

**ANÁLISIS, DISEÑO Y ESTANDARIZACIÓN DEL PLAN DE GERENCIA DE LA
INFORMACIÓN PARA LOS PROCESOS DE REALIZACIÓN DE LA
FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA
LÜLLE**

**SILVIA MARÍA CASTELLANOS REYES
ANA MARÍA QUIJANO PRADA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECAÑICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
INGENIERÍA INDUSTRIAL
BUCARAMANGA
2008**

**ANÁLISIS, DISEÑO Y ESTANDARIZACIÓN DEL PLAN DE GERENCIA DE LA
INFORMACIÓN PARA LOS PROCESOS DE REALIZACIÓN DE LA
FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA
LÜLLE**

**Proyecto para obtener el título de
INGENIERO INDUSTRIAL**

Autores

**SILVIA MARÍA CASTELLANOS REYES
ANA MARÍA QUIJANO PRADA**

Director

**ING. JAVIER ARIAS OSORIO
Ing. de Sistemas UIS**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECAÑICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
INGENIERÍA INDUSTRIAL
BUCARAMANGA**

2008

AGRADECIMIENTOS

Las autoras del proyecto presentan sus agradecimientos a las siguientes personas:

Ingeniera Industrial Yolanda Ballesteros Rueda, Coordinadora Sistema de Medición Gerencial, Tutora del Proyecto. INGE gracias por todas sus enseñanzas, apoyo y paciencia durante la realización de nuestro proyecto.

Ingeniero de Sistemas Javier Arias Osorio, Director del Proyecto, por sus orientaciones en el desarrollo del trabajo.

Coordinadores administrativos, Médicos, Jefes de Enfermería y al personal en general de los procesos y subprocesos de realización de la FOSCAL por su colaboración y disposición para llevar a cabo nuestro proyecto. Sin la ayuda y apoyo de todos ustedes no hubiese sido posible la realización de éste.

A nuestros familiares, los dos costeños y a todos nuestros amigos por llenar de felicidad el camino y por hacer pasar el tiempo de manera más agradable mientras desarrollábamos nuestro proyecto de grado. Los queremos mucho.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1.1. OBJETIVOS.....	2
1.1.1. OBJETIVO GENERAL	2
1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
2. MARCO TEORICO	3
2.1. ESTÁNDARES DE LA GERENCIA DE INFORMACIÓN	3
2.1.1. Propósito de los estándares de Gerencia de la Información.....	3
2.1.2. Organización de los estándares.....	3
3. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PILOTO.....	5
3.1. Glosario.....	5
3.2. Desarrollo del plan piloto.....	5
4. PLANES DE GERENCIA DE LA INFORAMACION POR PROCESOS O SUBPROCESOS	7
4.1. PROCESO DE ESTERILIZACIÓN.....	7
4.1.1. Diagrama de flujo del proceso de Esterilización	8
4.1.2. Descripción de actividades identificadas en el Diagrama de flujo del proceso de Esterilización.....	8
4.1.3. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”	14
4.1.4. Análisis de la información	15
4.1.5. Propuesta de Mejoras	16
4.1.6. Propuesta Plan de Gerencia de la Información.....	17
4.2. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y ESGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO DEL CENTRO DE CANCER Y ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS - VIRGILIO GÁLVIS RAMÍREZ.....	18
4.2.1. Diagrama de flujo subproceso de ingreso, prestación y egreso del usuario del servicio del CCEH.	19
4.2.2.Descripción de actividades identificadas en el Diagrama de flujo del CCEH.	20
4.2.3.Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”	30
4.2.4. Análisis de la Información	31
4.2.5. Propuesta de mejoras	31

4.2.6. Propuesta Plan de Gerencia de la Información.....	34
4.3. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y ESGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO QUIRURGICO CAL.....	34
4.3.1. Diagrama de flujo de los subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso del Usuario al Servicio Cirugía Cal.	35
4.3.2. Descripción de actividades del Diagrama de Flujo de los subprocesos	35
4.3.3. Diligenciamiento del Formato “Identificación de Necesidades de Información”.	41
4.3.4. Análisis de la Información	42
4.3.5. Planteamiento de mejoras	42
4.3.6. Generación de la Propuesta Plan de Gerencia de la Información	44
4.4. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y ESGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	44
4.4.1. Diagrama de flujo subproceso de ingreso, prestación y egreso del usuario del servicio de la Unidad de Cuidados intensivos.	45
4.4.2. Descripción actividades identificadas en el Diagrama de flujo de la Unidad de Cuidados Intensivos - Pediátrica.....	46
4.4.3. Descripción de actividades identificadas en el diagrama de flujo de la Unidad de Cuidados Intensivos – Adulto.....	50
4.4.4. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”	55
4.4.5. Análisis de la Información	57
4.4.6. Propuesta de mejoras	57
4.4.7. Propuesta Plan de Gerencia de la Información.....	60
4.5. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y EGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.....	60
4.5.1. Diagrama de flujo subproceso de ingreso, prestación y egreso del usuario del servicio de Urgencias.....	61
4.5.2. Descripción de actividades identificadas en el diagrama de flujo del servicio de Urgencias	62
4.5.3. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”	66
4.5.4. Análisis de la información	66
4.5.5. Propuesta de mejoras	67
4.5.6. Propuesta Plan de Gerencia de la Información.....	71

4.6. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y EGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION.....	71
4.6.1. Diagrama de flujo subproceso de ingreso, prestación y egreso del usuario del servicio de Hospitalización.....	72
4.6.2. Descripción de actividades identificadas en el Diagrama de flujo del servicio de Hospitalización.....	73
4.6.3. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”	82
4.6.4. Análisis de la Información	82
4.6.5. Propuesta de mejoras	82
4.6.6. Propuesta Plan de Gerencia de la Información.....	85
4.7. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y EGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.....	86
4.7.1. Diagrama de flujo subproceso de ingreso, prestación y egreso del usuario del servicio de Consulta Externa.....	87
4.7.2. Descripción de actividades identificadas en el Diagrama de flujo del servicio de Consulta externa - Medicina general	87
4.7.3. Descripción de las Actividades del flujo-grama de Consulta Externa - Promoción y Prevención	93
4.7.4. Descripción de las Actividades del flujo-grama de Consulta Externa – Odontología	98
4.7.5. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”	100
4.7.6. Análisis de la Información	101
4.7.7. Propuesta de mejoras	101
4.7.8. Propuesta Plan de Gerencia de la Información.....	105
4.8. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y EGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.....	105
4.8.1. Diagrama de flujo subproceso de ingreso, prestación y egreso del usuario del servicio de Oftalmología.....	106
4.8.2. Descripción de actividades identificadas en el Diagrama de flujo del servicio de Oftalmología.....	107
4.8.3. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”	111
4.8.4. Análisis de la Información	111
4.8.5. Propuesta de mejoras	112
4.8.6. Propuesta Plan de Gerencia de la Información.....	114

CONCLUSIONES115
BIBLIOGRAFIA.....118

TABLA DE ANEXOS

	Ubicación♦
Anexo A Glosario Documento word “Anexo A.doc”	5
Anexo B Manual de Procedimientos (Diagrama de Flujo) “Elaboración del Plan de Gerencia de la Información” Documenteto word “Anexo B.doc”	6
Anexo C Manual de Procedimientos (Descripción de Actividades) “Elaboración del Plan de Gerencia de la Información” Documento word “Anexo C.doc”	6
Anexo D Acta de Reunión Comité Gerencia de la Información Documento word “Anexo D.doc”	6
Anexo E1 Diagrama de Flujo del Proceso de Esterilización “Documento word “Anexo E1.doc”	8
Anexo F1 Formato Identificación de Necesidades de Información del Proceso de Esterilización Documento excel “Anexo F1.xls”	15
Anexo G1 Propuesta Plan de Gerencia de la Información Proceso de Esterilización Documento word “Anexo G1.doc”	18
Anexo H2 Diagrama de Flujo Subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso del Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Documento word “Anexo H2.doc”	20
Anexo I2 Formato Identificación de Necesidades de Información de los Subprocesos del Centro de Cáncer Documento excel “Anexo I2.xls”	31
Anexo J2 Tabla Recolección de Datos Indicador Oportunidad en la Atención Documento excel “Anexo J2.xls”	32
Anexo K2 Formato presentación indicadores Centro de Cáncer Documento excel “Anexo K2.xls”	33
Anexo L2 Propuesta Plan de Gerencia de la Información Centro de Cáncer Documento word “Anexo L2.doc”	34
Anexo M3 Diagrama de Flujo Subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso al Servicio Quirúrgico Documento word “Anexo M3.doc”	35
Anexo N3 Formato Identificación Necesidades de Información Subprocesos Servicio Quirúrgico Documento excel “Anexo N3.xls”	42
Anexo O3 Propuesta Plan de Gerencia de la Información del Servicio Quirúrgico Documento word “Anexo O3.doc”	44
Anexo P5 Diagrama de Flujo de los Subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso UCIA Documento word “Anexo P5.doc”	46
Anexo Q5 Diagrama de Flujo de los Subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso UCIP Documento word “Anexo Q5.doc”	46
Anexo R5 Formato de Identificación de Necesidades de Información UCI Documento excel “Anexo R5.xls”	57
Anexo S5 Formato de Presentación de indicadores UCIP Documento excel “Anexo S5.xls”	58

♦ Los anexos vienen adjuntos en el CD

Anexo T5 Formato de Prevención de Enfermedad Tromboembólica Documento excel “Anexo T5.xls”	59
Anexo U5 Propuesta Plan de Gerencia de la Información UCI Documento word “Anexo U5.doc”	60
Anexo V6 Diagrama de Flujo del Ingreso, Prestación y Egreso del Usuario del Servicio de Urgencias Documento word “Anexo V6.doc”	61
Anexo W6 Formato de Identificación de Necesidades de Información del Servicio de Urgencias Documento excel “Anexo W6.xls”	66
Anexo X6 Propuesta Plan de Gerencia de la Información Servicio de Urgencias Documento word “Anexo X6.doc”	71
Anexo Y7 Diagrama de Flujo del Subproceso de Ingreso, Prestación y Egreso del Usuario del Servicio de Hospitalización Documento word “Anexo Y7.doc”	72
Anexo Z7 Formato de Identificación de Necesidades de Información del Servicio Hospitalario Documento excel “Anexo Z7.xls”	82
Anexo AA7 Formato de Oportunidad al llamado del Usuario Documento excel “Anexo AA7.xls”	83
Anexo BB7 Formato entrevista de Evento Adverso Documento excel “Anexo BB7.xls”	85
Anexo CC7 Propuesta Plan de Gerencia de la Información Servicio Hospitalario Documento word “Anexo CC7.doc”	86
Anexo DD8 Diagrama de Flujo Subprocesos de Consulta Externa, Medicina General Documento word “Anexo DD8.doc”	87
Anexo EE8 Diagrama de Flujo Subprocesos de Consulta Externa, Odontología Documento word “Anexo EE8.doc”	87
Anexo FF8 Diagrama de Flujo Subprocesos de Consulta Externa, PyP Documento word “Anexo FF8.doc”	87
Anexo GG8 Formato de Identificación de Necesidades de Información de Consulta Externa Documento excel “Anexo GG8.xls”	101
Anexo HH8 Propuesta Plan de Gerencia de la Información Consulta Externa Documento word “Anexo HH8.doc”	105
Anexo II9 Diagrama de Flujo de los Subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso de los Usuarios del Servicio de Oftalmología Documento word “Anexo II9.doc”	107
Anexo JJ9 Formato de Identificación de Necesidades de Información del Servicio de Oftalmología Documento excel “Anexo JJ9.xls”	111
Anexo KK9 Propuesta Plan de Gerencia de la Información del Servicio de Oftalmología Documento word “Anexo KK9.doc”	114

RESUMEN

TÍTULO: ANÁLISIS, DISEÑO Y ESTANDARIZACIÓN DEL PLAN DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN PARA LOS PROCESOS DE REALIZACIÓN DE LA FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE*

AUTORES: QUIJANO PRADA, Ana María, CASTELLANOS REYES, Silvia María**

PALABRAS CLAVES: Plan de Gerencia de la Información, Diagrama de documentos, Descripción de Actividades del flujo-grama, Plantilla de indicadores, informes y/o estadísticas.

DESCRIPCIÓN

La Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lülle (FOSCAL), prestigiosa entidad que favorece a la comunidad del oriente colombiano, tiene como uno de sus objetivos estratégicos “Fortalecer la Cultura de Calidad con la implementación del Sistema Único de Acreditación bajo normas establecidas en la Resolución 1445 del 8 Mayo de 2006” con el fin de pasar a formar parte del selecto grupo de las once instituciones acreditadas en el país.

En el presente proyecto se da respuesta al grupo de estándares de gerencia de la información como uno de los requerimientos para lograr la acreditación, éste es la estandarización de los Planes de Gerencia de la Información de los procesos y subprocesos de realización de la FOSCAL. El principal propósito es realizar el reconocimiento de las necesidades de información de cada proceso o subproceso utilizando herramientas como diagramas de flujo y plantillas para la recolección de datos que permitan identificar las necesidades de información con el fin de que cada dueño pueda gerenciar el proceso basándose en datos y hechos, y como resultado de esta recolección y análisis poder establecer la estandarización del plan de gerencia de la información y proponer las mejoras, de tal manera que se garantice una estructura y coherencia de la información para generar habilidades de respuesta a los requerimientos de los clientes, sus familiares y trabajadores.

* Proyecto de grado modalidad práctica empresarial

** Facultad de Ingeniería Físico-Mecánica; Escuela de Estudios Industriales y Empresariales; Programa de Ingeniería Industrial; Ingeniero Javier Arias Osorio, Director del Proyecto

SUMMARY

TITLE: ANALYSIS, DESIGN AND STANDARDIZATION OF THE PLAN OF MANAGEMENT OF THE INFORMATION FOR THE PROCESSES OF ACCOMPLISHMENT OF THE OPHTHALMOLOGICAL FOUNDATION OF SANTANDER - CLINIC CARLOS ARDILA LÜLLE*

AUTHORS: QUIJANO PRADA, Ana María, CASTELLANOS REYES, Silvia María**

KEY WORDS: Plan of Management of the Information, Graph of documents, Description of Activities of the flowchart, Form of indicators, informs and / or statistics

DESCRIPTION

The Foundation Ophthalmologic Santander - Clinic Carlos Ardila Lülle (FOSCAL), prestigious institution that works in favor of the community of the eastern of Colombia, has as one of its strategic objectives "Strengthen the Cultural Quality with the implementation of the accreditation unique system, by rules that laid down in Resolution 1445 of May 8, 2006 "in order to join the select group of eleven accredited institutions in the country.

In the present project the institution give the respond to the group of management standards of information as one of the requirements to achieve accreditation; this is the standardization of The Plans for information management of all the processes and sub processes of the FOSCAL. The main purpose is to achieve the recognition of the information needs of each process or sub process using tools such as flowcharts and templates for data collection to identify information needs, to ensure that each owner can manage the process based on data and facts, and as a result of this gathering and analysis to establish the standardization plan management of information and propose improvements, to ensure a structure and consistency of information for generating abilities to respond to the requirements of customers, their families and workers.

* Bachelor Degree Project, Modality as Internship.

** Physical- Mechanical engineering's Faculty; School of Industrial and Enterprise studies; Industrial Engineering Program; IE Javier Arias Osorio, Project Director.

INTRODUCCIÓN

Actualmente y cumpliendo con los requerimientos y exigencias de un mundo competitivo, la sociedad que se mueve en torno a éste, reclama más atención y la oportuna satisfacción de sus reclamaciones. Las Instituciones de Salud como cualquier Compañía o Empresa, se ven obligadas a diseñar mecanismos, procesos y procedimientos más eficientes y eficaces soportados por el buen manejo de sus recursos e información. Es por esto que la Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lülle tiene como uno de sus objetivos estratégicos “Fortalecer la Cultura de Calidad con la implementación del Sistema Único de Acreditación bajo normas establecidas en la Resolución 1445 del 8 Mayo de 2006” con el fin de pasar a formar parte del selecto grupo de las once instituciones acreditadas en el país, dar a conocer a los usuarios y a la comunidad en general los niveles superiores de calidad alcanzados por la institución, a motivar a los usuarios a ejercer el derecho de la libre elección, a mejorar la capacidad de negociación y al mejoramiento continuo de los procesos centrados en la vida, la salud y la seguridad de los usuarios.

Parte importante de los requerimientos del proceso de acreditación es la generación de un Plan de Gerencia de la Información para cada uno de los procesos y subprocesos de realización de la FOSCAL, en lo cual consistirá el proyecto que se desarrolla a continuación.

El Plan de Gerencia de la Información se convierte en una herramienta de gran utilidad, que ayuda al manejo y flujo adecuado de la información a través de los diferentes procesos establecidos para la prestación de los servicios médicos y asistenciales por parte de la Institución, logrando así la identificación de errores, duplicidad de la información, manipulación inadecuada y la identificación de nuevas necesidades de información.

1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar el análisis y diseño del Plan de Gerencia de la Información en la Fundación Oftalmología de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle, que permita una estandarización del manejo de información en cada uno de los procesos y subprocesos de realización.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar y organizar la información y datos provenientes del reconocimiento detallado de cada uno de los procesos, de acuerdo a las necesidades y requerimientos de los clientes de la Institución.
- Estandarizar el manejo de la información durante la captura, el análisis, la difusión con seguridad según niveles de acceso y almacenamiento, integrando y estructurando la coherencia de la información de tal manera que se pueda monitorear su tendencia y trazabilidad.
- Identificar oportunidades de mejora y cambios que permitan dar cumplimiento a la normatividad del Sistema Único de Acreditación, el Sistema de Información de la Calidad y la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Atención en Salud y otra que aplique a la entidad.
- Sintetizar los Planes de Gerencia de la información de todos los procesos y subprocesos de realización de la FOSCAL en un único Plan de Gerencia.

2. MARCO TEORICO

2.1. ESTÁNDARES DE LA GERENCIA DE INFORMACIÓN

2.1.1. Propósito de los estándares de Gerencia de la Información

La sección de los estándares de la Gerencia de la Información pretende señalar los elementos sustanciales de la organización para el diseño y puesta en marcha de un proceso coherente de Gerencia de la Información y de los recursos utilizados para su adecuado desarrollo.* Esto implica el facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización (en todo nivel), basados en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos. La Gerencia de la Información debe garantizar la estructura y coherencia de la información para generar habilidades de respuesta a los requerimientos de los clientes, sus familias y trabajadores.

2.1.2. Organización de los estándares

Los procesos de este tema son diseñados a partir de los requerimientos de información de la organización en factores como procesos de atención y necesidades de los clientes, planeación, direccionamiento y mejoramiento de la organización, gestión de los recursos y productividad. Se define un plan de gerencia de la información que garantiza su gestión priorizada desde la estandarización, captura, análisis, transmisión y difusión, seguridad con niveles de acceso y almacenamiento.† La organización debe hacer seguimiento de las variaciones de desempeños de equipos y procesos.

* Guía Básica para la Acreditación en Salud , ICONTEC

† Guía Básica para la Acreditación en Salud , ICONTEC

La Organización promueve la cultura de toma de decisiones sobre hechos y datos, y promover su acceso de acuerdo con necesidades, para el análisis agregado y desagregado que permita monitorear y referenciar de manera sistemática. Además, debe medir con los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores claves de calidad y de su medición, se desarrollarán procesos de mejoramiento que serán compartidos y monitorizados permanentemente.

Con todo esto se quiere llegar a un desarrollo interno que tendrá influencia en la función y desempeño de quienes son responsables del manejo y transmisión de la información, se debe desarrollar con la reevaluación de los indicadores, análisis de documentos y el nuevo manejo de las historias clínicas que se ha dado a través de la adquisición de nuevos equipos que ampliarán la capacidad de organización y control de las historias clínicas electrónicas.

La FOSCAL cuenta con un comité encargado de la Gerencia de la Información, conformado por: Ing. José William Londoño Roldan, Jefe Departamento de Sistemas y Gerente Proyecto Historia Clínica Electrónica, Dra. Constanza Montañés, Jefe División Clínica y Gerente Proyecto Historia Clínica Electrónica, Sra. Rosmary Calvete Cuartas, Coordinadora Servicios Administrativos (Archivos), Sr. Silvio Gómez González, Jefe del Departamento de Información y Estadística, Sr. Gumers Amado Serrano, Líder Funcional Proyecto Historia Clínica Electrónica., Enf. Yamile Peñaloza Barrera, Líder Funcional Proyecto Historia Clínica Electrónica., Ing. Mireya Franco Rueda, Jefe Departamento de Control Interno., Psicóloga Nubia Andrade Niño, Coordinadora Atención al Usuario. , Ing. Yolanda Ballesteros Rueda, Coordinadora Sistema de Medición Gerencial – Unidad Gestión de la Calidad.

3. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PILOTO

3.1. Glosario

Para tener una mayor claridad de los temas a tratar, se proporciona una serie de palabras claves con su respectivo significado.

Véase: **Anexo A Glosario**

3.2. Desarrollo del plan piloto

Para lograr un desarrollo óptimo de la metodología a utilizar para la elaboración del Plan de Gerencia de Información de cada uno de los procesos y subprocesos de realización de la FOSCAL se hace necesario realizar un plan piloto en el que se establezca el orden a seguir para la recolección, análisis, diseño y elaboración del Plan de Gerencia de la Información por proceso o subproceso, con el fin de establecer los ajuste y mejoras de la metodología a seguir durante el desarrollo del proyecto.

El plan piloto se realizó en la Unidad de Esterilización debido a que es uno de los procesos más estables y organizados que posee la institución, facilitando el desarrollo del plan en el momento de estudiar y ensayar las diferentes maneras de recolección y análisis de la información durante la ejecución. Junto a esto, otro de los aspectos relevantes para seleccionarlo como el lugar indicado para el plan piloto fue la constante colaboración, apoyo y disponibilidad del personal durante todo el desarrollo del piloto.

El desarrollo del plan piloto se realizó con el fin de generar la forma más rápida y adecuada de recolección, organización y análisis de información. Se realizó una estandarización de los pasos a seguir para generar el plan de gerencia de la información de los procesos dentro de la FOSCAL. Esta estandarización también permitirá que de ahora en adelante, siguiendo estos pasos, se establezca el

procedimiento de “Elaborar el Plan de Gerencia de la Información”, el que quedará caracterizado y establecido con su respectivo Manual de Procedimientos, con el cual más adelante en caso de cambio o adición de un nuevo Plan de Gerencia de la Información presentará la información necesaria para realizarlo. El Manual de Procedimientos a seguir quedaron establecidos dentro un diagrama de flujo el cual se puede evidenciar en el Anexo C y la descripción de las actividades en el Anexo D.

Véase: **Anexo B** Manual de Procedimientos (Diagrama de Flujo) “Elaboración del Plan de Gerencia de la Información”

Véase: **Anexo C** Manual de Procedimientos (Descripción de Actividades) “Elaboración del Plan de Gerencia de la Información”.

Estos manuales de procedimientos de la Elaboración del Plan de Gerencia de la Información fueron analizados y aprobados por el Comité de Gerencia de Información quienes leyeron y corrigieron los manuales para que no solo se ajustaran a las necesidades de la clínica sino que también cumplieran todos los requisitos para la acreditación en salud. Para ver acta de reunión del comité

Véase: **Anexo D** Acta de Reunión Comité Gerencia de la Información

El procedimiento propuesto y aprobado quedo establecido en la institución en el manual de procedimiento para la Elaboración del Plan de Gerencia de la Información para todos los procesos y subprocesos de la Institución y a partir de él se siguieron los pasos para la generación de los otros subprocesos analizados dentro del proyecto, lo que facilitó y aseguró que el desarrollo del proyecto se realizara acorde a los requerimiento de la institución y de la acreditación en salud.

4. PLANES DE GERENCIA DE LA INFORAMACION POR PROCESOS O SUBPROCESOS

4.1. PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

La Unidad de Esterilización de la Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lülle, proporciona a todos los servicios asistenciales dispositivos médicos en condiciones de esterilidad en tiempo y coste adecuados, así como su correcta protección, para la realización de los diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos, consiguiendo tanto la satisfacción de las personas que trabajan en la Unidad como de los clientes internos y finalmente los usuarios del servicio.

Dentro de cualquier organización hospitalaria, el área que provee dispositivos médicos y la ropa quirúrgica estéril para la realización de los procedimientos quirúrgicos y médicos es importante, no solo guarda relación con la seguridad en la atención, sino que se constituyen en un importante centro de costos para las mismas. Para esto la Unidad hace un control estricto de calidad durante cada una de las etapas del proceso y utiliza indicadores físicos y/o biológicos en cada una de las cargas a procesar en los diferentes equipos. La unidad cuenta con tecnología de última generación como las autoclaves de Vapor, Plasma y VBTF.

Para la FOSCAL, la Unidad de Esterilización es área fundamental en el desarrollo de todos los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos que allí se manejan, es por ello que la Clínica ha puesto todos sus esfuerzos en hacer crecer y mantener a la unidad con los niveles más altos de calidad.

A continuación se muestra una lista de los clientes que tiene la Unidad de Esterilización. Es necesario aclarar que el listado que se muestra a continuación es únicamente de los clientes internos que posee:

Urgencias, Cirugía Ambulatoria, Hospitalización, Salas de Cirugía CAL y FOS, Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Virgilio Gálvis Ramírez, Unidad de Cuidados Intensivos (adulto y pediátrica), Sala de Partos, Consulta Externa, Odontología, Central de Mezclas, Promoción y Prevención (PYP), Almacén de Cirugía, Almacén General y Nutrición

4.1.1. Diagrama de flujo del proceso de Esterilización

Para tener una mejor y mayor comprensión de las actividades del proceso que se evidencia en la Unidad de Esterilización, se considera necesario realizar un diagrama del proceso, donde siguiendo la secuencia de las actividades, se identificará el flujo de los instrumentos de captura de datos (documentos) que entran y salen del proceso central. Es de notar que este diagrama de flujo muestra únicamente el movimiento de formatos y/o documentos a lo largo del proceso, pero no muestra el procesamiento y transmisión de la información, es decir, informes, estadísticas e indicadores. Para ello más adelante se realizará una recolección de la información generada por el proceso y la que se recibe de otros procesos, necesaria para la toma de decisiones basado en datos y hechos.

