. En la atención a la salud, el objetivo es mantener, restaurar y promover la salud.”*

Y según el Dr. Oscar Alonso Dueñas Araque dice” *Es imperativo plantear algunas reflexiones sobre diferentes aspectos de la calidad en la atención en salud y su importancia, pero principalmente sobre los aspectos relevantes de la atención en salud que nunca son tenido en cuenta cuando se trata el tema de la calidad en la asistencia sanitaria, una dimensión desconocida e ignorada pero no por esto menos importante como es la parte RELACIONAL Y HUMANISTA de la atención en salud”.*

El objetivo de los servicios de salud debe ser “**Personalizar la atención en salud,** ” de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno humano (familiares) deseos y circunstancias propias de cada momento, es decir, ponernos en su lugar. Y buscar satisfacer sus necesidades y expectativas manteniendo una cordial relación médico – paciente y/o institución – paciente. El usuario de una institución de salud tiene el derecho a que le garanticen información sobre su estado de salud que la entienda y comprenda según su nivel intelectual y a escoger y decidir libremente la institución que lo atienda. LA INSTITUCIÓN Y EL USUARIO DEBEN COMUNICARSE EFECTIVAMENTE Y COMPARTIR INFORMACIÓN FIDEDIGNA PARA QUE ÉSTE TENGA LA CLARIDAD ABSOLUTA Y OBJETIVA PARA TOMAR SUS DECISIONES.

El sistema de salud debe proporcionar la información, el tiempo , valor monetario para que él y sus familiares puedan tomar decisiones acertadas cuando seleccionen un plan de salud, el hospital, o tratamientos respetando los principios éticos de justicia protección y beneficio y no maleficencia buscando en estas relaciones una confianza informada y no una confianza ciega.

La relación entre proceso y resultado es directa en la industria y también lo es, en muchas ocasiones, en la atención médica. El problema en la relación entre **el proceso y el resultado** radica en determinar previamente cuál es el resultado esperado de un proceso asistencial correcto, que por razones obvias, no será siempre la mejora de la salud del individuo.

Lovelock Chistopher H. Señala que debido al hecho que los clientes se involucran en la producción de los servicios de salud es necesario trazar una distinción ente **el proceso del servicio** ( calidad funcional) y **el resultado** (calidad técnica).

Según el mismo autor, las investigaciones más extensas sobre la calidad del servicio estan poderosamente orientadas al usuario que se pueden consolidar en cinco vastas dimensiones, dado el elevado grado de correlación entre algunos de estos criterios:

- **Tangibles** ( apariencia de los elementos físicos )
- **Confiabilidad** ( un desempeño confiable y preciso )
- **Actitud de respuesta** ( prontitud y espíritu servicial )
- **Garantía** ( competencia, cortesía, credibilidad y seguridad )
- **Empatía** ( acceso fácil, buenas comunicaciones y comprensión del usuario )

En la calidad de servicio intervienen más las expectativas del usuario que el servicio como tal. Las expectativas del servicio si bien están basadas en una necesidad real y concreta, la percepción de la satisfacción de esa necesidad dependerá de quién requiera el servicio en sí. A iguales percepciones de servicio, tendrán percepciones diferentes distintos usuarios.

Un “Servicio de Calidad” debe estar precedido de una “información y Orientación ”. Esta forma de entender la calidad de servicio es dar una “ Atención

Previa” sin ésta no habrá un servicio total. ATENDER ES SERVIR. Por lo tanto se debe prestar sumo cuidado a la Atención, ya que atender es el inicio del servicio. Se dice habitualmente que Atender es la Pregunta y Servir es la Respuesta. Por lo que no hay Respuestas sin Preguntas Previas y Servicio sin Atención Previa.

“ATENDER ES EL PUNTO DE PARTIDA Y EL SERVICIO EL PUNTO DE LLEGADA”.

## **5.- INTERACCION DE LOS TRES CONCEPTOS ANTERIORES**

### **5.1.- CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD**

#### **( BASADO EN LOS 7 PUNTOS DE KARL ALBRETCH)**

##### **5.1.1- Capacidad de respuesta**

Se manifiesta en el grado de preparación que tiene el personal de la institución para entrar en acción. La lentitud del servicio, es algo que difícilmente agregue valor para el usuario. En los servicios de salud, la falta de capacidad de respuesta puede ser trágica. Un error en estos servicios, por pequeño que parezca, es intolerable cuando el usuario ha esperado más de lo necesario.

##### **5.1.2.- Brindarse en la atención**

Ser bien atendido, es ser bien recibido, escuchado, ayudado, informado y orientado lo que lo ayuda a mitigar su dolor físico en decir en definitiva se siente **apreciado**. Nunca se deben tener **prejuicios** por la impresión o apariencia que muestra el usuario.

##### **5.1.3.- Comunicación fluida, entendible y a tiempo**

El usuario debe tener la seguridad de que lo están entendiendo en su estado de salud. Por otra parte el usuario debe salir convencido de que las prestaciones de servicio recibido fueron las adecuadas.

No sólo hay comunicaciones verbales, sino también en forma visual siempre hay que tener en cuenta a qué tipo de usuario se está dirigiendo la comunicación.

#### **5.1.4.- Accesibilidad para quitar incertidumbre**

Uno de los mayores inconvenientes en esta área de servicios de salud –sobre todo en los masivos – es la imposibilidad de comunicarse para ser atendidos o dejar mensajes. No se gana mucho de que la institución sea óptima en el aspecto científico-técnico sin una buena comunicación. El hecho de tener acceso a la información es fundamental para que el usuario y familiares directos no tengan la incertidumbre de cuando podrán ver satisfechas sus necesidades.

Todos los medios que se pongan al alcance del usuario nunca serán suficientes para satisfacer sus necesidades de información.

#### **5.1.5.- Amabilidad en la atención y en el trato**

El respeto, expresado en amabilidad, es indispensable para relacionarse con los usuarios (externos o internos). Cuando se trata de atender reclamos, quejas de usuarios irritados no hay nada peor, que una actitud de tender a no escuchar ó de mala voluntad. Todos deben sentirse especiales en el trato. Muchos necesitan ser sólo escuchados. Estos reclamos suelen ser, en algunos casos, importante información para mejorar los servicios.

El tono de las respuestas, el saludo, las gracias forman parte de buen repertorio que componen la **amabilidad**.

#### **5.1.6.- Credibilidad expresada en hechos.**

No se debe crear falsas expectativas. Crear expectativas exageradas es una falta de compromiso con el usuario y éste se encargará de difundir su decepción ante otros usuarios. La calidad del servicio debe publicitarse de un modo sincero.

#### **5.1.7.- Comprensión de las necesidades y expectativas del usuario.**

En función al servicio que se ofrece, ¿Se comprende lo que el servicio de salud significa para el usuario?. ¿Se está seguro de haber evaluado correctamente sus necesidades?

## **5.2.- GESTION DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD**

Se puede definir por gestión de calidad como el conjunto de principios, métodos y estrategias que intentan movilizar a toda la institución, con el propósito de satisfacer las necesidades del usuario al menor costo posible.

Si se entiende que Gestión es la capacidad de la Dirección de planificar, organizar y controlar las actividades de una institución, esta además debe formular políticas de integración del personal a todo nivel.

### **5.2.1 PLANIFICACIÓN DE CALIDAD**

Actividad que a partir del conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios obtiene bienes y servicios capaces de satisfacerlas .

### **5.2.2 ORGANIZACIÓN DE CALIDAD**

Conjunto de estructura organizativa, recursos y procesos que se establecen para llevar a cabo la gestión de calidad.

### **5.2.3 CONTROL DE CALIDAD**

Son las acciones destinadas a eliminar defectos, elevar el nivel de ejecución de los procesos, optimizando el aprovechamiento de los recursos disponibles.

En nuestro país las instituciones de salud pública están reguladas (limitadas ) por el Presupuesto que el Estado les atribuye, por lo que la calidad de la gestión de sus direcciones es más imperativa.

La actitud de la Dirección es determinante para implantar “ La Calidad “ como modelo de gestión estimulando la participación y compromiso de todos los elementos de la organización.

Como se decidió anteriormente nos referiremos a la Gestión Funcional y en especial a las funciones de apoyo. Estas funciones en su calidad son menos perceptibles pero tienen un efecto importante en la Calidad Total del Servicio y en los costos

### **5.2.1 PLANIFICACIÓN DE CALIDAD**

La planificación de calidad de los servicios de salud es necesaria en el diseño y desarrollo de las futuras acciones coordinadas para llegar a la satisfacción total de los usuarios. Para lo que se requiere:

#### **1.- Diagnosticar la situación actual.**

1.1 Evaluar la situación actual en relación a los medios humanos y estructurales disponibles

1.2 Evaluar las necesidades de los usuarios, actuales y potenciales, de servicio en estudio.

1.3 Conocer los puntos fuertes que conviene explorar y los puntos débiles que hay que mejorar.

#### **2.- Definir los objetivos futuros.**

2.1 Se definen objetivos a alcanzar en el marco de los principios y la naturaleza del hospital.

2.1.1 Objetivos generales a largo plazo.

2.1.2 Objetivos generales a medio plazo

2.1.3 Objetivos generales a corto plazo.

El cumplimiento de los objetivos a corto y medio plazo van permitiendo evaluar los progresos alcanzados en la consecución del objetivo final, ya que estos últimos a veces no se obtienen por la limitación de recursos disponibles.

**2.2** Se establece una metodología para alcanzarlos .

**2.3** Se evalúa los materiales necesarios para alcanzarlos en el caso si los actuales no son suficientes.

**2.4** Se evalúa la formación y motivación del factor humano para alcanzar las metas pretendidas.

### **3.- Clasificación de objetivos.( También denominados proyectos).**

#### **3.1 Proyectos de expansión requieren de:**

3.1.1- Definición de objetivos y sub-objetivos de acuerdo con la política general del hospital.

3.1.2- Listado de actividades que hay que desarrollar clasificadas en un número de etapas que varían según la extensión del proyecto

3.1.3 - Se debe confeccionar un Manual de Metodología y Procedimientos que se utilizarán en el desarrollo del proyecto.

3.1.4- Dotación de las instalaciones, equipos personal y presupuesto del proyecto.

3.1.5- Establecimiento de puntos y métodos de control.

#### **3.2 Proyectos de mejora**

3.2.1- Adaptarse a futuras necesidades

3.2.2- Reducir fallas en los procesos

3.2.3- Adoptar modernos procesos de rutina.

3.2.4- Reducir costos en los procedimientos.

3.2.5- Capacitación del personal nuevo en los procesos.

## 5.2.2 ORGANIZACION DE CALIDAD

### I.- ALGUNAS DEFINICIONES SOBRE ORGANIZACIÓN

Según Jaime Varo, en salud, *“el concepto de organización se define como el proceso de gestión que combina los recursos materiales y humanos con objeto de establecer una estructura formal de tareas y actividades. Organizar es agrupar las acciones necesarias para alcanzar ciertos objetivos, asignar a cada grupo un responsable con la autoridad precisa de supervisión y coordinar en sentido vertical y horizontal toda la estructura de la empresa”*.

Como señala Mintzberg, *“ toda actividad humana organizada requiere cumplir dos supuestos: la división del trabajo en distintas tareas y la coordinación de las mismas”*.

Hall R.H. *“ La organización es una colectividad con límites relativamente identificables, con un orden normativo, una jerarquía y unos sistemas de comunicación y coordinación. Esta comunidad existe en un medio y se ocupa de actividades que, por lo general, se relacionan con una meta o un conjunto de fines”*.

El proceso de organización considera las siguientes etapas:

- (a) Delimitar las actividades precisas para alcanzar los objetivos.
- (b) Agrupar dichas actividades en una estructura lógica.
- (c) Asignar las funciones y definir los puestos de trabajo.

En el caso de las instituciones hospitalarias existen reglamentaciones superiores que regulan su funcionamiento, determinadas por el Ministerio de Salud.

## II.- LAS ORGANIZACIONES COMO SISTEMAS

Von Bertalanffy L. " *La teoría general de sistemas es uno de los métodos más idóneos de explicar la empresa*"

Varo Jaime, " *El sistema es un conjunto de elementos vinculados entre sí y adcritos a unos fines determinados, que se fijarán según cual sea el sistema socioeconómico donde la empresa desarrolle su actividad.*

Miller define el sistema como " *un conjunto de unidades que interactúan manteniendo relaciones entre sí; la estructura del sistema es el ordenamiento de los subsistemas y sus componentes en el espacio tridimensional en un momento dado de tiempo; y el proceso es todo cambio de materia energía e información*".

