

**Diseño e implementación de un plan de mejoramiento en los procesos misionales
gestión ambulatoria, apoyo diagnóstico y apoyo terapéutico, enfocado al sistema único de
acreditación de la E.S.E HUS**

Jaime Andrés Angarita Corzo, Andrés Mauricio Blanco Méndez.

Práctica empresarial para optar el título de ingeniería industrial

Directora

Elidia Esther Galviz Muñoz

Magister en Ingeniería Industrial.

Tutora

Myriam Fanny Anaya Martínez

Bacterióloga

**Universidad Industrial de Santander
Facultad de ingenierías físico-mecánicas
Escuela de Estudios Industriales y Empresariales
Bucaramanga, Santander**

2018

A Dios por ser quien guía mi camino y me llena de sabiduría y determinación a la hora de tomar todas las decisiones que fueron trascendentales en este ciclo.

A mi madre y mi esposa por su tiempo, dedicación y recursos que hicieron que este sueño de ser un profesional se haya convertido en una realidad

Andrés Blanco.

A Dios por la perseverancia, constancia y paciencia que obtuve cuando la necesité

A mis padres por formar mis alas y enseñarme a volar con ellas, por su amor, su apoyo incondicional y su comprensión.

A Dani por su linda forma de amar y de apoyar cuando más lo necesité.

Andrés Angarita.

Tabla de contenido

Introducción	16
1. Generalidades	19
1.1 Título del proyecto.....	19
1.2 Generalidades de la empresa.....	19
1.2.1 Nombre de la empresa.	19
1.2.2 Reseña histórica.	19
1.2.3 Misión.	20
1.2.4 Visión.....	21
2. Planteamiento del Problema.....	21
3. Justificación del Proyecto	23
4. Objetivos	25
4.1 Objetivo General.....	25
4.2 Objetivos específicos	25
5. Metodología	26
6. Marco de Referencia	27
6.1 Marco de Antecedentes.....	27
6.2 Marco Teórico.....	28
6.2.1 Proceso.....	29
6.2.2 Mejoramiento de procesos	29
6.2.3 Salud pública.....	31
6.2.4 Acreditación en Salud.....	31
6.2.5 Estandarización de procesos	32
6.2.6 Manuales de preparación previa en salud.....	34
6.2.7 Indicadores en salud.....	34

6.2.8 Lista de Chequeo.....	34
6.2.9 Árbol de problema.	35
6.2.10 Procesos Según Mapa de Procesos.	36
6.2.10.1 Procesos Estratégicos.....	37
6.2.10.2 Procesos Misionales.....	37
6.2.10.3 Procesos de Apoyo.....	37
6.2.10.4 Procesos de Mejora.	37
6.3 Marco legal	38
6.3.1 Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGCS).....	38
6.3.2 Sistema Único de Acreditación en Salud.....	39
6.3.3 Sistema Único de Habilitación.....	40
6.3.4 Resolución 2003 de 2014.....	41
6.3.5 PAMEC.....	42
6.3.6 Manual de Acreditación en Salud ambulatorio y Hospitalario.	43
7. Diagnóstico	44
7.1 Diagnóstico cualitativo.	51
7.1.1 Efectos.....	51
7.1.2 Causas.	52
7.2 Diagnóstico cuantitativo.	53
8. Formulación de Plan de Mejoramiento	56
9. No atención en salud	59
9.1 Determinación de causas de no atención en la E.S.E HUS.	59
9.2 Propuesta de mejora.....	64
10. Manuales de preparación previa para pacientes.....	69
10.1 Listado institucional de servicios o exámenes que requieren preparación previa.	70

10.2 Formato de Manuales de preparación previa.....	75
11. Indicadores en la E.S.E H.U.S	79
11.1 Indicador de demanda insatisfecha.....	80
11.2 Ficha de indicador de demanda insatisfecha.....	82
11.3 Propuesta de mejora ante la demanda insatisfecha.....	83
12. No atención dada la ausencia de preparación previa	87
12.1 Propuestas de mejora	87
13. Sistema de indicadores.....	90
13.1 Causas de no atención.....	91
13.2 Manuales de preparación previa.....	92
13.3 Adherencia de manuales de preparación previa	93
14. Conclusiones	95
15. Recomendaciones	98
Referencias Bibliográficas.....	100