Véase: **Anexo E1** Diagrama de Flujo del Proceso de Esterilización

4.1.2. Descripción de actividades identificadas en el Diagrama de flujo del proceso de Esterilización

Con la ayuda la jefe de enfermería de la unidad de esterilización y todo el personal que trabaja en la unidad se describieron las actividades del diagrama de flujo de acuerdo al flujo de los instrumentos de captura de información utilizados en el

servicio, se encontró todo muy organizado y cumpliendo las especificaciones descritas tanto en la Caracterización como en el Manual de Procedimientos.

a. ÁREA HUMEDA

- **Recepción de Dispositivos Médicos a esterilizar:** llegan al área húmeda los insumos provenientes de Cirugía CAL, Urgencias, UCI Pediátrica, UCI adultos, Odontología, Programa de Atención en el Hogar, Promoción y Prevención, Consulta externa, Lactario, Hospitalización, Central de Mezclas, Farmacia Hospitalaria, Almacén de cirugía, Almacén General, los cuales vienen con su formato de “Solicitud y entrega de insumos a esterilizar” y solamente los provenientes de Cirugía traen a su vez la “Tarjeta de Control de Instrumental Quirúrgico”, se verifica que la entrega sea correspondiente al formato, se diligencia el método de esterilización a realizar y el día de la entrega dependiendo del método a utilizar.
- **Lavado:** se separa cada insumo por pedido, se lavan y se utiliza dependiendo de lo que se requiera, maquinas de vapor o máquinas ionizadoras, finalizando con un secado individualizado por medio de la utilización de aire comprimido. Se aclara que aquí también se tiene en cuenta el formato de “Solicitud y Entrega de Insumos a Esterilizar”.

b. ÁREA LIMPIA

- **Recepción de Dispositivos Médicos lavados:** se reciben los insumos lavados junto con el Formato de “Solicitud y entrega de insumos a esterilizar” y en caso de provenir de salas de cirugía, se recibe también la “Tarjeta de control de instrumental quirúrgico”, luego se colocan en la mesa para continuar con el siguiente paso.
- **Control de Dispositivos Médicos:** en este paso el instrumental proveniente de salas de cirugía pasa por control con la instrumentadora quirúrgica quién es la encargada de asegurarse de que todo esté completo y en su óptimo estado.

Para realizar este procedimiento se utiliza un “Manual de Instrumental por especialidades” que especifica el contenido que deben tener los contenedores. Además la instrumentadora debe llenar una serie de formatos como: “Registro arreglo diario de contenedores”, “control insumos”, “Control de trabajos de mantenimiento”, “Oportunidad de mejoramiento”, “Registro de instrumental de baja”, “Retiro de material de osteosíntesis a pacientes”, “Control de gastos de material de osteosíntesis”, “Mantenimiento correctivo y preventivo del instrumental”, “Incidencias en instrumentación quirúrgica”, “Solicitud de materiales especializados y reposición”, “Solicitud de materiales especializados y reposición de gastos”, “Registro de reporte de salida de instrumental quirúrgico de reserva”, “Tarjeta de control de instrumental quirúrgico” y el “Formato préstamo y devolución de equipos de otros servicios”, los cuales le permiten tener soporte de los procesos que realiza y a todas sus actividades.

- **Control de otro instrumental (proveniente de pisos, pequeñas cirugías, etc.):** en este paso lo que se efectúa es la confrontación más detallada del material que se recibió. Para realizar esto se utiliza un “Manual de Kits” en el que se encuentra especificado el contenido y el estado que cada kit quirúrgico debe tener, el cual se compara con la “Tarjeta de control de insumos quirúrgicos” y los dispositivos médicos provenientes de la zona húmeda. En el caso de los otros insumos, se verifica que todo lo que entró en la zona húmeda esté completo de acuerdo al formato de “Solicitud y entrega de insumos a esterilizar”.
- **Empaque según tipo de insumo:** después de comprobar que todo está completo y clasificado según el pedido, dependiendo del tipo de dispositivo médico, se empaqueta para llevar a las autoclaves, si el insumo es un kit de cirugía su empaque es en bandejas de metal y envueltos en las tela de dril con una cinta indicadora del método de esterilización, y si el insumo es otro, se envuelve en sistemas de empaques especiales que tienen indicadores

químicos que sirven como guías para mostrar si el método de esterilización se llevo a cabo correctamente.

- **Recepción de insumos a esterilizar:** se reciben los insumos provenientes del procedimiento de empaque.
- **Recepción de insumos a esterilizar cirugía FOS:** provenientes de cirugía FOS llegan insumos de cirugía oftalmológica, todo previamente lavado, secado y empackado. Se hace necesario revisar por medio del formato de “Solicitud y entrega de insumos a esterilizar”, los elementos que se reciben para saber si están completos y en buen estado.
- **Esterilización en equipos según método:** en esta área se discrimina en qué método de esterilización va a ser procesado cada elemento así: si los elementos son termo resistentes, se organiza una carga para vapor. Si los elementos son termo sensibles, se organiza una carga para VBTF o Plasma de Peróxido de Hidrógeno.
- En cada carga se colocan indicadores según el protocolo establecido para evidenciar la confiabilidad del método de esterilización así: pruebas a equipos Bowie & Dick, pruebas biológicas con indicadores biológicos, pruebas químicas con tiras químicas o pre impresos que tienen los sistemas de empaque.
- Para el control de los insumos esterilizados, se registra el contenido de los elementos y pruebas de control en el formato de “Control de Insumos Según Método”. Al finalizar el ciclo se archiva la impresión que registra la carga y las diferentes pruebas realizadas con las tiras químicas y las lecturas de las pruebas biológicas.

c. **ÁREA ESTERIL**

- **Recepción de insumos esterilizados:** desde el área estéril se sacan los insumos esterilizados por la puerta posterior de las maquinas con el fin de

evitar el contacto con el área limpia y cumpliendo así la normativa de la barrera sanitaria.

- **Clasificación:** en este paso en el área estéril se organizan los insumos de acuerdo al cliente o a su función, guiándose por el formato de “Solicitud y entrega de insumos a esterilizar” o a criterio del encargado.
- **Alistar entrega directa de pedido a cliente de la FOS:** Después de clasificar, se introducen los insumos de Cirugía FOS en un compresero o carro de transporte y se compara que lo organizado es lo mismo que lo que llegó en el formato de “Solicitud y entrega de insumos a esterilizar” recibido en el proceso de Esterilización en Equipos Según Método.
- **Organizar pedidos:** después de clasificar, se seleccionan los pedidos de acuerdo al “Programa Quirúrgico” diario para entregar los insumos en el horario requerido. A cada paquete a entregar se le adiciona el original del formato “Tarjeta de envío de kit por cirugía programada”.
- **Retiro de pedido:** el encargado del área estéril tiene la obligación de llenar y/o verificar los formatos respectivos para la entrega del pedido, además de entregarlos de acuerdo al cliente, así:
 - ✓ Si el cliente es Cirugía CAL, se le entrega el pedido al Patín de la Unidad, en donde cada pedido lleva grapada la copia del formato de “Solicitud y entrega de insumos a esterilizar” y el Patín es el encargado de hacer firmar en el momento de la entrega, el original del mismo formato. Adicionalmente, él debe diligenciar y hacer firmar el formato de “Registro diario de control de envío de kits por cirugía programada” en donde se especifica quién recibe el pedido y a qué hora, con el fin de llevar un control estricto los tiempos de entrega para posteriormente sacar el índice de oportunidad en la entrega de los pedidos.

- ✓ Si el cliente es Cliente Interno, el Encargado del Área Estéril entrega el pedido al Camillero o al personal de enfermería que vaya a recoger los insumos con el original del formato de “Solicitud y entrega de insumos a esterilizar”. Se hace la entrega y se firma la copia del formato para ser archivado posteriormente.
- ✓ Cuando el cliente es Cirugía FOS, se hace entrega directa del pedido al cliente, es decir, la FOS envía un camillero quien es el encargado de revisar junto con el Auxiliar del Área Estéril que todo esté completo, y para esto de ayudan del Formato de solicitud y entrega de insumos a esterilizar.
- ✓ Si el Cliente es externo y cancela de una vez el servicio de esterilización, se hace entrega directa del pedido y es necesario que muestre la factura de venta del servicio ya cancelada. Se recurre al formato de “Solicitud y entrega de insumos a esterilizar” para hacer la comparación y la revisión de los insumos.
- ✓ Por último, cuando el cliente es externo pero tiene cuenta abierta para el servicio de esterilización, simplemente se hace entrega directa del pedido y se revisa lo entregado con el formato de Solicitud y entrega de insumos a esterilizar”. Al final de mes la Jefe de la Unidad de Esterilización le envía al cliente un consolidado muy específico de los servicios prestados durante el mes con su respectivo valor.
- ✓ Eventualmente, cuando es necesario, el encargado del área estéril llena los formatos de “Préstamo y devolución de equipos a otros servicios”, “Formato de producto no conforme” y “Formato de envió de elementos adicionales a cirugía”.

4.1.3. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”

Para la obtención de las necesidades de información se recurrió a la aplicación de una encuesta diseñada con anterioridad y la idea de su aplicación en el plan piloto era poder identificar los posibles errores en su diseño y así proponer mejoras, todo esto con el fin de perfeccionar la forma adecuada de identificación de las necesidades de información y así obtener una estandarización del manejo de la misma para garantizar los resultados que se esperan conseguir en los demás procesos de realización.

El esquema de la encuesta permite identificar qué información se genera y además a qué formatos se recurre para su obtención. Adicionalmente hay información sobre el acceso, tiempo de retención, destino de la información, forma de su captura, cómo se genera, con qué frecuencia y quién es el responsable de su generación, entre otras.

Para el diligenciamiento de la encuesta fue necesario un reconocimiento a fondo del proceso que se lleva a cabo y por supuesto se contó con el apoyo incondicional de cada uno de sus miembros, quienes explicaron sus funciones en los diferentes puestos de trabajo a lo largo del proceso. La Jefe de la Unidad expuso detalladamente el proceso en términos de información, es decir, la función que tenía cada uno de los formatos utilizados y/o diligenciados en la Unidad.

De allí se concluye que aunque no todos los formatos que se utilizan durante el proceso tienen una función específica en términos de generación de información, sí sirven para control interno del proceso, es decir, no todos los formatos deben generar información. En el área que corresponde a la Supervisora de Instrumental Quirúrgico, se crean o procesan doce (12) formatos, de los cuales hasta el momento no se generaba ninguna información, solamente se utilizaban para

control interno del procedimiento de instrumentación. Después de un análisis de los formatos utilizados por la Supervisora de Instrumentación Quirúrgica, se llega a la conclusión que es necesario utilizar dos de los formatos para procesar información y así ayudar al área de Activos Fijos de la FOSCAL, a llevar un control más estricto del inventario que se maneja respecto al Instrumental Quirúrgico de la Unidad.

Para obtener detalles de la recolección de información, se hace necesario consultar la encuesta realizada.

Véase: **Anexo F1** Formato Identificación de Necesidades de Información del Proceso de Esterilización

4.1.4. Análisis de la información

Por medio la caracterización y el Diagrama de Flujo del Proceso y el Formato “Identificación de Necesidades de Información”, se hizo un reconocimiento y una evaluación más a fondo de la información, datos e instrumentos de soporte que se están manejando para el control y gerenciamiento del proceso.

Dentro de este análisis se identificó un total de 36 instrumentos de captura utilizados dentro del proceso, de los cuales un 23% son para generación de información y el 77% restante sirven como soporte y control de las actividades a realizar dentro del proceso. El 100% de los instrumentos de captura tiene hoja de vida aprobado por la Unidad de Gestión de la Calidad de la Institución. El análisis de la información también permitirá ver e identificar, dentro de todo el manejo de la información que se da en el proceso, las posibles faltantes y redundancias que se puedan estar presentando en el flujo de la información y que ocasionen tanto un desgaste innecesario, como una pérdida de tiempo para el personal.

Se propone una serie de mejoras con el fin de optimizar el manejo del flujo de la información, dándole así posibles soluciones que ayuden al cumplimiento de los objetivos planteados en la Unidad de Esterilización.

4.1.5. Propuesta de Mejoras

a. Con el fin de lograr un manejo adecuado de la información se encontró una serie de faltantes en la actividad de control de instrumental quirúrgico, donde se identificó que se manejaba una serie de formatos pero no se procesaba información que podría ser valiosa en la toma de decisiones administrativas en la unidad de esterilización. Se trabajó con el apoyo constante de la supervisora de instrumentación y se identificó la falta de los dos siguientes informes que se explicarán a continuación con diagramas:

- ✓ Informe de Instrumental de Baja: este informe se generará en la actividad de control de instrumental quirúrgico con el formato de registro de instrumental de baja. El informe según lo consultado sería valioso tenerlo cada trimestre, de esta manera, los activos fijos de la clínica tendrían la información disponible para su cálculo trimestral. El informe se generaría consolidando las bajas trimestrales dentro de un FUNAF (Formato Único de Notificación de Activos Fijos) que va para el área de activos fijos de la clínica.
- ✓ Informe de Salida de Instrumental Quirúrgico de Reserva: este informe al igual que el anterior se generará en la actividad de Control de Instrumental Quirúrgico con el Formato de Reporte de Salida de Instrumental Quirúrgico de Reserva. El informe según lo consultado sería de gran utilidad tenerlo cada trimestre, de esta manera, los activos fijos de la clínica tendrían la información disponible para su cálculo trimestral ya que todos estos instrumentos pertenecen a la clínica y se necesita conocer el uso que se les está dando. El informe se generaría consolidando las salidas de instrumental quirúrgico de reserva dentro de un FUNAF (Formato Único de

Notificación de Activos Fijos) que va para el área de activos fijos de la clínica.

- b.** Otra de las mejoras que se podría implementar en el proceso de Esterilización y que facilitaría y mejoraría el manejo de la información, es la manera como se captura la información dentro de la unidad. El proceso manual implica que a final de mes se necesite alrededor de una semana en el cálculo de estadísticas e indicadores. La forma más indicada para realizar esta recolección y que genere información más oportuna y menos pérdida de tiempo, sería la de transcribir diariamente las estadísticas en una planilla de Excel que dé los resultados en cualquier momento y no a final de mes.

4.1.6. Propuesta Plan de Gerencia de la Información

Como último paso del plan piloto, se diseña un formato donde se consolida la información mínima que se requiere para gerenciar los objetivos de cada proceso o subproceso, generando así la propuesta del Plan de Gerencia de la Información.

Debido a las necesidades que se presentan en la FOSCAL, se decide junto con el Comité de Gerencia de la Información que se requiere un Plan de Gerencia de la Información por cada uno de los subprocesos de realización de la institución en lugar de un único plan de gerencia como se propuso en el plan de proyecto. Esta decisión favorecerá a la clínica y a cada uno de los subprocesos en la toma de decisiones y manejo de la información individual y en el registro de todos los informes y estadísticas que se deben generar para la administración de cada subproceso de la clínica.

El Plan de Gerencia debe contener como mínimo, qué información se genera y se recibe, como se genera, quién la genera, frecuencia de generación, quiénes la necesitan y para qué la necesitan. Estas son todas las preguntas que deben ser

solucionas dentro del plan de una manera resumida, de tal forma que las personas responsables de gerenciar el proceso ó subproceso tengan claro la información mínima que requiere para tomar decisiones basadas en datos y hechos.

El formato del Plan de Gerencia se diseñó con la finalidad de responder de la mejor manera a todos estos requerimientos anteriormente mencionados, y se utilizará en todos los procesos y subprocesos de realización de la FOSCAL y así se podrá cumplir con uno de los estándares solicitados por el Sistema Único de Acreditación en Salud: “Los procesos de gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de la información al interior de cada uno de ellos, en especial aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención al cliente” .

Véase: **Anexo G1** Propuesta Plan de Gerencia de la Información Proceso de Esterilización

4.2. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y ESGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO DEL CENTRO DE CANCER Y ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS - VIRGILIO GÁLVIS RAMÍREZ

El Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Virgilio Gálvis Ramírez, llamado de ahora en adelante CCEH, hace parte de la Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle, ofrece una atención integral al usuario con trastornos de la sangre agudos y crónicos, cáncer y leucemia, mediante la prestación de servicios orientados al diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad; realizados con recursos de alta tecnología, personal médico y profesionales de la salud especializados con gran compromiso ético, humano y social.

El Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Virgilio Gálvis Ramírez cuenta con un equipo multidisciplinario de especialistas en las diferentes áreas de

la oncología: cirugía, oncología clínica, radioterapia y hematoncología. Se presta servicios de consulta médica, junta médica, toma de biopsia, tratamientos de radioterapia, tratamientos de quimioterapia y tratamientos de hematología a personas con enfermedad oncológica y/o hematológica.

El servicio del centro está orientado a aumentar la precisión de la radiación con un mejor aseguramiento de la calidad de los tratamientos ajustándolos progresivamente a la reducción del volumen tumoral e incluso acorde a los movimientos respiratorios de los usuarios, conduciendo esta a mejores índices de curación y a una disminución significativa de efectos secundarios, por menor irradiación de los órganos vecinos. Adicional a lo anterior todo se enfoca a tener usuarios satisfechos en el proceso de prestación del servicio y bien informados en el proceso de ingreso al servicio y prestación del mismo.

4.2.1. Diagrama de flujo subproceso de ingreso, prestación y egreso del usuario del servicio del CCEH.

Para desarrollar el plan piloto en el Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas – Virgilio Gálvis Ramírez, fue necesario realizar algunas modificaciones debido a que éste ya no es un proceso sino que se divide en tres subprocesos: ingreso del usuario, prestación del servicio y egreso del usuario. De esta manera se trabajaron las etapas para el análisis del diagrama de flujo y del formato de “Identificación de las necesidades de información” para posteriormente realizar las propuestas de mejoras y la propuesta del Plan de Gerencia de la Información.

Es necesario mencionar que el CCEH cuenta con Historia clínica electrónica, lo cual ha hecho que paulatinamente se eliminen formatos que con seguridad se siguen utilizando en los servicios que aun no la poseen. Adicional a lo anterior, es claro que la historia clínica electrónica es una herramienta fundamental para la captura de datos que se analizan para la generación de indicadores.

Para tener una mejor y mayor comprensión del proceso que se evidencia en El Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas se considera necesario realizar un diagrama de flujo del proceso teniendo como objetivo identificar el flujo de documentos que entra y sale del proceso. Es de notar que este diagrama de flujo muestra clara y únicamente el movimiento de formatos y/o documentos a lo largo del proceso, pero no muestra el flujo de información, es decir, informes, estadísticas e indicadores. Para ello más adelante se realizará una recolección de información posterior la cual permitirá el diligenciamiento de una encuesta diseñada con anterioridad.

Véase: **Anexo H2** Diagrama de Flujo Subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso del Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas.

4.2.2. Descripción de actividades identificadas en el Diagrama de flujo del CCEH.

Para la realización de los diagramas de flujo se recurrió al apoyo de los coordinadores médicos, administrativos y asistenciales del CCEH. En dicho diagrama se muestra con claridad en flujo de los instrumentos de captura de datos durante el ingreso, la prestación y el egreso del usuario del servicio para posteriormente realizar el análisis de la información.

a. Descripción de actividades de subproceso de ingreso del usuario al CCEH.

- **Recepcionar la solicitud del usuario:** Recepcionar la solicitud del usuario vía telefónica o personal en el momento en que este la solicitud. Si la cita es telefónica, se pregunta al usuario el nombre, a que empresa pertenece, su número de identificación y el tipo de cita que solicita. Si la cita no es solicitada telefónicamente, pedir al usuario la orden médica donde hace el requerimiento de la aplicación de algún tratamiento.

- **Asignar la Cita:** Clasificar la cita de acuerdo a lo solicitado por el usuario telefónicamente o al requerimiento médico. La cita solicitada por el usuario puede ser para: Consulta Médica (Primera vez, control o Revisión), Junta Médica, Toma de Biopsia, Consulta Sicológica, Aplicación de Tratamiento de Quimioterapia o Hematología. Aplicación Tratamiento de Teleterapia o Aplicación Tratamiento Branquiterapia. Se imprime el registro de la reserva de cita, si el usuario solicita la cita de forma presencial, entregarle la Reserva de cita para que la presente ese día en Admisiones del Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Virgilio Gálvis Ramírez. Para finalizar se informa al usuario sobre los documentos que debe presentar el día de la admisión, como son: Original y fotocopia de la autorización de la aseguradora de salud a la cual está afiliado, Fotocopia del documento de identidad, Fotocopia del carnet de afiliación a la empresa de salud, Recibos de pago (copago o cuota moderadora) y/ó bonos, otros documentos según la empresa, como la autorización de servicios médicos de contratos estatales, Solicitud de servicios de quimioterapia Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas o solicitud de servicios de radioterapia Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas. Informar sobre la cancelación de cuota moderadora y/ó copago en caso de que se requiera; Recordarle a los usuarios traer el día de la cita los registros clínicos, resultados de placas, fotocopias del reporte de patología, exámenes de laboratorio, tomografías o TAC, Resonancia magnética, gammagrafía y demás estudios radiológicos, en caso de tenerlos y por ultimo entregar el folleto “Documentos Necesarios para la Prestación de Servicio” cuando la asignación de la cita fue presencial.
- **Recepcionar documentos para admitir el usuario:** Revisar que los documentos que fueron solicitados al usuario el día en el que se le asignó la cita estén completos, estos son: original y fotocopia de la autorización de la aseguradora de salud, fotocopia del documento de identidad, fotocopia de afiliación a un asegurador de salud y el último recibo de aporte a salud (usuario

seguro social), recibos de pago y/ó bonos, asignación de presupuesto (documento opcional según la empresa), Historia Clínica completa con Placas, fotocopias del Reporte de Patología, Exámenes de Laboratorio, Exámenes de laboratorio , Tomografías ó TAC, Resonancia Magnética, mamografía y demás estudios Radiológicos. Revisar que las autorizaciones correspondan al usuario al que se le prestará el servicio, a su aseguradora de salud y que se refieran a los procedimientos ó servicios solicitados. Si el usuario pertenece al Seguro Social, hacerle firmar el formato Atención Ambulatoria del Seguro y diligenciar la comprobación de derechos del usuario.

- **Solicitar cancelación de la cuota moderadora:** Si el usuario lleva el documento Autorización y debe cancelar cuota moderadora o copago, se debe revisar la orden para la prestación del servicio; enviar al usuario a alguna de las cajas institucionales para que cancele la cuota moderadora ó copago y regrese nuevamente. Si el usuario no trae el documento de autorización y no se debe cancelar cuota moderadora ó copago, debe pasar directamente al ingreso al Software Hipócrates.
- **Realizar la admisión:** realizar la admisión del usuario para el usuario que va para consulta médica y Teleterapia. Realizar la admisión del usuario para el usuario que va para Braquiterapia, hematología y toma de biopsias. Revisar que la aseguradora de salud del usuario tenga contrato vigente con la Institución de acuerdo al cuadro de empresas del sistema, y que sus autorizaciones y planes correspondan a lo pactado. Ingresar la información del usuario ó comprobar que se encuentra en el sistema almacenada sea la correcta; modificarla en caso de ser necesario, incluyendo el código del procedimiento ó del servicio solicitado. Los usuarios que vienen de procedimientos de quimioterapia, toma de biopsias, Braquiterapia se les debe imprimir la Hoja Historia – Ingreso y entregársela a la Auxiliar de Consulta. El Pre – Rip y/ó Hoja Historia – Ingreso se anexa después de la consulta a la cuenta para posteriormente entregarlo a la Coordinación Administrativa. Si el

usuario pertenece a un asesor de salud que requiera cuota moderadora; generar este documento después de la admisión del usuario para que se dirija a alguna caja de la institución a cancelarla. Consolidar los documentos de acuerdo a cada usuario Hacer una relación con el número de Historia – Ingreso y/ó Ayudas Diagnósticas y finalmente entregarlos al auxiliar de facturación y/ó coordinación Administrativa.

b. Descripción de actividades de subproceso de prestación del servicio a los usuarios del CCEH.

- **Realizar consulta externa especializada:** Llamar al usuario por el nombre según turno registrado en el tablero consulta externa, el paciente entrega al medico la reserva de citas, realizar anamnesis interrogando al usuario sobre los siguientes aspectos: datos generales, motivo de consulta, enfermedad actual, revisión por sistemas y antecedentes, el médico realiza valoración del estado físico que presenta el usuario en el momento de la atención teniendo en cuenta los siguientes aspectos, examen físico y examen por regiones según el motivo de consulta. El médico imprime y registra su diagnostico y realiza el plan de manejo que incluye recomendaciones, ayudas diagnosticas y/ó terapéuticas, remisiones o interconsultas, cuidados en casa, tratamiento farmacológico, procedimientos quirúrgicos/ no quirúrgicos, incapacidad medica y documentos para medicamentos NO POS cuando aplique. La auxiliar de enfermería de consulta revisa el plan de manejo generada por el médico tratante e informa al usuario los pasos a seguir de acuerdo al plan de manejo establecido por el médico tratante.
- **Realizar biopsia:** la auxiliar de enfermería de consulta alista los elementos para la realización de la biopsia, le explica al usuario el procedimiento a realizar, la anestesia a utilizar, lo que puede sentir, la forma como se debe posicionar y como se le va a hacer el procedimiento, le proporciona bata adecuada y lo ayuda a ubicarse o posicionarse adecuadamente para facilitar el procedimiento, el médico tratante toma la muestra y la organiza colocándola en

los respectivos frascos y realiza los extendidos en las laminas. El médico diligencia el formato de patología: Patología y Citología Dr. Kleber Zamora/ Dr. Reynel San Juan o Mega, según la lugar a donde deba ser enviada la muestra para que sea analizada, se registra todo en la hoja de Evolución Medica. La auxiliar de enfermería rotula y marca la muestra con el nombre del usuario, el tipo de biopsia y la fecha de realización, orienta al usuario para su cita control, y registra en el cuaderno de control entrega de biopsias el nombre del usuario, la fecha, el asegurador de salud al cual está afiliado, el sitio de la biopsia, nombre del médico tratante, edad de usuario, procedencia y resultado, y lleva la muestra a patología con el formato de patología diligenciado y hace firmar el cuaderno de control de entrega de biopsia, como control de la entrega de muestra.