Se define también como una agrupación de elementos interdependientes que interaccionan entre sí, y cuya combinación forma un todo. El producto total resultante de su actividad es mayor que el que produciría la suma de cada una de sus partes actuando por separado", Kast FE, Rosenzweig JE.

González Dagnino, A. " *la teoría de sistemas tiene la gran ventaja de analizar totalidades funcionantes, con lo que permite un análisis global del trabajo de los centros de salud*".

La organización estructural de la división del trabajo y de una jerarquía de autoridad y de responsabilidad se han establecido las siguientes dimensiones que la caracterizan:

- **La coordinación de actividades**, hace efectivo el concurso de los esfuerzos de los individuos.
- **Los objetivos comunes**, sirven de guía a la actuación individual.
- **La división del trabajo**, consigue los fines de un modo más eficaz y da lugar a una **diferenciación de funciones**.

- **La integración de las funciones**, aumenta la eficacia de una organización.
- **La jerarquía de autoridad o línea de mando**, cuida de la coordinación, dirige el esfuerzo y controla los resultados.
- **Las normas y procedimientos**, definen las funciones de las personas, las relaciones entre ellas y las especificaciones de los bienes y servicios.
- **El sistema de premios y castigos**, estimula a los individuos a desempeñar correctamente sus funciones.

### III.- LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LOS SISTEMAS

Las organizaciones, por ser sistemas, persiguen cuatro objetivos específicos ( Mintzberg,H.):

- **La supervivencia.** Es la conservación o mantenimiento del sistema. Está en la base misma del sistema de objetivos, ya que prácticamente ninguna organización nace para desaparecer poco tiempo después.
- **La eficiencia.** Significa el máximo beneficio ante un nivel de costos dado.
- **El control.** Todo sistema abierto en que la existencia esta condicionada por el ambiente, del que obtiene la energía e información para llevar a cabo su actividad y al que exporta sus resultantes, el control se realiza en dos formas. Una de ellas es intentar que el entorno no interfiera en la consecución de los objetivos propios de la organización; la otra es procurar el control de los objetivos de los demás.
- **El crecimiento.** Todas las organizaciones y los hospitales no son la excepción, tienden a desarrollarse. Los agentes internos de una organización, especialmente directivos y mandos medios, tienen especial interés en el crecimiento de sus organizaciones por los beneficios de diversa índole que se pueden obtener.

## **La misión como objetivo de la organización.**

La misión es definida por Mintzberg” como *la función básica de la organización en la sociedad en términos de los bienes y servicios que ofrecen a sus usuarios”*.

*El hospital participa de la misión del sistema sanitario: la promoción y prevención de salud, la asistencia sanitaria y la rehabilitación”*.

### **5.2.3. CONTROL DE CALIDAD**

Con el objeto de que la planificación de calidad sea eficaz y alcance sus objetivos, se utiliza un proceso de control que verifica hasta que punto se logran las metas y se asegura la mejora de los procesos.

El control de calidad comprueba si la calidad del proceso producido corresponde a la calidad del diseño. Es un proceso de gestión durante el cual se mide el comportamiento real con los objetivos y se actúa sobre las variaciones

El fin principal del control será minimizar los daños que puedan producirse por las variaciones en los procesos, corrigiéndolas inmediatamente o, mejor aún , previniéndolas.

Según , Jaime Varo. “ *El funcionamiento del control de calidad se basa en un bucle de retroalimentación por el que circula la información. Un sensor mide el comportamiento real del proceso, producto o servicio e informa de éste a un arbitro; éste, al mismo tiempo, recibe la información del objetivo o del estándar y compara el comportamiento real y estándar y, si hay diferencias, activa un accionador que implanta las modificaciones necesarias con objeto de eliminar las diferencias detectadas”*

## **I.-EL PROCESO DE CONTROL CONSIDERA LAS SIGUIENTES ETAPAS:**

- (a) Determinar los que se ha de medir para determinar la calidad del proceso producido.
- (b) Establecer los programas de control para realizar dicha medida.
- (c) Desarrollar planes operativos con el objeto de corregir desviaciones y elevar la calidad final del proceso.
- (d) Investigar nuevas tecnologías aplicables a la mejora del control de calidad de los procesos.

Las características de la simultaneidad de la producción-consumo de los servicios de salud tienen una alta incidencia en la calidad del servicio final y en su control.

Estas circunstancias obligan a que el control de calidad deba extenderse a todo el proceso, desde el diseño hasta la producción-consumo, y verificar no sólo que el servicio en su funcionamiento responde a la calidad del diseño, sino también que ésta se halla en consonancia de todos los factores relacionado con la ejecución y la participación del usuario en la prestación del servicio. La unión de estos tres elementos - diseño, ejecución y participación del usuario - va a conseguir satisfacer las expectativas del usuario al recibir las prestaciones de salud.

El control de calidad es transversal a toda la organización con diferentes grados de responsabilidad:

### **a) Control de la Dirección**

- *Objetivo:* los objetivos estratégicos y asegurar que se ha establecido un *sistema de control de calidad*.
- *Sistemas de Control:* el sistema de información, la auditoria de calidad y las encuestas.
- *Decisiones:* las acciones dirigida a mejorar la satisfacción del usuario y la *competitividad del servicio*.

### **b) Control de los mandos medios**

- *Objetivo:* los problemas vitales .Para descubrirlos se sigue el **principio de Pareto**, según el cual, en un conjunto constituido por un gran número de problemas sólo una pequeña parte de ellos es significativa .
- *Sistemas de Control:* el sistema de información y la supervisión directa.
- *Decisiones:* las acciones destinadas a mejorar la conformidad final del proceso .

**c) Control de los trabajadores**

- *Objetivo:* las características del proceso y servicio en especificaciones y procedimientos.
- *Sistemas de Control:* metodológico, instrumental o biológico.
- *Decisiones:* las acciones enfocadas a conseguir la conformidad del proceso en el servicio.

*La gran parte del control de calidad en los servicios lo llevan los trabajadores si se hallan en estado de **autocontrol**, si tienen capacidad de detectar u corregir las disconformidades en tiempo real. **El autocontrol es la situación ideal para todos los puestos de trabajo de una organización, desde la dirección al último auxiliar.***

**Las ventajas del autocontrol son las siguientes:**

- a) Detectar el defecto cuando se produce y corregirlo en ese momento.
- b) Elimina un costo de calidad
- c) Facilita la mejora de la calidad.
- d) Economiza costos de calidad al disminuir los costos de inspección.

## **La satisfacción de los criterios de autocontrol son las siguientes:**

- a) Se conozcan los objetivos que se deben alcanzar, es decir , que posean los medios y conocimientos para saber qué hacer.
- b) Comprender bien el trabajo y percibir cuando no esta conforme a los objetivos.
- c) Contar con los medios para controlar su actuación y, en consecuencia, la capacidad de efectuar los cambios necesario.

## **II.--METODOS DE CONTROL DE CALIDAD**

Los sistemas metodológicos de control de calidad, utilizables en la asistencia sanitaria son :

- a) Método orientado hacia los problemas.
- b) Método orientado hacia los procedimientos.
- c) Método orientado hacia los objetivos

Elegir uno u otro método depende de la situación planteada y de quién realice el control. Ahora bien, la medida de los costos de calidad – la valoración de todos los gastos de desarrollo de las actividades, necesaria para alcanzar los objetivos de calidad definidos por la Dirección – se realizará siempre que sea posible, puesto que calcula la ineficiencia del trabajo hospitalario en términos económicos y constituye un elemento de importancia decisiva en el proceso de toma de decisiones.

### **a).- METODOS ORIENTADOS HACIA LOS PROBLEMAS**

Es un sistema clásico de control de calidad de la atención sanitaria de amplia utilización en los hospitales. Consiste en detectar, jerarquizar, analizar y evaluar los problemas, establecer programas de acción con asignación de tareas y plazos de ejecución y seguirlos con una posterior evaluación de su eficacia. Se fundamenta

en la idea de que un consenso, obtenido entre un grupo de personas conocedoras de los problemas en estudio, es suficiente para emplear los resultados de forma ventajosa. Es un método utilizado por los trabajadores cuando actúan organizados.

### **b).-METODOS ORIENTADOS HACIA LOS PROCEDIMIENTOS**

La utilización de este método exige normalizar y formalizar todo los procesos hospitalarios, la existencia de manuales de procedimientos departamentales y su recopilación en el manual de la organización; así como el conocimiento y compilación de normas o procedimientos externos al hospital, tales como leyes y reglamentos estatales, resoluciones ordenes y circulares específicas.

En su aplicación se necesita establecer y dar a conocer, a las unidades organizativas evaluadas, la tasa de conformidad o nivel aceptable de calidad. La tasa de conformidad es el porcentaje de servicios defectuosos consideradas aceptables por quién ejerce el control. Este sistema mide periódicamente las desviaciones producidas con respecto a una norma. Va seguido de acciones correctoras destinada a mejorar la tasa de conformidad - de forma que ésta se acerque a la establecida, de asignación de tareas y de plazos de ejecución.

### **c).-METODOS ORIENTADOS HACIA OBJETIVOS**

Su empleo exige la definición previa de los objetivos y su posterior clasificación por niveles de responsabilidad en función de la urgencia. También es necesario definir los objetivos numéricamente; determinar la unidad de medida de cada uno de ellos; establecer el sistema de medida; diseñar la acciones que hay que llevar a cabo; asignar los recursos materiales, humanos y financieros; distribuir las tareas y responsabilidades y fijar los plazos de consecución de los objetivos.

## **SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE SALUD**

En el ámbito sanitario pueden considerarse actividades auxiliares todas aquellas que no contribuyen directamente a la asistencia, docencia e investigación, objetivos esenciales del sistema hospitalario. El espectro de las operaciones complementarias es muy amplio. Estas actividades han recibido escasa atención por parte de los diversos autores que han formulado el modelo de calidad de asistencia sanitaria, quienes se centra en los factores clínicos del proceso sanitario y dejan de lado la actuaciones auxiliares, sin cuyo concurso sería imposible la actuación médica, especialmente en las organizaciones sanitaria.

No cabe ninguna duda acerca de la relevancia y repercusión en la calidad de la asistencia sanitaria, también la calidad de las actividades desarrolladas por las unidades de apoyo.

Actualmente las organizaciones hospitalarias están licitando los servicios de apoyo a la gestión, como ser lavanderías, casinos para el personal, informática etc. Esto obedece en parte al grado de especialización que estas actividades están obteniendo y a la evolución de sus técnicas y procedimientos de su avance tecnológico. Si bien es cierto que esta opción obedece por una parte al ahorro de recursos en lo que se refiere a estructura y personal, exige un mayor control de la eficiencia y efectividad de estos servicios extra-hospitalarios.

En ocasiones para mejorar la calidad y reducir los costos, es mejor comprar estos servicios fuera del hospital. La compra y contratación exige un estrecho contacto entre proveedor y hospital, de forma que el primero conozca y cubra las necesidades de éste.

Esta situación exige un monitoreo continuo del cumplimiento de los contratos, calidad de los servicios, oportunidad en la entrega y grado de satisfacción del usuario ( en estos casos sería en el propio hospital ).

Los encargados de estos servicios de apoyo, deben realizar prospecciones periódicas para informarse si el mercado ofrece mejores alternativas de estos

servicios, es decir, proveedores con nuevas tecnologías y a precios más convenientes.

En algunos casos es posible realizar contratos temporales a prueba, para posteriormente licitarlos de acuerdo a la reglamentación.

## **ESTUDIOS PREVIOS A LA CONTRATACION DE UN SEVICIO EXTERNO**

Los factores determinantes de la calidad de un servicio son:

➤ **Las propiedades de la búsqueda:** son las características del proveedor que los usuarios pueden conocer antes de adquirir un servicio.

*Los elementos tangibles.* Son las instalaciones, los equipos y la apariencia del personal.

*La credibilidad de la empresa.* Se fundamenta en la imagen, la recomendación de usuarios y los años de experiencia

➤ **Las propiedades de experiencia:** son aquellas que los clientes descubren durante o después de la prestación del servicio:

*La accesibilidad.* Es la posibilidad de un consumidor de obtener los servicios que necesita, en el lugar y momentos precisos, la cantidad convenida .

*La cortesía.* Es el desarrollo del nivel adecuado de la función relacional de todo el personal de contacto.

*La fiabilidad.* Es el cumplimiento del servicio en los términos contractuales, tales como costos, ausencias de fallas.

*La capacidad de respuesta.* Debe darse tanto para cubrir las necesidades específicas del cliente como para resolver los problemas que surjan durante la prestación del servicio.

*La empatía.* Es la comprensión del cliente; entender sus necesidades y especificaciones. La empatía permite producir un servicio personalizado.