Lista de tablas

Tabla 1. Cumplimiento de objetivos.....	18
Tabla 2. Metodología.....	26
Tabla 3. Tipo de documentos en estandarización.....	33
Tabla 4. Variables de calificación en Enfoque.....	48
Tabla 5. Problemas detectados	56
Tabla 6. Formulación del plan de mejoramiento.....	57
Tabla 7. Total de Atención y no atención.....	60
Tabla 8. Causas de no atención encontradas.	63
Tabla 9. Medio de contacto a pacientes.....	65
Tabla 10. Cotización de servicio SMS masivo.....	67
Tabla 11. Listado institucional de servicios que requieren manual de preparación previa.	70
Tabla 12. Manuales en sus respectivos apéndices.....	75
Tabla 13. Ficha Indicador de Demanda Insatisfecha.....	82
Tabla 14. Ingresos no percibidos en algunas especialidades de consulta externa por la E.S.E HUS.....	84
Tabla 15. Propuesta ante demanda insatisfecha	85
Tabla 16. Propuesta ante la no atención dada la ausencia de manuales de preparación previa. ..	88
Tabla 17. Indicador de causas de no atención	91
Tabla 18. Indicador de no atención total	92
Tabla 19. Indicador de procedimientos con preparación previa documentada.	93
Tabla 20. Indicador de adherencia a manuales de preparación previa.	94

Lista de figuras

Figura 1. Árbol del problema.....	36
Figura 2. Ejemplar de un mapa de procesos regular.....	38
Figura 3. Componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Adaptado de decreto 780 de 2016.....	39
Figura 4. Atributos del Sistema Único de Habilitación.....	41
Figura 5. Definición de proyecto según SOGCS.....	46
Figura 6. Nuevo mapa de procesos. Adaptado de la E.S.E HUS.....	50
Figura 7. Árbol del problema del proyecto.....	53
Figura 8. Evolución de la etapa de enfoque en autoevaluaciones. Adaptado de la E.S.E HUS ...	54
Figura 9. Gráfico de Atención y no atención. Adaptado de bases de datos de la E.S.E HUS	61
Figura 10. Diagrama de torta de causas de no atención.....	64
Figura 11. Manual de preparación previa 1.....	76
Figura 12. Manual de preparación previa 2.....	77
Figura 13. Manual de preparación previa 3.....	77
Figura 14. Socialización Manuales de preparación previa.....	78
Figura 15. Socialización Manuales de preparación previa.....	78
Figura 16. Ruta para adquirir indicadores. Adaptado de la E.S.E HUS.....	80
Figura 17. Demanda. Adaptado de las bases de datos de la E.S.E HUS.....	81
Figura 18. Diagrama de flujo Demanda Insatisfecha.....	86
Figura 19. Lista de entrega de instrucciones de preparación previa a pacientes.....	89

Lista de apéndices

(Ver apéndices adjuntos en el CD y pueden visualizarlos en la Base de Datos de la Biblioteca UIS)

Apéndice A. Puntuación autoevaluación 2015 y 2017

Apéndice B. No atención

Apéndice C. Demanda insatisfecha

Apéndice D. Guía de elaboración y control de documentos

Apéndice E. Ejemplo de formatos de preparación previa encontradas en la E.S.E H.U.S

Apéndice F. Ficha de indicador de Demanda Insatisfecha

Apéndice G. Oferta comercial ‘Hablame’

Apéndice H. Oferta comercial ‘Movistar’

Apéndice I. Manual de tarifas Institucionales

Apéndice J. Oferta comercial ‘Idestec’