- **Realizar Junta Médica:** si el paciente no ha respondido adecuadamente al tratamiento indicado y se considere necesario discutirlo para otras opciones terapéuticas y si se presentan dudas en el diagnóstico o terapéuticas, se define un grupo multidisciplinario para que se tomen decisiones con respecto al diagnóstico del usuario.
- **Realizar tratamiento de quimioterapia o hematología:** existen tres posibilidades de tratamiento dependiendo del requerimiento médico intratecal, endovenosa y subcutánea e intramuscular. Al iniciar cualquiera de estos tratamientos es necesario la recepción del protocolo médico, la historia clínica, la programación diaria unidad de quimioterapia ambulatoria y hoja de admisión.
- ✓ **Tratamiento de quimioterapia Intratecal:** después de aplicado el medicamento correspondiente al tratamiento el médico tratante diligencia las ordenes de patología y laboratorio a donde vaya a enviar la muestra del líquido cefalorraquídeo, a su vez registra en la historia clínica del usuario el procedimiento realizado haciendo uso del formato de evolución

medica. Si el usuario termino el protocolo médico se le da cita de control con el respectivo médico tratante y se solicita al auxiliar de admisiones que sea agendar en el modulo de citas del centro de cáncer y enfermedades hematológicas, si aun no terminó el protocolo médico se le deba dar cita para la siguiente aplicación y registrarla en los formatos de aplicación diaria unidad de quimioterapia ambulatoria. Al finalizar se registra el procedimiento realizado diligenciando todos los formatos necesarios (registro de enfermería- administración de los protocolos de quimioterapia y hematología), y se archiva en la historia clínica del usuario los formatos utilizados.

- ✓ **Tratamiento de quimioterapia endovenosa:** después de recibir la documentación inicial y explicarle al usuario el procedimiento a realizar, en caso de no necesitarse venopunción se requerirá la canalización de la vena periférica; procedimiento que se tiene que diligenciar en el formato control de actividades unidad de quimioterapia, se pre medicará solo si dice en el protocolo médico lo requiera al igual que se le realizará la prueba solo si es necesario y lo anterior se controla con el registro de enfermería- administración de los protocolos de quimioterapia y hematología. Todas las actividades se registran en el formato de control de actividades unidad de quimioterapia. Si el usuario termino el protocolo médico se le da cita de control con el respectivo médico tratante y se solicita al auxiliar de admisiones que sea agendar en el modulo de citas del centro de cáncer y enfermedades hematológicas, si aun no terminó el protocolo médico se le deba dar cita para la siguiente aplicación y registrarla en los formatos de aplicación diaria unidad de quimioterapia ambulatoria. Al finalizar se registra el procedimiento realizado diligenciando todos los formatos necesarios (registro de enfermería- administración de los protocolos de quimioterapia y hematología), y se archiva en la historia clínica del usuario los formatos utilizados.

- ✓ **Tratamiento de Quimioterapia Subcutánea e Intramuscular:** Después de recibir la documentación pertinente y la posterior aplicación de los medicamentos por la vía ordenada por el médico tratante (intramuscular o subcutánea), se hace necesario verificar si el usuario ha terminado con el protocolo médico o si aun hace falta alguna parte del tratamiento. Si el usuario terminó el protocolo médico se le da cita de control con el respectivo médico tratante y se solicita al auxiliar de admisiones que sea agendar en el modulo de citas del centro de cáncer y enfermedades hematológicas, si aun no terminó el protocolo médico se le deba dar cita para la siguiente aplicación y registrarla en los formatos de aplicación diaria unidad de quimioterapia ambulatoria. Al finalizar se registra el procedimiento realizado diligenciando todos los formatos necesarios (registro de enfermería- administración de los protocolos de quimioterapia y hematología), y se archiva en la historia clínica del usuario los formatos utilizados.

- **Realizar Simulación Virtual:** Se le solicita a la Auxiliar de Admisiones la impresión de la Agenda Diaria por Médico para llevar un control de todos los usuarios a los que se le realizará la Simulación Virtual para el tratamiento de Teleterapia. Se recopilan todas las Historias Clínicas de los pacientes programados para el día. Si el usuario no es de primera vez, se alistan las Radiografías de simulación y los Cuadros de Registro de Tratamiento de Teleterapia realizados anteriormente y que se encuentren archivados. Si es necesario se solicitan Exámenes Radiográficos. Después de tomar las imágenes en el TAC y de demarcar la zona a tratar del usuario con un marcador, el médico radioterapeuta diligencia el Cuadro de Registro de Tratamiento de Teleterapia y le envía la información al Tecnólogo en Radioterapia por vía Dicom a la red ARIA, se procede a tatuar los puntos de referencia para realizar el tratamiento, se observa el posicionamiento del usuario en la simulación y se registra dicha información en el Set Up

Simulación con la finalidad de informar a los tecnólogos la mejor ubicación del usuario para la aplicación del tratamiento. Al finalizar el día se consolidan las Agendas Diarias por Médico y se envían a Estadística. Se determina según las imágenes obtenidas por el TAC los campos de tratamiento según los criterios médicos y la patología del usuario y se envía al Tecnólogo en Radioterapia la información necesaria para la realización de los cálculos, las dosis y las unidades monitores para la ejecución del tratamiento de Teleterapia, lo anterior basándose en el Cuadro de Registro de Tratamiento de Teleterapia.

- **Realizar Simulación Convencional:** la tecnóloga en radioterapia solicita a la auxiliar de admisiones y facturación la impresión de la agenda diaria por médico, donde se registran todos los usuarios a los que se les realizará simulación convencional, TAC y Braquiterapia durante el día. Se revisa que las historias clínicas estén completas sino se informa a Archivo las faltantes. Si el usuario no viene por primera vez se alistan las radiografías y los cuadros de Registro de Tratamientos de Teleterapia anteriores que se encuentran archivados. Si el usuario viene por primera vez se le solicita los exámenes radiográficos, se le explica al usuario el procedimiento a seguir describiéndole la posición que debe adoptar en la camilla y el tiempo que dura el procedimiento, se le realiza el procedimiento de Teleterapia con simulación convencional al finalizar se registra en el folleto de Citas Radioterapia Externa o Teleterapia el nombre del usuario, y se lleva el Gráfico de Contorno registrado durante el proceso y el Cuadro de Tratamiento de Teleterapia a Radio física para la planeación del tratamiento, se ingresa a la Red ARIA las fotos de cara y de la zona tratada que fueron tomadas y se consolidan las agendas diarias por médico para enviar al departamento de Estadística.
- **Realizar cita de verificación:** el paciente sale de TAG (Simulación virtual), las imágenes son recibidas por los médicos y cuando ya están listos los cuadros de tratamientos, se les da la cita de verificación, en base a los puntos y la

planeación se hacen los cambios necesarios y se compara que la imagen que se tome en ese momento este igual que el de la simulación virtual, si todo esta correcto se aprueba la planeación y llena el cuadro de tratamiento que luego se pasa a radio física para organizar la programación del tratamiento.

- **Realizar tratamiento de Braquiterapia:** la tecnóloga en radioterapia revisa la agenda diaria por médico para conocer la programación de los usuarios a los que se les aplicará el tratamiento de Braquiterapia, se alista la historia clínica, el cuadro de registro de tratamiento de Teleterapia y las radiografías del usuario para poder desarrollar el procedimiento. Se alista el usuario para iniciar el procedimiento que fue determinado por el médico en la consulta, al terminar el tratamiento se aprueba por escrito los datos del tratamiento, comparando que los impresos de la planeación y los de tratamiento coinciden con los de la consola y la persona que aprueba firma la planeación, el sistema imprime automáticamente el informe post tratamiento: Treatment Delivery Record For Patient el cual también se firma al igual que se diligencia el cuadro de registro de tratamiento de Braquiterapia. Para terminar se realiza el informe de tratamiento de radioterapia y entregarlo a la Coordinadora de Enfermería del CCEH, se le da instrucciones al usuario y familiares acerca de los cuidados que debe tener después del tratamiento y la cita de la próxima aplicación o cita de control pos tratamiento.
- **Realizar aplicación tratamiento de Teleterapia:** Solicitar la aprobación por parte del médico tratante del “cuadro registro de tratamiento de Teleterapia”. Verificar la configuración de las Hojas de MLC de los usuarios nuevos que se encuentran programados durante el día, y hacerlas firmar por el tecnólogo, radio físico o dosimetría. De acuerdo a la programación diaria, buscar al usuario en la sala de espera; tomando como guía “Machine Schedule Report”. Solicitarle la tarjeta de citas de radioterapia externa para asignarle la fecha y hora de la nueva cita. Aplicar el tratamiento de Teleterapia al usuario. Si es el último día de tratamiento, se pasa al paciente con el médico tratante, quien

debe darle indicaciones de la próxima cita y suministrará las fórmulas que requiere. Se dan especificaciones para el cuidado del usuario y se le entrega el Informe de Tratamiento de Radioterapia a la Coordinadora de Enfermería, quien debe archivar el Cuadro de Registro de Teleterapia y el Informe de Tratamiento de Radioterapia. Si no es el último día de tratamiento, se le recuerda al usuario el día de la próxima cita para la aplicación de tratamiento.

c. Descripción de actividades de subproceso de egreso del usuario del servicio del CCEH.

- **Recepcionar y revisar los soportes generados durante la admisión y prestación del servicio a los usuarios:** Recepcionar los documentos consolidados previamente en el área de admisiones del servicio: órdenes, autorizaciones, hoja de ingreso, evolución médica y fotocopia del documento de identidad del usuario; además de los provenientes de enfermería y que han sido generados durante la prestación del servicio: suministros y las Notas de Enfermería y los entregados por almacén, farmacia y laboratorio clínicos y resultado de patología y revisar que los documentos correspondan al usuario en cuestión, consolidar los documentos, revisar que el usuario se encuentre admitido, comparar las admisiones con las autorizaciones de servicios para corroborar que pertenezcan a la misma aseguradora de salud, comparar que las fórmulas correspondan a las autorizadas en las órdenes de servicios y revisar si el usuario canceló copago, bono o cuota moderadora.
- **Generar Facturas:** Ingresar al software Hipócrates y en el módulo de facturación generar los cargos de honorarios, patologías o laboratorios de acuerdo a los servicios prestados al usuario y generar la factura e imprimir las copias de acuerdo a la aseguradora de salud con la que la Institución tiene convenio. En caso de que el tratamiento haya sido de Quimioterapia, anexarle a la factura el Requerimiento de Medicamentos de Enfermería; si el procedimiento fue una biopsia anexarle el informe de patología.

- **Recibir y revisar recibo de caja:** Si el usuario es particular, se le entrega la factura directamente y se le orienta para que cancele en una de las cajas de la institución; después del pago se le recibe y revisa el recibo de pago generado por la caja y que compruebe la cancelación del servicio. Si el usuario no es particular, se organiza la cuenta de acuerdo a su destino.
- **Organizar cuenta:** Se organiza la cuenta y se decide si la cuenta va para Capitación o área de Envíos o Auditoría Médica, se realiza un listado en donde se relacionan las cuentas y se ingresa al software Hipócrates para realizar el envío de facturas por la fuente correspondiente al destino, ya sea fuente 24 para Capitación y Envíos o fuente AM para Auditoría Médica.
- **Enviar cuenta por fuente AM y copia a archivo central:** se envía la cuenta a facturación por la fuente AM y se envía al área de Archivo en el décimo piso de la torre CAL, copia de la factura, copia de las autorizaciones de las aseguradoras de salud y copia de las fórmulas.

4.2.3. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”

Para el diligenciamiento del formato de “Identificación de necesidades de información”, fue necesario realizar un reconocimiento de todo el subproceso del CCEH junto con la ayuda de todo el personal administrativo y asistencial. Se encontraron algunas dificultades debido a que no existía una claridad frente a la generación de indicadores aunque ya se venía trabajando en ello y por esto se evaluó la manera como se estaba capturando la información y la forma de su procesamiento y análisis, de allí las mejoras propuestas más adelante.

Para obtener detalles de la recolección de información, se hace necesario consultar la encuesta realizada.

Véase: **Anexo I2** Formato Identificación de Necesidades de Información de los Subprocesos del Centro de Cáncer.

4.2.4. Análisis de la Información

Se encontró que de 39 formatos y documentos utilizados en los subprocesos que hacen parte del CCEH, solamente un 20.5% se utiliza para generar informes, estadísticas o indicadores. El 79.5% restante, son documentos de soporte para el manejo administrativo y asistencial que se da en el servicio. Es importante aclarar que la Red Aria y el Sistema Servinte se convierten en instrumentos fundamentales de recolección de datos y por supuesto hacen parte de las herramientas utilizadas para la generación de información.

A continuación se hace el planteamiento de mejoras producto del análisis del Diagrama de flujo del CCEH y del formato de “Identificación de necesidades de Información”

4.2.5. Propuesta de mejoras

Después de un análisis de la información con la participación del personal del Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Virgilio Gálvis Ramírez, se propone una serie de mejoras con el fin de optimizar el manejo del flujo de la información, dándole así posibles soluciones que ayuden al cumplimiento de los objetivos planteados en el Centro de Cáncer.

- Se vio la necesidad de crear un nuevo indicador llamado Oportunidad en Atención en Consulta Médica el cual permitirá controlar la puntualidad de llegada a consulta por parte de los médicos tratantes del Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas, para lograr lo anterior se escogió una semana aleatoriamente y mediante el software Servinte del Centro de

Cáncer, el cual proporciona información sobre la programación de citas, asistencias a consulta, ausencias en consulta y realización de historias clínicas electrónicas por usuario, se realizó un consolidado por médico tratante de los minutos de retraso que tuvo cada uno de ellos en la llegada a su primera consulta de cada día de la semana. La semana escogida fue del 14 de Abril al 18 de Abril de 2008.

Para un mejor análisis de la propuesta se necesita analizar la tabla de síntesis de los datos de retraso en minutos por médico, por día y por jornada. Se analizó la información anterior y se generó el indicador tomando como retraso llegadas del médico después de 30 min de la cita programada, esto debido a que se entiende que el médico tiene otras obligaciones profesionales dentro y fuera de la clínica que son imposibles de controlar en el momento de programar la agenda médica.

Véase: **Anexo J2** Tabla Recolección de Datos Indicador Oportunidad en la Atención

La fórmula utilizada para el cálculo del indicador fue:

$$\frac{\text{Llegadas antes de 30 min. a la semana}}{\text{total de llegadas a la semana}} * 100$$

Como sería un indicador nuevo en el que se evidencian bajos cumplimientos, el porcentaje de la meta que se planteará para comenzar va a ser más bajo de lo que paulatinamente se piensa lograr con la concientización de la necesidad de mejorar la puntualidad en la atención al usuario en su cita. La meta que se planteó fue del 80%.

- Adicional a lo anterior y utilizando la misma información recolectada en el Anexo B, se propuso la generación de otro indicador llamado Porcentaje de Error en el Diligenciamiento de Historias Clínicas Electrónicas,

entendiéndose por error la ausencia de realización de Historias Clínicas o falta de la firma electrónica por parte del médico. El cálculo del indicador se muestra en la Tabla # 2 y su fórmula para la generación es la siguiente:

$$\frac{\text{errores en el diligenciamiento de historias clínicas}}{\text{total de pacientes atendidos}} * 100$$

La meta propuesta fue del 0%, debido a la importancia en el registro de atención a usuarios que necesita la FOSCAL.

- Se evidencia que se lleva un control acumulado por mes de las inasistencias a las citas de seguimiento post-tratamiento, sin embargo la Coordinación ve la necesidad de llevar un control más oportuno de dichas inasistencias, de tal manera que al final del día el personal encargado de la admisión tenga clara la razón por la cual el paciente faltó a su cita y pueda informar y programar una nueva cita a tiempo, sin esperar a que Estadística reporte al final de mes el consolidado de faltantes, el cual muchas veces ya no es valioso al momento de reprogramar la cita.
- Junto con los Jefes de Enfermería encargados de la Unidad de Quimioterapia y Radioterapia se notó una falta de conocimiento para la generación de indicadores por parte de cada una de ellas. Aunque cuentan con la información necesaria para la creación de los mismos no tienen una idea clara de la forma de generación, por lo tanto después de una corta introducción se explicó la manera de llevarlos y de reportarlos mediante una tabla que especifica tanto fórmulas como meta de cada uno de los indicadores.

Véase: **Anexo K2** Formato presentación indicadores Centro de Cáncer

- Se propone que para el análisis de los indicadores médicos del Centro de Cáncer se requiere de dos comités el primero para el análisis de procedimientos de quimioterapia y hematológicos conformado por el

coordinador de servicios de quimioterapia, coordinadora de enfermería servicios de quimioterapia y hematológicos y la coordinadora de comité de infecciones intra-hospitalarias y el segundo comité estará compuesto por el coordinador de servicios de radioterapia, coordinadora de enfermería centro de cáncer, médicos especialistas en radioterapia. Los comités deberán reunirse una vez al mes para estudiar los resultados de los indicadores, analizar causas y tomar medidas de mejora que favorezcan a los pacientes y a las investigaciones dentro de la institución.

4.2.6. Propuesta Plan de Gerencia de la Información

Para la consolidación de las propuestas obtenidas con base en el análisis de los puntos trabajados anteriormente para el CCEH, se realiza un Plan de Gerencia de la Información con el fin de mejorar la gestión de La Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle y de cumplir con los requisitos del Plan de Acreditación en Salud y la estandarización de los procesos en cuanto al manejo de información.

Véase: **Anexo L2** Propuesta Plan de Gerencia de la Información Centro de Cáncer

4.3. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y ESGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO QUIRURGICO CAL

La unidad de servicios quirúrgicos de la Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle, ofrece un equipo de cirujanos certificados, quienes cuentan con el apoyo de anestesiólogos, enfermeras y técnicos altamente capacitados, para satisfacer sus necesidades quirúrgicas. Las especialidades que se manejan dentro de la unidad se relacionan a continuación: Cirugía General, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Refractiva con Examen Láser, Cirugía Vascular, Gineco-

Obstetricia, Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Urología y Endoscopia Digestiva.

Además de esto La Unidad Quirúrgica cuenta con 10 quirófanos, sala de inducción, cuidados post-anestésicos y toda la infraestructura técnica y profesional para la atención de cirugías en todos los niveles de complejidad, con el apoyo permanente de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Se cuenta con un área de Cirugía Ambulatoria que brinda una excelente atención al paciente, donde un grupo de enfermeras de encargan de preparar al paciente para pasar a cirugía y también al finalizar su cirugía.

4.3.1. Diagrama de flujo de los subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso del Usuario al Servicio Cirugía Cal.

Se aplicaron las modificaciones establecidas anteriormente al Diagrama de Flujo de los subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso del usuario de la unidad quirúrgica, en el momento de el reconocimiento de las actividades se utilizó la caracterización como guía al igual que con los servicios anteriores, identificando así el recorrido que se debería analizar en el momento de identificar los instrumentos de recolección de datos (documentos y formatos) utilizados en la Unidad de Cirugía Cal. Para observar con detalle el Diagrama de Flujo creado para Unidad de Cirugía.

Véase: **Anexo M3** Diagrama de Flujo Subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso al Servicio Quirúrgico

4.3.2. Descripción de actividades del Diagrama de Flujo de los subprocesos

La descripción de las actividades se realizó de acuerdo a los subprocesos de ingreso, prestación y egreso del usuario de la Unidad de Cirugía Cal, con la ayuda de la coordinación de enfermería y todo el personal de la unidad, se enfocó en el

movimiento de los instrumentos de captura de información que se maneja y fluyen dentro de los subprocesos.

a. Descripción actividades Ingreso del Usuario a Cirugía.

• **Realizar Pre admisión de usuarios quirúrgicos:**

- ✓ **Solicitar cita en recepción:** el usuario solicita la cita para la evaluación de pre anestesia, con la orden de cirugía emitida por el médico.
- ✓ **Entra a cita con auxiliar de enfermería:** la auxiliar de enfermería realiza el examen físico, lee laboratorios y los registra en la primera hoja de la “Evaluación pre anestésica”.
- ✓ **Entra a consulta con el anesthesiólogo:** en la consulta el anesthesiólogo termina de diligenciar la “Evaluación pre anestésica” las tres hojas.
- ✓ **Pasar a consulta de pre admisiones:** el usuario al salir de la consulta con el anesthesiólogo se dirige a la consulta de pre admisiones donde la secretaria verifica que todos los papeles necesarios para la cirugía se encuentren completos, se verifica que la fecha de autorización emitida por el seguro este dentro de la fecha en la cual se va a realizar la cirugía, se le informa al usuario si debe cancelar un copago y que debe hacerlo después de la cirugía para que el traiga el dinero necesario, se confirma que el usuario y el médico cirujano hayan firmado el “consentimiento informado”, y la “autorización para diagnóstico y tratamiento”, todos estos papeles junto con las tres hojas de la “Evaluación pre anestésica” , una fotocopia del carnet, cedula y orden de cirugía, exámenes médicos y la cartilla de “PRE ADMISIONES” que indica fecha y hora son organizados dentro de una carpeta que el usuario debe presentar el día de la cirugía, al finalizar se le dan todas las indicaciones tanto habladas como por escrito para que el paciente no olvide todas las recomendaciones.

- **Realizar Programación Quirúrgica**
 - ✓ **Solicitud turno para cirugía:** el médico cirujano tratante emite la “solicitud de turno para cirugía”, la secretaria encarga organiza las cirugías el día anterior y el programa por salas, imprime y saca copia para cada una de las áreas de cirugía por medio del formato de “Programa Quirúrgico”.

- **Admitir Usuarios:** la lista de de el programa Quirúrgico es enviada a admisiones, el día de la cirugía el usuario entra a admisiones y muestra su carpeta de pre admisiones y se dirige al servicio dependiendo de la cirugía que se vaya a realizar.

- **Recaudar cuotas moderadoras, copagos, depósitos:** en el momento de la pre admisión se identifica si el usuario debe realizar algún pago por la cirugía en dado caso se realiza en caja y se incluye dentro de la carpeta de pre admisiones que luego es enviada a facturación.

- **Realizar tramite de autorización de procedimientos:** en el momento de la pre admisión el usuario debe traer todas las autorizaciones para los procedimientos con la fecha de vencimiento actualizada para el día de la cirugía.

- **Trasladar el Usuario al servicio:**
 - ✓ **Proviene de UCI, Urgencias y Urgencias de Sala de Partos:** cuando no es una cirugía programada sino añadida puede que esta provenga de tres partes de UCI, Urgencias o de Urgencias de Sala de Partos, aquí al paciente se le verifica si la EPS le cubre su cirugía o si la va a cancelar particular y cuando se solucione eso pasa a cirugía, mientras se solicita un turno, si se presenta un urgencia mortal se pasa al paciente de inmediato.

b. Actividades de Prestación de Servicio en Cirugía.

- **Entra a Sala de Partos:** cuando el paciente entra para una cesárea programada su preparación para cirugía se realiza en el área de sala de partos, en donde si es necesario se ve por el ginecólogo y se rasura, canaliza y se realiza el diligenciamiento del “Consentimiento Informado”, “Notas de enfermería y médicas electrónicas”, “Atención general”, “Evolución pre-anestésica”, “Autorización para diagnóstico y tratamiento”, “Ordenes médica” y “PRE ADMISIONES”.

- **Realizar procedimientos endoscópicos**
 - ✓ **Entra para procedimientos quirúrgicos ambulatorios:** cuando el paciente viene para procedimientos ambulatorios como endoscópicos, trae los formatos de “Orden para procedimientos”, “Consentimiento Informado”, “Historia clínica del paciente”, “Hoja de inscripción e ingreso” y los registra en el área de cirugía ambulatoria donde se revisa que este en la lista de pacientes programados y se pasa a procedimiento, y al finalizar se indica la fecha en la que pueden reclamar el resultado y las ordenes son llevadas al área de facturación de cirugía ambulatoria.

- **Entra a cirugía ambulatoria:** el usuario trae su carpeta de pre admisiones, y la secretaria del área de cirugía ambulatoria verifica si el usuario se encuentra dentro del “Programa diario de cirugía”, el paciente entra al área de cirugía ambulatoria donde se cambia, se canaliza la vena y se aplica algún medicamento si es necesario, la enfermera diligencia la “valoración por enfermería- ingreso”, “atención general” y agrega los formatos de “informe quirúrgico” original y copia, “Epicrisis” y “evolución medica” a la historia clínica del paciente.