*Las comunicaciones.* Ajustadas a la realidad del servicio, incluyen, además de las emitidas a través de medios técnicos, las personales y el soporte informático.

➤ **La propiedad de credibilidad:**

Son aquellas que pueden evaluarse sólo después de haber transcurrido un tiempo prudente del uso del servicio:

*La competencia profesional.* Es el desarrollo de nivel adecuado de la función operacional de toda la organización que presta el servicio.

*La seguridad.* Es el resultado de la competencia global del proveedor y las relaciones personales inter-empresas.

## **6.-GESTION DE CALIDAD TOTAL**

La calidad total es el conjunto de principios, de métodos de estrategia global, dirigidos a movilizar a toda la empresa a fin de obtener la mayor satisfacción del usuario al menor costo posible. Es un proceso de mejora continua dado por el conocimiento y control de todo el sistema.

### **6.A PRINCIPIOS DE LA CALIDAD TOTAL**

- **La voluntad, la implicancia y el ejemplo de la Dirección.** Implantar la calidad total es una decisión estratégica de los cuadros directivos de la institución que conlleva a un cambio de la cultura de la misma
- **La adhesión de todo el personal.** Todos deben participar en el objetivo de alcanzar la calidad total y asociarse voluntariamente a él. La sumatoria de la calidad personal es la base de la calidad total.
- **La mejora de la calidad para prevenir errores.** Cuanto más se tarda en detectar y resolver un defecto, mayor es el costo.

## **6 B.-LA CALIDAD TOTAL COMO MODELO DE GESTIÓN**

Basado en el concepto de calidad total, se ha conformado un estilo de gestión que tiene un doble origen. Uno norteamericano, cuya denominación es “control total de la calidad” y el otro japonés denominado “control total de la calidad en toda la empresa”.

El enfoque norteamericano se debe, fundamentalmente a cuatro principios (según Juran, Deming, Crosby, Feigenbaun y Harrington )

- La conformidad con las especificaciones.
- La prevención de los defectos.
- El criterio de cero defectos o cero errores.
- La medida de la calidad mediante los costos.

El enfoque japonés se basa en la teoría de Deming. Sus principales representantes son Ishikawa y Masaaki, quienes fundamentan su modelo de gestión en la participación de todas las personas de la empresa. Los aspectos más relevantes son:

- La práctica de la calidad por todos los trabajadores.
- La formación, como base para que todos puedan producir con calidad.
- Los círculos de calidad, como instrumento de participación de los trabajadores.
- La utilización del control estadístico de la calidad.
- El establecimiento de relaciones de confianza con los usuarios y proveedores.

En la actualidad, ambos enfoques están fusionados en aquellas empresas que han implementado este modelo de gestión y, quizás, la única diferencia importante es la mayor participación de los trabajadores en las empresas japonesas.

## 6C.- OPORTUNIDAD DEL SERVICIO

- **El tiempo de acceso.** Es el que transcurre desde que se produce la solicitud de atención hasta el inicio de ésta.
- **El tiempo de espera.** Es el tiempo previo a la atención médica, en que se toma antecedentes clínicos, como temperatura, presión arterial, medicamento de consumo habitual etc., este tiempo depende habitualmente de las variaciones de las carga de trabajo, tanto de auxiliares como de disponibilidad médica.
- **El tiempo de atención.** Es el que dura la prestación del servicio. Tanto el tiempo máximo como el mínimo son parámetros de calidad y de gestión en la asistencia sanitaria; tan inadecuada es una consulta ambulatoria de escasa duración como una estadía hospitalaria innecesariamente larga.

El diseño del parámetro temporal debe considerar la percepción del usuario y el efecto acumulado por la demora. En los servicios de urgencia sanitarios no sólo hay que tener en cuenta los tiempos de acceso y de espera, también hay que tener presente los sucesivos retrasos que se pueden producir en la realización de exploraciones complementarias, exámenes de rayos, etc. Esto sucede especialmente en la atención ambulatoria, donde el intervalo de tiempo que transcurre entre la primera visita del médico y la siguiente puede estar condicionada por la tardanza en la ejecución de las exploraciones complementarias.

## 6D. SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

La satisfacción del usuario es uno de los parámetros indicadores de la calidad del servicio, aunque es difícil de medir. Algunos factores influyen positivamente como ser:

- **El ambiente.** Forma parte de los componentes tangibles del servicio y, en ocasiones, es la primera comunicación del hospital al usuario..
- **La sensación de importancia.** La calidad del servicio sanitario mejora cuando la actuación del personal de contacto está regida por las normas de

cortesía, educación y respeto, que dan a entender al usuario que es importante para el hospital.

- **La información.** Tanto sanitaria como administrativa, son elementos determinantes de la calidad de la prestación del servicio.

- **La seguridad.** Los usuarios confían su persona a la asistencia sanitaria, donde el factor primordial de seguridad en la atención médica donde un error puede ser peligroso para él. La seguridad es el principal atributo de calidad.

Las características de los servicios de salud que favorecen o están asociadas a un trato más personal y una buena comunicación, englobadas en el concepto de trato, son las que producen más satisfacción y las más valoradas por los usuarios.

Resumiendo, los elementos que influyen positivamente en la satisfacción de los usuarios son el acceso a los servicios, su uso, la calidad médica, los cuidados, el mantenimiento de la autonomía y dignidad de la persona y la capacidad de respuesta a las necesidades de información, deseos y preferencias.

## **6E.-ELIMINACIÓN DE DESPERDICIOS.**

Aplicación de las 5 “s” de Kaizen. Practicar estas medidas en las instituciones sanitarias se ha vuelto imprescindible. Las actividades comprenden:

- Separar todo lo innecesario y eliminarlo.
- Poner en orden los elementos esenciales, de manera que se tenga fácil acceso a éstos.
- Limpiar todo –herramientas y lugares de trabajo -, removiendo manchas, mugre, desperdicios y erradicando fuentes de suciedad.
- Llevar a cabo una rutina de limpieza y verificación.
- En los casos de servicios externos de apoyo eliminar los tiempos de re-procesos que ocasionan demoras y desgaste innecesario de las prendas en el caso de lavanderías.
- Desperdicios administrativos, evitando duplicación de trámites, duplicación de carga de información interna, información incorrecta y/o fuera de tiempo. Se puede dar solución a estos desperdicios de

recursos mediante un rediseño de las labores administrativas tanto en información interna, como las de atención al público.

- Estandarizar los pasos anteriores para constituir un proceso sin fin y que pueda mejorarse.

Los esfuerzos para eliminar desperdicios reducirán el costo general de las operaciones.

Mejorar la calidad de proceso de trabajo genera como resultado una menor cantidad de errores, repetición de los procedimientos de salud reduce el uso de recursos, disminuyendo, por lo tanto, el costo general de las operaciones. Mejoramiento de la calidad es también sinónimo de mejores rendimientos.

## **6F.- ELIMINACIÓN DE DEMORAS Y TIEMPOS PERDIDOS.**

En las instituciones sanitarias la oportunidad de los servicios en muchas ocasiones es vital, por lo que no se admiten demoras y/o tiempos perdidos. Según Kaizen se debe:

- Evitar olvidos y errores humanos, tales como suministrar drogas a pacientes equivocados
- Detectar defectos en procedimientos.
- Garantizar un nivel de calidad del 100 %.
- Informar la presencia de olvidos, errores y también defectos con fines correctivos. EL PROPÓSITO DEL INFORME ES GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y NO ACUSAR A LOS COLEGAS QUE HABRÍAN COMETIDO EL ERROR.

## 7.- CALIDAD DE LOS SERVICIOS V/S COSTOS.

### 7.1 CONCEPTOS ECONÓMICOS EN LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS

La mayor demanda de prestaciones sanitarias , la asignación limitada de los recursos, y el proceso de reforma de asistencia sanitaria que está efectuándose últimamente obliga a hacer referencia, aunque sucintamente, a algunos conceptos de la economía en las salud y a diversos análisis empleados en la valoración económica de la atención sanitaria.

Según **Varo, Jaime** , la razón de aplicar criterios económicos a los servicios de salud se debe a la propia naturaleza de esta actividad que permiten desde el momento que se produce el servicio evaluar el Costo-Beneficio.

El uso de criterios económicos en el sector sanitario ha propiciado asentar varios conceptos básicos que definen y correlacionan diversas magnitudes, entre los que se destacan:

- I. Eficacia
- II. Efectividad
- III. Eficiencia
- IV. Equidad

En realidad no hay consenso en el significado de los conceptos de eficacia y efectividad.

La eficacia supone hacer bien las cosas. Son las acciones para cumplir los objetivos previstos. El concepto de eficacia correlaciona la capacidad de una medida sanitaria con la consecución de un determinado efecto.

La efectividad es la comparación de éxito real de una medida en un momento dado, considerando las máximas posibilidades en las mejores condiciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la eficacia es la relación entre los objetivos, *resultados previstos* y *resultados alcanzados*.

Ciertos autores definen:

### **I.- EFICACIA**

*Como la relación entre los objetivos previstos y los conseguidos en condiciones ideales o experimentales y,*

### **II.- EFECTIVIDAD**

*Como la relación entre los objetivos previstos y los conseguidos en condiciones reales.*

*Pineault R. , y Daveluy . coinciden conceptualmente con las anteriores definiciones cuando proponen utilizar el término **eficacia potencial** para la eficacia y **eficacia real** para la efectividad.*

Podría concluirse que, en la asistencia sanitaria, la **efectividad** es el incremento de salud producido por los cuidados prestados con relación al máximo incremento alcanzable con los mejores cuidados posibles. Se determina juzgando si se puede esperar un **mayor beneficio sanitario** a partir de la **asistencia dada**.

### **III.-EFICIENCIA.**

La OMS y la mayoría de los autores coinciden al definirla como la relación entre los resultados asistenciales y los recursos utilizados y sus costos.. O lo que es lo mismo, **la eficiencia mide el rendimiento de los recursos**.

El uso eficiente de los recursos implica el cumplimiento de dos criterios. El primero es que la atención y los servicios se presten al menor costo ,EFICIENCIA CLÍNICA O TECNICA ; el segundo, que la asistencia se valore mejor por la sociedad, EFICIENCIA SOCIAL.

Según Donabedian A. Diferencia dos componentes en la eficiencia de la asistencia sanitaria :

- **Eficiencia clínica.** Está subordinada a la actuación del profesional, que no debe emplear recursos innecesarios, porque si éstos se solicitan inadecuadamente o se utilizan en forma ineficaz, se habrán malgastado recursos.
- **Eficiencia de la producción.** Podríamos llamarla también eficiencia funcional o administrativa. Es la eficiencia con que la organización produce los

servicios y lo pone a disposición de los profesionales. Su evaluación no forma parte de la medida de la calidad de la actividad clínica, pero influye en el costo sanitario.

#### **IV.- EQUIDAD**

La equidad, como objetivo, constituye el fundamento de la configuración de los sistemas sanitarios públicos. El concepto de equidad es una cuestión de derecho. Esto último tiene repercusiones en el financiamiento y asignación de recursos para la salud. Existen posiciones igualitarias donde lo equitativo se asocia a lo igual. Es así que se encuentran máximas como , “ Igualdad de recursos para igual necesidad “ , “ Igualdad de oportunidad de acceso a los servicios de salud y la igualdad de salud”.

La base del criterio de **igualdad de oportunidades** es el mecanismo de reparto y su aplicación, la discriminación positiva para superar las desigualdades sociales de los puntos de partida.

En aquellas sociedades cuyo valor central es la igualdad la norma básica de la distribución es el igualitarismo y sus criterios clave, igualdad de recursos, igualdad de bienestar y la distribución de acuerdo con la necesidad.. Son principios básicos que rigen los sistemas sanitarios con financiamiento público. El principio de **equidad de recursos por necesidad igual ó igual tratamiento para igual necesidad** determina que las personas que precisen atención sanitaria similar reciban el mismo tratamiento, independiente de sus características socio-económicas.

### **7.2 CONCEPTOS DE COSTOS EN LOS SERVICIOS SANITARIOS**

**Donabedian A.**, considera los costos de la asistencia en la evaluación de la calidad de la misma y propone tres conceptos de atención médica,

- **Asistencia eficaz.** Responde a una concepción maximalista de la atención sanitaria. La representa aquella asistencia considerada óptima para mejorar la salud, con independencia de los costos. Se consigue cuando la

asistencia sanitaria útil se presta de la forma más adecuada y se excluyen todo los efectos perjudiciales de la misma.

- **Asistencia eficiente.** Es aquella atención que procura mejorar al máximo el estado de salud al costo más bajo posible. Subraya la importancia de los costos y prescinde de los elementos de la asistencia desproporcionadamente gravosos, comparados con las mejoras de salud que producen.