Apéndice K. Manual de preparación previa para pacientes de Cardiología

Apéndice L. Manual de preparación previa para pacientes de Gastroenterología

Apéndice M. Manual de preparación previa para pacientes de Ginecobstetricia

Apéndice N. Manual de preparación previa para pacientes de Imagenología

Apéndice Ñ. Manual de preparación previa para pacientes de Laboratorio Clínico

Apéndice O. Manual de preparación previa para pacientes de Neumología

Apéndice P. Manual de preparación previa para pacientes de Neurología

Apéndice Q. Manual de preparación previa para pacientes de Rehabilitación

Apéndice R. Anexo preparación previa laboratorio clínico COLCAN

Apéndice S. Folleto ejemplo, Imagenología

Apéndice T. Lista de entrega de instrucciones para preparación previa

Apéndice U. Ejemplar de solicitud de creación de documentos

Apéndice V. Listado Institucional de Servicios ambulatorios que requieren documentación de preparación previa

Apéndice W. Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario

RESUMEN

TITULO: MEJORAMIENTO EN LOS PROCESOS MISIONALES GESTIÓN AMBULATORIA, APOYO DIAGNÓSTICO Y APOYO TERAPÉUTICO, ENFOCADO AL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN DE LA E.S.E HUS*

AUTORES: ANGARITACORZO, Jaime Andrés

BLANCO MENDEZ, Andrés Mauricio**

PALABRAS CLAVE: Plan de mejoramiento, acreditación, diagnóstico empresarial, estándares de calidad en salud, indicadores

DESCRIPCIÓN:

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, es una institución pública a nivel departamental, prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, esta institución del estado se dedica a contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del nororiente colombiano y lo hace desde el año 1973, es decir cuenta con una experiencia de 45 años en el sector salud.

Este proyecto se realizó mediante la modalidad de práctica empresarial, y tuvo por objetivo formular, diseñar e implementar un plan de mejora en los procesos misionales de la E.S.E H.U.S enfocado al Sistema Único de Acreditación.

Las estrategias del plan de mejora partieron de un diagnóstico empresarial con en dos autoevaluaciones con auditoría interna, en donde se evidenció ausencia en el cumplimiento de algunos estándares obligatorios en salud que involucraban a los procesos misionales y su componente asistencial ambulatoria. Seguido a esto, se formuló una serie de directrices y acciones para dar cumplimiento a las oportunidades de mejora detectadas mediante la aplicación de herramientas de la ingeniería industrial. Por último, se diseñó un sistema de indicadores que posibilita la evaluación constante de las mejoras sugeridas y en las implementadas, esto con el fin de promover la mejora continua.

*Proyecto de grado. Modalidad práctica empresarial

** Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ingenierías Físico-mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Programa de Ingeniería Industrial. Directora: Elidia Esther Galviz Muñoz

ABSTRACT

TITLE: IMPROVEMENT IN MISSION PROCESSES, AMBULATORY MANAGEMENT, DIAGNOSTIC SUPPORT AND THERAPEUTIC SUPPORT, FOCUSED ON THE ‘Sistema Único de Acreditación’ IN THE E.S.E HUS*

AUTHORS: ANGARITACORZO, Jaime Andrés

BLANCO MENDEZ, Andrés Mauricio**

KEY WORDS: Improvement of process, accreditation, business diagnosis, health quality standards, indicators.

DESCRIPTION:

The Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, is a public institution at departmental level, which provides health services of medium and high complexity, this institution of the state is dedicated to contributing to the improvement of the quality community’s life in Colombian northeast and does it since 1973, so it has 45 years of experience in the health sector.

This project was developed through the business practice modality, and aimed to formulate, design and implement an improvement plan in the mission processes of E.S.E H.U.S focused on the ‘Sistema Único de Acreditación’

The strategies of the improvement process plan started from a business diagnosis with two self-evaluations with internal audit, there was an absence in compliance with some mandatory health standards that involved the mission processes and their outpatient care component. Following this, a series of guidelines and actions were formulated to comply with the improvement opportunities detected through the application of industrial engineering tools. Finally, a system of indicators was designed that allows the constant evaluation of the improvements suggested and the implemented ones, in order to promote continuous improvement.