- **Entra a área de transferencia:** el usuario es trasladado al área de transferencia, aquí se le coloca pre medicación si es necesario, y se coloca gorrito con sticker que indica hora y firma de quien lo recibió, a los formatos que traen de pre admisiones, los adicionados en cirugía ambulatoria se les añade la “Hoja de gastos”, “Hoja quirúrgica de enfermería” y “Registro de anestesia”.
- **Instrumentadora y auxiliares de cirugía van al almacén general de cirugía:** la auxiliar de cirugía solicita la canasta al almacén general de cirugía los insumos dependiendo del tipo de cirugía a realizar y a su vez la instrumentadora con el formato de “Control de suministros instrumentadora CAL” pide lo necesario para la cirugía. Cualquier otro insumo que se necesite sacar para la cirugía es registrado en el cuaderno de control de salida de insumos por sala para al finalizar la cirugía sea confrontado con la “Hoja de Gastos” del usuario.
- **Realizar procedimientos Quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos:**
Entra a salas de cirugía: el circulante de sala recoge el paciente y lo lleva a su sala asignada, junto con todos sus papeles y su canasta de insumos, monitorizan, anestesian y operan. El anestesiólogo diligencia el registro de anestesia, el auxiliar de enfermería diligencia la “Hoja quirúrgica de enfermería”, una parte de la “Hoja de recuperación post-anestésica” donde se registran los signos vitales con los que sale el paciente de la cirugía. El médico cirujano diligencia el “Informe quirúrgico”, “honorarios médicos”, “Epicrisis”, la hoja de “Patología y Citología” y el “Certificado de incapacidad laboral” si es necesario.
- **Realizar valoración y procedimientos de enfermería:**
Entra al UCPA Unidad de Cuidados Post Anestésicos: solo a los usuarios que se les aplica anestesia general o regional pasan a esta área, los usuarios que tienen bloqueo no pasan a esta área, aquí se les diligencia la parte posterior del “Registro de anestesia” que es la “Hoja de Recuperación post – anestésica”. Si el

paciente pasa a hospitalización se llama para verificar la cama y se envía con su historia clínica y se les comunica a los familiares, y si el paciente pasa a cirugía ambulatoria el paciente se envía con su historia clínica y su “Hoja de Gastos”. Si es festivo, dominical o nocturno el paciente sale por urgencias.

c. Descripción actividades Subproceso de Egreso del Usuario del Servicio de Cirugía.

• Realizar el Traslado y/o Salida del Usuario del Servicio:

- ✓ **El usuario es llevado al cuarto piso morgue:** si el paciente fallece se envía su cadáver con la “Epicrisis” y un “Acta de defunción” a la morgue cuarto piso y el resto de documentos van en su historia clínica a estadística y su Hoja de gastos a almacén general de cirugía.
- ✓ **El usuario pasa a piso hospitalización:** si el usuario va para hospitalización se envía a piso con toda la historia clínica y su “Hoja de Gastos”, copia de “Informe Quirúrgico”, “Registro de anestesia”, “Honorarios Médicos” y “Patologías y Citologías” son enviados al almacén general de cirugía.
- ✓ **Se llevan los papeles al almacén general de cirugía:** Al finalizar la cirugía la “Hoja de Gastos”, copia de “Informe Quirúrgico”, “Registro de anestesia”, “Honorarios Médicos” y “Patologías y Citologías” son enviados al almacén general de cirugía son llevados al almacén general de cirugía donde se confrontan los insumos utilizados dentro de la cirugía con los registrados en el cuaderno de control de salida de insumos por salas donde se escriben lo que sale para cada cirugía, se firma el recibido de las “Hojas de Gastos” cuando van para hospitalización y si son ambulatorias se registran en el cuaderno de cirugías ambulatorias, al otro día facturación pasa a recoger los documentos.
- ✓ **El usuario pasa a cirugía ambulatoria:** el paciente se envía a cirugía ambulatoria con su Historia Clínica, su fórmula médica para reclamar y su Hoja de Gastos que se envía después a facturación del quinto piso,

para que caja mande su paz y salvo y así el paciente pueda salir. El paciente se lleva la “Hoja de enfermería-Recuperación cirugía ambulatoria”, copia de “Epicrisis”, Formula Médica”, “Indicadores Generales” y exámenes médicos. A facturación se envía la “Hoja de Gastos”, copia de “Informe Quirúrgico”, copia de “Epicrisis” y orden de procedimiento quirúrgico, y el resto se va con la Historia clínica.

- **Realizar Liquidación de los Servicios Prestados:**
 - ✓ **Facturación quinto piso cirugía ambulatoria:** después de que el paciente es bajado a cirugía ambulatoria, almacén general envía los papeles para la facturación de cirugía ambulatoria los papeles incluyen “hoja de gastos”, “informe quirúrgico”, “orden de patología y citología”, “honorarios médicos”, y el registro de anestesia y hoja de recuperación post anestésica posterior.
 - ✓ **Facturación hospitalización segundo piso:** todas las mañanas pasan a recoger los papeles que van a facturación hospitalaria, los papeles incluyen una copia de la “hoja de gastos”, “informe quirúrgico”, “orden de patología y citología”, “honorarios médicos”, y el registro de anestesia y hoja de recuperación post anestésica posterior.

4.3.3. Diligenciamiento del Formato “Identificación de Necesidades de Información”.

En el diligenciamiento del Formato en la Unidad de Cirugía, se encontraron estadísticas e indicadores previamente establecidos y que se están generando hace más de 6 meses dentro del servicio, la creación de estos surgió por la necesidad de controlar, sin embargo la forma de generación estaban teniendo problemas por que se estaban presentando resultados diferentes a los que presentaba el departamento de estadística. Más adelante se explica con calma las mejoras a estos problemas encontrados.

Para obtener detalles de la recolección de información, se hace necesario consultar la encuesta realizada.

Véase: **Anexo N3** Formato Identificación Necesidades de Información Subprocesos Servicio Quirúrgico.

4.3.4. Análisis de la Información

Dentro del análisis se identificó un total de 42 instrumentos de captura utilizados dentro del proceso, de los cuales un 12% son para generación de información y el otro 88% restante sirven como soporte y control de las actividades a realizar dentro del proceso. La jefa de enfermería de cirugía vio la necesidad de crear un nuevo formato que registra los incumplimientos en llegadas que pueden ocurrir por sala y por motivo (cirujano, anesthesiólogo, instrumentadora) todo con el fin de controlar que no haya pérdida de turnos y no se pierda la oportunidad de otras cirugías. El resto de los instrumentos de captura tiene hoja de vida aprobada por el Departamento de Calidad de la Institución.

4.3.5. Planteamiento de mejoras

Con el fin de mejorar el manejo de los sistemas de gestión dentro de la unidad de servicios quirúrgicos no se encontró la necesidad de crear otros indicadores ni estadísticas sino de corregir y unificar el método utilizado para obtener las estadísticas y los indicadores ya antes definidos como indispensables en el cumplimiento de los objetivos propuestos en este servicio a continuación las correcciones que se plantearon:

- Dentro de los indicadores que se maneja en los servicios quirúrgicos se encontró que el indicador de cirugías canceladas, no solo era calculado por cirugía sino que también por estadística, identificando no solo trabajo doble

sino inconsistencias en los resultados que se presentaban, los valores que proporciona cirugía no correspondían a los valores que informaba estadística, analizando la situación se encontró un problema con la forma como se calculaba el indicador en cirugía ya que la fórmula del indicador consiste en ($\#$ cirugías canceladas / $\#$ cirugías programadas), y se estaba tomando el “ $\#$ de cirugías programadas” del número total del libro de cirugía que es una transcripción electrónica de la hoja de gastos de cirugía, esto indicaba que en vez de utilizar las cirugías programadas se estaba utilizando el número de cirugías realizadas pues son las únicas que son registradas dentro de las hojas de gastos, faltando dentro del cálculo de cirugías programadas el número de cirugías que se cancelaron que las cuales deben ser incluidas dentro de las programadas. El error se reportó y la jefe tomó medidas al respecto, generando así tanto estadística como cirugía un mismo valor del indicador de cirugías programadas. A su vez se concluyó que no era necesario que ambos generaran el mismo valor sino que uno de los dos lo enviara al otro en el momento de ser reportado el indicador, para esto se analizó con ambas partes y se concluyó que la jefe de la unidad de cirugía, quien es la que maneja la información más directa y a la cual el indicador le es de mucha utilidad en el momento de toma de decisiones administrativas, es la más indicada para generarlo y enviar el resultado a estadística que a su vez lo necesita para sumar con las cirugías canceladas de la FOS y generar un informe mas general de la clínica.

- El problema con la forma de obtener las cirugías programadas generó también un problema en el cálculo del indicador del cumplimiento del horario de programación quirúrgica, en el cual el denominador era obtenido de la misma manera anteriormente explicada y corregida. Este indicador sólo es calculado en cirugía, por lo tanto no hay información repetida con este indicador.

- Se vio la necesidad de crear un nuevo indicador que controle los objetivos establecidos en la caracterización del subproceso de Egreso del Usuario del Servicio Quirúrgico, Oportunidad en la Salida del Usuario a otros Servicios para obtenerlo la Jefe selecciona una semana aleatoria del mes para realizar la auditoria y a través de un reporte que generan las auxiliares con las horas en que salen los usuarios, se identifican la diferencias menor de 1 hora como oportunos y se divide sobre el total de salidas en esa semana, multiplicado todo por 100. La fórmula para obtener indicador es la siguiente:

$$\frac{\text{\# de salidas antes de 1 hora}}{\text{total de salidas en la semana auditada}} \times 100$$

4.3.6. Generación de la Propuesta Plan de Gerencia de la Información

Para la consolidación de las propuestas obtenidas con base en el análisis de los puntos trabajados anteriormente para el CCEH, se realiza un Plan de Gerencia de la Información con el fin de mejorar la gestión de La Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle y de cumplir con los requisitos del Plan de Acreditación en Salud y la estandarización de los procesos en cuanto al manejo de información.

Véase: **Anexo O3** Propuesta Plan de Gerencia de la Información del Servicio Quirúrgico

4.4. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y ESGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hace parte de la Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle, y ofrece cuidados y asistencia las 24 horas del día a usuarios que según diagnóstico médico se encuentran en estado crítico o inestable. Se divide en dos grandes áreas como lo son, Unidad de

Cuidados Intensivos – Adulto, en adelante UCIA y la Unidad de Cuidados Intensivos – Pediátrica, en adelante UCIP, a su vez cada una de las anteriores posee una Unidad de Cuidados Intermedios. Cada una de ellas cuenta con personal médico y de enfermería altamente calificado, con gran compromiso ético, humano y social, para proporcionarle al paciente y a su familia la seguridad de una atención adecuada con los más altos estándares de calidad y con la última tecnología para la prestación del servicio.

La Unidad de Cuidados Intermedios tanto para pacientes adultos como para pacientes neonatos o pediátricos, ha sido creada para los casos en los que el usuario registra un estado crítico estable, pero no apto aún para regresar a su habitación. En esta etapa de transición recibe atención de enfermería 24 horas, valoración médica y monitoreo no invasivo permanente.

El servicio que presta la UCI está orientado a mejorar la calidad y las expectativas de vida del usuario que ingresa.

4.4.1. Diagrama de flujo subproceso de ingreso, prestación y egreso del usuario del servicio de la Unidad de Cuidados intensivos.

Al igual que en el CCEH, para la Unidad de Cuidados intensivos fue necesario realizar la división por subprocesos. La UCI está conformada por subprocesos de: Ingreso del usuario al servicio, Prestación del servicio y Egreso del usuario del servicio. Así se vendrá manejando todo el subproceso de UCI para la generación de un diagrama de flujo, un diligenciamiento del formato de Identificación de necesidades y posteriormente para el análisis de la información con el fin de proponer mejoras y un Plan de Gerencia de la información.

Para tener una mejor y mayor comprensión del proceso que se evidencia en La Unidad de Cuidados Intensivos Adulta y Pediátrica se considera necesario realizar un diagrama de flujo del proceso teniendo como objetivo identificar el flujo de documentos que entra y sale del proceso. Es de notar que este diagrama de flujo

muestra clara y únicamente el movimiento de formatos y/o documentos a lo largo del proceso, pero no muestra el flujo de información, es decir, informes, estadísticas e indicadores. Para ello, más adelante se realizará una recolección de información posterior la cual permitirá el diligenciamiento de una encuesta diseñada con anterioridad.

Véase: **Anexo P5** Diagrama de Flujo de los Subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso UCIA

Véase: **Anexo Q5** Diagrama de Flujo de los Subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso UCIP

4.4.2. Descripción actividades identificadas en el Diagrama de flujo de la Unidad de Cuidados Intensivos - Pediátrica

Para la realización de los diagramas de flujo se recurrió al apoyo de los coordinadores médicos, administrativos y asistenciales de la Unidad de Cuidados Intensivos. En dicho diagramas se muestra con claridad en flujo de los instrumentos de captura de datos durante el ingreso, la prestación y el egreso del usuario del servicio para posteriormente realizar el análisis de la información.

a. Descripción de actividades de subproceso de ingreso del usuario a la Unidad de Cuidados Intensivos – Pediátrica

- **Trasladar el usuario al servicio:** hace parte del subproceso de Ingreso del Usuario a la Unidad de Cuidados Intensivos.

El usuario puede ingresar a la UCIP proveniente de Urgencias, Sala de Partos, Cirugía, Pisos de hospitalización o en su defecto proveniente de otra Institución Prestadora de Salud (IPS). Dependiendo de su proveniencia el usuario debe ingresar con determinados documentos a la Unidad.

- ✓ **Trasladar el usuario al servicio (usuario de Urgencias):** cuando un usuario es trasladado de Urgencias a la UCIP, la secretaria de Urgencias debe llamar a la UCIP y verificar si hay cupo para el paciente en la Unidad. Si lo hay, el Pediatra de turno decide si recibe o no al paciente, dependiendo de las condiciones de salud y las necesidades que tenga el usuario, hace una orden de hospitalización en el formato “Fórmula médica” e informa a Admisiones la recepción del paciente. Debe recibir la “Hoja de Ingreso” y la “Historia clínica” de Urgencias junto con todos los formatos que allí se hayan generado como, “Órdenes médicas”, “Evolución médica”, “Evolución de Enfermería”, “Órdenes de laboratorio” y “Permiso para intervención quirúrgica, anestesia o procedimiento especial”.
- ✓ **Trasladar el usuario al servicio (usuario de Cirugía o Sala de Partos):** cuando llega a la UCIP un recién nacido proveniente de Sala de partos o de Cirugía, el Área de Control Administrativo UCIP debe recibir toda la documentación proveniente de dichas salas y el médico de turno genera una orden de hospitalización en el formato “Fórmula médica” y la envía con el familiar o el responsable del usuario a Admisiones para que allí se realice una “Hoja de Ingreso” para el bebe.
- ✓ **Trasladar el usuario al servicio (usuario de Hospitalización o Piso):** Si el paciente es trasladado de Piso de hospitalización a la UCIP, el médico del Staff del piso genera una orden de traslado y la secretaria o enfermera encargada del Piso de hospitalización debe llamar a Admisiones y avisar el traslado del paciente. El médico de turno de la UCIP hace una nota de ingreso en la “Evolución médica”. El Área de Control Administrativo UCIP debe recibir toda la documentación proveniente de Piso.
- ✓ **Trasladar el usuario al servicio (usuario de otra IPS):** si el paciente es trasladado desde otra IPS a la UCIP de la FOSCAL, la IPS debe enviar a Admisiones un Fax con el “Resumen de la Historia Clínica” para que

Admisiones sea el encargado de llamar a la UCIP y pedir el cupo en la cama, sin embargo es necesario aclarar que el pediatra de turno es el que decide si recibe o no al paciente.

b. Descripción de actividades de subproceso de prestación del servicio a los usuarios de la Unidad de cuidados intensivos - Pediatría

- **Realizar cuidados intensivos o intermedios para manejo médico y/o quirúrgico:** hace parte del subproceso de Prestación del Servicio de la UCIP y se divide en cuatro posibilidades de atención por parte del personal de la FOSCAL, estas son:
 - ✓ **Realizar cuidados intensivos o intermedio para manejo médico y/o quirúrgico (por médico tratante o intensiva):** Llamaremos médico tratante o intensiva al pediatra de turno de la UCIP, quien valora y realiza examen físico al paciente, genera “Evolución médica”, “Fórmula médica”, solicita exámenes y radiografías con los formatos correspondientes.
 - ✓ **Realizar cuidados intensivos o intermedios para manejo médico y/o quirúrgico (interconsulta por médico especialista):** la interconsulta la pueden realizar especialistas como Cardiólogo Pediatra, Cirujano Pediatra, Urólogo Pediatra, Ortopedista Pediatra, Oftalmólogo Pediatra, Hematólogo Pediatra, nefrólogo Pediatra, Endocrinólogo Pediatra, Neurólogo Pediatra y Otorrinolaringólogo Pediatra. La orden de valoración por el especialista la realiza el médico de turno de la UCIP. El especialista valora al paciente y realiza una “Evolución Medica”, “Fórmula médica”, y solicita exámenes y radiografías con los formatos correspondientes.
 - ✓ **Realizar cuidados intensivos o intermedios para manejo médico y/o quirúrgico (otros profesionales de la salud):** llamaremos otros profesionales de la salud a Terapia Respiratoria, Fisioterapia, Grupo de

soporte nutricional y Terapia miofuncional (terapia de lenguaje). La orden de tratamiento la genera el médico de turno, el profesional de la salud cumple con el procedimiento y reporta en la hoja de “Evolución médica”.

- ✓ **Realizar cuidados intensivos o intermedios para manejo médico y/o quirúrgico (personal de enfermería):** El personal de enfermería debe preparar el cubículo para el paciente teniendo en cuenta las especificaciones y los requerimientos según la condición clínica del niño, valora al paciente, llena la “Hoja de Datos Generales”, “Hoja de Cargo de Procedimientos”, “Hoja de gastos”, “Registro de Datos de Enfermería”, “Tarjeta de producto farmacéutico”, “Registro diario de bebe prematuro” y otros formatos acorde a sus funciones.

c. Descripción de actividades de subproceso de egreso del usuario de la Unidad de Cuidados Intensivos - Pediátrica

Facturar los Servicios Prestados

- **Realizar liquidación de los servicios prestados:** cuando el usuario pasa de UCIP plena a UCIP intermedia, o de UCIP plena o UCIP intermedia a Piso, si el convenio con la EPS lo estipula, es necesario realizar cierre de cuenta. Para lo anterior, se envía a liquidaciones la “Hoja de gastos”, “Hoja de honorarios” y la “Epicrisis”. Se aclara que los convenios con las EPS son diferentes entre ellos. Por ejemplo, con los afiliados a ECOPETROL no se tiene que hacer cierre de cuenta; el usuario tiene una especie de tránsito libre por toda la Institución y al momento de salir de la FOSCAL se envía todo a Liquidaciones.
- **Realizar traslado y/o salida del usuario del servicio:** si el usuario es trasladado a otro servicio de la FOSCAL, ya sea, Piso de hospitalización o Morgue (en caso de que el niño fallezca), se debe enviar al nuevo servicio los documentos y formatos correspondientes, es decir, si el usuario va para Piso debe irse junto con “Epicrisis” si la EPS lo requiere, “Evolución médica”,

“Formula médica”, ordenes de control de laboratorio, y la “Historia clínica” tanto de enfermería como médica. Si el paciente fallece, se debe enviar a la Morgue “Certificado de defunción” y “Formato de muerte perinatal menor a 1 semana”.

- **Realizar traslado del usuario a otra IPS:** para que el usuario sea trasladado a otra IPS se debe enviar únicamente la “Epicrisis” si la EPS lo requiere y la “Hoja de remisión y contra-remisión”, puesto que la “Historia Clínica” junto con todos los documentos y formatos utilizados durante la estancia del paciente en la FOSCAL se quedan en la Institución.

4.4.3. Descripción de actividades identificadas en el diagrama de flujo de la Unidad de Cuidados Intensivos – Adulto

Para la realización de los diagramas de flujo se recurrió al apoyo de los coordinadores médicos, administrativos y asistenciales de la Unidad de Cuidados Intensivos. En dicho diagramas se muestra con claridad en flujo de los instrumentos de captura de datos durante el ingreso, la prestación y el egreso del usuario del servicio para posteriormente realizar el análisis de la información.

a. Descripción de actividades de subproceso de ingreso del usuario a la Unidad de Cuidados Intensivos – Adultos

- **Trasladar el Usuario al Servicio:** hace parte del subproceso de Ingreso del Usuario a la Unidad de Cuidados Intensivos.

El usuario puede ingresar a la UCIA proveniente de Urgencias, Cirugía, Pisos de hospitalización o en su defecto proveniente de otra Institución Prestadora de Salud (IPS), pero se aclara que en este caso el usuario debe ingresar por Urgencias. Dependiendo de su proveniencia el usuario debe ingresar con determinados documentos a la Unidad.

- ✓ **Trasladar el usuario al servicio (usuario de Urgencias):** cuando el usuario es trasladado de Urgencias a UCIA, la jefe del servicio de Urgencias hace la solicitud de cama telefónicamente y pide cupo en la Unidad. El servicio de Urgencias debe enviar al usuario junto con “Hoja de Inscripción de Ingreso”, “Historia Clínica” realizada electrónicamente pero debe ser impresa debido a que la UCI no cuenta aún con Historia Clínica electrónica, “Órdenes médicas” impresas de la Historia clínica electrónica o realizadas manualmente, “Evolución médica” en caso de haberse utilizado el formato, “Permiso para intervención quirúrgica, anestesia o procedimiento especial” y las órdenes de laboratorio para los exámenes que requieren practicarse pero que al momento del traslado del paciente no se han realizado.
- ✓ **Trasladar el usuario al servicio (usuario de Cirugía):** el procedimiento para el ingreso del usuario desde Cirugía a UCIA es el mismo que para el usuario de Urgencias a la UCIA. Los formatos a recibir en la Unidad son: “Hoja inscripción de ingreso”, “Permiso para intervención quirúrgica, anestesia o procedimiento especial”, formato de “Órdenes médicas”, “Consentimiento Informado”, “Informe quirúrgico”, “Hoja quirúrgica de enfermería”, “Registro de Anestesia”, formato “Exámenes”, “Evolución médica”, “Valoración Pre-anestésica” y los resultados de los exámenes de laboratorio anteriores.
- ✓ **Trasladar el usuario al servicio (usuario de Hospitalización):** al igual que los anteriores, el procedimiento para trasladar el usuario de Hospitalización a la UCIA es el mismo. Como es probable que el paciente antes de haber sido hospitalizado haya pasado por Urgencias y por Cirugía, el usuario debe ingresar a la UCIA con todos los formatos obtenidos en los anteriores servicios, es decir, los formatos especificados en los dos párrafos de arriba. Además se debe recibir el “Registro único de enfermería” realizado en hospitalización, la “Hoja de soporte nutricional enteral o parenteral” y las

“Solicitudes de Sangre y Hemoderivados” que se hayan diligenciado en los Pisos.

b. Descripción de actividades de subproceso de prestación del servicio a los usuarios de la Unidad de cuidados intensivos - Adulto

- **Realizar cuidados intensivos o intermedios para manejo médico y/o quirúrgico:** hace parte del subproceso de Prestación del Servicio en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios y se divide en cuatro posibilidades de atención por parte del personal de la FOSCAL, estas son:
 - ✓ **Realizar cuidados intensivos o intermedios para manejo médico y/o quirúrgico (por médico tratante o intensiva):** al ingreso, el usuario es valorado tanto por el médico Tratante, como por el médico Intensivista también llamado médico de Turno y el Coordinador de la Unidad de Cuidados Intensivos, puesto que el trabajo que se realiza en la UCIA, es un trabajo de equipo en donde son tenidas en cuenta todas las opiniones de los profesionales de la salud. Al decidir cuál va a ser el manejo que se le va a dar al usuario, el médico de turno es el encargado de realizar los procedimientos pertinentes al manejo, como por ejemplo pasar catéteres, intubar al usuario, formular exámenes por medio del formato de “Exámenes” o el de “Solicitud de exámenes de sección microbiológica”, evolucionar al paciente diariamente y diligenciar el formato de “Evolución médica”, “Solicitud de sangre y hemoderivados”, diligencia el formato de “Justificación de medicamentos no POS”, llena el formato de “Fórmula médica” para los medicamentos de control, llena formato de “Plasmaféresis” y en caso de ser necesario llena los formularios de “Notificación voluntaria de eventos adversos a los medicamentos”, “Reporte Accidente/Incidente” al igual que la emisión de la “Epicrisis” cuando el usuario va a salir del servicio o va a trasladarse a la UCIA intermedia, sólo en caso de que el convenio con la EPS lo requiera.