Requiere un conocimientos de los gastos y un método para sopesar cada parte de la utilidad prevista con su correspondiente costo. Dicho de otro modo, para alcanzarla es preciso evaluar la eficiencia clínica-técnica y económica.

- **Asistencia óptima.** Intenta conseguir el equilibrio costo/calidad.. La asistencia óptima persigue que el gasto del tratamiento más eficiente no supere el valor del grado de salud obtenido. Pretende lograr la utilidad de la asistencia a un costo razonable.

### **7.3 EL COSTO DE LA MALA CALIDAD EN SERVICIOS SANITARIOS**

La calidad sólo es posible con eficacia y eficiencia porque van referidas a la utilización que se hace de los recursos. Cuando la utilización es la adecuada se obtiene costos más bajos y se eleva la productividad. Además debe contarse con un buen proceso el que además de ser eficaz resulta más barato. Por lo tanto, ya que para mejorar el servicio hay que mejorar el proceso, resulta que buena calidad del servicio no es más que “ buena utilización de los recursos”, o sea **evitar el despilfarro.**

## 8.- ORGANIZACION Y SIMPLIFICACION DEL TRABAJO ADMINISTRATIVO

Según los estudios de *Kaizen*. En la totalidad de las empresas de servicios los costos administrativos son elevadísimos; pueden representar hasta el 30 % del costo total o a veces más. Eso considerando sólo los costos explícitos. Los implícitos pueden llegar a ser más elevados, información errónea o fuera de tiempo, falta de seguimiento y control, carencia de información para la toma de decisiones son entre otras las causas problemáticas para la toma de decisiones a nivel de alta gestión.

El sector administrativo viene a ser el cerebro de la empresa. La mayoría de los directivos y profesionales, por no decir todos, controlan e influyen, o se ven afectados por el modo en que funciona la parte administrativa. Pese a ello, pocas empresas disponen de un sistema de formación o de ayuda al directivo que tiene a cargo la administración. Los profesionales expertos en ingeniería, ciencias, derecho o cualquier otro campo de especialización, no reciben ayuda alguna en el aprendizaje sobre el modo óptimo de desempeñar las funciones administrativas. Los costos de las funciones administrativas de una empresa de servicio son vitales para su desempeño, tales como la planificación, el control, la contratación de personal, las adquisiciones, la contabilidad, el financiamiento, las cuestiones jurídicas, y otras muchas actividades. Sin embargo, pese a las dimensiones y costos de dichas funciones, hasta el momento no se les ha prestado la debida atención.

Hay que estar inmerso en el mundo de los servicios para conocer la profunda influencia que ejercen las funciones administrativas en los procesos y comprender lo ineficaces que en ocasiones pueden ser los sistemas en ellas utilizados.

Según un estudio realizado por Boz, Allen & Hamilton, las empresas podrían lograr aumentar su productividad entre un 13 y un 18 % mejorando el propio rendimiento de los empleados administrativos. Casi el 80% de los costos administrativos se deben a los directivos y profesionales es decir, a los trabajadores intelectuales. El estudio averiguó que estos trabajadores sólo invierten un 8% de su tiempo en la realización de análisis, un 30% lo dedican a actividades “menos productivas”, entre 40 y 50% a reuniones y un 15% a la elaboración de documentos.

Un estudio pormenorizado y exhaustivo de las diversa tareas, actividades y procesos, permitirá simplificar o eliminar todas aquella actividades no generadoras de valor agregado para la empresa.

El objetivo primordial es que los sistemas de información, permitan planificar y realizar presupuestos que identifiquen fielmente los gastos operativos. Además estos sistemas deben permitir conocer diariamente la situación financiera de la institución en cuando a la disponibilidad de recursos. El sistema debe evitar errores en el cálculo de las prestaciones realizadas, valorizarlas en forma oportuna para evitar retrasos en su cobro.

Todo ello es factible aplicando la gestión de calidad a los trabajos administrativos, mediante los diversos instrumentos y herramientas de gestión.

ANTES DE INTRODUCIR CUALQUIER CAMBIO, HAY QUE CONOCER A FONDO EL SISTEMA ACTUAL. Es esencial que se conozca la siguiente información :

- (a) Los principios y objetivos esenciales del sistema.
- (b) Las normas que rigen el sistema.
- (c) Los procedimientos que se siguen.
- (d) Las competencias y responsabilidades del personal.
- (e) El flujo de trabajo dentro del sistema.
- (f) Los circuitos de información.
- (g) Los formularios e impresos que se utilizan habitualmente.
- (h) La idoneidad del equipo existente.
- (i) La calidad y cantidad de personal.
- (j) Los informes que se elaboran.

Después de el estudio anterior y contando con una base sólida de conocimiento del sistema en funcionamiento se procederá a efectuar los cambios.

Se deberá seguir los siguientes criterios para los cambios, tanto para el caso de las actividades como de los procesos:

- Eliminarlos
- Cambiarlos
- Modificarlos
- Alterar el orden en que se efectúan

El análisis de métodos y tareas es fundamental para los efectos de reducción de tiempos de ejecución de tareas, su simplificación y el incremento de los niveles de productividad. La realización de tareas innecesarias, la duplicación de labores, la inexactitud de los datos, la falta de flexibilidad en la operatoria constituyen elevados niveles de desperdicio y despilfarro tanto de tiempos como de bienes. Estos desperdicios en las labores administrativas deben ser rastreados en torno al personal, procesos, formularios, listados de cómputos, tiempos de computación y métodos de trabajo.

Podemos mencionar algunos de estos defectos:

- (a) Duplicación de tareas.
- (b) Exceso de movimientos y traslados, en parte por la mala ubicación física.
- (c) Tiempos muertos de papelería ( trámites que deberían demorar cinco minutos esperan en escritorios o papeleras horas o días).
- (d) Ineficiente control interno.
- (e) Excesiva cantidad de formularios, con duplicación de información y/o innecesarios.
- (f) Formularios mal diseñados o desactualizados.
- (g) Listados de cómputos innecesarios , mal diseñados y/o desactualizados.
- (h) Información incompleta, fuera de tiempo y/o inexacta.
- (i) Desequilibrio en el aprovisionamiento de equipos y sistemas computacionales en las diferentes áreas.
- (j) “Cuellos de botella” originados en concentración de decisiones y autorizaciones.
- (k) Deficiente supervisión.
- (l) Deficiente capacitación del personal.

Las ineficiencias antes mencionadas son las razones por la que las organizaciones de salud pierden gran parte de sus recursos.

## 9.- MONITOREO CONTÍNUO DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS PROCESOS.

Para que un programa de control de calidad sea eficaz, las actividades deben ser planificadas, sistemáticas, contínuas, abarcar todo el hospital y estar integradas. Tanto la Dirección como el resto del personal deben implicarse. Asimismo se debe disponer de una información fiable.

Las bases que rigen un programa de control de calidad son:

**A.- Ser un proceso planificado y sistemático.** A fin de asegurar el éxito del programa , se planifican las actividades que se van a llevar a cabo, quién será el responsables de efectuarlas y de analizar los resultados y qué se hará con la información recogida. La implicación de los profesionales sanitarios se necesita para desarrollar este proceso y para implementar las acciones correctoras.

**B.- Ser un proceso de seguimiento contínuo y evaluación.** Ambas actividades proporcionan la información concerniente a las tendencias y patrones de actuación.

- El seguimiento o vigilancia contínuo (**MONITORIZACION** ), es el proceso rutinario y sistemático de recogida de datos clínicos y de agregación o desagregación de tales datos acerca de los problemas o de las oportunidades de mejora detectados. Es la medida continua de los indicadores de calidad con objeto de descubrir los problemas potenciales.

- La evaluación es valorar el significado de los datos. Compara la práctica observada con los criterios objetivos predeterminados e incluye el enjuiciamiento de la calidad e idoneidad de los cuidados, basados en las valoraciones profesionales acerca de las causa de la variación de los criterios.

Es un proceso sistemático y contínuo para comprobar si una acción ha alcanzado los objetivos fijados.

**C.- Ser un proceso extensivo a todo el hospital.** Un programa de control de calidad comprende la evaluación de todos los servicios y profesionales implicados en la asistencia. Este principio es esencial para evaluar la calidad y la idoneidad de los cuidados suministrados por una organización y para determinar cuales deben mejorarse. La revisión de los datos agregados obtenidos por el seguimiento contínuo permite, mejor que el estudio de incidentes aislados, mantener el grado de calidad deseado y conocer los problemas y las oportunidades de mejora.

**D.- Ser un proceso integrado.** Las actividades de control de calidad deben estar coordinadas porque el programa comprende todas las facetas importantes de la asistencia. La coparticipación de la información entre los profesionales y los directivos reduce los esfuerzos, acelera las mejoras y es un medio eficaz de comunicación.

**E.- Requerir el compromiso de la Dirección y del personal.** La calidad de la asistencia depende de todos los trabajadores hospitalarios. El personal asistencial tiene que estar predispuesto a examinar su propia actuación e implantar los cambios considerados necesarios. La Dirección debe impulsar y apoyar los proyectos y ser receptiva a las modificaciones propuestas desde la coordinación del programa y las respectivas autoridades de salud.

**F.- Precisar historias clínicas ordenadas, legibles y completas.** Las historias clínicas son la fuente informativa más importante de la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. La fiabilidad del análisis de la asistencia está subordinado, en gran medida, a la calidad formal y contenido de las historias clínicas. El resto de los registros hospitalarios tiene que cumplir también estos requisitos.

## 10.- MOTIVACIONES AL PERSONAL DE LAS FUNCIONES DE LOS SERVICIOS

La decisión de la Dirección de implantar la calidad total es un factor necesario, pero no suficiente. Hace falta que el personal se adhiera al proyecto, de forma que todos participen en el movimiento de calidad total y se asocien voluntariamente a él.

***La calidad total precisa una Dirección y unos empleados motivados.***

La adhesión y participación voluntaria de los trabajadores requiere de una serie de acciones por parte de la institución. Por ejemplo conocer si los trabajadores **quieren, saben y pueden intervenir.**

- **Si quieren intervenir**, por lo que deben estar de acuerdo con la finalidad de la acción.
- **Si saben intervenir**, lo cual exige tener la formación y los conocimientos necesarios.
- **Si pueden intervenir**, lo que precisa la debida autorización y los medios adecuados.

La Dirección debe emprender un conjunto de acciones para motivar a los trabajadores a que quiera intervenir en el proyecto de calidad total.

***Sensibilizar al personal.*** El proceso de sensibilización acerca de la necesidad de la calidad se desarrolla en las siguientes etapas. En primer lugar la Dirección sensibiliza a los mandos intermedios; en segundo lugar, estos últimos actúan de la misma forma con sus colaboradores.

***Comunicar.*** El trabajador debe conocer su institución, los servicios que presta, los objetivos y las dificultades para tener una razón para mejorar. Difícilmente se implica en un proceso de mejora de calidad, si no sabe cuál es para la institución el resultado de su trabajo o si tiene la impresión, justificada o no, de no poder participar en la vida de la empresa, ni dar su parecer acerca de los problemas producidos o si no se toman en cuenta ni se realizan sus sugerencias.

Esta situación es frecuente en los hospitales especialmente entre los trabajadores no sanitarios y los sanitarios de menor calificación profesional. Es el resultado de una incomunicación entre la Dirección , los mandos medios y los trabajadores. Para evitarla, se precisa un proceso de comunicación ascendente y descendente.

**Implicar al personal.** Es la última fase del proceso dirigido a estimular la acción del trabajador. Una vez que el trabajador está concientizado sobre la necesidad de la calidad, informado acerca de la institución y de la relevancia de su trabajo, éste se halla en situación de implicarse en el proceso de calidad. No obstante, para que el deseo de involucrarse se materialice, la dirección debe llevar a cabo otras acciones como:

- Delegar, distribuir misiones al personal y poder para ejecutarlas.
- Estimular para intervenir. El trabajador debe poder regular los problemas surgidos en su nivel de actuación y estar dispuesto a realizar todos los esfuerzos para mejorar,
- Respetar a los trabajadores
- Recompensar a los trabajadores involucrados en la mejora de calidad, bien con medios materiales o con reconocimiento.
- Compartir la institución. Conseguir que los trabajadores se sientan perteneciente a un equipo..

Todas las acciones señaladas sitúan al individuo en un estado de ánimo que le induce a interesarse por los asuntos del hospital y por su propio trabajo.

Una vez que la Dirección a conseguido motivar al trabajador debe preocuparse de su **formación** de acuerdo a su nivel y responsabilidades:

- Formación científica
- Formación técnica
- Formación relacional
- Formación general para la calidad: formación acerca de la política de calidad, sobre su estrategia y su metodología.