*Bachelor thesis

** Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ingenierías Físico-mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Programa de Ingeniería Industrial. Directora: Elidia Esther Galviz Muñoz

Introducción

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander es una institución pública a nivel departamental prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, esta institución del estado se dedica a contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del nororiente colombiano. En una misma infraestructura constituida por un edificio de 13 pisos con una capacidad de 384 camas, distribuidas entre hospitalización, observación, consulta externa, servicio de urgencias, quirófanos y partos, en las cuales se internan usuarios que requieren diagnóstico y tratamiento en las diferentes especialidades médicas y médico-quirúrgicas.

En cumplimiento con su Misión, la E.S.E Hospital Universitario de Santander busca mejorar de manera continua sus procesos de atención a través de la implementación de planes de mejoramiento o estrategias, que permitan adoptar los estándares superiores de calidad establecidos en el Sistema Único de Acreditación, el cual es un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud como el medio para la consecución de objetivos. La E.S.E HUS es consciente que no cumple con los requisitos para la consecución de la acreditación en salud, por tanto, se busca fortalecer las debilidades con las que se cuenta actualmente en el proceso de acreditación.

La resolución 2082 de 2014 expresa que el proceso de acreditación se divide en tres etapas dentro de las cuales se encuentra la autoevaluación de los estándares de acreditación estipulados en el manual de acreditación de salud ambulatorio y hospitalario, y hace referencia que cada estándar está involucrado con 3 dimensiones: Enfoque, implementación y resultados. Este proyecto pretende fortalecer la etapa de enfoque en 2 subgrupos de estándares contenidos en el Proceso de Atención al Cliente Asistencial (PACAS), estos son Acceso y Registro e ingreso para

de esa manera poder implementar lo planeado en etapa de enfoque y medir los resultados esperados.

Se busca diseñar e implementar un plan de mejoramiento a los procesos misionales asistenciales que estén involucrados de manera directa con determinados estándares de acreditación contemplados en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. La estrategia del plan de mejoramiento tendrá que ver con los estándares que no se estén cumpliendo o que cuenten con niveles bajos según los resultados de la autoevaluación de PACAS del E.S.E HUS.

Tabla 1.

Cumplimiento de objetivos.

Objetivo	Cumplimiento
Realizar un diagnóstico de la situación actual de los procesos misionales gestión ambulatoria, apoyo diagnóstico y terapéutico de la E.S.E HUS, con base en el manual de estándares de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, resolución 123 de 2012.	Capítulo 7. Diagnóstico
Formular un plan de mejoramiento a los procesos misionales de la ESE HUS, conforme a los resultados obtenidos en el diagnóstico.	Capítulo 8. Formulación de plan de mejoramiento
Implementar las mejoras de procesos misionales que sean aprobadas por los líderes de los procesos de la ESE HUS y que fortalezcan la etapa de enfoque del sistema único de acreditación.	Capítulo 10. Manuales de preparación previa Capítulo 11.2. Ficha de indicador de demanda insatisfecha
Diseñar un sistema de indicadores de procesos, que permitan evaluar el desempeño de las mejoras implementadas.	Capítulo 13. Sistema de indicadores

1. Generalidades

1.1 Título del proyecto.

Diseño e implementación de un plan de mejoramiento en los procesos misionales de gestión ambulatoria, apoyo diagnóstico y apoyo terapéutico, enfocado al Sistema Único de Acreditación de la E.S.E H.U.S

1.2 Generalidades de la empresa.

1.2.1 Nombre de la empresa. Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander (E.S.E HUS)

1.2.2 Reseña histórica. El Hospital Ramón González Valencia, nació por la necesidad de tener en la ciudad un Hospital que diera cubrimiento en salud a todo el Nororiente Colombiano bajo el Decreto Presidencial N 0793 del 13 de abril de 1951 firmado por el Expresidente Laureano Gómez. En julio de 1973, es inaugurado por el presidente Misael Pastrana Borrero, en memoria del Expresidente RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA.