- ✓ **Realizar cuidados intensivos o intermedios para manejo médico y/o quirúrgico (interconsulta por médico especialista):** el manejo de interconsulta se da cuando en la medida en que evolucionan al usuario, se determina que necesita valoración por otra especialidad. El médico especialista debe valorar al paciente y ordena tratamiento, todo lo anterior se hace en conjunto con el médico tratante. Utiliza casi todos los formato que utiliza el médico tratante o el de turno, es decir, formato de “Exámenes” o el de “Solicitud de exámenes de sección microbiológica”, diligencia el formato de “Evolución médica”, “Solicitud de sangre y hemoderivados”, diligencia el formato de “Justificación de medicamentos no POS”, llena formato de “Fórmula médica” para los medicamentos de control, llena formato de “Plasmaféresis” y en caso de ser necesario la emisión de la “Epicrisis” cuando el usuario va a salir del servicio o va a trasladarse a la UCIA intermedia, sólo en caso de que el convenio con la EPS lo requiera.
- ✓ **Realizar cuidados intensivos o intermedios para manejo médico y/o quirúrgico (otros profesionales de la salud):** el médico intensivista o el tratante ordenan valoración y/o tratamiento por parte de otros profesionales de la salud, es decir, Fisioterapeutas, Terapeutas respiratorios y Grupo de soporte nutricional. Pueden utilizar los siguientes formatos “Evolución médica”, “Exámenes” y “Órdenes médicas”.
- ✓ **Realizar cuidados intensivos o intermedios para manejo médico y/o quirúrgico (personal de enfermería):** a la llegada del paciente a la unidad, el personal de enfermería es el encargado de valorar al paciente físicamente, si tiene heridas, dispositivos como catéteres y/o sondas, abdomen dispendido, etc., evalúan síntomas, dolor, nauseas, etc. y se miran signos vitales del paciente, tensión y glucometría. Todos los días el personal de enfermería debe evolucionar al paciente por medio de la “Hoja de datos generales”, las “Notas de enfermería”, “Control de laboratorio”, adicional a lo anterior también deben diligenciar los formatos de “Hoja de cargo de

Procedimientos”, “Hoja de gastos”, “Control de Heparina”, “Control de transfusión”, “Tarjeta de control de producto farmacéutico”, formato de “Devolución” en caso de que deba existir una devolución de medicamento o de insumos a Farmacia o Almacén respectivamente y en caso de ser necesario también deben diligenciar los formatos de “Notificación voluntaria de eventos adversos a los medicamentos” y el formato de “Registro accidente/incidente”. El personal de enfermería está en la obligación de informar al médico de turno cualquier cambio drástico en el estado de salud del usuario.

c. Descripción de actividades de subproceso de egreso del usuario de la Unidad de Cuidados Intensivos - Pediátrica

Facturar los Servicios prestados

- **Realizar liquidación de los servicios prestados:** cuando el usuario pasa de UCIA plena a UCIA intermedia, o de UCIA plena o UCIA intermedia a Piso, si el convenio con la EPS lo estipula, es necesario realizar cierre de cuenta. Para lo anterior, se envía a liquidaciones la “Hoja de gastos”, “Hoja de honorarios” y la “Epicrisis”. Se aclara que los convenios con las EPS son diferentes entre ellos. Por ejemplo, con los afiliados a ECOPETROL no se tiene que hacer cierre de cuenta; el usuario tiene una especie de tránsito libre por toda la Institución y al momento de salir de la FOSCAL se envía todo a Liquidaciones.
- **Realizar traslado y/o salida del usuario del servicio:** si el usuario es trasladado a otro servicio de la FOSCAL, ya sea, Piso de hospitalización o Morgue (en caso de que usuario fallezca), se debe enviar al nuevo servicio los documentos y formatos correspondientes. Si el usuario va para Piso de hospitalización, la secretaria de la Unidad llama a Piso para solicitar cupo y envía a Admisiones un correo con el diagnóstico y la EPS a la cual pertenece el usuario. Se envía al usuario con la Historia Clínica la cual contiene todos los formatos utilizados durante la estancia del paciente en la UCIA. El médico de

turno evoluciona al paciente y le da la salida, diligencia formatos de “Órdenes médicas”, “Fórmula médica”, “Exámenes” cuando el usuario requiere exámenes de control y se envían dos copias de la “Epicrisis” si el médico de turno la diligenció según requerimientos de la EPS. Si el usuario fallece, el médico de turno debe llenar el “Certificado de defunción”, “Evolución” y “Epicrisis” si el paciente no murió violentamente (accidente, herida de bala, puñalada), porque en caso de que el usuario tenga una muerte violenta, el vigilante de la morgue debe llamar al CTI de la Fiscalía para que hagan el levantamiento. Se envía el cadáver a la morgue junto con el “Certificado de defunción” y una copia de la “Epicrisis”.

- **Realizar traslado del usuario a otra IPS:** para que el usuario sea trasladado a otra IPS se debe enviar únicamente la “Epicrisis” si la EPS lo requiere y la “Hoja de remisión y contra-remisión”, puesto que la “Historia Clínica” junto con todos los documentos y formatos utilizados durante la estancia del paciente en la FOSCAL se quedan en la Institución. El médico tratante es el que da la orden de traslado del usuario a otra IPS pero el médico de turno es el que diligencia el “Formato de remisión y contra remisión”. La secretaria de la Unidad informa a Admisiones, ubica al auditor de la EPS para autorizar el traslado, llama a la IPS a donde va a llegar el usuario y pide cama en el servicio y si hay cama entonces informa a Admisiones y Admisiones envía fax de remisión a la IPS. Se pide ambulancia por medio del formato de “Solicitud de ambulancia” y al usuario lo acompaña el médico rural de turno.

4.4.4. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”

Para el diligenciamiento de dicho formato, se recurrió a la ayuda de los Jefes de la Unidad de Cuidados Intensivos tanto Adulto como Pediátrica. Se notó una diferenciación clara para la generación de indicadores, es decir, existen

indicadores médicos, de enfermería, epidemiológicos y propios del servicio para ambas Unidades.

- Indicadores Médicos: tienen que ver directamente con la gestión realizada por el personal médico de la Unidad.
- Indicadores de Enfermería: tienen que ver con la gestión del personal de Enfermería.
- Indicadores de Vigilancia Epidemiológica: los genera el Comité de Vigilancia Epidemiológica con la ayuda de los datos proporcionados por las Coordinadoras de enfermería de la UCI y que en los primeros días del mes son enviados a la Unidad con el fin de ser analizados en el Grupo Primario de la UCI.
- Indicadores generales del servicio: son generados por el Departamento de Estadística con la ayuda de los datos proporcionados por las Coordinadoras de Enfermería de la UCI y que los primeros días del mes son enviados a la Unidad con el fin de ser analizados en el Grupo Primario de la UCI. Se generan indicadores por UCI plena y UCI intermedia pero se calculan de la misma manera.

Se encontró discrepancia en la manera de generación del indicador de “Calidad en los Registros de Historias clínicas de Enfermería” por parte de la UCI adulto y la UCI pediátrica aun siendo un mismo servicio, por lo tanto dentro de las mejoras propuestas más adelante, se unificó la forma y fórmula de dicho indicador. Igualmente se evaluó la manera de generar los demás indicadores, su procesamiento y análisis.

En la presentación del formato de “Identificación de necesidades de información” se separan los indicadores generados por UCI adulto y UCI pediátrica, puesto que el tratamiento para los usuarios adultos y los niños o neonatos es diferente.

Para obtener detalles de la recolección de información, se hace necesario consultar la encuesta realizada, en la que se fusionan la información generada por UCIA y UCIP.

Véase: **Anexo R5** Formato de Identificación de Necesidades de Información UCI

4.4.5. Análisis de la Información

Basándose en el análisis del Diagrama de Flujo de la UCI y el formato de “Identificación de necesidades de información”, se notó que todos los formatos utilizados poseen hoja de vida y por lo tanto aprobación por parte del Departamento de Calidad de la FOSCAL. Adicional a lo anterior, de 35 formatos utilizados en para la gerencia del subproceso de la UCIA, un 31.5% se utiliza para la generación de información y procesamiento de datos mientras que el 68.5% restante son de soporte para el manejo del subproceso y para la UCIP, un 12% de 42 formatos y documentos utilizados se utiliza para generar informes, estadísticas o indicadores y el 88% restante son de soporte para el manejo del subproceso.

Dos formatos de gran importancia para alimentar el servicio de la UCI son: “Censo diario de camas y pacientes” y la “Ficha de notificación de Infecciones Intrahospitalarias”, los cuales son utilizados por el Departamento de Estadística y el Comité de Infecciones Intrahospitalarias respectivamente.

4.4.6. Propuesta de mejoras

Después de un análisis de la información con la participación del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos, tanto para adultos como para niños, se proponen una serie de mejoras con el fin de optimizar el manejo del flujo de la información, obteniendo así posibles soluciones que ayuden al cumplimiento de los objetivos planteados en el Unidad.

- Junto con la Coordinadora de la UCIP se vio la necesidad de crear una plantilla en Excel para la presentación de los diferentes indicadores ante el Grupo primario o ante el personal que tenga acceso a la información.

Véase: **Anexo S5** Formato de Presentación de indicadores UCIP

- Adicional a lo anterior, se propone que la Coordinadora de Enfermería de la UCIP y la Coordinadora de Enfermería de la UCIA no le envíen el reporte de los siguientes indicadores a la Jefe de la División de Enfermería:
 - ✓ Infecciones nosocomiales en UCIP y UCIA
 - ✓ Infección urinaria asociada a sonda vesical en UCIP y UCIA
 - ✓ Infección asociada a catéter venoso central en UCIP y UCIA
 - ✓ Neumonía asociada a ventilación mecánica en UCIP y UCIA

Lo anterior debido a que la Coordinadora del Comité de Infecciones también se los está enviando los primeros días del mes en un informe detallado y se considera que es preferible que la información la reciba la División de Enfermería directamente, es decir, de parte de la persona que la genera.

- Realizando un análisis detallado de la forma de generar los indicadores en la Unidad de Cuidados Intensivos, se notaron inconsistencias y se propone corregir las Fichas Técnicas de los mismos. Las Fichas a corregir son las siguientes:
 - ✓ Ficha Técnica del Indicador de "Calidad en el registro de historias clínicas de enfermería" para la UCIA y la UCIP. La fórmula para generar el indicador sería la siguiente:

$$\frac{\text{Número de Registro de enfermería calificados como buenos}}{\text{Número total de registros auditados}} * 100$$

- ✓ Ficha Técnica del Indicador de "Mortalidad por Apache II" para la UCIA. El indicador no se da como un porcentaje sino como una razón, en donde la meta es que el resultado sea menor que 1.
- ✓ Adicionalmente, para los indicadores cuyo resultado se da como un porcentaje, para el ítem donde se especifica la fórmula a utilizar, aunque puede parecer obvio, se considera necesario cambiar el (*100) al numerador de la fracción y no dejarlo en el denominador, puesto que se pueden presentar cierto tipo de confusiones a la hora de calcularlo. Lo anterior tanto para las Fichas de los indicadores de la UCIA como de la UCIP.
- Para el cumplir con los objetivos planteados para el ingreso del usuario a la Unidad de Cuidados Intensivos se propuso la implementación de un indicador llamado Número de solicitudes de UCI rechazadas. Lo anterior debido a que existen casos en los que es necesario rechazar el ingreso de un usuario al servicio por falta de cupo o por dictamen médico entre otros. Dicho indicador aplica tanto para UCIA como para UCIP y se calcula de la misma manera. La formula a utilizar es la que se plantea a continuación y se aclara que se debe esperar un periodo de prueba prudente para definir la meta del indicador debido a que se deben tener claras las causas de rechazo para la prestación del servicio.

$$\frac{\text{\# de solicitudes de UCI rechazadas}}{\text{\# de solicitudes de UCI realizadas en el mes}} \times 100$$

- Debido a la falta de un formato para la recolección de los datos que ayudan a generar el indicador de "Prevención de enfermedad tromboembólica", se diseñó una plantilla para facilitar la captura de los datos necesarios para su cálculo. Se aclara que es necesario que la plantilla sea revisada y avalada por el Departamento de Calidad.

Véase: **Anexo T5** Formato de Prevención de Enfermedad Tromboembólica

4.4.7. Propuesta Plan de Gerencia de la Información

Para la consolidación de las propuestas obtenidas con base en el análisis de los puntos trabajados anteriormente para la Unidad de Cuidados Intensivos, se realiza un Plan de Gerencia de la Información con el fin de mejorar la gestión de La Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle y de cumplir con los requisitos del Plan de Acreditación en Salud y la estandarización de los procesos en cuanto al manejo de información.

Véase: **Anexo U5** Propuesta Plan de Gerencia de la Información UCI

4.5. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y EGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Este servicio está a cargo de un equipo médico, paramédico y administrativo, que cuenta para ello con salas de reanimación, suturas, yesos y consultorios, entre otras posibilidades, además del soporte del Departamento de Imágenes Diagnósticas y del Laboratorio Clínico.

En el Área de Urgencias, la Clínica dispone, para sus pacientes, de dos salas de espera, una VIP para usuarios con medicina prepagada y otra para usuarios generales.

Todo paciente que ingrese al servicio de Urgencias de la Clínica deberá pasar por el TRIAGE, excluyendo aquellos pacientes que ingresan a reanimación o al Área de Observación para ser atendidos directamente o los pacientes que cuentan con una EPS especial como ECOPETROL, AVANZAR entre otros. El TRIAGE busca establecer prioridad en la atención y tratamiento del paciente que ingresa al servicio de Urgencias de la Clínica Reina Sofía, evaluando, clasificando y ubicando a los pacientes de manera que se disminuya su tiempo de espera.

- Tipo 1: Emergencias.
- Tipo 2: Agudo
- Tipo 3: No agudo
- Tipo 4: No urgencia (consulta externa)

4.5.1. Diagrama de flujo subproceso de ingreso, prestación y egreso del usuario del servicio de Urgencias

Para estar acorde con los demás subprocesos, en el servicio de Urgencias se ve claramente la división por subprocesos: Ingreso, Prestación y Egreso, lo cual facilita el manejo de los diagramas de flujo y el formato de “Identificación de necesidades de Información” para su posterior procesamiento y propuesta de mejoras y propuesta de Plan de Gerencia de la Información.

Para tener una mejor y mayor comprensión del proceso que se evidencia que en el servicio del Urgencias se considera necesario realizar un diagrama de flujo del proceso teniendo como objetivo identificar el flujo de documentos que entra y sale del proceso. Es de notar que este diagrama de flujo muestra clara y únicamente el movimiento de formatos y/o documentos a lo largo del proceso, pero no muestra el flujo de información, es decir, informes, estadísticas e indicadores. Para ello más adelante se realizará una recolección de información posterior la cual permitirá el diligenciamiento de una encuesta diseñada con anterioridad.

Véase: **Anexo V6** Diagrama de Flujo del Ingreso, Prestación y Egreso del Usuario del Servicio de Urgencias

4.5.2. Descripción de actividades identificadas en el diagrama de flujo del servicio de Urgencias

a. Descripción de actividades de Ingreso del Usuario al Servicio de Urgencias

- **El paciente se registra en la recepción de urgencias:** El usuario llega al área de admisiones de urgencias, entrega su cédula y carné, la secretaria verifica que el usuario sea zonificado en la FOSCAL, si se puede atender, se le da un ficho con la hora de ingreso para pasar al área de TRIAGE y si el usuario no puede ser atendido se le indica la IPS que figura en la red y en la cual lo pueden atender.
- **El usuario es admitido en sala VIP:** Cuando el usuario que se registra en la recepción de urgencias viene de una medicina prepagada o es particular, se pasa a la sala VIP para ser admitido por la secretaria, quien verifica que pertenezca a la empresa prepagada o si es un usuario particular se le pone a firmar un “pagaré” de los servicios de urgencias.
- **Realizar clasificación del usuario:** El usuario ingresa al área de TRIAGE en el que la enfermera jefe toma signos vitales, analiza síntomas presentes y en los días pasados, y dependiendo de eso determina la clasificación del usuario dentro de las cuatro categorías. Si el usuario esta dentro de las dos primeras categorías en el día o las tres primeras categorías después de las 6 de la tarde.
- **Realizar tramite de autorizaciones de procedimientos:** Cuando se determina que el usuario está clasificado dentro de las dos primeras categorías en el día o en las tres primeras categorías después de las seis de la tarde, se tramita las autorizaciones de los procedimientos dependiendo de la EPS a la que pertenezca el usuario, unas se pueden autorizar por internet

otra por teléfono pero con el código se imprime el formato de “Autorización” que indica que el usuario puede ser admitido.

- **Usuario es admitido para pasar a consulta general:** Al verificar e imprimir la “Autorización”, se llenan los formatos de admisiones electrónicos con los datos del paciente y se imprime la “Verificación de la admisión”, la secretaria también diligencia los formatos cuando el usuario viene de un accidente de tráfico, “Requisito de atención del paciente del SOAT”, si el usuario presenta un accidente profesional, se debe diligenciar “Formato Anexo a Pagaré para ARP” , “Notificación de accidente de trabajo” y el “Formato para pagar Bono para hospitalizar”, si el usuario viene del ECOPETROL y es la tercera atención debe firmar y pagar el “Formato de cobro de Bono de ECOPETROL” y si el usuario es capitado se diligencia la “Hoja de capitación”. Al terminar de diligenciar los formatos dependiendo del usuario la secretaria pasa la “Verificación de la admisión” y la “Impresión del TRIAGE” a las tablas de atención por usuario para que los médicos en turno conozcan el orden de llamado de los usuarios, y los otros formatos a el área de liquidaciones para el momento de liquidar la cuenta.

b. Descripción de actividades del subproceso de prestación del servicio a los usuarios de Urgencias

- **Realizar consulta de medicina general:** El médico de turno toma al paciente según el orden de llegada y prioridad, y lo pasa al consultorio, los pacientes provenientes de el SENA, ECOPETROL, CAPRUIS y AVANZAR, pasan directamente a consulta médica sin TRIAGE y son atendidos en consultorios especiales para estas entidades, si el usuario es de medicina prepagada o particular es atendido en el consultorio VIP con un médico exclusivo para estos usuarios y si el paciente viene de otra EPS pasa a los consultorios generales donde el médico tratante diligencia la “Historia clínica médica electrónica”,

“Ordenes médicas”, “Exámenes”, “Fórmula Médica” , “Honorarios Médicos” e “Incapacidades Médicas” en caso de que sea necesario.

- **Realizar consulta médica especializada y/o sub especializada:** si el médico general determina que el paciente debe ser atendido por medicina especializada y/o sub especializada, se contacta un médico disponible dependiendo de la EPS y disponibilidad, se diligencian los mismos formatos de la consulta general dependiendo de lo que se necesite con el usuario.
- **Realizar manejo en observación:** Si los médicos determinan la necesidad de dejar al paciente en observación, se ubica en una camilla dependiendo si es hombre, mujer o niño y se empieza el tratamiento de acuerdo a especificaciones del médico tratante, aquí se diligencia el formato de “Hoja de gastos de procedimientos”.
- **Realizar procedimientos menores:** si el usuario necesita de algún procedimiento menor curaciones, puntos, etc. Es trasladado al área de procedimientos menores para realizarlos y también se diligencia el formato de “Hoja de Gastos”.
- **Realizar procedimientos terapéuticos:** si el usuario necesita de algunos procedimientos terapéuticos. Es trasladado al área de procedimientos terapéuticos para realizarlos y también se diligencia el formato de “Hoja de Gastos”.
- **El paciente pasa a consulta con otros profesionales de la salud:** si el usuario necesita de una consulta con otros profesionales de la salud como la fisioterapeuta. Se analiza la autorización de la EPS y se localiza a los profesionales disponibles para la urgencia. Se generan “Honorarios” y “Hoja de Gastos”.

c. Descripción de Actividades del subproceso de Egreso del Usuario del Servicio de Urgencias

- **Facturar los servicios prestados**
 - ✓ **Realizar liquidación de los servicios prestados:** al finalizar la aplicación de todos las “ordenes médicas” y tratamientos que el médico ordeno, se llevan todos los soportes de lo realizado al área de facturación “Honorarios Médicos”, “Hoja de gastos de procedimientos”, “Digitación de farmacia”, “Ordenes Médicas”, “Formula Médica”, “Baucher del ECOPETROL”, “Exámenes”, “Histórica clínica médica electrónica impresa”, “Autorizaciones de la EPS”, “Verificación de admisiones”, “Incapacidad Médica”, “Reporte de accidente”, “Impresión de la factura de la cuenta”, “Impresión del TRIAGE”, “Resumen de radiografías”, “Formulario Único de Reclamación”, “Formato de cobro de ECOPETROL”, “Requisito de atención para paciente del SOAT”, “Hoja de capitación”, “Formato para pagar bono para hospitalizar”, “Formato anexo a pagaré”, se realiza la verificación de que lo que se encuentra en el sistema digitado tenga todos los soportes en físico y se realiza la “Impresión de la liquidación” y las copias necesarias de acuerdo a la EPS. Se separa la cuenta con las copias que van a archivo general y las originales que van para auditoria médica y/o la fuente de envío de la clínica.

- **Realizar el traslado del usuario a otra IPS:** cuando el paciente no puede ser hospitalizado dentro de la institución por motivos de autorización o requiere de los servicios de otra IPS se solicita el servicio de ambulancia y se diligencia el formato de “Remisión y Contra remisión” para que el paciente pueda ser recibido por la otra IPS, se llama a solicitar disponibilidad y se envía.

- **Realizar traslado y/o salida del usuario del servicio:** cuando se tiene completa la cuenta después de la facturación se le llena el formato de “Tarjeta de salida” al usuario, si la paciente entró por urgencias a sala de partos debe ir hasta esta área para que su tarjeta sea firmada por la jefe de sala de partos y pueda dar al portero en la salida de urgencias. Si la paciente sólo estuvo en urgencias, sólo tiene que firmar y hacer firmar por la Jefe de urgencias para entregar al portero en la salida.

4.5.3. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”

Para el diligenciamiento del formato, se recurrió al apoyo de la Jefe de la División de Servicios Ambulatorios y al Jefe de Urgencias. En dicho servicio no se tenía reporte de indicadores ni estadísticas, por lo que hubo que dedicarle especial atención al análisis de las necesidades de información que se tenían para el gerenciamiento del subproceso.

Para conocer el formato de Identificación de necesidades de información y conocer a fondo el proceso para la generación de indicadores se hace necesario

*Ver el: **Anexo W6** Formato de Identificación de Necesidades de Información del Servicio de Urgencias*

4.5.4. Análisis de la información

Analizando los datos e información recolectada por medio del Diagrama de Flujo de Urgencias y el formato de Identificación de Necesidades de Información, se notó que existe un total de 35 formatos utilizados para el gerenciamiento del servicio, un 23% se utiliza para la generación de información y el 77% restante hace parte de las herramientas de recolección de datos para el manejo del

subproceso de urgencias. Todos los formatos están aprobados por el Departamento de Calidad y poseen hoja de vida.

Para la fijación de metas de los indicadores propuestos en las mejoras que se visualizan a continuación, es necesario esperar cierto periodo para ver el comportamiento de los mismos y poder ajustarlos a la realidad del servicio.

4.5.5. Propuesta de mejoras

En el área de Urgencias no se encontraba establecido anteriormente ningún indicador, ni estadística ni informe en el sistema de gestión del área, sin embargo se llegó a la conclusión de la necesidad de una serie de indicadores no sólo para control de los procedimientos sino también para el control de calidad y satisfacción del cliente. A continuación se registran los indicadores que se establecieron como indispensables en el momento de toma de decisiones y control de urgencias dentro de la institución.

- **Indicador de Eventos Adversos: úlceras por presión:** Los eventos adversos de úlceras por presión son reportados en el formato de reporte de incidentes los cuales son clasificados por la coordinadora de urgencias según los estadios, tabulará la información y generará el indicador. El reporte se hará cuando se encuentren lesiones: Estadio II. Úlcera superficial, abrasión, ampolla o cráter superficial. Estadio III pérdida de la piel o necrosis del tejido subcutáneo. Estadio IV. Necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de las estructuras de sostén. Según el análisis del indicador se levantarán planes de acción.

$$\frac{\text{Número de zonas de presión presentadas durante el período}}{\text{Total de usuarios atendidos en observación de urgencias durante el período}} * 100$$

- **Indicador de Eventos Adversos: medicamentos y transfusionales:** Los eventos adversos medicamentosos y transfusionales son reportados en el formato de reporte de incidentes los cuales son clasificados por la coordinadora de urgencias para tabularlos y después de solicitar al departamento de estadística el número de usuarios atendidos en observación, procederá a generar el indicador. Los casos identificados serán objeto de análisis para establecer las causas y formular las acciones pertinentes.

$$\frac{\text{Número de eventos adversos medicamentosos y transfusionales en el servicio de urgencias durante el período}}{\text{Total de usuarios atendidos en observación durante el período}} * 100$$

- **Indicador de Reingreso de usuarios por la misma causa antes de 72 horas:** Mensualmente la Jefe de la División Ambulatoria solicita al departamento de sistemas el listado de reingresos, revisando uno a uno por tipo de patología para definir listado definitivo. Se clasifica por frecuencia de causas para analizar posteriormente de forma trimestral en el servicio.

$$\frac{\text{Número de usuarios que reingresan al servicio de urgencias antes de 72 horas por la misma causa durante el período}}{\text{Número total de usuarios atendidos en el servicio durante el período en observación durante el período}} * 100$$

- **Indicador de la Calidad de los Registros Médicos de las Historias Clínicas:** Se seleccionará semestralmente, según cronograma del Departamento de auditoría médica, una muestra de historias clínicas a las cuales se les aplicará un instrumento de evaluación que mediante la suma de los ítems con cumplimiento permita determinar el porcentaje de la calidad de los registros auditados. La información se analizará y clasificará con el fin de formular y ejecutar los planes de acción correspondientes.

$$\frac{\text{Porcentaje de historias clínicas de los médicos generales y especialistas de urgencias calificadas como excelentes y buenas durante el período}}{\text{Total de historias de médicos generales y especialistas de urgencias auditadas durante el período}} \times 100$$

- **Indicador de Oportunidad de Resultados de Laboratorio:** Diariamente el personal de enfermería de urgencias registrará en el formato de oportunidad de toma de muestras el tiempo de respuesta del laboratorio. A su vez el área de laboratorio toma un muestreo del tiempo de procesamiento de los exámenes del período. Estos datos se tabularán de forma mensual por la coordinación de urgencias quien generará el indicador. La Jefe de la División Ambulatoria en reunión con el coordinador de laboratorio tomará las decisiones pertinentes a los hallazgos.

$$\frac{\text{Sumatoria del número de minutos transcurridos desde el momento en que el médico solicita los exámenes de laboratorio hasta que son entregados los reportes en la impresora}}{\text{Número de exámenes de Laboratorio realizados a la muestra durante el período}} \times 100$$

- **Indicador de Mortalidad:** El jefe del departamento de estadística realizará una evaluación de los Rips para seleccionar el numerador del indicador y verificará en las historias clínicas la estancia.

$$\frac{\text{Numero de usuarios fallecidos en el servicio de urgencias durante las primeras 24 horas de atención}}{\text{Total de usuarios atendidos en el servicio de urgencias durante el período}} \times 100$$

- **Indicador de Oportunidad de la Atención en la Consulta de Medicina General:** El departamento de sistemas generará mensualmente la información teniendo en cuenta la hora registrada en el proceso de TRIAGE y/o admisiones y la hora registrada de la atención médica, estableciendo la sumatoria de los tiempos transcurridos. Mensualmente estos datos serán analizados por la Jefe de la División Ambulatoria quien tomará las acciones pertinentes.

$$\frac{\text{Sumatoria de los minutos transcurridos desde que cada usuario es clasificado por triage (2 y 3) y/o admisiones hasta que es atendido por el médico general}}{\text{Total de usuarios atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo}} * 100$$

- **Indicador de Oportunidad de Resultados de Rayos X:** En el periodo designado el personal de enfermería de urgencias registrará en el formato para oportunidad de radiología los minutos transcurridos desde la solicitud de los rayos x hasta que se entregan los resultados. La jefe de la División Ambulatoria tomará las decisiones pertinentes a los hallazgos.

$$\frac{\text{Sumatoria del número de minutos transcurridos desde el momento en que el médico solicita los rayos x hasta que son entregados los reportes en el rop (placa)}}{\text{Número de exámenes de Radiología realizados a la muestra durante el período}} * 100$$

- **Indicador de Tiempo de Respuesta a Interconsulta por el Médico Especialista:** De acuerdo a la programación se registrará la hora de solicitud telefónica de las interconsultas a especialista, la hora en que se dio la respuesta telefónica (si aplica) y la hora de presencia en el servicio. Con estos tiempos se definirá por especialidad los tiempos de respuesta a interconsultas médicas. Los resultados serán analizados por la Jefe de la División quien formulará las acciones pertinentes conforme a los hallazgos.

$$\frac{\text{Sumatoria del número de minutos transcurridos desde el momento en que se solicita la interconsulta por especialista y el momento en que se genera la respuesta del especialista en urgencias}}{\text{Total de usuarios a quienes se les solicitó interconsulta por el especialista}} * 100$$

- **oportunidad en la salida del usuario del servicios:** a través de la historia clínica electrónica se verifican la hora en que el médico da la salida del usuario y se resta con la hora registrada en la tarjeta de salida que se le entrega al celador al salir el usuario, el celador tendrá que escribirla dentro del formato la hora de salida del servicio, en la semana de auditoría escogida aleatoriamente, las salidas cuya diferencia sea menor o igual a

una hora se consideran oportunas y se sumas para ser divididas sobre el total de salidas generadas en la semana auditada, multiplicando todo por cien se genera el indicador cuya meta será establecida después de ser generado el primer indicador dentro del servicio. La fórmula para obtener el indicador es la siguiente:

$$\frac{\text{\# de salidas oportunas es decir antes de una hora después de que el doctor da la salida en la semana auditada}}{\text{total de salidas en una semana auditada}} \times 100$$

4.5.6. Propuesta Plan de Gerencia de la Información

Para la consolidación de las propuestas obtenidas con base en el análisis de los puntos trabajados anteriormente para el servicio de Urgencias, se realiza un Plan de Gerencia de la Información con el fin de mejorar la gestión de La Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle y de cumplir con los requisitos del Plan de Acreditación en Salud y la estandarización de los procesos en cuanto al manejo de información.