- Formación acerca de las técnicas básicas del control de calidad: hoja de comprobación (recogida de datos ), gráficos de control, diagramas de correlación y demás técnicas.

La formación pretende que el trabajador contribuya a los objetivos de la institución. Este fin condiciona la existencia de un plan de aprendizaje y entrenamiento para cada una de las actividades indicadas anteriormente y para cada uno de los puestos de trabajo.

Una vez que la Dirección ha realizado las acciones anteriores es decir estimulado y formado el trabajador para conseguir los objetivos de calidad, debe llevar a efecto actuaciones sobre la estructura y la dinámica del hospital, estimulante del espíritu de iniciativa, autonomía y creatividad.

### ***La estructura de la organización***

- ***Organizar la empresa horizontalmente.*** Formar grupos de trabajo
- ***Evitar la duplicidad de órdenes.*** Cada individuo debe conocer el alcance de su responsabilidad.
- ***Designar un responsable en cada acción.***

### ***La dinámica de la empresa***

- ***Delegar y formalizar las responsabilidades de cada individuo y las reglas de la delegación.***
- ***Informar para ayudar a los individuos a tomar las decisiones correctas.***
- ***Fomentar el trabajo en grupo.***
- ***Estimular la iniciativa y la creatividad.***

## **11.- GESTION DEL SERVICIO DE LAVANDERIA Y ROPERIA**

### **DE HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA**

#### **INTRODUCCIÓN**

No calificaremos este trabajo como Proyecto , ya que este concepto abarca un objetivo muy amplio debiendo comprometer transversalmente a toda la institución. Como entendemos que éste no es ni ha sido el caso, nos limitaremos a hacer un “Diagnóstico” y sugerir algunas recomendaciones para establecer un “Monitoreo continuo de control y calidad de este servicio”.

Uno de los objetivos prioritarios de este trabajo es ANALIZAR la gestión de este servicio en lo que se relaciona con las prendas de ropería sometidas al proceso de lavandería.

#### **1.- DIAGNÓSTICO**

Este servicio cuenta en la actualidad con un computador y programa de propiedad del proveedor del servicio de lavandería, LE GRAND CHIC, cuyo objetivo es mantener información actualizada de todos los movimientos diarios relacionados con la entrega y recepción de prendas procesándose la información en su central. Sin embargo al personal del HUAP le está vedado el acceso a cierta cantidad de archivos del programa. Por lo cual no existe retroalimentación ya que no es posible obtener información de salidas del sistema, lo que es inaceptable esta falta de transparencia aunque el equipo y programa sean de propiedad del proveedor.

Lo anterior obliga a la jefatura a abrir archivos paralelos en planillas de cálculo improvisadas para los efectos de proveer la información solicitada por la SDA. Esto aumenta considerablemente la carga de trabajo de la jefatura.

Gran parte de los registros de recepción y despacho de ropa se efectúa manualmente y su proceso informático se encuentra atrasado, ya que este servicio no cuenta con una secretaria ó digitadora para este efecto.

## 2.- PROCEDIMIENTOS APLICADOS

Debido a lo anterior y por la premura solicitada para este trabajo se optó por actualizar información del proceso de sólo 12 prendas que denominamos “Prendas Estratégicas” de un universo de 106. Lo mismo decidimos en lo relacionado a los 77 centros de costos que los redujimos a 10, fusionando los centros de apoyo clínicos y administrativos.

Por la carencia de información procesada fue necesario digitar en planillas EXCEL todos los datos manuales existente.

Este gran volumen de datos fue sintetizado en los anexos que se adjuntan.

Los anexos N° 1 A, 1B, 1C y 2 se obtuvieron de un cuaderno que lleva la jefatura con los kilos metros y unidades facturados.

Los anexos del N° 3 al N° 8 se basaron en las dos planillas diarias de movimientos de entrada, salidas ,faltantes y reproceso de ropa sucia y limpia.

## 3.- PUNTOS RELEVANTES

Posteriormente dado el alto valor de las piezas faltantes de las denominadas “piezas estratégicas “ se decidió procesar el universo de las mismas sólo del año 2004 ver anexos N° 7 y 7A que valorizadas de acuerdo a los precios unitarios existentes totalizan \$ 10.706.279.- por lo que estimamos que el proveedor debería reponer estas prendas que perjudican el normal desembolvimiento de este servicio.

Por otra parte se constató un importante aumento de kilos de ropa sucia del año 2004 en relación al 2003 en gran parte de los servicios (Centros de Costos), lo que no corresponde a un aumento de producción. (Anexos 3 A y 8). Creemos que puede deberse a la incorrecta utilización de la ropa.

## Síntesis de los anexos mencionados

### DIAS DE ESTADIA POR CENTROS DE COSTOS

CENTRO DE COSTO	PRODUCCION ANEXO 8	KILOS SUCIO ANEXO 3A
-----------------	--------------------	----------------------

UTI	-0.40%	-8.56%
U.INTERMEDIA		
TRAUMA	1.37%	19.72%
QUEMADOS	14.62%	11.09%
PENSIONADO	-6.18%	4.43%
MEDICINA	-0.42%	8.92%
CIRUGIA	-10.47%	0.88%

URGENCIA,CONSULTAS	-6.76%	12.52%
--------------------	--------	--------

PABELLON,INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	-7.79%	-3.75%
-------------------------------------	--------	--------

#### 4.- ANTECEDENTES ADICIONALES

El 12 de Enero de 2005 presente se tomó inventario de ropa en los servicios información que hasta el momento no se ha podido procesar debido a que el programador no ha dejado disponible los archivos respectivos y posteriormente a las vacaciones de la jefa del servicio de ropería de la institución.

Con el objetivo de conocer el funcionamiento de esta actividad en hospitales similares en infraestructura y complejidad se visitó el 9 de Febrero el Hospital San Juan de Dios. (ver anexo N° 9, comparación de dos servicios externos de lavanderías)

A continuación hemos calculado lo que hubiese ahorrado en el 2004 en la hipotética situación de haber tenido como proveedor S&K sólo en la ropa por kilo ya que desconocemos los otros precios por unidades de otras prendas.

ANEXO 1C	KILOS LIMPIO 2004	400,765.07	PRECIO LE GRAND CHIC	\$ 347.48	\$ 139,257,846.52
		400,765.07	PRECIO S & (Kg)	\$ 286.60	<u>\$ 114,859,269.06</u>
			DIFERENCIA		\$ 24,398,577.46
ANEXO 8	VALORIZACIÓN FALTANTES	PRENDAS			<u>\$ 10,706,279.00</u>
			VALOR DESFAVORABLE		\$ 35,104,856.46
ANEXO 6	ROPA CELESTE NO COBRADA POR LE GRAND CHIC				<u>\$ 6,521,921.62</u>
			VALOR DESFAVORABLE FINAL		\$ 28,582,934.84

Es probable que la diferencia de precio por kilo lavado de 21,24% se deba en parte al volumen de kilos lavados. H.U.A.P procesa un promedio mensual de 34.500 kilos y el Hospital San Juan de Dios 44.000.

## 5.- RECOMENDACIONES

- 5.1 Crear un Programa Informático que permita obtener información oportuna y fiable, destacando en este servicio una persona como secretaria o digitadora de datos.
- 5.2 Concertar con S&K Ltda. un Plan Piloto o un Convenio Informal, como lo hizo el hospital visitado, para posteriormente llamar a Licitación Pública

- 5.3 Se propone una cuarta muda de ropa, actualmente son tres, lo que ahorraría el turno nocturno del personal de ropería, dejando sólo una persona para emergencias.
- 5.4 Exigir a Le grand Chic la reposición de las prendas faltantes de 2004, ya que son piezas fundamentales en la muda de ropa de los servicios.
- 5.5 Iniciar una campaña con el personal que manipula la ropa limpia en los servicios para una correcta utilización de la misma.

**Anexo 1A**

LAVANDERIA 2002 VALORES

	<b>KILOS</b>	<b>ALMOHADITA</b>	<b>ALMOHADA</b>	<b>CORTINAS</b>	<b>FRAZ/ELEC.</b>	<b>BANDERAS</b>	<b>TOTAL</b>
ENERO	9.417.963,50	14.269,74		123.569,60			9.555.802,84
FEBRERO	8.569.071,50	69.872,52		112.595,60			8.751.539,62
MARZO	9.734.351,00	60.523,38		89.868,80			9.884.743,18
ABRIL	9.760.960,00	70.856,64		349.645,80			10.181.462,44
MAYO	10.152.631,50	66.428,10		68.103,70			10.287.163,30
JUNIO	9.668.477,50	61.015,44		32.998,70	5.581,40		9.768.073,04
JULIO	10.231.698,58	48.073,20		147.264,00			10.427.035,78
AGOSTO	10.217.643,60	53.926,00		45.312,00		9.259,46	10.326.141,06
SEPTIEMBRE	9.435.794,48	58.480,80		232.932,00			9.727.207,28
OCTUBRE	10.860.577,22	77.809,20		97.704,00	2.813,12		11.038.903,54
NOVIEMBRE	9.985.899,86	80.287,20		138.060,00			10.204.247,06
DICIEMBRE	9.812.664,06	69.384,00		111.156,00			9.993.204,06
TOTALES	117.847.732,80	730.926,22	0,00	1.549.210,20	8.394,52	9.259,46	120.145.523,20

LAVANDERIA 2002 POR UNIDADES

	<b>KILOS/ROPA</b>	<b>ALMOHADITA</b>	<b>ALMOHADA</b>	<b>MTRS. / CORTINAS</b>	<b>FRAZ/ELEC.</b>	<b>MTRSS. / BANDERAS</b>
ENERO	29.023,00	29,00		175,51		
FEBRERO	26.407,00	142,00		160,37		
MARZO	29.998,00	123,00		128,31		
ABRIL	30.080,00	145,00		498,04		
MAYO	31.287,00	135,00		97,49		
JUNIO	29.795,00	124,00		47,14	2,00	
JULIO	31.303,00	97,00		208,00		
AGOSTO	31.260,00	113,00		64,00		19,44
SEPTIEMBRE	28.868,00	116,00		329,44		
OCTUBRE	33.227,00	164,00		137,69	1,00	
NOVIEMBRE	30.551,00	162,00		195,39		
DICIEMBRE	30.021,00	140,00		157,00		
TOTALES	361.820,00	1.490,00	0,00	2.198,38	3,00	19,44

## Anexo 1B

### LAVANDERIA 2003 VALORES

	KILOS	ALMOHADITA	ALMOHADA	CORTINAS	FRAZ/ELEC	OTROS	TOTAL
ENERO	10.024.544,86	59.089,68		140.099,04			10.223.733,58
FEBRERO	8.912.524,66	61.614,88	4.059,20	158.153,04			9.136.351,78
MARZO	10.716.144,04	74.745,92	20.296,00	154.532,80			10.965.718,76
ABRIL	10.219.231,88	72.725,76		4.073,36			10.296.031,00
MAYO	10.667.045,42	76.766,08	1.014,80	153.820,08	2.869,76		10.901.516,14
JUNIO	10.073.634,04	73.230,80	2.029,60	156.708,72			10.305.603,16
JULIO	10.848.712,32	76.481,70		5.137,72			10.930.331,74
AGOSTO	10.608.105,60	70.835,40	2.062,64	19.816,92	2.915,78		10.703.736,34
SEPTIEMBRE	10.306.327,68	73.401,90		147.240,40	2.915,78		10.529.885,76
OCTUBRE	10.817.614,08	86.965,20		194.667,34	2.940,49		11.102.187,11
NOVIEMBRE	10.147.596,48	102.494,70		54.773,32			10.304.864,50
DICIEMBRE	10.921.115,52	126.306,60		6.661,62		2.546,60	11.056.630,34
TOTALES	124.262.596,58	954.658,62	29.462,24	1.195.684,36	11.641,81	2.546,60	126.456.590,21

### LAVANDERIA 2003 POR UNIDADES

	KILOS/ROPA	ALMOHADITA	ALMOHADA	MTRS. / CORTINAS	FRAZ/ELEC.	MTRS. / BANDERAS
ENERO	30.019,00	117,00		194,00		
FEBRERO	26.689,00	126,00	4,00	219,00		
MARZO	30.090,00	148,00	20,00	214,00		
ABRIL	30.602,00	144,00		5,64		
MAYO	31.943,00	153,00	1,00	212,92	1,00	
JUNIO	30.166,00	145,00	2,00	217,00		
JULIO	31.925,00	149,00		6,90		
AGOSTO	31.215,00	139,00	2,00	35,13	1,00	
SEPTIEMBRE	30.327,00	143,00		200,64	1,00	
OCTUBRE	31.564,00	168,00		263,34	1,00	
NOVIEMBRE	29.600,00	198,00		74,13		
DICIEMBRE	31.886,00	248,00		8,64		1,00
TOTALES	366.026,00	1.878,00	29,00	1.651,34	4,00	1,00