En vista de tantos conflictos laborales y la falta de recursos, el señor Gobernador del Departamento de Santander en el año 2004 decidió liquidar el entonces Hospital Ramón González Valencia y dar comienzo al nuevo proyecto que fue creado mediante la resolución 0025 expedida el 4 de febrero de 2005.

El Hospital Ramón González Valencia fue liquidado el 4 de febrero de 2005, para dar paso a la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, una nueva institución que comenzó a operar saneada, con menos funcionarios y con más eficiencia en la atención a la comunidad no sólo de Santander, sino de departamentos vecinos. La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander (ESE HUS) fue creada mediante el Decreto 0025 de febrero 4 de 2005, como una entidad social del estado prestador de servicios de salud descentralizada, de orden Departamental con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaria de Salud de Santander.

A partir del año 2013 la Junta Directiva y la Gerencia de la E.S.E Hospital Universitario de Santander, trazaron un camino claro en el fortalecimiento del Ciclo de preparación para la Acreditación con miras a lograrla según lo establece la ley 1438 de 2011.

Es importante resaltar que la implementación del sistema único de acreditación representa un gran desafío para la administración de la E.S.E HUS y del Departamento, desde el punto de vista asistencial, político, social y económico, lo que definirá el futuro de la institución frente a la atención de la población residente en su área de influencia en particular (Zona urbana y rural); buscando mejorar la calidad en la prestación de los servicios, atención humanizada y centrada en el usuario, que garantice seguridad clínica bajo una transformación cultural que permita observar la institución de manera integral.

1.2.3 Misión. La E.S.E. Hospital Universitario de Santander, institución que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, con énfasis en docencia e investigación, basados en criterios

éticos, técnicos, científicos y de gestión integral, que nos constituye como centro de referencia de la red pública del nororiente colombiano y el resto del país, involucrando la participación de talento humano competente que realiza sus actividades con sentido humano y alineado con los valores y principios organizacionales. Para lograr lo anterior la organización está comprometida con el trato digno y humanizado, y la provisión de entornos de atención seguros y con tecnología de avanzada. (HUS, 2014)

1.2.4 Visión. Para el año 2020 la E.S.E Hospital Universitario de Santander se consolidará como una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, acreditada, competitiva y líder en la generación de conocimiento humano, con enfoque de seguridad, humanización y responsabilidad social.

La E.S.E. Hospital Universitario de Santander será líder en el uso eficiente y transparente de los recursos para la ejecución de sus procesos, que aseguren sostenibilidad financiera, mejoramiento continuo de las condiciones laborales y evidentes márgenes de rentabilidad económica y social. (HUS, 2014)

2. Planteamiento del Problema

La E.S.E Hospital Universitario de Santander es una entidad prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad que tiene como objetivos acreditarse para el año 2020, prestar servicios de salud de mayor calidad, tener un mejoramiento continuo y seguir manteniendo la condición de hospital universitario, para ello requiere aprobar requisitos exigidos por parte del ente acreditador

competente y de las normas que lo rigen. Es necesaria la toma de acciones frente a esta situación, dado que estos requisitos se encuentran contenidos en el Sistema Obligatorio de Garantía De Calidad en Salud, que según el decreto 1011 de 2006, son el conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud.

De acuerdo con lo anterior, se realizó un diagnóstico de la situación actual con base en autoevaluaciones realizadas en 2015 y 2017. La autoevaluación o evaluación interna es definida por la resolución 2082 de 2014 como una de las etapas del ciclo de acreditación y se debe hacer de manera cualitativa y cuantitativa, el criterio cuantitativo mide 3 dimensiones en cada estándar, estos son enfoque, implementación y resultados, y en el criterio cualitativo se realizan observaciones y se determinan acciones de mejora para cada estándar. El enfoque es el componente por mejorar en este proyecto, se refiere a los procesos y métodos que de forma sistémica son utilizados por la E.S.E HUS para dar cumplimiento a los estándares estipulados en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Se pudo evidenciar que el problema se encuentra en los bajos niveles en la evaluación cuantitativa y regulares observaciones de manera cualitativa en la dimensión de Enfoque en los estándares contenidos en el Manual de Acreditación ambulatorio y hospitalario

Conocida esta situación, se plantea este proyecto con la finalidad de apoyar el proceso de acreditación en la etapa de enfoque, se tendrá como canal de consecución de objetivos dar cumplimiento a determinados estándares contenidos en los subgrupos de Acceso y Registro e ingreso, que a su vez se encuentran en el Grupo de Procesos de Atención al Cliente Asistencial.