Véase: **Anexo X6** Propuesta Plan de Gerencia de la Información Servicio de Urgencias

4.6. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y EGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION

La hospitalización en Fundación Oftalmológica de Santander- Clínica Carlos Ardila Lülle tiene una disponibilidad de 220 camas y una atención de una enfermera jefe con 2 auxiliares por piso y un medico hospitalario disponible para todos los pisos.

La clínica también cuenta con el programa de hospitalización domiciliaria, que consiste en proporcionarle al paciente sin riesgo vital la asistencia hospitalaria (equipos, elementos, terapias, soporte técnico y profesional) en la comodidad de

su hogar y cerca de sus familiares; lo que facilita la recuperación y disminuye los riesgos propios del ambiente hospitalario. Para asegurar la mejor atención, hospitalización domiciliaria, cuenta con un equipo de Médicos, Enfermeras, Fisioterapeutas y Auxiliares de Enfermería, cuidadosamente seleccionado y altamente capacitado, respaldado por prestigiosos especialistas y soportado en la tecnología de la clínica.

4.6.1. Diagrama de flujo subproceso de ingreso, prestación y egreso del usuario del servicio de Hospitalización.

Al igual que para los anteriores subprocesos, Hospitalización se divide en 3 subprocesos: Ingreso, prestación y Egreso del usuario del servicio de Hospitalización. Esta división sirve para la generación de propuestas de mejora y del plan de Gerencia de la información, basadas en el análisis del Diagrama de Flujo y del formato de “Identificación de necesidades de información”.

Para tener una mejor y mayor comprensión del proceso que se evidencia en El Área de Hospitalización se considera necesario realizar un diagrama de flujo del proceso teniendo como objetivo identificar el flujo de documentos que entra y sale del proceso. Es de notar que este diagrama de flujo muestra clara y únicamente el movimiento de formatos y/o documentos a lo largo del proceso, pero no muestra el flujo de información, es decir, informes, estadísticas e indicadores. Para ello más adelante se realizará una recolección de información posterior la cual permitirá el diligenciamiento de una encuesta diseñada con anterioridad.

Véase: **Anexo Y7** Diagrama de Flujo del Subproceso de Ingreso, Prestación y Egreso del Usuario del Servicio de Hospitalización

4.6.2. Descripción de actividades identificadas en el Diagrama de flujo del servicio de Hospitalización.

Para la realización de los diagramas de flujo se recurrió al apoyo de los coordinadores médicos, administrativos y asistenciales del servicio de Hospitalización. En dicho diagramas se muestra con claridad en flujo de los instrumentos de captura de datos durante el ingreso, la prestación y el egreso del usuario del servicio para posteriormente realizar el análisis de la información.

a. Descripción de actividades de subproceso de ingreso del usuario al servicio de Hospitalización

Admitir al usuario

- **Entregar el usuario al servicio:** hace parte del subproceso de Ingreso del Usuario al Servicio de Hospitalización.

El usuario puede ingresar al servicio de Hospitalización proveniente de Urgencias, Cirugía, Sala de Partos, Unidad de Cuidados Intensivos Adulto o Pediátrica, de la FOS o en su defecto el usuario puede estar programado previamente para ser hospitalizado. Se aclara que el usuario también puede llegar a la Clínica proveniente de otra Institución Prestadora de Salud (IPS) pero igualmente debe ser admitido por Urgencias. Dependiendo del servicio del que el usuario provenga, debe ingresar con determinados documentos al piso de Hospitalización.

A todo usuario que ingresa al servicio de Hospitalización, independientemente de su procedencia, se le aplica un procedimiento de ingreso. Se toman signos vitales y se diligencia un formato de “Inventario de habitación” y se hace firmar por el usuario o el acompañante, se llena el “Registro único de enfermería – notas de enfermería” con toda la valoración por parte de dicho personal. Este tipo de valoración está compuesta por la aplicación de los formatos de “Escala de Braden para valoración de piel” y el formato de “Escala de valoración de

caídas de J.H. Dawton” con la cual se llena el formato de “Hoja de riesgo de caídas” en caso que la valoración dé positiva y se hace firmar por el familiar responsable. En algunos casos se llena el formato de “Custodia de pertenencias”.

- ✓ **Trasladar el usuario al servicio (usuario de Urgencias):** cuando un usuario es trasladado de Urgencias a Hospitalización, la encargada en Urgencias debe llamar a Admisiones y solicitar un cupo en Piso. Admisiones según la patología del paciente y el convenio que exista entre la EPS y la Clínica, busca camas disponibles en Piso. Después de un tiempo prudencial, Admisiones confirma a Urgencias la disponibilidad de cama y el usuario es trasladado al Piso de Hospitalización asignado. El usuario ha sido admitido en Urgencias, por lo tanto, debe llevar al piso de Hospitalización asignado los siguientes documentos: “Hoja de Inscripción – Ingreso”, “Historia Clínica electrónica” médica y de enfermería (cuando el usuario se queda en observación), Resultados de procedimientos diagnósticos, formato de “Órdenes médicas”, formato de “Exámenes”, “Fórmula médica” en donde se han autorizado algunos procedimientos y el formato de “Control de medicinas” utilizado en Piso.

- ✓ **Trasladar el usuario al servicio (usuario de Cirugía):** cuando un usuario es trasladado desde Cirugía a Hospitalización, se debe hacer el mismo procedimiento que se realizó cuando el usuario era proveniente de Urgencias. Se debe llamar a Admisiones y solicitar cupo en Piso. Cuando el usuario llega a la habitación debe entregar los siguientes documentos, los cuales vienen directamente de Cirugía: “Hoja de Inscripción – Ingreso”, “Órdenes médicas”, “Evolución médica”, “Informe Quirúrgico”, “Record de anestesia”, “Hoja quirúrgica de enfermería”, “Consentimiento informado”, “Valoración pre-anestésica”, formato de “Exámenes”, “Permiso para amputación e incineración”, Reporte de procedimientos diagnósticos actuales y/o anteriores, formato de “Incapacidad” debidamente diligenciado y en algunos casos la

Historia clínica propia del usuario, es decir, la historia clínica que muchos usuarios llevan de manera ordenada en una carpeta propia.

Cuando ha sido una cesárea, además de los documentos anteriores, Hospitalización debe recibir: “Certificado de recién nacido vivo”, “Orden de Hemoclasificación y TSH” y la valoración del recién nacido por parte del pediatra, la cual se realiza generalmente en el formato de “Evolución médica”. Si el usuario ha pasado previamente por Sala de Partos, a Hospitalización también tiene que llegar “Historia Clínica electrónica” de Sala de partos impresa, “Control prenatal”, “Monitoreo Fetal”, “Parto-grama”, “Evolución médica”, “Notas de Enfermería” en caso de existir y los formatos de “Órdenes médicas” diligenciados durante la estadía del usuario en el servicio.

- ✓ **Trasladar el usuario al servicio (usuario de Unidad de Cuidados Intensivos):** el procedimiento para la petición y asignación de cupo en Hospitalización es el mismo que para los dos servicios anteriores. Los documentos a recibir son: “Epicrisis” si la EPS lo requiere, “Evolución médica”, “Formula médica”, ordenes de control de laboratorio, y la “Historia clínica” tanto de enfermería como médica. Se aclara que dentro de la Historia Clínica del usuario van formatos adjuntos como por ejemplo: “Hoja de Inscripción – Ingreso”, “Evolución médica”, “Órdenes médicas”, “Registro único de enfermería”, reportes de medios diagnósticos y todos los formatos diligenciados durante la estadía del usuario en la UCI.

- **Trasladar el usuario al servicio (usuario de Sala de Partos):** para la asignación de cupo en Piso, se debe llamar a Admisiones y pedir la cama. Los documentos y formatos a recibir son: “Hoja de inscripción – ingreso”, “Certificado de recién nacido vivo”, “Orden de Hemoclasificación y TSH” “Historia Clínica electrónica” de Sala de partos impresa, “Control prenatal”, “Monitoreo Fetal”, “Parto-grama”, formato de “Incapacidad” “Evolución

médica”, “Notas de Enfermería” en caso de existir y los formatos de “Órdenes médicas” diligenciados durante la estadía del usuario en el servicio.

- ✓ **Trasladar el usuario al servicio (usuario de la FOS):** el cupo se pide igualmente en Admisiones. Los formatos y documentos a recibir son los siguientes: Hoja de Inscripción – Ingreso”, formato de “Órdenes médicas”, formato de solicitud de “Exámenes” para control del usuario durante su estadía en Piso” y además todos los formatos que estén incluidos dentro de la “Historia Clínica” de la FOS.
 - ✓ **Trasladar el usuario al servicio (usuario programado):** el usuario programado es aquel que por orden médica o por seguimiento de tratamiento ya sea de quimioterapia y/o radioterapia y/u otros, debe ser hospitalizado por un tiempo definido o indefinido. El usuario se admite directamente en el segundo piso de la torre CAL, es decir, Admisiones, en donde igualmente se le asigna cama de acuerdo a las especificaciones médicas y del tratamiento. Se deben recibir los siguientes documentos en Hospitalización: “Hoja de Inscripción – Ingreso”, “Órdenes médicas”, formato de “Exámenes” y la “Historia Clínica”, ya sea una antigua que tenga el usuario en el archivo de la Clínica o una propia.
- b. Descripción de actividades de subproceso de prestación del servicio a los usuarios del servicio de Hospitalización**
- **Realizar hospitalización para manejo médico y/o quirúrgico:** hace parte del subproceso de Prestación del Servicio en Hospitalización y se divide en cinco posibilidades de atención por parte del personal de la FOSCAL, aunque se aclara que todo usuario, sin importar su procedencia, debe ser valorado por el médico tratante y el personal de enfermería. El personal que puede prestarle los servicios a los usuarios son:

- **Realizar hospitalización para manejo médico y/o quirúrgico (por médico tratante):** cuando el paciente es ingresado al servicio de Hospitalización, es valorado por el médico tratante, quien tiene la autorización y la capacidad para llenar los siguiente formatos según la condición clínica y el estado del usuario: “Evolución médica”, “Órdenes médicas”, “Fórmula médica”, “Solicitud de sangre y hemoderivados”, ordenes para la realización de “Exámenes”, “Consentimiento informado” en caso de requerirse algún tipo de procedimiento con cierto riesgo, “Justificación de medicamentos no POS”, “Solicitud de exámenes de de sección microbiológica”, formato de “Fórmula médica” justificando la salida del usuario del servicio y/o con recomendaciones, “Reporte de accidente/incidente” en caso de presentarse, “Honorarios médicos”, “Solicitud de tratamiento domiciliario”, “Remisión y contra remisión” en caso que el usuario vaya a ser trasladado a otra IPS, formato de solicitud de exámenes de “Patología y citología”, “Epicrisis” solamente cuando la EPS solicita cierre de cuenta, formato de “Solicitud de ambulancia” para cuando se autoriza un traslado a otra IPS o se da de alta al usuario y por último el formato de “Incapacidad”.
- **Realizar hospitalización para manejo médico y/o quirúrgico (interconsulta por médico especialista):** la interconsulta la pueden realizar especialistas como Cardiólogo, Cirujano, Urólogo, Ortopedista, Oftalmólogo, Hematólogo, nefrólogo, Endocrinólogo, Neurólogo y Otorrinolaringólogo. La orden de valoración por el especialista la realiza el médico tratante. El médico especialista valora al paciente y puede diligenciar los mismos formatos que diligencia el médico tratante según condición y estado de salud del usuario.
- **Realizar hospitalización para manejo médico y/o quirúrgico (por otros profesionales de la salud):** el equipo de otros profesionales de la salud está compuesto por un Grupo de soporte nutricional, un Fisioterapeuta y personal capacitado para realizar terapias respiratorias. Por parte de nutrición se pueden generar los siguientes formatos: “Fórmula nutricional”, “Evolución

médica” que deben llenar una cada vez que vean al usuario, “Dieta de egreso” y se crea una “Historia clínica nutricional” solamente en caso que la alimentación se esté dando vía sonda o catéter. Fisioterapia y los terapeutas respiratorios debe realizar “Evolución médica” cada vez que realice una terapia. Todos los catalogados como otros profesionales de la salud deben diligenciar el formato de “honorarios médicos” y el formato de “Reporte accidente/incidente”.

- **Realizar hospitalización para manejo médico y/o quirúrgico (por personal de enfermería):** todos los días y con una frecuencia determinada, el personal de enfermería debe valorar a los usuarios y diligenciar los siguientes formatos en caso de ser necesario: “Control de medicinas”, “Registro unificado de enfermería”, “Control de Transfusión”, “Control de heparina”, “Reporte accidente/incidente” en caso de presentarse algún evento adverso como una caída, úlceras de piel, errores en la administración de medicamentos, flebitis y algún tipo de inconveniente con el usuario o su familia como discusiones o pérdidas económicas, debe diligenciar también “Ficha de notificación de enfermedad intrahospitalaria” en caso de presentarse, “Hoja de gastos”, formato de “Devolución” en caso de devolver medicamentos a Farmacia o insumos a Almacén, “Control de laboratorio”, “Tarjeta de producto farmacéutico”, “Control de glucometría” y el “Registro diario de # días dispositivo”.
- **Realizar hospitalización para manejo médico y/o quirúrgico (por médico hospitalario):** llamaremos médico hospitalario, al médico de turno responsable del piso o los pisos de hospitalización. Está en la obligación de evolucionar y estar pendiente del usuario y de los cambios que en su estado de salud se presenten. Está autorizado para diligenciar los siguientes formatos: “Evolución médica”, “Órdenes médicas”, solicitud de “Exámenes”, formato de “Patología y citología”, “Solicitud de sangre y hemoderivados”, “Certificado de defunción”, “Consentimiento informado”, “Ficha de notificación de infección nosocomial”,

“Reporte accidente/incidente” en caso de presentarse un evento adverso, “Remisión y Contra-remisión” cuando se va a efectuar el traslado de un usuario a otra IPS y por último el formato de “Solicitud de Ambulancia”.

- **Realizar atención domiciliaria:** para efectuarse este tipo de atención, el médico tratante o el especialista debe emitir una “Solicitud de atención domiciliaria”, posteriormente la Jefe del Programa de Asistencia en el Hogar (PAH) visita al usuario y verifica su estado físico y condiciones de salud. Si es aprobada la solicitud la EPS debe generar una “Orden de prestación de servicio” y se diligencia una “Planilla de criterios de inclusión” y por último un “Consentimiento informado” y la “Epicrisis” debido a que se hace necesario el cierre de la cuenta por parte de liquidaciones. Para que el usuario pueda salir de la Institución es necesario entregarle una “Tarjeta de salida” con la cual el vigilante puede comprobar que el usuario se encuentra a paz y salvo. Durante la prestación del PAH, el personal de enfermería llena los siguientes formatos: “Historia clínica de heridas”, “Hoja de medicamentos”, “Evolución de enfermería”, “Plan de cuidados”. El personal médico debe visitar al usuario diariamente y evolucionarlo mediante el formato de “Historia clínica del paciente de ingreso al PAH” y la “Planilla de visitas” que debe ser firmada por el usuario. Al terminar el tratamiento, el usuario debe llenar un formato de “Satisfacción al usuario” para que se pueda llevar un control de calidad en cuanto a la prestación del servicio fuera de la FOSCAL.

c. Descripción de actividades de subproceso de egreso del usuario del servicio de Hospitalización

Facturar los servicios prestados

- **Realizar liquidación de los servicios prestados:** cuando el usuario va a ser trasladado desde el servicio de Hospitalización a otra IPS o a otro servicio de la Institución, ya sea Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos o Morgue, si el

convenio con la EPS lo estipula, es necesario realizar cierre de cuenta. Para lo anterior, se envía a liquidaciones la “Inventario de Habitación”, “Hoja de cargo de procedimientos”, “Hoja de honorarios”, “Epicrisis”, “Plan de manejo” en el caso de que sea SOAT y las “Órdenes médicas” cuando el usuario ingresó por SOAT o por ARP. Se aclara que los convenios con las EPS son diferentes entre ellos. Por ejemplo, con los afiliados a ECOPETROL no se tiene que hacer cierre de cuenta por lo tanto no se genera “Epicrisis”; el usuario tiene una especie de tránsito libre por toda la Institución y al momento de salir de la FOSCAL se envía todo a Liquidaciones. Cuando al usuario se le autoriza el ingreso al PAH se debe hacer necesariamente cierre de cuenta antes de su salida de la Institución.

- **Realizar traslado y/o salida del usuario del servicio:** si el usuario es trasladado a otro servicio de la FOSCAL, ya sea, Cirugía, UCI o Morgue (en caso de que usuario fallezca) o cuando el usuario sea dado de alta y se autorice su salida de la Institución, se debe llevar para su casa o enviar al nuevo servicio los documentos y formatos correspondientes. Si el usuario va para Cirugía, debe llevarse consigo toda la “Historia Clínica” generada en Hospitalización junto con todas las placas radiográficas y diagnósticas que se le hayan hecho, además de un “Consentimiento Informado” firmado por el usuario, un “Permiso para amputación e incineración” en caso que al paciente se le vaya a practicar este tipo de procedimiento y debe hacer entrega de la habitación y por lo tanto el familiar o acompañante se lleva el “Inventario de Habitación” firmado. Si el usuario va para UCI debe llevarse igualmente toda su “Historia clínica” generada en Hospitalización junto con todas las placas radiográficas y diagnósticas que se le hayan hecho, “Orden de traslado con justificación” la cual la hace el médico tratante en cualquier formato, generalmente en el de Evolución médica y el “Inventario de Habitación”. Si va para la Morgue, se llevan los documentos necesarios para el cierre de cuenta a Facturación y el vigilante de la Morgue debe recibir el cadáver junto con una copia de la “Epicrisis” y el “Certificado de Defunción”. Además el familiar del

usuario debe hacer entrega de la habitación por medio del formato correspondiente y recibir todas las placas radiográficas y diagnósticas que se le hayan hecho al paciente y la historia clínica propia del usuario, es decir, la que él traía de la casa. Si el usuario ha sido dado de alta deben generarse los siguientes documentos: diligenciar formatos de “Fórmula médica” especificando la salida del usuario y ordenando citas de control, “Epicrisis”, “Órdenes médicas”, radiografías con copia de las lecturas respectivas en caso que el usuario las solicite, historia clínica propia del usuario y dado el caso que el usuario haya pasado por Sala de Partos o se le haya hecho una cesárea, debe llevarse el “Certificado de recién nacido vivo” y el resultado de la Hemoclasificación. Este usuario también debe llevar una “Tarjeta de salida” y hacer entrega de la habitación con el formato de “Inventario de habitación”.

- **Realizar traslado del usuario a otra IPS:** para que el usuario sea trasladado a otra IPS se debe enviar únicamente la “Epicrisis” si la EPS lo requiere, todas las placas diagnósticas y radiográficas realizadas, la “Hoja de remisión y contra-remisión” y la “Solicitud de Ambulancia”, puesto que la “Historia Clínica” junto con todos los documentos y formatos utilizados durante la estancia del paciente en la FOSCAL se quedan en la Institución. El médico tratante es el que da la orden de traslado del usuario a otra IPS pero el médico hospitalario es el que diligencia el “Formato de remisión y Contra-remisión”. La secretaria del servicio informa a Admisiones, ubica al auditor de la EPS para autorizar el traslado, llama a la IPS a donde va a llegar el usuario y pide cama en el servicio y si hay cama entonces informa a Admisiones y Admisiones envía fax de remisión a la IPS. y se pide ambulancia por medio del formato de “Solicitud de ambulancia”.

4.6.3. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”

Con la colaboración directa del personal asistencial y administrativo del servicio de Hospitalización, se logró el diligenciamiento del formato. Al igual que en los demás servicios, fue necesario el conocimiento de todo el subproceso desde el ingreso del usuario al servicio hasta su egreso, con el fin de analizar las necesidades de información para la gerencia y manejo del subproceso.

Para obtener detalles de la recolección de información, se hace necesario consultar la encuesta realizada.

Véase: Anexo Z7 Formato de Identificación de Necesidades de Información del Servicio Hospitalario

4.6.4. Análisis de la Información

Entre los tres subprocesos que conforman el servicio de Hospitalización, se maneja alrededor de 70 formatos y/o documentos, de los cuales solamente un 13% es utilizado para la generación de información. El 100% de los formatos poseen hoja de vida aprobada por el Departamento de Calidad.

A partir de las necesidades de información manifestadas por la Jefe de Hospitalización, se plantean como posibilidad una serie de mejoras para optimizar el manejo y análisis de la información del servicio, las cuales se muestran a continuación.

4.6.5. Propuesta de mejoras

Después de un análisis de la información con la participación del personal del servicio de Hospitalización, se propone una serie de mejoras con el fin de

optimizar el manejo del flujo de la información, dándole así posibles soluciones que ayuden al cumplimiento de los objetivos planteados por el servicio.

- Se vio la necesidad de crear un nuevo indicador llamado Oportunidad al llamado del usuario por medio del timbre, el cual permitirá controlar la puntualidad de atención al usuario por parte del personal médico y asistencial, debido a que en ocasiones existen demoras. Se propone bimensualmente escoger una semana en horarios aleatorios y mediante una toma de tiempos por cronómetro en cada uno de los pisos, para una muestra de 5 llamados, llevar un control tabulado del tiempo de respuesta del personal. El tiempo se empezaría a contabilizar desde que suena el timbre de determinada habitación hasta que la persona que atiende al llamado lo apague desde la habitación. Se tomaría como demora los tiempos que superen 90 segundos.

Ver **Anexo AA7** Formato de Oportunidad al llamado del Usuario

En cada celda se escribe el tiempo de respuesta en segundos. A final de semana se cuenta el número de demoras que hubo, es decir, el número de observaciones con un tiempo de respuesta mayor a 90 segundos y ese total se tomaría como el numerador de la fórmula para generar el indicador. Para el denominador se tendría un número estándar igual a 25, puesto que ese sería el número de observaciones en los cinco días de la semana. La fórmula para la generación del indicador es la siguiente:

$$\frac{\text{numero de demoras en la atencion del usuario}}{25} * 100$$

La meta institucional para el nuevo indicador sería de un 90% de cumplimiento en la oportunidad del llamado por parte del paciente utilizando el timbre.

- Es necesario generar un indicador que controle el cumplimiento de los objetivos del subproceso de ingreso del usuario al servicio de Hospitalización y para ello se propone un indicador de “Porcentaje ocupacional día estancia”, el cual se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\# \text{ días cama utilizados}}{\# \text{ días cama disponibles}} * 100$$

La meta de cumplimiento propuesta es del 85% y se considera consulta oportuna aquella que se realice dentro de 12 horas después de la solicitud.