## Anexo 1C

### LAVANDERIA 2004 VALORES

	KILOS LAVAN	ALMOHADITA	ALMOHADA	CORTINAS	FRAZ/ELEC.	OTROS	TOTAL FACT.
ENERO	11.269.465,41	128.817,50			2.926,21		11.401.209,12
FEBRERO	9.635.927,42	81.412,66		58.928,80			9.776.268,88
MARZO	11.009.902,61	106.660,89		170.156,91			11.286.720,41
ABRIL	11.021.514,63	104.084,54		40.771,78			11.166.370,95
MAYO	11.570.694,87	92.748,60		29.243,06			11.692.686,53
JUNIO	11.542.689,41	90.172,25		36.152,20			11.669.013,86
JULIO	12.188.041,88	88.488,40		107.830,66			12.384.360,94
AGOSTO	12.103.357,91	90.059,20		144.851,56		18.549,72	12.356.818,39
SEPTIEMBRE	11.977.947,38	76.445,60		275.922,92	5.945,24	10.305,40	12.346.566,54
OCTUBRE	11.900.763,98	74.351,20		58.145,78			12.033.260,96
NOVIEMBRE	11.696.266,05	72.780,40		24.371,49			11.793.417,94
DICIEMBRE	12.190.595,62	56.548,80		11.287,15		1.545,81	12.259.977,38
TOTALES	138.107.167,17	1.062.570,04	0,00	957.662,31	8.871,45	30.400,93	140.166.671,90

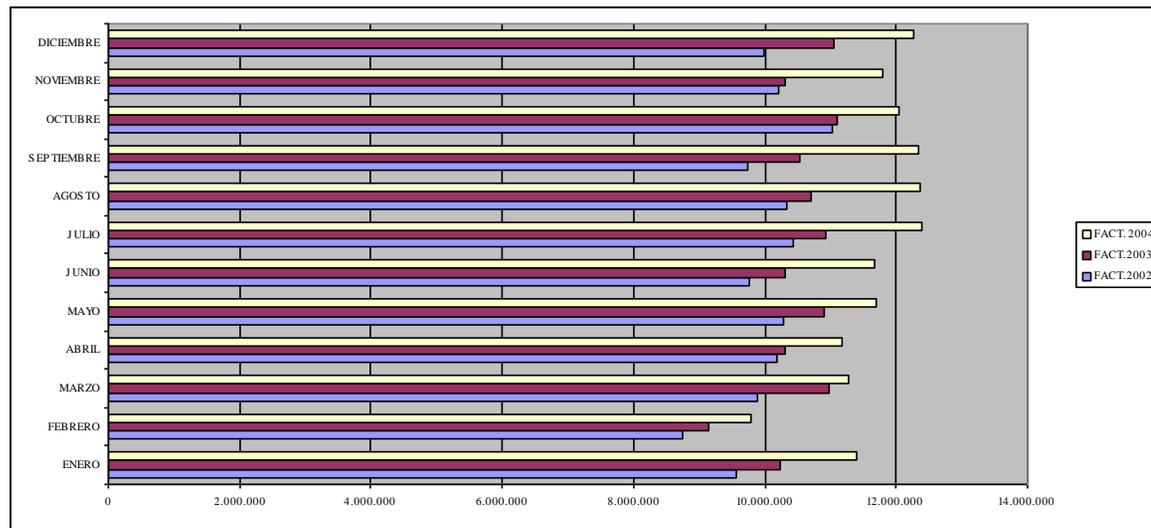
### LAVANDERIA POR UNIDADES

	KILOS/ROPA	ALMOHADITA	ALMOHADA	MTRS. / CORTINAS	FRAZ/ELEC.	MTRSS. / BANDERAS	PRENDAS	\$ UNIT.C/IVA	PRENDAS	\$ UNIT.C/IVA
ENERO	32.997,00	250,00			1,00					
FEBRERO	28.214,00	158,00		79,63			KILO	347,48	KILO	347,48
MARZO	32.237,00	207,00		226,14			ALMOHADITAS	523,60	ALMOHADITAS	523,60
ABRIL	32.271,00	202,00		55,35			ALMOHADAS	968,66	ALMOHADAS	968,66
MAYO	33.879,00	180,00		39,70			CORTINAS	736,61	CORTINAS	736,61
JUNIO	33.797,00	175,00		49,08			FRAZADA ELEC	2.940,49	FRAZADA ELEC	2940,49
JULIO	35.075,52	169,00		144,06						
AGOSTO	34.831,81	172,00		193,52		36,00				
SEPTIEMBRE	34.470,90	146,00		368,62	2,00	20,00				
OCTUBRE	34.248,68	142,00		76,41						
NOVIEMBRE	33.660,26	139,00								
DICIEMBRE	35.082,90	105,00				3,00				
TOTALES	400.765,07	2.045,00	0,00	1.232,51	3,00	59,00				

Anexo 2

LAVANDERIA 2004 VALORES

MESES	FACT.2002	FACT.2003	%	FACT. 2004	%
ENERO	\$ 9.555.802,84	\$ 10.223.733,58	6,99%	\$ 11.401.209,12	11,52%
FEBRERO	\$ 8.751.539,62	\$ 9.136.351,78	4,40%	\$ 9.776.268,88	7,00%
MARZO	\$ 9.884.743,18	\$ 10.965.718,76	10,94%	\$ 11.286.720,41	2,93%
ABRIL	\$ 10.181.462,44	\$ 10.296.031,00	1,13%	\$ 11.166.370,95	8,45%
MAYO	\$ 10.287.163,30	\$ 10.901.516,14	5,97%	\$ 11.692.686,53	7,26%
JUNIO	\$ 9.768.073,04	\$ 10.305.603,16	5,50%	\$ 11.669.013,86	13,23%
JULIO	\$ 10.427.035,78	\$ 10.930.331,74	4,83%	\$ 12.384.360,94	13,30%
AGOSTO	\$ 10.326.141,06	\$ 10.703.736,34	3,66%	\$ 12.356.818,39	15,44%
SEPTIEMBRE	\$ 9.727.207,28	\$ 10.529.885,76	8,25%	\$ 12.346.566,54	17,25%
OCTUBRE	\$ 11.038.903,54	\$ 11.102.187,11	0,57%	\$ 12.033.260,96	8,39%
NOVIEMBRE	\$ 10.204.247,06	\$ 10.304.864,50	0,99%	\$ 11.793.417,94	14,45%
DICIEMBRE	\$ 9.993.204,06	\$ 11.056.630,34	10,64%	\$ 12.259.977,38	10,88%
TOTALES	\$ 120.145.523,20	\$ 126.456.590,21	5,25%	\$ 140.166.671,90	10,84%

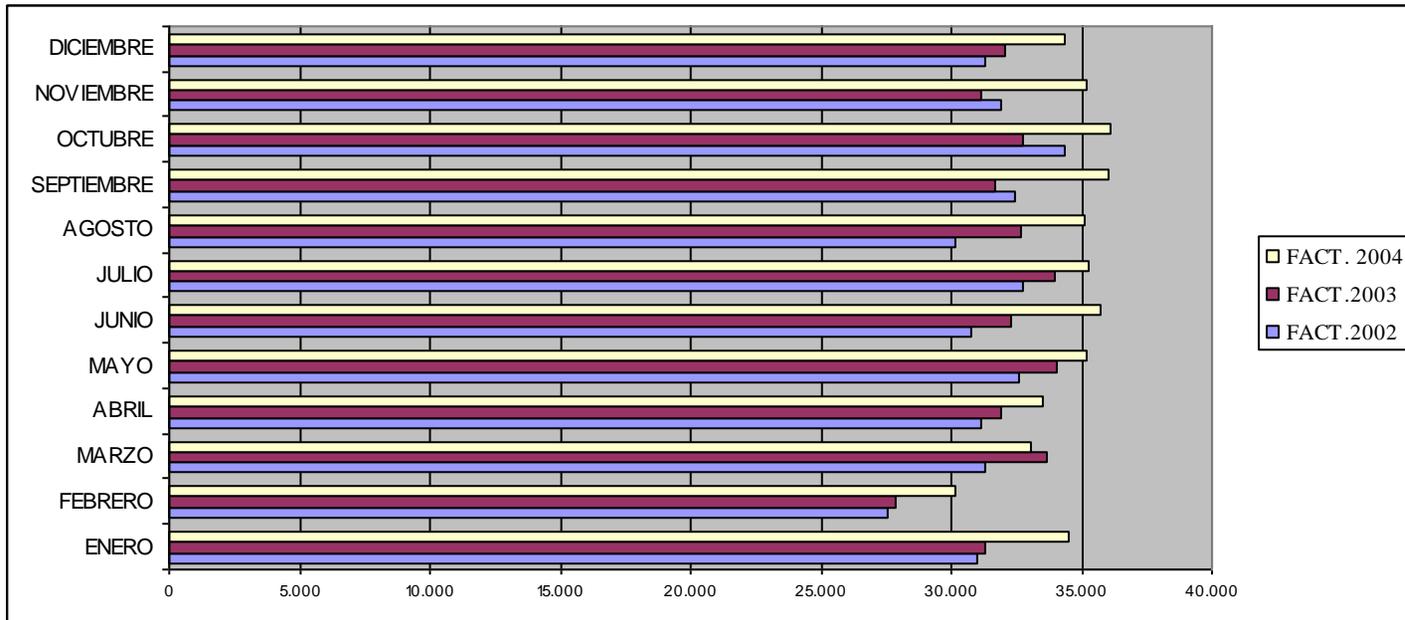


**Anexo 3**

**KILOS SUCIO**

MESES	FACT.2002	FACT.2003	FACT. 2004
ENERO	30.960	31.274	34.532
FEBRERO	27.570	27.859	30.188
MARZO	31.271	33.626	33.061
ABRIL	31.118	31.913	33.539
MAYO	32.601	34.012	35.172
JUNIO	30.774	32.310	35.712
JULIO	32.752	33.969	35.260
AGOSTO	30.124	32.655	35.084
SEPTIEMBRE	32.406	31.648	36.040
OCTUBRE	34.331	32.729	36.094
NOVIEMBRE	31.880	31.143	35.200
DICIEMBRE	31.261	32.080	34.379
TOTALES	377.048	385.218	414.262

MESES	FACT.2002	FACT.2003	%	FACT. 2004	%
ENERO	30.960,00	31.274,00	1,01%	34.532,00	10,42%
FEBRERO	27.570,00	27.859,00	1,05%	30.188,00	8,36%
MARZO	31.271,00	33.626,00	7,53%	33.061,00	-1,68%
ABRIL	31.118,00	31.913,00	2,55%	33.539,00	5,10%
MAYO	32.601,00	34.012,00	4,33%	35.172,31	3,41%
JUNIO	30.774,00	32.310,00	4,99%	35.711,54	10,53%
JULIO	32.752,00	33.969,00	3,72%	35.260,34	3,80%
AGOSTO	30.124,00	32.655,00	8,40%	35.084,20	7,44%
SEPTIEMBRE	32.406,00	31.648,00	-2,34%	36.040,23	13,88%
OCTUBRE	34.331,00	32.729,00	-4,67%	36.094,31	10,28%
NOVIEMBRE	31.880,00	31.143,00	-2,31%	35.200,12	13,03%
DICIEMBRE	31.261,00	32.080,00	2,62%	34.378,52	7,16%
TOTALES	377.048,00	385.218,00	2,17%	414.261,57	7,54%