3. Justificación del Proyecto

La empresa social del estado Hospital Universitario de Santander ha representado desde el 2005 para el gobierno departamental y para quienes laboran allí, una oportunidad para rescatar la red pública hospitalaria y brindar una atención integral a los usuarios. La E.S.E HUS ha servido como modelo de hospital público del país; esto significa que la labor que se adelanta en él es tomada como referencia por otros hospitales para su funcionamiento y atención, a partir del año 2013 la junta directiva y la gerencia la entidad, trazaron un camino claro en el fortalecimiento del ciclo de preparación para la acreditación con miras a lograrla según lo establecido en la ley 1438 de 2011.

De acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y de uno de sus componentes, el foco de este proyecto, el Sistema Único de Acreditación, se han venido incorporando los conceptos de Enfoque, Implementación y Resultados que permite a las instituciones prestadoras de servicios de salud a contar con procesos sistemáticos, estandarizados, preventivos y que cuenten con ciclo de mejoramiento continuo y evaluación periódica. La E.S.E HUS, por ser una entidad prestadora de servicios de alta complejidad es regida por el Manual de Acreditación de Salud Ambulatorio y Hospitalario, el cual contiene una serie de estándares con los que debe contar toda institución prestadora de estos servicios, siempre y cuando su meta sea la acreditación en salud.

Conforme a lo anterior, la ejecución de este proyecto representará el desarrollo de una serie de directrices, métodos y procesos que le permitan al hospital dar un enfoque sistémico que pueda ser

implementado y así obtener resultados que den cumplimiento a lo exigido por los estándares determinados en cada área. El cumplimiento de estos estándares se van a ver reflejados en el aumento del criterio cuantitativo de la autoevaluación en los subgrupos de Acceso y Registro e Ingreso, los cuales están contenidos en el Manual en la directriz de Proceso de Atención al Cliente Asistencial. Este proyecto pretende apoyar a la institución en el cumplimiento de tres estándares, estándar 13 del grupo Acceso y estándares 16 y 18 del grupo de Registro e Ingreso. Esto representaría un avance importante en oportunidades de mejora detectadas en la más reciente autoevaluación con respecto a los estándares mencionados.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Diseñar e implementar un plan de mejoramiento en los procesos misionales, Gestión ambulatoria, Gestión de apoyo Terapéutico y Gestión de apoyo Diagnóstico, que permita fortalecer y contribuir a la dimensión de enfoque en el sistema único de acreditación de la ESE HUS.

4.2 Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico de la situación actual de los procesos misionales gestión ambulatoria, apoyo diagnóstico y terapéutico de la E.S.E HUS, con base en el manual de estándares de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, resolución 123 de 2012.
- Formular un plan de mejoramiento a los procesos misionales definidos de la ESE HUS, conforme a los resultados obtenidos en el diagnóstico.
- Implementar las mejoras de procesos misionales definidos que sean aprobadas por los líderes de los procesos de la ESE HUS y que fortalezcan la etapa de enfoque del sistema único de acreditación.
- Diseñar un sistema de indicadores de procesos, que permitan evaluar el desempeño de las mejoras implementadas.