Para la generación de dicho indicador, se parte de la idea de tener Historia clínica electrónica la cual será útil entre otras cosas para obtener el denominador del indicador y de la solicitud de un nuevo informe por parte del Departamento de Sistemas que muestre la diferencia en horas entre la solicitud de la interconsulta y la atención al usuario

- Igualmente, se propone que el Departamento de Estadística por medio del formato de “Censo diario de camas y pacientes”, genere el indicador de % ocupacional de la misma manera que lo genera para la Unidad de Cuidados Intensivos. Dicho indicador se propone para que la División médica tenga un mejor control de la capacidad disponible para prestar el servicio de hospitalización y poder presupuestar la cantidad de insumos o personal necesario para cumplir con los lineamientos de la Institución.
- Para el control del cumplimiento de lineamientos médicos, se propone la implementación del indicador de “Oportunidad en evolucionar al usuario”. Cada usuario que es atendido en el servicio de Hospitalización, debe ser valorado por el personal asistencial en las primeras 12 horas del día y este será el parámetro para evaluar el indicador. La meta propuesta para el indicador es del 85% y la fórmula a utilizar es:

$$\frac{\# \text{ evoluciones dentro de los parámetros}}{\# \text{ evoluciones al mes}} * 100$$

- Otro indicador que se propone es el de “% cumplimiento de egreso del usuario del servicio, después de la orden de salida”, puesto que en ocasiones, el usuario no puede egresar del servicio por motivos ajenos a su voluntad, ya sea incumplimiento de la parte administrativa o médica. La meta para el indicador es del 85% de cumplimiento y se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\# \text{ de egresos oportunos}}{\# \text{ de egresos en el mes}} * 100$$

- Otra mejora que se propone para la optimización del manejo de la información en el servicio de Hospitalización es la creación de un formato que permita dar soporte a la entrevista que se le realiza al personal de la Institución cuando se presenta un evento adverso puesto que hasta el momento no se lleva registro de ello, es decir, la Coordinadora del servicio de Hospitalización indaga sobre lo sucedido referente al evento pero no tiene manera de soportar lo dicho por el entrevistado en el diálogo realizado.

Véase: **Anexo BB7** Formato entrevista de Evento Adverso

4.6.6. Propuesta Plan de Gerencia de la Información

Para la consolidación de las propuestas obtenidas con base en el análisis de los puntos trabajados anteriormente para el servicio de Hospitalización, se realiza un Plan de Gerencia de la Información con el fin de mejorar la gestión de La Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle y de cumplir

con los requisitos del Plan de Acreditación en Salud y la estandarización de los procesos en cuanto al manejo de información.

Véase: **Anexo CC7** Propuesta Plan de Gerencia de la Información Servicio Hospitalario

4.7. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y EGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

El área de Consulta Externa hace parte de la Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle, y ofrece cuidados y asistencia por medio de los siguientes servicios:

- Consulta externa de Medicina General
- Consulta externa de Medicina Especializada en:
 - Pediatría
 - Neurología
 - Dermatología
 - Ginecología
 - Medicina interna
- Consulta externa de Odontología
- Programa de Prevención y Promoción para:
 - Control Prenatal
 - Planificación Familiar
 - Crecimiento y Desarrollo
 - Programa de Riesgo Cardiovascular
 - Prevención de cáncer de seno
 - Prevención de cáncer de Cérvix
 - Alteración del Joven

4.7.1. Diagrama de flujo subproceso de ingreso, prestación y egreso del usuario del servicio de Consulta Externa

Teniendo en cuenta que el subproceso de Consulta externa está conformado por Medicina general, Promoción y Prevención y Odontología, es necesario aclarar que cada uno de los servicios mencionados cuenta con un subproceso de Ingreso, Prestación y Egreso del servicio. De esta manera se trabajaron las etapas para el análisis de diagrama de flujo y del formato de “Identificación de necesidades de Información” para posteriormente realizar las propuestas de mejoras y la propuesta del Plan de Gerencia de la Información.

Para tener una mejor y mayor comprensión del proceso que se evidencia en Consulta Externa se considera necesario realizar un diagrama de flujo del proceso teniendo como objetivo identificar el flujo de documentos que entra y sale del proceso. Es de notar que este diagrama de flujo muestra clara y únicamente el movimiento de formatos y/o documentos a lo largo del proceso, pero no muestra el flujo de información, es decir, informes, estadísticas e indicadores. Para ello más adelante se realizará una recolección de información posterior la cual permitirá el diligenciamiento de una encuesta diseñada con anterioridad.

Véase: **Anexo DD8** Diagrama de Flujo Subprocesos de Consulta Externa, Medicina General

Véase: **Anexo EE8** Diagrama de Flujo Subprocesos de Consulta Externa, Odontología

Véase: **Anexo FF8** Diagrama de Flujo Subprocesos de Consulta Externa, PyP

4.7.2. Descripción de actividades identificadas en el Diagrama de flujo del servicio de Consulta externa - Medicina general

Para la realización de los diagramas de flujo se recurrió al apoyo de los coordinadores médicos, administrativos y asistenciales del servicio de Consulta Externa. En dicho diagramas se muestra con claridad en flujo de los instrumentos

de captura de datos durante el ingreso, la prestación y el egreso del usuario del servicio para posteriormente realizar el análisis de la información.

a. Descripción de actividades de subproceso de ingreso del usuario al servicio de Consulta Externa – Medicina General: comprende desde la Creación de las Agendas para los médicos hasta la admisión de los usuarios en el Centro Autorizador de Consulta Externa.

- **Crear agendas:** Según requerimiento y disponibilidad del personal médico, una Auxiliar del Centro Autorizador es la encargada de crear las agendas en el sistema por medio del software Servinte Clinical Suite en el módulo de programación de turno.
- **Asignar cita al usuario (teléfono o presencial):** hay dos maneras válidas para que el usuario pida su cita. La primera es telefónicamente por medio de Call Center de la FOSCAL de 7:00 am a 6:00 pm, en donde la persona que contesta pide el número de documento de identificación del usuario, verifica si el usuario se encuentra activo, el nombre de la EPS a la que pertenece y por medio del módulo de Citas médicas de Servinte asigna la cita. Cuando la solicitud de cita es presencial, se debe pedir al usuario igualmente su carné y su cédula, se verifica en el sistema si el usuario está activo, se imprime la “Reserva de cita” la cual se le entrega de una vez, se admite con la ayuda del software y si genera cobro de cuota moderadora dirigirse a la Caja del Centro Autorizador a cancelar antes de llegar a su cita.
- **Admitir usuario por evento o capitado:** el usuario catalogado como capitado es aquel que aparece zonificado en el sistema debido al convenio con una EPS determinada y por lo tanto la Institución está en el deber de prestarle todos los servicios que cobije el contrato. Un usuario es catalogado por evento cuando aun estando zonificado en la Institución no aparece en el sistema

debido por ejemplo falta de pago o también un usuario es por evento cuando la EPS tiene convenio con la Institución pero el usuario no está zonificado allí, es decir, el convenio que dan las EPS es para determinados usuarios, este usuario aparecerá quizá capitado en otra institución, de tal manera que se hace necesario pedir autorización de la EPS para la prestación del servicio de consulta externa para este individuo. Cuando el usuario ha pedido su cita telefónicamente, debe presentarse minutos antes de la cita en el Centro Autorizador y comunicar que tiene cita y que la solicitó telefónicamente, para que la Auxiliar le confirme en el sistema y le imprima la “Reserva de Cita” donde aparecerá si el usuario debe o no cancelar cuota moderadora o copago en la Caja del Centro Autorizador y se admite al usuario con la ayuda del software. Para los usuarios que realizaron su cita presencialmente, deben haber sido admitidos en el momento de la asignación de la cita. Si el usuario era por Evento se imprime el soporte de la admisión.

- **Pagar cuota moderadora y/o copago:** dependiendo de las condiciones descritas anteriormente, en el momento de la cancelación de la cuota moderadora o el copago, el sistema genera un “Recibo de Caja” con un número de recibo. Este formato se imprime cuando el que realiza el pago es un usuario admitido por evento o cuando se va a cancelar una sanción impuesta por la Institución y la EPS por inasistencia a citas programadas. El copago lo pueden efectuar los beneficiarios cuando se solicita una consulta con especialista. Las cuotas moderadoras sí las pueden cancelar tanto los cotizantes como los beneficiarios cuando existen órdenes de exámenes especializados o consultas con unos especialistas determinados y dependiendo de los convenios con las EPS. Los precios de las cuotas moderadoras oscilan entre los \$1.800 y \$18.700 pesos. Cuando el que cancela es un capitado, no se imprime el “Recibo de Caja” sino que se le escribe en la “Autorización” o en la “Reserva de cita” el número de recibo y se

le colocan los sellos correspondientes. Se aclara que para los programas de Prevención y Promoción no se cancela ningún tipo de cuota.

b. Descripción de actividades de subproceso de prestación del servicio a

los usuarios del servicio en Consulta Externa – Medicina General: el servicio se presta tanto para usuarios capitados como para usuarios por evento dependiendo del servicio que se preste, es decir, para los PyP sólo se admiten usuarios capitados.

- **Realizar Consulta médica general:** el usuario debe entregar su “Reserva de cita” con los sellos correspondientes a la cancelación o no cancelación de cuotas o copagos. Durante la consulta, el médico general puede generar una serie de documentos como por ejemplo: “Órdenes médicas” impresas que pueden especificar orden de medicamentos, orden de exámenes u orden para remisión a interconsulta con especialista o a un programa de PyP. Las ordenes son obtenidas de la “Historia clínica” electrónica. Además se pueden generar formato de “Incapacidad” y si los medicamentos ordenados son de control, entonces se debe llenar un “Recetario oficial de la Secretaría de Salud”. Igualmente el médico general también puede remitir a Nutrición, a Terapia respiratoria, Fisioterapia o para que sean practicados procedimientos de enfermería.
- **Realizar consulta médica especializada:** para que un usuario pueda ser atendido por un especialista debe autorizar las “Órdenes médicas” dadas por el médico general en donde se especifica la remisión. Para esto debe acercarse al Centro Autorizador de Consulta Externa y autorizar las órdenes para poder pedir cita con el especialista y que le sea entregada la “Reserva de Cita” y la “Autorización” del servicio. El especialista genera una “Historia clínica electrónica” de donde se pueden obtener “Órdenes médicas” ya sea con remisión a otra especialidad, o para exámenes de laboratorio, o para

medicamentos. También puede llenar formato de “Incapacidad” y si es necesario el mismo formato para los medicamentos de control, es decir, el “Recetario oficial de la Secretaría de Salud”.

- **Realizar consulta por otros profesionales de la Salud:** son considerados otros profesionales de la salud básicamente en consulta externa Psicología y Nutrición. Igualmente el usuario debe llegar un una “Autorización” puesto que fue remitido por el médico general, con una “Reserva de cita” con los sellos correspondientes y en el caso de Nutrición puede llegar con resultados de los exámenes ordenados por el médico general para que Nutrición pueda valorar con mayor facilidad. Los formatos que se generan son: “Historia clínica electrónica”, folleto con “Guía de alimentación saludable” y “Órdenes médicas”.
- **Realizar procedimientos de enfermería:** se necesita el “Soporte de la admisión” cuando el usuario ha sido admitido por evento, “Órdenes médicas” y la “Autorización”. Según la Agenda programada se dan las citas, ya sea para usuario capitado o de evento. Los procedimientos que se realizan son: curaciones, inyectología, lavado de oído, sondas, retiro de puntos y drenajes. Se llena un “Registro diario de procedimientos de enfermería” por cada una de las EPS que tienen convenio con la FOSCAL.
- **Realizar procedimientos de pequeñas cirugías:** se reciben las “Órdenes médicas” “Autorizaciones”, “Copia del carné de la EPS y del documento de Identidad” y la “Reserva de cita” con sus sellos respectivos y se programa cita en el sistema para los jueves o viernes de 12:00 m a 4:00 pm puesto que a esa hora está disponible la sala de procedimientos de Urgencias. Un día antes de la Cirugía debe presentarse en Admisiones de la CAL para ser admitido en el sistema. Los documentos que se obtienen al salir del procedimiento es: “Órdenes médicas” impresas e “Incapacidad”.

c. **Descripción de actividades de subproceso de egreso del usuario del servicio de Consulta Externa – Medicina General:** posterior a la prestación del servicio por parte de Consulta Externa, se realizan los procedimientos para darle salida al usuario y son los siguientes:

- **Autorizar servicios solicitados (Centro Autorizador):** cuando el usuario sale de consulta con médico general o con especialista, siempre egresa con “Órdenes médicas” las cuales deben ser autorizadas para que puedan ser efectivas. Las órdenes expedidas desde consulta pueden incluir remisiones con especialistas, órdenes de laboratorio y para medicamentos u órdenes para exámenes especializados o procedimientos especiales como cirugías y procedimientos diagnósticos especiales. Cuando son órdenes para cirugías, exámenes o procedimientos especializados deben ser autorizadas por parte de Auditoría médica y cuando no son exámenes especializados, simplemente se autorizan en el Centro Autorizador de consulta externa donde el personal del Centro debe pedir las “Órdenes médicas” y el carné de la EPS y posteriormente, por medio del sistema, se autoriza la orden o las órdenes y se imprime el soporte de la “Autorización”. Es necesario aclarar que si un usuario ha sido admitido por Evento, en Centro Autorizador no puede darle salida o autorizar dichas órdenes, por lo tanto debe direccionar al usuario a la EPS directamente para que allí se realice la autorización.
- **Autorizar servicios solicitados (Auditoría médica):** cómo ya se dijo anteriormente, este tipo de autorizaciones se dan en los casos en los que las “Órdenes médicas” expedidas son para cirugías, procedimientos y/o exámenes especializados, remisiones especiales a otros municipios o remisiones internas a especialistas. Dependiendo del tipo de solicitud , existe un tiempo de aprobación, por ejemplo: para cirugía son 30 días

hábiles para dar respuesta de la solicitud, para consulta con especialista 8 días hábiles y para exámenes especiales que no sean prioritarios son 15 días hábiles. A la Coordinadora médica del Centro Autorizador encargada de Auditoría médica, le deben llegar los siguientes documentos para hacer el estudio de la solicitud: “Órdenes médicas”, “Copia de la Evolución médica” o “Copia de la historia clínica”, “Fotocopia del documento de identidad” y “Fotocopia del carné”. La Coordinadora médica del Centro autorizador es la encargada de llevar un listado de cirugías semanal en donde se especifica si es o no POS y además se imprime un listado de observaciones. Se lleva adicionalmente una “Planilla de comité de capitación” para llevar un control de las cirugías y un formato de “Autorización de servicios” para proveedores externos y para autorizar los descuentos por capitación, los cuales se dan en los casos en los que el usuario es atendido en otra IPS pero está capitado en la Institución.

- **Entregar soportes necesarios para la liquidación de la cuenta:** el proceso de Egreso del Usuario termina cuando se entregan soportes para liquidación de cuenta en los casos en los que el usuario ha sido admitido por evento. Se deben recopilar los siguientes documentos para enviarlos a Facturación del 4° piso de la Torre CAL: “Soporte de la Admisión”, “Recibo de caja”, “Reserva de cita”, “Copia del carné de la EPS”, “Copia del documento de identidad” y por último la “Historia clínica” electrónica impresa del día de la prestación del servicio.

4.7.3. Descripción de las Actividades del flujo-grama de Consulta Externa - Promoción y Prevención

Promoción y Prevención (PyP) hace parte del sub proceso de Consulta Externa y está compuesta por los siguientes programas, los cuales están dirigidos

directamente sólo a usuarios capitados de la institución o para los usuarios que sean admitidos por Evento y que sean autorizados previamente.

- Control pre natal
- Planificación familiar
- Crecimiento y desarrollo
- Adulto sano
- Prevención de cáncer de seno y cérvix
- Tamizaje de agudeza visual
- Alteración del joven

Las consultas por PyP no generan ningún tipo de cobro de cuotas moderadoras y tampoco cobro por sanciones.

a. Descripción de actividades de subproceso de ingreso del usuario al servicio de Consulta Externa – Promoción y Prevención:

para PyP las actividades de Ingreso del Usuario al servicio son prácticamente iguales que para consulta médica general. La Creación de Agendas, la asignación de cita y la Admisión del usuario se maneja de la misma manera. La diferencia se da para los pagos de cuota moderadora ya que el usuario nunca se dirigirá a caja a cancelar algún servicio de PyP puesto que, como ya se dijo antes, las consultas por PyP no generan ningún tipo de cobro de cuotas moderadoras y tampoco cobro por sanciones.

Se realiza una actividad que se encuentra estipulada dentro de la Caracterización del proceso y que solamente realiza PyP. Demanda inducida de Promoción y Prevención.

- **Realizar demanda inducida de Promoción y prevención:** la Demanda inducida es un método de captación del usuario y sirve para promocionar los programas de PyP. Se trata de sensibilizar a la población para que acuda a los diferentes programas que se ofrecen. Se realizan: Jornadas Saludables (Jornadas de vacunación, Jornadas de prevención y

educación sobre Diabetes, Tuberculosis, etc....), Jornadas empresariales (convocatoria por parte de las EPS como estrategia de mercadeo), Captación Temprana (desarrollo de estrategias de enlace con proveedores como laboratorios clínicos, radiólogos, etc. , los cuales envían listado de pacientes especiales con estado de salud alterado y que se convierten el clientes potenciales de PyP), Talleres educativos (para niños y madres gestantes) y por último se realiza una Divulgación a través de los medios de comunicación para promocionar los programas de PyP (Vanguardia Liberal, Programa Visión FOSCAL emitido por Televisión Regional del Oriente (TRO) y el Portafolio de Servicios de PyP.

b. Descripción de actividades de subproceso de prestación del servicio a los usuarios del servicio en Consulta Externa – Promoción y Prevención:

para los programas de Promoción y Prevención se realizan las siguientes actividades en cuanto a la prestación del servicio.

- **Realizar consulta de PyP individual y grupal:** el usuario después de solicitar su cita ya sea de forma presencial o telefónicamente, llega al consultorio asignado con la “Reserva de cita”. Después de la consulta individual con el médico de PyP se pueden generar los siguientes documentos: en los casos en los que sea pertinente, debe llenarse el “Nutest” el cual es un registro de la Secretaría de Salud para la vigilancia de Crecimiento y Desarrollo en niños y para las madres gestantes, “Formato de búsqueda de sintomático respiratorio”, “Órdenes médicas” con remisión a otros especialistas o a Nutrición, Psicología, Pediatría, Odontología (en el caso de las madres gestantes o del adulto mayor), Vacunación, Curso Psicoprofiláctico, Talleres de lactancia, Programa de riesgo cardiovascular y a Consulta externa con médico general, en dichas órdenes también pueden ir solicitud de exámenes o procedimientos diagnósticos. Además de las

órdenes se realiza una “Historia clínica” con toda la evolución del usuario durante la consulta y dependiendo de la EPS se van llevando unas “Planillas de soporte médico y paramédico”. Cuando es consulta grupal, es decir, Talleres a maternas como Curso Psicoprofiláctico y Talleres de niño sano en donde más allá de ser una consulta lo que se hace es educar al usuario, se solicita el carné de la EPS y se utilizan formatos diseñados especialmente para este tipo de actividades. Se utilizan “Tablas de crecimiento y desarrollo”, “Escala abreviada de crecimiento y desarrollo” y se genera una “Evolución médica de PyP”, “Tarjeta de control prenatal”, y una “Tarjeta de control de Crecimiento y Desarrollo” llamadas también “Kardex”.

- **Realizar procedimientos de colocación y retiro de dispositivos médicos de planificación familiar:** por el momento los únicos métodos de planificación familiar con los que se trabaja en la institución son el Dispositivo Intrauterino (DIU) y el Pomeroy (Ligadura de trompas). Después de valorar al usuario y tener una “Historia clínica” y unas “Órdenes médicas”, se procede a llenar un “Consentimiento informado” firmado por el usuario para aceptar voluntariamente y por escrito la colocación del dispositivo o la realización del procedimiento. Del cualquiera de los dos procedimientos pueden salir “Órdenes médicas” ya sea para citas de control o para laboratorios y medicamentos.
- **Realizar administración de biológicos:** hace referencia a la aplicación de vacunas las cuales van dirigidas a usuarios capitados o particulares. El usuario puede haber sido remitido de consulta externa medicina general, consulta con médico de PyP, Demanda inducida, del taller grupal de crecimiento y desarrollo o de demanda espontánea, es decir, usuarios particulares que llegan a la Institución a vacunarse. Para pedir la cita de vacunación se hace el mismo procedimiento que para consulta externa

medicina general, puede ser presencial o telefónicamente, con la diferencia que si es presencial para usuario capitado no se le entrega la “Reserva de cita” y si es por Evento sí se imprime la “Reserva de cita” y el usuario debe dirigirse media hora antes de la vacunación a Admisiones de la FOS para que allí se admisiones y le coloquen un sello a la reserva. Previamente se ha impreso la “Agenda de Programación” de todos los usuarios a vacunarse y las “Autorizaciones” de los usuarios capitados. Al usuario en el momento de la vacuna se le solicita el “Carné de vacunación” para verificar que la vacuna a aplicar si sea la correcta, se diligencia el “Registro diario de Vacunación” para cada EPS y se llena el “Kardex de vacunación” del usuario y con lápiz se escribe tanto en el carné como en el kardex la fecha de aplicación de la próxima vacuna. Si el usuario es particular simplemente debe cancelar en caja el costo de la inyectología y llevar el recibo de caja al momento de la aplicación de la vacuna. Igualmente dicho usuario tiene un registro diario de vacunación en una carpeta especial para particulares. A final de mes se hace un consolidado de todos los “Registros diarios de vacunación” para generar un reporte que debe entregarse a la Secretaría de Salud del departamento”.

- **Realizar educación en salud:** el usuario debe solicitar su cita de la manera explicada anteriormente. La educación en salud comprende educación intramural y extramural. La primera comprende todo lo relacionado con programación establecida con anterioridad como por ejemplo: Talleres Psicoprofiláctico con charlas sobre cuidados del recién nacido, relaciones sexuales durante el embarazo, planificación familiar, etc.), Talleres de lactancia materna para gestantes, Talleres grupales de Crecimiento y Desarrollo. La educación extramural comprende solicitudes que hacen las empresas para que PyP realicen charlas educativas y son con previa solicitud por parte de las EPS. En este tipo de educación los únicos

documentos que se manejan son folletos de tipo educativo según el programa.

c. Descripción de actividades de subproceso de egreso del usuario del servicio de Consulta Externa – Promoción y Prevención: posterior a la prestación del servicio por parte de Consulta Externa, se realizan los procedimientos para darle salida al usuario y son los siguientes:

- El egreso del usuario del servicio de PyP ocurre de la misma manera que el de medicina general. Se necesita autorizar todas las “Órdenes médicas” que salgan de las consultas. Como las órdenes médicas pueden ser de cualquier tipo, pueden autorizarse ya sea en el centro autorizador o por parte de Auditoría médica según sea el propósito de la orden. El proceso de Egreso del Usuario termina cuando se entregan soportes para liquidación de cuenta en los casos en los que el usuario ha sido admitido por evento. Se deben recopilar los siguientes documentos para enviarlos a Facturación del 4° piso de la Torre CAL: “Soporte de la Admisión”, “Recibo de caja”, “Reserva de cita”, “Copia del carné de la EPS”, “Copia del documento de identidad” y por último la “Historia clínica” electrónica impresa del día de la prestación del servicio.

4.7.4. Descripción de las Actividades del flujo-grama de Consulta Externa - Odontología

Para la realización de los diagramas de flujo se recurrió al apoyo de los coordinadores médicos, administrativos y asistenciales del servicio de Consulta Externa. En dicho diagramas se muestra con claridad en flujo de los instrumentos de captura de datos durante el ingreso, la prestación y el egreso del usuario del servicio para posteriormente realizar el análisis de la información.

- a. Descripción de actividades de subproceso de ingreso del usuario al servicio de Consulta Externa – Medicina General:** comprende desde la Creación de las Agendas para los médicos hasta la admisión de los usuarios en el Centro Autorizador de Consulta Externa.
- **Solicitud de citas presenciales o telefónicas:** Las citas telefónicas son recibidas por el call center quienes verifican que sea paciente activo para diligenciar los formatos electrónicos y dar la cita indicando que el paciente debe llegar 15 minutos antes de la cita para la admisión y pago de cuota moderadora, si el paciente está en la institución y quiere solicitar la cita cuenta con un horario de 2 a 4 de la tarde donde la autorizadora imprime la boleta de “Autorización” donde se indica hora de cita, valor para cancelar, identificación y consultorio en el que se atenderá y se le indica si debe o no cancelar la cuota moderadora.
 - **Impresión de la boleta de autorización y pago de copago:** cuando la cita ha sido solicitada telefónicamente el paciente debe pasar 15 minutos antes con la autorizadora quien se encarga de imprimir la boleta de autorización y de indicar si debe o no cancelar un valor de copago en la caja.
- b. Descripción de actividades de subproceso de prestación del servicio a los usuarios del servicio en Consulta Externa – Odontología:** el servicio se presta tanto para usuarios capitados como para usuarios por evento dependiendo del servicio que se preste, es decir, para los PyP sólo se admiten usuarios capitados
- **Realizar consulta de diagnostico y limpieza:** el paciente pasa al consultorio en donde el odontólogo lo examina y diligencia “Hoja de evolución odontológica”, “Historia clínica odontológica”, “Orden de servicio”, cuando necesita una consulta diferente o un tratamiento con el staff de odontológica, “Registro individual de atención, fomento y prevención odontológica”, donde se

registra lo procedimientos que se le realizaron ejemplo flúor, control de placas, educación de prótesis, profilaxis, sellantes, etc. También se diligencia el “Registro individual de atención odontológica”, donde se indica procedimientos más elaborados esta plantilla es para el staff pero el principio de ella es diligenciada por el odontólogo que hace el diagnostico. Como control interno se diligencia los formatos de “Registro de inasistencias odontológicas”, “Registro de tratamientos terminados de odontológica” quienes son conocidos como pacientes sanos en las estadísticas y “Relación diaria de horas no utilizadas odontológicas”.

- **Realizar consulta y/o tratamiento por el odontólogo del staff:** cuando el paciente necesita una consulta o tratamiento con un odontólogo del staff de capitación es remitido mediante una “Orden de servicio”, y una “Autorización” de consulta o tratamiento, el staff está compuesto por odontólogos con consultorios propios donde se pueden realizar tratamientos más especializados que en los consultorios donde se realiza el diagnostico, también se diligencias formatos de soporte de actividades y se emite la “Formula médica” de lo recetado por el odontólogo.