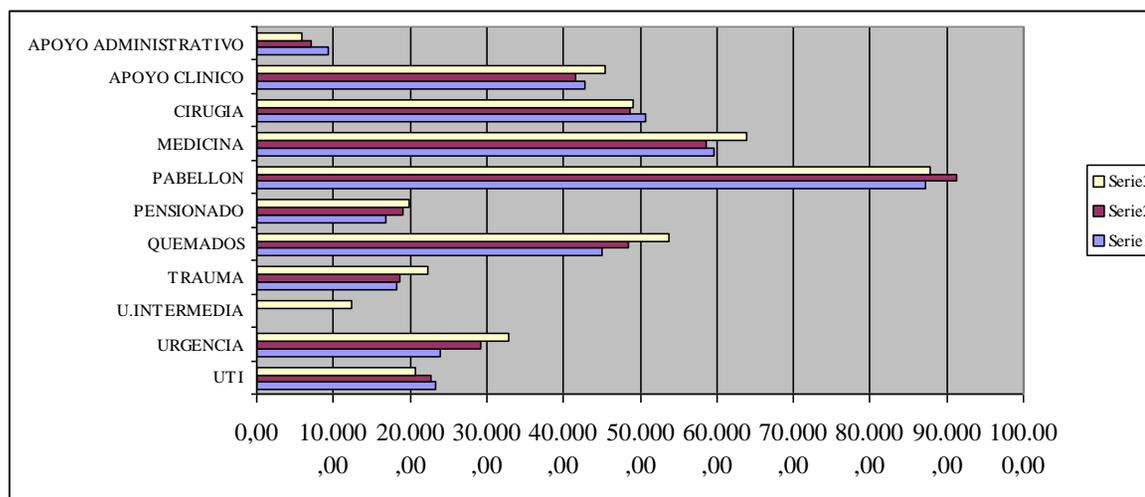


Anexo 3A

KILOS POR CENTROS DE COSTOS ULTIMO TRIENIO

Nº	CENTRO DE COSTO	ANO 2002	ANO 2003	ANO 2004
1	UTI	23.351,00	22.707,00	20.763,68
2	URGENCIA	23.942,00	29.124,00	32.770,75
3	U.INTERMEDIA			12.377,71
4	TRAUMA	18.205,00	18.658,00	22.336,65
5	QUEMADOS	45.045,00	48.422,00	53.790,51
6	PENSIONADO	16.883,00	19.103,00	19.950,14
7	PABELLON	87.295,00	91.329,00	87.901,94
8	MEDICINA	59.666,00	58.609,00	63.837,23
9	CIRUGIA	50.674,00	48.643,00	49.072,30
10	APOYO CLINICO	42.702,00	41.543,00	45.522,43
11	APOYO ADMINISTRATIVO	9.285,00	7.080,00	5.938,23
	TOTALES	377.048,00	385.218,00	414.261,57

Nº	CENTRO DE COSTO	ANO 2002	ANO 2003	%	ANO 2004	%
1	UTI	23.351,00	22.707,00	-2,76%	20.763,68	-8,56%
2	URGENCIA	23.942,00	29.124,00	21,64%	32.770,75	12,52%
3	U.INTERMEDIA				12.377,71	
4	TRAUMA	18.205,00	18.658,00	2,49%	22.336,65	19,72%
5	QUEMADOS	45.045,00	48.422,00	7,50%	53.790,51	11,09%
6	PENSIONADO	16.883,00	19.103,00	13,15%	19.950,14	4,43%
7	PABELLON	87.295,00	91.329,00	4,62%	87.901,94	-3,75%
8	MEDICINA	59.666,00	58.609,00	-1,77%	63.837,23	8,92%
9	CIRUGIA	50.674,00	48.643,00	-4,01%	49.072,30	0,88%
10	APOYO CLINICO	42.702,00	41.543,00	-2,71%	45.522,43	9,58%
11	APOYO ADMINISTRATIVO	9.285,00	7.080,00	-23,75%	5.938,23	-16,13%
	TOTALES	377.048,00	385.218,00	2,17%	414.261,57	7,54%



## Anexo 4

MOVIMIENTO PRENDAS REPROCESADAS AÑO 2004

UNIDAD= PRENDA

Nº	COD	PRENDAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1	101	Almohaditas												
2	201	Bandera												
3	210	Bata azul												
4	210	Bata Azul												
5	202	Bata Celeste						1						
6	203	Batas verde					5							
7	204	Bolsa de pan												
8	205	Bolsa de pan verde												
9	206	Bolsita kine												
10	207	Bolsita material												
11	208	Botas corta					1	3	2	2	11	6	28	22
12	209	Brazalete												1
13	301	Camisa blanca P				3	4	10	5	1	1	4		2
14	331	Camisa Celeste									1	1		
15	302	Camisa enfermo				75	90	124	83	49	75	77	65	60
16	335	Capa azul												
17	303	Casacas medicos				37	36	30	27	47	43	65	64	71
18	304	Colchas beige												
19	305	Colchones												
20	306	Compresa genero						1270						
21	307	Compresas				533	1641		1389	822	1394	1409	1488	1145
22	308	Compresas gasa				3343	6535	5893	6598	3477	4776	4107	3843	3502
23	309	Compresas nuevas												
24	310	Compreseros				1	3	1			2			1
25	311	Cortina azul												
26	312	Cortina Biombo												
27	313	Cortina Café												
28	314	Cortina monitos												
29	315	Cortinas beige												
30	316	Cortinas cañamazo												
31	317	Cortinas Chintz				4								
32	318	Cortinas damasco												
33	319	Cortinas poligal												
34	320	Cortinas rosadas												
35	332	Cubre ventilador												
36	321	Cubre artesanal café												

Nº	COD	PRENDAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
37	322	Cubre cama café floreado												
38	333	Cubre Mostaza												
39	334	Cotina Chintz Verde												
40	336	Cubre Sala Cuna												
41	332	Cubre Ventilador												
42	323	Cubre.Blanco Pensionado												
43	324	Cubrecama					1	1					2	2
44	325	Cubrecama acolchado												1
45	326	Cubrecama blanco												
46	327	Cubrecama blanco pnsionado												
47	328	Cubrecama divan												1
48	329	Cubrecama floreado												
49	330	Cubrecama urgencia												
50	401	Delantal medico					1							
51	402	Delantal operar				73	142	139	102	85	151	248	243	259
52	403	Dlantal rojo												
53	601	Frazada electrica												
54	618	Frazada sala cuna												
55	618	Frazada Sala Cuna												
56	602	Frazada verde											1	
57	603	Frazadas				4	4	6			20	15	17	8
58	604	Funda cojin												
59	605	Funda colchoneta					3		1	1	2	1	1	7
60	606	Funda colchoneta celeste					1				1			
61	607	Funda colchoneta hule café												
62	608	Funda colchoneta hule cek												
63	609	Funda colchoneta verde												
64	610	Funda corta celeste					2	1			2	2	2	1
65	611	Funda cubre guante				39	57	47	146	33	26	147	56	13
66	612	Funda ferula					11							
67	613	Funda larga celeste							9	4	4	9	9	7
68	614	Funda pequeña celeste							1		1	1		
69	615	Funda pequeña floreada												
70	616	Funda scanner												
71	617	Fundas larga blanca				8	2	2		1				
72	801	Hamaca												
73	1301	Mantel Amarillo												
74	1302	Mantel beige												
75	1303	Mantel blanco					1				1			

Nº	COD	PRENDAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTALES
76	1304	Mantel rojo													0
77	1305	Mochila												1	1
78	1701	Pantalón				34	38	34	21	13	22	26	32	33	253
79	1702	Paño abierto				91	211	294	275	154	145	252	144	212	1778
80	1703	Paño aseo				10	44	3	1	2	5	4	1		70
81	1704	Paño cerrado				1648	4449	3572	4125	3977	3666	4139	3416	4933	33925
82	1705	Paño cerrado celeste				1	2			3	1		1		8
83	1706	Paño cerrado nuevo													0
84	1707	Paño Dental													0
85	1708	Paños mamadera													0
86	1709	Pechera dental				1	2	3	7	3	1	6		2	25
87	1710	Pechera dental celeste					2	1		4		1			8
88	1711	Pechera operación				1			1						2
89	1712	Protector cuna													0
90	1713	Pulpo													0
91	2001	Sabana cama				59	89	62	71	45	64	74	49	82	595
92	2002	Sabana celeste					4	1	1	4	5	2	1	1	19
93	2003	Sabana perforada				103	219	258	180	130	123	162	62	202	1439
94	2004	Sabana perforada blanca					2	3	7	2	3	3		1	21
95	2005	Sabanilla amarilla													0
96	2006	Sabanilla celeste											1		1
97	2007	Sabanilla curacion				24	24	19	13	9	10	22	30	28	179
98	2008	Sabanilla estampada													0
99	2009	Sabanilla nueva													0
100	2010	Sabanilla rosada													0
101	2011	Sabanilla SUA													0
102	2012	Sabanilla verde				167	351	452	356	340	557	660	644	742	4269
103	2013	Sabanillas													0
104	2014	Sabanillas nuevas													0
105	2015	Servilletas													0
106	2016	Silla nido													0
107	2017	Sujetador magnetico													0
108	2101	Toalla baño				1	1								2
109	2102	Toalla mano					2	1				1			4
						6260	13980	12231	13421	9208	11113	11444	10200	11340	99197
		KILOS				928,26	1015	971,22	853,92	791,79	656,06	1138,06	952,86	1327,9	8635,07

Anexo 5

PORCENTAJES DE REPROCESO 2004 POR KILOS

MES	SUCIO	REPROCESO	PORCENTAJE
ENERO	34.532,00		0
FEBRERO	30.188,00		0
MARZO	33.061,00		0
ABRIL	33.539,00	928,26	2,77%
MAYO	35.172,31	1.015,00	2,89%
JUNIO	35.711,54	971,22	2,72%
JULIO	35.260,34	853,92	2,42%
AGOSTO	26.157,54	791,79	3,03%
SEPTIEMBRE	36.040,23	956,06	2,65%
OCTUBRE	36.094,31	1.138,06	3,15%
NOVIEMBRE	35.254,40	952,86	2,70%
DICIEMBRE	34.414,22	1.327,90	3,86%
TOTALES	405.424,89	8.935,07	2,20%

SOLO NUEVE MESES

MES	SUCIO	REPROCESO	PORCENTAJE
ABRIL	33.539,00	928,26	2,77%
MAYO	35.172,31	1.015,00	2,89%
JUNIO	35.711,54	971,22	2,72%
JULIO	35.260,34	853,92	2,42%
AGOSTO	26.157,54	791,79	3,03%
SEPTIEMBRE	36.040,23	956,06	2,65%
OCTUBRE	36.094,31	1.138,06	3,15%
NOVIEMBRE	35.254,40	952,86	2,70%
DICIEMBRE	34.414,22	1.327,90	3,86%
TOTALES	307.643,89	8.935,07	2,90%

**Anexo 6**

**ROPA CELESTE DE PENSIONADO Y UTI DE 2004, NO COBRADA POR LA LAVANDERIA**

KILOS	PENSIONADO	UTI	TOTAL
ENERO	1.410,00	330,00	1.740,00
FEBRERO	1.233,00	215,00	1.448,00
MARZO	1.180,96	318,00	1.498,96
ABRIL	1.038,00	385,00	1.423,00
MAYO	1.184,56	395,98	1.580,54
JUNIO	1.286,50	429,86	1.716,36
JULIO	1.243,10	389,27	1.632,37
AGOSTO	1.291,03	375,20	1.666,23
SEPTIEMBRE	1.188,45	309,89	1.498,34
OCTUBRE	1.333,39	294,64	1.628,03
NOVIEMBRE	1.280,93	300,05	1.580,98
DICIEMBRE	1.082,42	273,97	1.356,39
TOTALES	14.752,34	4.016,86	18.769,20

VALOR	PENSIONADO	UTI	TOTAL
ENERO	\$ 489.946,80	\$ 114.668,40	\$ 604.615,20
FEBRERO	\$ 428.442,84	\$ 74.708,20	\$ 503.151,04
MARZO	\$ 410.359,98	\$ 110.498,64	\$ 520.858,62
ABRIL	\$ 360.684,24	\$ 133.779,80	\$ 494.464,04
MAYO	\$ 411.610,91	\$ 137.595,13	\$ 549.206,04
JUNIO	\$ 447.033,02	\$ 149.367,75	\$ 596.400,77
JULIO	\$ 431.952,39	\$ 135.263,54	\$ 567.215,93
AGOSTO	\$ 448.607,10	\$ 130.374,50	\$ 578.981,60
SEPTIEMBRE	\$ 412.962,61	\$ 107.680,58	\$ 520.643,18
OCTUBRE	\$ 463.326,36	\$ 102.381,51	\$ 565.707,86
NOVIEMBRE	\$ 445.097,56	\$ 104.261,37	\$ 549.358,93
DICIEMBRE	\$ 376.119,30	\$ 95.199,10	\$ 471.318,40
TOTALES	\$ 5.126.143,10	\$ 1.395.778,51	\$ 6.521.921,62