4.7.5. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”

Con la colaboración directa del personal asistencial y administrativo del servicio de Consulta externa (Medicina General, PyP y Odontología), se logró el diligenciamiento del formato. Al igual que en los demás servicios, fue necesario el conocimiento de todo el subproceso desde el ingreso del usuario al servicio hasta su egreso, con el fin de analizar las necesidades de información para la gerencia y manejo del subproceso.

Para obtener detalles de la recolección de información, se hace necesario consultar la encuesta realizada.

Véase: **Anexo GG8** Formato de Identificación de Necesidades de Información de Consulta Externa

4.7.6. Análisis de la Información

Para realizar el análisis de la información para el subproceso de Consulta externa, fue necesario el estudio de los servicios de Medicina General, PyP y Odontología.

Para la generación de información en cada uno de los servicios que se prestan en Consulta Externa, se utiliza básicamente las herramientas que provee la historia clínica electrónica, más allá de utilizar formatos diligenciados. De allí que sea de gran importancia el uso de Sistema Servinte para generar información necesaria para el control de la gerencia de los subprocesos, pero se aclara que el 100% de los formatos utilizados en el servicio tienen el aval del Departamento de Calidad de la Institución y sirven como soporte para el desarrollo de los servicios.

4.7.7. Propuesta de mejoras

Después de un análisis de la información con la participación del personal de Consulta Externa, se proponen una serie de mejoras con el fin de optimizar el manejo del flujo de la información, obteniendo así posibles soluciones que ayuden al cumplimiento de los objetivos planteados en el servicio.

- Se identificó la necesidad del informe estadístico generado por cirugía, pues un reporte necesario para las EPS y para control interno son el número de cirugías realizadas por capitación. En el centro autorizador solo se cuenta con la información de las cirugías programadas más no con la información de las realizadas. El informe mensual generado por cirugía requiere ser enviado

al centro autorizador mensualmente y así controlar el número de cirugías realizadas mensualmente y poder realizar un manejo, control y análisis comparando con las cirugías autorizadas.

- Se identificó una falta de información del presupuesto por parte del jefe administrativo de la división de servicios en el centro autorizador imposibilitando un adecuado manejo de las autorizaciones mensuales, llevando a autorizar con análisis supuestos mas no basados en la realidad, lo cual podrían ocasionar un descuadre en las cuentas presupuestarias con las que se dispone en el centro autorizador.
- Se estipuló la implementación de los siguientes indicadores puesto que aún el servicio no contaba con la generación de ninguno de éstos:
 - **Informe de citas mes:** mensualmente y con la ayuda del sistema por el módulo de Reserva de estado se generará el Informe de citas mes, el cual hace referencia a todas las citas atendidas durante el mes. Se incluyen citas de Medicina general, especializada, Promoción y prevención y Odontología.
 - **Informe de gasto por médico:** este informe se da por cada médico que labora en medicina general, especializada, servicio de Odontología y servicio de Promoción y prevención y se generará mensualmente. Hace referencia a la cantidad de dinero que se gasta determinado médico en conceptos de órdenes de medicamentos y órdenes de procedimientos diagnósticos, de laboratorio y terapias. El sistema Servinte puede generar dicho informe por medio del módulo Caracter.
 - **Oportunidad en la asignación de citas:** dicho indicador se generará con la ayuda del sistema en el módulo Reserva por Estado para obtener

el denominador y el numerador se obtendrá de filtrar un informe entregado por sistemas con el valor de la diferencia en días entre la solicitud de la cita y la asignación de la misma. Incluye asignación de citas para médico general, odontología y PyP. Se considera demora toda aquella cita que se dé después de dos días de solicitud y la meta del indicador se establece en 85% de cumplimiento.

$$\frac{\# \text{ de citas asignadas oportunamente}}{\text{Número de citas de Medicina General por mes}} * 100$$

- ✓ **Oportunidad en la asignación de citas para medicina especializada:** este indicador se calcula para el servicio de medicina general y se generará a partir de la información obtenida por el módulo de Reserva de Estado y los dos nuevos informes proporcionados por Estadística: Autorizaciones mes y Diferencia en días. Se consideran citas oportunas las dadas con máximo 8 días hábiles de diferencia. La meta del indicador se fija en un 85% de cumplimiento.

$$\frac{\# \text{ de consultas especialistas asignadas oportunamente}}{\text{Número de consultas de medicina especializada en el mes}} * 100$$

- ✓ **Oportunidad en la asignación de los servicios de imagenología:** este indicador se calcula para el servicio de medicina general y se generará a partir de los dos nuevos informes generados por estadística. Se consideran oportunas las órdenes dadas dentro de 5 días hábiles y se aplicará la siguiente fórmula para obtener el indicador cuya meta será del 85% de cumplimiento.

$$\frac{\# \text{ de órdenes de imagenología asignadas oportunamente}}{\# \text{ total de órdenes de imagenología en el mes}} * 100$$

- ✓ **Oportunidad en la atención de citas prioritarias:** se calcula para medicina general y se obtiene de un informe generado por sistemas que

incluye la diferencia en horas entre la solicitud de la cita prioritaria y la atención del usuario. Se considera atención oportuna la dada dentro de máximo 12 horas diurnas de lunes a viernes y se fija la meta del indicador en 85% de cumplimiento.

$$\frac{\# \text{ usuarios atendidos oportunamente}}{\# \text{ total de citas prioritarias en el mes}} * 100$$

- ✓ **Proporción de vigilancia de eventos adversos:** se consideran eventos adversos caídas del usuario en el momento de la atención, reacciones a los medicamentos suministrados por el personal de consulta externa y agresiones verbales o físicas al personal de atención por parte de los usuarios. Este indicador se calculará por separado para cada evento adverso y para cada servicio, Medicina general, Odontología y Promoción y Prevención (PyP). La meta fijada para éste indicador es del 0% y se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\# \text{ total de eventos adversos en el mes}}{\# \text{ total de usuarios atendidos en el mes}} * 100$$

- En cuanto a Promoción y Prevención se propone la definición de la custodia de documentos por parte del Archivo de la Institución. Dichos documentos son: Actas de reuniones, Informes de Promoción y Prevención, Correspondencia de reportes de información especial y los Consentimientos informados para colocación de dispositivos médicos y procedimientos especiales. Lo anterior se debe a que este tipo de documentos se encuentran bajo custodia de la Coordinadora de PyP en el Archivo de Gestión pero no existe claridad en cuanto al tiempo ni el lugar exacto de retención de los mismos.

- Se propone también, por parte de medicina general, que la información enviada por servicio al cliente referente a los OMES presentados por los usuarios no se envíe trimestralmente sino mensualmente para poder tener un manejo más adecuado de las oportunidades de mejora.

4.7.8. Propuesta Plan de Gerencia de la Información

Con el fin de mejorar la gestión de La Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle y de cumplir con los requisitos del Plan de Acreditación en Salud y la estandarización de los procesos en cuanto al manejo de información, se generó El Plan de Gerencia de la Información del área de Consulta Externa.

Véase: **Anexo HH8** Propuesta Plan de Gerencia de la Información Consulta Externa

4.8. SUBPROCESO DE INGRESO, PRESTACIÓN Y EGRESO DEL USUARIO DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

La Consulta Externa Oftalmológica brinda con su recurso humano, calidad y calidez en la atención a los usuarios, que buscan la mejor tecnología para el diagnóstico y tratamientos de enfermedades oculares.

Servicios Consulta FOS

- Consulta de Oftalmología
- Consulta de Optometría
- Consulta de Oftalmología Especializada
- Consulta de Urgencias en Oftalmología
- Consulta de Ortóptica
- Contactología
- Otros servicios: Óptica y Farmacia.

La unidad de oftalmología es complementada con una serie de exámenes de apoyo diagnóstico que ayudan y favorecen tanto al médico como al paciente en la consulta, éstos son:

- **Angiografía:** Mediante la inyección de un medio de contraste se observan las alteraciones a nivel de la retina.
- **Biometría:** Permite calcular el poder del lente intraocular para cirugía de catarata.
- **Campo visual:** Valora la visión central y periférica.
- **Electroretinograma:** Valora el funcionamiento de la retina.
- **Ecografía:** Examina la retina cuando el cristalino y la córnea están opacos. También ayuda a diagnosticar tumores.
- **HRT:** Este es un examen del nervio óptico y la capa de fibras nerviosas, que ayuda al diagnóstico del glaucoma.
- **OCT:** Examina las capas internas de la retina y el nervio óptico.
- **Potencial Visual Evocado:** Valora las vías ópticas.
- **Fotos de papila o nervio óptico:** Permite observar condiciones de su estructura.

4.8.1. Diagrama de flujo subproceso de ingreso, prestación y egreso del usuario del servicio de Oftalmología

Para tener una mejor y mayor comprensión del proceso que se evidencia dentro del Servicio de Oftalmología se considera necesario realizar un diagrama de flujo del proceso teniendo como objetivo identificar el flujo de documentos que entra y sale del proceso. Es de notar que este diagrama de flujo muestra clara y únicamente el movimiento de formatos y/o documentos a lo largo del proceso, pero no muestra el flujo de información, es decir, informes, estadísticas e indicadores. Para ello más adelante se realizará una recolección de información

posterior la cual permitirá el diligenciamiento de una encuesta diseñada con anterioridad.

Véase: **Anexo II9** Diagrama de Flujo de los Subprocesos de Ingreso, Prestación y Egreso de los Usuarios del Servicio de Oftalmología

4.8.2. Descripción de actividades identificadas en el Diagrama de flujo del servicio de Oftalmología

Para la realización de los diagramas de flujo se recurrió al apoyo de los coordinadores médicos, administrativos y asistenciales del servicio de Oftalmología. En dicho diagramas se muestra con claridad en flujo de los instrumentos de captura de datos durante el ingreso, la prestación y el egreso del usuario del servicio para posteriormente realizar el análisis de la información.

a. Descripción de actividades de subproceso de ingreso del usuario al servicio de Oftalmología

- **Crear Agendas:** Mensualmente de acuerdo a la rotación de médicos y residentes de oftalmología, se abre el Servinte y se crea la agenda que luego es entregada en un programa de horarios mensual a residentes y doctores.
- **Asignar citas telefónicas y presenciales:** Las citas telefónicas son atendidas por el Call Center, quienes revisan agendas y se aseguran que el usuario no tenga sanción por inasistencia, llenan o revisan datos generales del usuario y mandan a imprimir la boleta de “Reserva de cita”, que será entregada en el momento de la admisión o recaudo de dinero. Si la cita es presencial se realiza en el servicio oftalmológico en la barra de admisiones y se realiza el mismo procedimientos solo que se le entrega directamente al usuario su “Reserva de cita”.

- **Admitir usuarios:** El día de la cita el usuario debe tomar un ficho y acercarse a la barra de admisiones donde entrega la “Autorización de la EPS”, “Formula médica”, y “Fotocopia de carnet y cedula”. Si el usuario pidió su cita telefónicamente se le entrega la “Reserva de cita”, sino ya la tiene y solo debe dirigirse a caja.
- **Recaudo de dinero:** con la boleta de “Reserva de cita” el usuario se dirige a caja a pagar la cuota moderadora si tiene que hacerlo, en este punto también se recibe cualquier pago tanto de usuarios particulares como de empresa por el servicio de consulta oftalmológica particular, exámenes, procedimientos quirúrgicos y aplicación de tratamientos.

b. Descripción de actividades de subproceso de prestación del servicio a los usuarios del servicio de Oftalmología

- **Realizar consulta de oftalmología de urgencias:** si el paciente no es de ECOPETROL debe pasar primero por el TRIAGE de urgencias para que le haga la valoración y sea remitido a oftalmología. Si no, el paciente entra directamente al servicio oftalmológico. El usuario trae consigo la “Impresión del TRIAGE”, “Fotocopia de carnet y cedula”, “Autorización de empresas convenio FOSCAL”, el usuario pasa a consulta oftalmológica donde se llena la “Historia Clínica de Urgencias FOS”, “Honorarios médicos”, “Informe de medicamentos y suministros gastados en urgencias”, “Certificado de incapacidad laboral”, en el caso de que se necesite, “Formula médica” y “RIPS”.
- **Realizar consulta de otros profesionales de la salud:** Todo usuario que viene por primera vez o que el oftalmólogo decida que debe pasar primero a otro profesional de la salud como optómetra. Entra y se diligencia en caso

que se necesite “Formula lentes oftálmicos”, o “Formula de lentes de contacto”.

- **Realizar consulta especializada y/o sub especializada de oftalmología:** El paciente que entra directamente a consulta de oftalmología trae su boleta “Reserva de cita”, si sale de consulta de otros profesionales de la salud simplemente pasa a cita oftalmológica y con su historia clínica oftalmológica, después de la consulta con el médico especialista se diligencia aparte de la “Historia clínica oftalmológica”, “Formula médica”, “Evolución médica”, “Cita de control oftalmológico”, “Certificado de incapacidad laboral”, “Registro datos curva de tomografía”, “Justificación de medicamentos Nos pos” y “Dibujo de la retina”.
- **Realizar junta médica:** Si el paciente ve la necesidad de consultar con otros médicos especialistas o sub especialistas, pide ir a una junta médica donde se analiza entre varios especialistas el caso y se toman decisiones al respecto todo es registrado en el formato de “Junta médica oftalmológica”.
- **Realizar exámenes de ayudas diagnosticas:** si el paciente requiere de algún examen de ayuda diagnostico se admite de la misma manera que si viniera a consulta de especialista, los exámenes que se realizan son de campo visual y se registra en “Campimetría automatizada Humphrey”, una ecografía y se registra en “Servicio de Ecografía”, una biometría y registrada en un “Reporte de Biometría”, un potencial visual evocado y se registra en el “Potencial visual evocado”, y un electroretinograma en un registro de “Electroretinograma”.
- **Realizar procedimientos quirúrgicos diagnósticos y/o terapéuticos:** Después de programada la cirugía el paciente entra y se admite en la torre Milton Salazar donde entrega todos los documentos la fotocopia de carnet y

cedula, “Autorización de la EPS”, “Valoración de anestesia”, “Consentimiento informado”, “Reporte de Biometría” y durante la cirugía se genera “Epicrisis”, “Informe quirúrgico”, “Atención general” y “Hoja de gastos”.

- **Realizar aplicación de tratamientos:** aquí se realiza el mismo trámite que el de un procedimiento quirúrgico. Los procedimientos que se realizan son con laser y el de aplicación de toxina botulínica.

c. Descripción de actividades de subproceso de egreso del usuario del servicio de Hospitalización

- **Realizar remisión y contra remisión:** En caso de que el usuario necesite una remisión, el médico especialista genera el formato de “Remisión y contra remisión” y es enviado con su “Historia clínica oftalmológica”.
- **Traslado del usuario a otros servicios:** si el usuario requiere de otros servicios es trasladado con su “Formula médica” y su “Historia clínica oftalmológica”.
- **Egreso del usuario del servicio:** cual el usuario va a salir del servicio se lleva la copia de la “Historia clínica oftalmológica”, los resultados de cualquier ayuda diagnóstica realizada y la boleta de “Entrega de exámenes”.

Facturación de servicios prestados

- **Liquidación de servicios prestados:** los registros y documentos que son enviados a facturación de oftalmología son copia de “Epicrisis”, “Fotocopia de cedula y cedula”, “ Impresión del TRIAGE”, “Copia informe quirúrgico”, “Autorización de EPS”, “Copia Historia clínica de urgencias FOS”, “Orden

de patología”, “Copia historia clínica oftalmológica”, “Hoja de gastos cirugía FOS”, “Honorarios medico”, “RIP”.

4.8.3. Diligenciamiento del formato “Identificación de Necesidades de Información”

Con la colaboración directa del personal asistencial y administrativo del servicio de Oftalmología, se logró el diligenciamiento del formato. Al igual que en los demás servicios, fue necesario el conocimiento de todo el subproceso desde el ingreso del usuario al servicio hasta su egreso, con el fin de analizar las necesidades de información para la gerencia y manejo del subproceso.

Para obtener detalles de la recolección de información, se hace necesario consultar la encuesta realizada.

Véase: Anexo JJ9 Formato de Identificación de Necesidades de Información del Servicio de Oftalmología.

4.8.4. Análisis de la Información

En el servicio de oftalmología, se utilizan alrededor de 45 formatos para la captura de datos, y solamente se utilizan 2 de ellos para la generación de información, es decir, la mayor parte de los formatos y documentos utilizados en Oftalmología sirven de soporte para el manejo del servicio. Es de gran importancia mencionar que la mayor parte de los indicadores generados en el subproceso de oftalmología parten de los datos generados por informes provenientes del Departamento de Estadística.

Se notó una falta de control en los tiempos de espera del usuario para su admisión y para su atención, es por esto que en las mejoras que se proponen a continuación se trata el tema.

También es importante aclarar que en el servicio de Oftalmología todos los formatos, menos uno, tienen hoja de vida aprobada por el Departamento de calidad. El faltante es el formato de “Seguimiento a la consulta de oftalmología para conocer tiempos de atención”, cuya hoja de vida se espera realizar después de la aprobación de la propuesta de mejora por parte del Comité de gerencia de la Información.

4.8.5. Propuesta de mejoras

Después de un análisis de la información con la participación del personal del servicio de Oftalmología, se proponen una serie de mejoras con el fin de optimizar el manejo del flujo de la información, obteniendo así posibles soluciones que ayuden al cumplimiento de los objetivos planteados en el servicio.

- **Oportunidad en la asignación de citas:** dicho indicador se generará con el informe al departamento de sistemas de los días de diferencia entre la solicitud de la cita y el día asignado para la cita. se toma como cita oportuna aquella que se asigne en máximo 8 días hábiles, por lo tanto aquella cita que se demore más de 8 días en ser asignada se tomará como demora. se aplica la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{\# de citas dadas oportunamente}}{\text{de citas de oftalmología por mes}} * 100$$

- **Oportunidad en la atención para ingresar a la consulta:** cada mes se realizará una evaluación del tiempo que transcurre entre la hora de admisión del usuario y la hora en que es atendido en consultorio tanto oftalmológico como otros profesionales de la salud, para lograr lo anterior se escogió una semana aleatoriamente y mediante el formato de seguimiento a la consulta de oftalmología para conocer tiempos de atención el cual proporciona información sobre la hora de asistencias a consulta se sumaran los pacientes atendidos antes de 15 minutos

después de su admisión por médico tratante esta sumatoria se dividirá sobre el total de consultas atendidas en el mes, se espera que el indicador aumente a partir de que se comience a generar y se establecerá la meta a partir de este primer resultado, se calculará de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Numero de usuarios atendidos a consulta antes de 15 minutos por medico tratante}}{\text{El total de consultas en el mes}} * 100$$

- **Oportunidad en la atención para admitir el usuario:** cada mes se realizará una evaluación del tiempo que transcurre entre el momento que el usuario toma el ficho hasta que es admitido en la barra de admisiones , para lograr lo anterior se escogió una semana aleatoriamente y mediante el formato de seguimiento a la consulta de oftalmología para conocer tiempos de atención el cual proporciona información sobre la hora en el usuario toma el ficho y el departamento de sistemas proporciona la hora en que el usuario es admitido, se sumaran los pacientes admitidos antes de 20 minutos esta sumatoria se dividirá sobre el total de consultas programadas en el mes, se espera que el indicador aumente a partir de que se comience a generar y se establecerá la meta a partir de este primer resultado. El indicador se calculará de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Numero de usuarios atendidos a consulta antes de 15 minutos por medico tratante}}{\text{El total de consultas programadas en el mes}} * 100$$

- **Cancelación de citas:** por medio del informe generado por el departamento de sistemas se obtiene la información necesaria para generar el indicador. El indicador se calculará de la siguiente manera:

$$\frac{\# \text{ citas canceladas en el mes}}{\# \text{ citas oftalmologías y exámenes en el mes}} * 100$$

- **Citas inasistidas:** Por medio del informe generado por el departamento de sistemas se obtiene la información necesaria para generar el indicador: El indicador se calculará de la siguiente manera:

$$\frac{\# \text{ citas de pacientes que faltaron a la cita oftalmología y exámenes en el mes}}{\# \text{ citas programadas de oftalmologías y exámenes en el mes}} * 100$$

- **Se Recibe el Indicador de Facturación de Servicios Prestados al Usuario Incorrecta o Generando Glosas:** se genera mensualmente utilizando el informe de facturación incorrecta o glosas del cual se obtiene el numerador y este se divide sobre el total de facturas realizadas en el mes también reportado en el informe todo se multiplica por 100, el indicador debe descender de acuerdo al primer indicador generado.

4.8.6. Propuesta Plan de Gerencia de la Información

Para la consolidación de las propuestas obtenidas con base en el análisis de los puntos trabajados anteriormente para el servicio de Hospitalización, se realiza un Plan de Gerencia de la Información con el fin de mejorar la gestión de La Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle y de cumplir con los requisitos del Plan de Acreditación en Salud y la estandarización de los procesos en cuanto al manejo de información.

Véase: **Anexo KK9** Propuesta Plan de Gerencia de la Información del Servicio de Oftalmología

CONCLUSIONES

- La aplicación del plan piloto desarrollado al inicio del proyecto fue pieza clave en la ejecución de las siguientes etapas del trabajo permitiendo establecer cuál era la secuencia adecuada de los pasos a seguir, para posteriormente identificar las fallas que presentaba el modelo y establecer los ajustes necesarios para el mismo, lo cual permitió definir el estándar de operación “Elaborar Plan de Gerencia de la Información” y sus formatos de recolección de datos.
- El establecimiento del Plan de Gerencia de la Información por cada proceso y subproceso le permitirá de una forma estandarizada al coordinador de cada servicio, conocer cuál debe ser la información mínima que debe generar o solicitar para el análisis y toma de decisiones administrativas y asistenciales.
- Se identificó que la información que se estaba manejando en cada proceso y subproceso no era utilizada adecuadamente o no se estaba generando de acuerdo a lo establecido. A su vez se reconoció la necesidad de empezar a generar indicadores necesarios para controlar el servicio y la toma de decisiones administrativas que ayuden a dar posibles soluciones y mejoren la satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios.
- Identificadas las necesidades mínimas de información por cada proceso o subproceso se evidencia que parte de la información que se genera, no permite evidenciar la gestión del proceso, es decir, falta definición de herramientas mínimas para recolección y procesamiento de datos, análisis de información, transmisión de forma estandarizada y seguimiento de la misma.

- Sin un manejo adecuado de la información, existe gran dificultad para el control administrativo de los procesos y subprocesos de la Institución. La falta de organización y la desinformación que había, impedía la correcta gerencia de los recursos y por ende el no cumplimiento de los objetivos. El conocimiento y generación de indicadores e información en cada área, permitió la propuesta de posibles soluciones a problemas que por rutina o falta de tiempo se desconocían y que por medio de su análisis se puede obtener un mejoramiento para toma de decisiones que con seguridad mejorará de manera significativa el gerenciamiento de los servicios tanto para los clientes internos como para los usuarios.
- La documentación que se realizó en los procesos fue la necesaria y proporcionó la información precisa y adecuada del proceso como soporte para realizar todas las actividades teniendo en cuenta el cumplimiento de requerimientos para la acreditación, permitiendo a los beneficiarios establecer una relación más dinámica con el proceso al conocer cómo es el manejo de la información dentro de la Institución.
- Los indicadores se constituyeron en una herramienta para generar acciones de mejora al interior de los procesos, además a través de su medición periódica se evidenciará el avance en la consecución de las acciones. Así mismo, el establecimiento de éstos incentiva a un compromiso para llevar a cabo las actividades cumpliendo con los requerimientos enfocados hacia la mejora permanente.
- La fase de evaluación permitió identificar fallas y mejoras en el plan piloto necesarias para establecer los pasos a seguir en la Elaboración del Plan de Gerencia de Información y que él mismo estuviera lo mejor enfocado posible no sólo hacia el cumplimiento de requisitos, sino también hacia la superación de perspectivas e iniciativas.

- Se evidenció que la cantidad de formatos de soporte utilizados en todos los procesos supera por una diferencia significativa el número de formatos utilizados para la generación de informes, indicadores y/o estadísticas, pero se aclara que a pesar de no generar información son de gran importancia para el manejo y gerencia adecuada de los procesos y subprocesos de la FOSCAL.
- Desde hace algún tiempo, la FOSCAL está en proceso de implementación paulatina de su Historia Clínica Electrónica y se espera que con esto se logre la eliminación de algunos formatos, lo cual disminuye el tiempo de procesamiento de datos y análisis de información, además de eliminar archivo físico que ocupa gran espacio en la Institución.
- Con el desarrollo de esta práctica las autoras del proyecto aplicaron los conocimientos adquiridos en el Programa de Ingeniería Industrial, fortaleciéndolos con la experiencia y enseñanzas adquiridas de los tutores y personas involucradas en su desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

Anexo Técnico No. 1 SUH. Resolución 1043 de 2006

Anexo Técnico No. SUA. Resolución 1445 del 8 de Mayo de 2006

Resolución 1445 SUA de 8 Mayo de 2006

WEBGRAFÍA

Gerencia de información: Sistema de inteligencia para la movilización de recursos.

<http://www.eqmed.sld.cu/boletinpdf/mrparte4.pdf>

Gerencia de Proyecto

http://www.decosi.com.mx/productos_servicios/gerencia.cfm?f=0

Introducción a la Gerencia de los Sistemas de Información. Recursos de Información Principios de Gerencia.

<http://graduado.sagrado.edu-gsi611-GSI611-Introducci%C3%B3n.ppt#260,14>

Seminario Desarrollo de indicadores de gestión en seguridad, salud y ambiente y calidad

<http://www.cisred.com/MemCongreso37/ARCHIVOS/Indicadores.pdf>

Sistema Único de Acreditación en Salud

<http://www.unydos.com/acreditacion/historia.php>