**VALOR POR KILO \$347.48 CON IVA**

## Anexo 7ª

## VALORIZACIÓN PRENDAS FALTANTES AÑO 2004

Nº	COD.ID	PRENDAS	DIFERENCIA	PRECIO UNITARIO	VALOR
1	101	Almohaditas	27	S/P	
2	201	Bandera	-1		
3	202	Bata Celeste	13		
4	203	Batas verde	-10		
5	204	Bolsa de pan	-8	\$ 1.587,00	-\$ 12.696,00
6	205	Bolsa de pan verde	0	\$ 1.587,00	
7	206	Bolsita kine	0		
8	207	Bolsita meterial	-4		
9	208	Botas corta	197	\$ 379,00	
10	209	Brazalete	-80	S/P	
11	210	Bata Azul	-11		
12	301	Camisa blanca P	27		
13	302	Camisa enfermo	-14	\$ 1.849,00	-\$ 25.886,00
14	303	Casacas medicos	107		
15	304	Colchas beige	-59		
16	305	Colchones	-5	\$ 38.851,00	-\$ 194.255,00
17	307	Compresa género	-1429	\$ 146,00	-\$ 208.634,00
18	308	Compresas gasa	-4363	\$ 246,00	-\$ 1.073.298,00
19	309	Compresas nuevas	0		
20	310	Compreseros	2		
21	311	Cortina azul	0		
22	312	Cortina Biombo	2		
23	313	Cortina Café	0		
24	314	Cortina monitos	0		
25	315	Cortinas beige	3		
26	316	Cortinas cañamazo	-1		
27	317	Cortinas Chintz Verde	8		
28	318	Cortinas damasco	0		
29	319	Cortinas poligal	-42		
30	320	Cortinas rosadas	0		
31	321	Cubre artesanal café	0		
32	322	Cubre cama café floreado	0		
33	323	Cubre.Blanco Pensionado	0		
34	324	Cubrecama	-48	\$ 6.075,00	-\$ 291.600,00
35	325	Cubrecama acolchado	-2		
36	326	Cubrecama blanco	0		
37	327	Cubrecama blanco pnsionado	0		
38	328	Cubrecama divan	0		
39	329	Cubrecama floreado	-2		
40	330	Cubrecama urgencia	-9	\$ 1.447,00	-\$ 13.023,00
41	331	Camisa Celeste	-37		
42	332	Cubre Ventilador	0		
43	333	Cubre Mostaza	0		
44	334	Cotina Chintz Verde	0		
45	335	Capa Azul	0		
46	336	Cubre Sala Cuna	-2	\$ 1.447,00	-\$ 2.894,00
47	401	Delantal medico	15		
48	402	Delantal operar	-70	\$ 4.970,00	-\$ 347.900,00
49	403	Delantal rojo	-3		
50	601	Frazada electrica	-1		
51	602	Frazada verde	-87	\$ 4.489,00	-\$ 390.543,00

Nº	COD.ID	PRENDAS	DIFERENCIA	PRECIO UNITARIO	VALOR
52	603	Frazadas	-204	\$ 4.489,00	-\$ 915.756,00
53	604	Funda cojin	-5		
54	605	Funda colchoneta	-396	\$ 2.464,00	-\$ 975.744,00
55	606	Funda colchoneta celeste	-76	\$ 2.464,00	-\$ 187.264,00
56	607	Funda colchoneta hule café	0	S/P	
57	608	Funda colchoneta hule cek	2	S/P	
58	609	Funda colchoneta verde	-13	\$ 2.464,00	-\$ 32.032,00
59	610	Funda corta celeste	-5	\$ 429,00	-\$ 2.145,00
60	611	Funda cubre guante	26		
61	612	Funda ferula	-34	\$ 714,00	-\$ 24.276,00
62	613	Funda larga celeste	56		
63	614	Funda pequeña celeste	8		
64	615	Funda pequeña floreada	-7		
65	616	Funda scanner	0		
66	617	Fundas larga blanca	-2		
67	618	Frazada Sala Cuna	6		
68	801	Hamaca	-6		
69	1301	Mantel Amarillo	-1		
70	1302	Mantel beige	-9		
71	1303	Mantel blanco	-16		
72	1304	Mantel rojo	2		
73	1305	Mochila	4		
74	1701	Pantalon	-104	\$ 2.775,00	-\$ 288.600,00
75	1702	Paño abierto	49		
76	1703	Paño aseo	-114	\$ 851,00	-\$ 97.014,00
77	1704	Paño cerrado	1001		
78	1705	Paño cerrado celeste	-20	\$ 1.274,00	-\$ 25.480,00
79	1706	Paño cerrado nuevo	0		
80	1707	Paño Dental	0		
81	1708	Paños mamadera	-2	\$ 1.775,00	-\$ 3.550,00
82	1709	Pechera dental	85		
83	1710	Pechera dental celeste	-5	\$ 354,00	-\$ 1.770,00
84	1711	Pechera operación	19		
85	1712	Protector cuna	12		
86	1713	Pulpo	-23	\$ 3.427,00	-\$ 78.821,00
87	2001	Sabana cama	-1528	\$ 2.486,00	-\$ 3.798.608,00
88	2002	Sabana celeste	-244	\$ 3.540,00	-\$ 863.760,00
89	2003	Sabana perforada	129		
90	2004	Sabana perforada blanca	-7	\$ 2.486,00	-\$ 17.402,00
91	2005	Sabanilla amarilla	1	\$ 271,00	
92	2006	Sabanilla celeste	7		
93	2007	Sabanilla curacion	-320	\$ 271,00	-\$ 86.720,00
94	2008	Sabanilla estampada	3		
95	2009	Sabanilla nueva	-30		
96	2010	Sabanilla rosada	439		
97	2011	Sabanilla SUA	0		
98	2012	Sabanilla verde	-115	\$ 2.464,00	-\$ 283.360,00
99	2013	Sabanillas	0		
100	2014	Sabanillas nuevas	0		
101	2015	Servilletas	0		
102	2016	Silla nido	2		
103	2017	Sujetador magnetico	4		
104	2101	Toalla baño	-144	\$ 3.217,00	-\$ 463.248,00
105	2102	Toalla mano	16		
		<b>TOTAL</b>			<b>-\$ 10.706.279,00</b>

Anexo 8

**PRODUCCIÓN**

<b>CENTRO DE COSTO</b>		<b>ANO 2002</b>	<b>ANO 2003</b>	<b>%</b>	<b>ANO 2004</b>	<b>%</b>
1.-	<b>DIAS DE ESTADIA POR CENTROS DE COSTOS ULTIMO TRIENIO</b>					
	1 UTI	3.937	4.203	6,76%	4186	-0,40%
	2 U.INTERMEDIA				2.913	
	3 TRAUMA	12.172	11.910	-2,15%	12.073	1,37%
	4 QUEMADOS	5.310	5.225	-1,60%	5.989	14,62%
	5 PENSIONADO	4.290	4.562	6,34%	4.280	-6,18%
	6 MEDICINA	35.081	36.022	2,68%	35.872	-0,42%
	7 CIRUGIA	26.327	26.869	2,06%	24.056	-10,47%
	<b>TOTALES</b>	<b>87.117</b>	<b>88.791</b>	<b>1,92%</b>	<b>89.369</b>	<b>0,65%</b>
2.-	<b>URGENCIA,CONSULTAS</b>	<b>168.178</b>	<b>157.456</b>	<b>-6,38%</b>	<b>146.819</b>	<b>-6,76%</b>
3.-	<b>PABELLON,INTERVENCIONES</b>	<b>10.609</b>	<b>11.110</b>	<b>4,72%</b>	<b>10.244</b>	<b>-7,79%</b>

## Anexo 9

COMPARACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE S & K Y LE GRAND CHIC			
S&K -Hospital San Juan de Dios		LE GRAND CHIC - H.U.A.P.	
1	Más o menos treinta años con Le Grand Chic	1	Más o menos nueve años con Le Grand Chic
2	Ventajas	2	Desventajas
2,1	Jefe de Ropería tiene reuniones con los ejecutivos de la lavandería periódicamente.	2,1	
2,2	Una persona de la lavandería "Coordinadora" los visita una vez a la semana.	2,2	
2,3	El precio por kilo lavado es de \$240.-, con IVA 286,60 precio año 2004.-	2,3	El precio por kilo lavado es de \$292.-, con IVA 347,48 segundo semestre del año 2004.-
2,4	El proveedor destaca en forma permanente dos "ministros de Fé" en el hospital, uno para contaje de ropa limpia y otro de ropa sucia.	2,4	
2,5	El lavado del hospital es independiente, es decir lavan en forma exclusiva la ropa de cada cliente, lo que evita errores en el despacho y recepción de ropa.	2,5	Aparentemente mezclan toda la ropa, ya que por equivocaciones se ha recibido ropa de otros hospitales.
2,6	Cumplen rigurosamente con los horarios de despacho y recepción de ropa.	2,6	No cumplen con los horarios especialmente los de la tarde.
2,7	En Mar/05 comenzarán con un sistema de información computarizado en red con la transparencia requerida.	2,7	Se cuenta con un sistema de información computarizado pero que funciona en forma poco transparente.
2,8	No tienen faltantes y el reproceso es mínimo.	2,8	Faltantes por \$ 10,706,279,- (anexo 7 y 7A) y reproceso de 2,90% en los últimos nueve meses del 2004,- Anexos 4 y 5.
3	El hospital tiene 520 camas hospitalizados, con un promedio de kilos de ropa sucia de 44.000 kilos.	3	H.U.A.P. Tiene 275 camas hospitalizados con un promedio de ropa sucia de 34,500 kilos.
4	El hospital cuenta con 5 mudas de ropa de cama.	4	H.U.A.P cuenta con 3 mudas de ropa de cama.
5	El hospital paga al contado, aprovechando el descuento de pronto pago.	5	H.U.A.P no paga al contado,

## 12.- CONCLUSIONES

Como hemos expresado anteriormente en la actualidad las organizaciones hospitalarias están licitando los servicios de apoyo a la gestión, como ser lavanderías, casinos para el personal, informática etc. Esto obedece en parte al grado de especialización que estas actividades están obteniendo y a la evolución de sus técnicas y procedimientos de su avance tecnológico. Si bien es cierto que esta opción obedece por una parte al ahorro de recursos en lo que se refiere a estructura y personal, exige un mayor control de la eficiencia y efectividad de estos servicios extra-hospitalarios.

En ocasiones para mejorar la calidad y reducir los costos, es mejor comprar estos servicios fuera del hospital. La compra y contratación exige un estrecho contacto entre proveedor y hospital, de forma que el primero conozca y cubra las necesidades de éste.

Esta situación exige un monitoreo continuo del cumplimiento de los contratos, calidad de los servicios, oportunidad en la entrega y grado de satisfacción del usuario ( en estos casos sería en el propio hospital ).

Los encargados de estos servicios de apoyo, deben realizar prospecciones periódicas para informarse si el mercado ofrece mejores alternativas de estos servicios, es decir, proveedores con nuevas tecnologías y a precios más convenientes.

En algunos casos es posible realizar contratos temporales a prueba, para posteriormente licitarlos de acuerdo a la reglamentación.

### 13.-BIBLIOGRAFIA

1. **CROSBY, P.B.** “ La Calidad no Cuesta”. Mexico: CECSA, 1987.
2. **DEMING, W. E.** “ Calidad, Productividad y Competitividad. La Salida de la Crisis” Madrid: Diaz de Santos, 1989
3. **DONABEDIAN, AVEDIS.** “ Garantía y Monitoría de la calidad de la Atención Médica” México, 1992
4. **DUEÑAS ARAQUE, OSCAR ALONSO.** “ Dimensiones de la Calidad en los Servicios de Salud” Colombia.
5. **Gerenciasalud.com/art73.htm** “ Comentarios a los 7 Puntos de Albretch”
6. **GONZALEZ DAGNINO, A. Y COLABORADORES.** “ Calidad Total en la Atención <<primaria de Salud “ Madrid, 1991
7. **HALL, RH.** “ Organizaciones, Estructura y Proceso” Madrid : Prentice Hall, 1983
8. **HARRINTONG, H.J.** “ El costo de la Mala Calidad “ Madrid: Diaz de Santos, 1992
9. **JURAN, JM.** “ Juran y la planificación para la Calidad” Madrid: Diaz de Santos, 1990

10. **KAST, FE. ROSENZWEIG, JE.** “Administración de Organizaciones: Un Enfoque de Sistemas”. Madrid: McGraw-Hill, 1979
11. **LOVELOCK, CHRISTOPHER H.** “Mercadotecnia de Servicios” Editorial Prentice Hall, 1997
12. **MILLER, J.G.** “ Living systems” New York: McGraw-Hill, 1978
13. **MINTZBERG, H.** “ El Poder en la Organización” Barcelona: Ariel 1992.
14. **PINEAULT, R. DEVELUY C.** “ La planificación Sanitaria. Conceptos-Métodos –Estrategias. Barcelona: Masson/SG, 1987.
15. **VARO, JAIME.** “ Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios”, Ediciones “ Diaz de Santos S.A.”
16. **VON BERTALANFFY, L.** “ Théorie générale des systemes” Paris: Dunod, 1972
17. [www.ilustrados.com](http://www.ilustrados.com) “ Kaizen y su Aplicación en Instituciones de Salud”