5. Metodología

Tabla 2.
Metodología

Objetivo	Metodología
<p>Realizar un diagnóstico de la situación actual de los procesos misionales gestión ambulatoria, apoyo diagnóstico y terapéutico de la E.S.E HUS, con base en el manual de estándares de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, resolución 123 de 2012.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de terminología mediante marco teórico. • Acercamiento y conocimiento de procesos misionales u operativos de la E.S.E HUS. • Revisión de resultados de evaluaciones internas y avances. • Diagnóstico de la situación actual antes del inicio del cuarto ciclo de acreditación.
<p>Formular un plan de mejoramiento a los procesos misionales de la ESE HUS, conforme a los resultados obtenidos en el diagnóstico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar una propuesta que permita mejorar los niveles obtenidos en evaluaciones internas. • Ajustar la propuesta a lo exigido por los manuales de acreditación.
<p>Implementar las mejoras de procesos misionales que sean aprobadas por los líderes de los procesos de la ESE HUS y que fortalezcan la etapa de enfoque del sistema único de acreditación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar las mejoras diseñadas de acuerdo con su prioridad. • Llevar a cabo las mejoras que sean aprobadas por los líderes de los procesos de la E.S.E HUS. • Socializar mejoras con los trabajadores de cada área en las cuales se haya operado.
<p>Diseñar un sistema de indicadores de procesos, que permitan evaluar el desempeño de las mejoras implementadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar un sistema de indicadores a las mejoras propuestas y las implementadas. • Especificar objetivos de cada indicador, metodología, fórmula de cálculo, periodicidad, responsable, definición y utilidad.

6. Marco de Referencia

6.1 Marco de Antecedentes

Viviana Silva en su proyecto ‘Aplicación de Gestión por procesos, como herramienta de apoyo al mejoramiento del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso (HEP)’, el cual tenía como objetivo la contribución a mejorar la gestión por procesos del Hospital, a través de la identificación y análisis de sus procesos, como herramienta que apoya la toma de decisiones y la optimización de recursos, el cual expresa la importancia de tener una visión global de los procesos, identificación de problemas, cuellos de botella, proyecciones futuras ante necesidades de mejora y en este caso, la importancia de la gestión por procesos en temas de acreditación en salud. Es planteado en este proyecto que una herramienta capaz de facilitar la planeación y evaluación interna de la gestión institucional y la incorporación de nuevas estrategias mediante la gestión por procesos facilita la ruta de trabajo con miras a Acreditación. (Silva, 2013)

Por otro lado, haciendo referencia al mejoramiento de procesos, Darlyn Ferrer y Luis Calvo en su trabajo de grado ‘Propuesta de mejoramiento de procesos en la farmacia de un Hospital de alta complejidad en la ciudad de Cali’, plantea a la logística hospitalaria como una herramienta necesaria para el cumplimiento de servicios y la encargada de soportar los procesos operativos del mismo. Algunas de las herramientas de mejoramiento utilizadas en instituciones de salud como Lean Manufacturing, que trata acerca dar valor a los pacientes a través de la reducción de desperdicios y esperas, integrando la participación de todo el personal de las instituciones y creando cultura de mejora continua; TQM (Total Quality Management), que plantea la reducción de inventarios, implementación de tratamientos estándares que permitan la eliminación de pruebas

de medicamentos, entre otros, han demostrado beneficios importantes en temas de sobrecostos. En temas logísticos, las herramientas tecnológicas y de comunicación han demostrado la reducción de hasta un 30% de costos y errores gracias a herramientas como Auto identificadores (códigos de barras), Captura de Datos mediante intercambio electrónico y Sistemas Automáticos de Dispensación, entre otros. (Ferrer & Calvo, 2014)

El trabajo de grado de Liseth Pazos, ‘Propuesta de mejoramiento del proceso de facturación en el centro de salud E.S.E Santa Cruz Guachaves en el departamento de Nariño’, en el que se refiere al talento humano como uno de los eslabones más importantes a la hora de enfrentarse a actividades como la mejora continua interna, propone y justifica programas de capacitación de personal cada que se tenga un plan institucional, guiándose por el artículo 4 del decreto 1567 de 1998 en el que se promueve la capacitación y la educación formal y no formal, con el fin de incrementar la capacidad individual colectiva para contribuir al cumplimiento de la misión institucional. En este proyecto también se menciona la importancia de la realización de una trazabilidad en el proceso donde se encontró debilidad, esto con el fin de brindar conocimiento acerca de en qué parte del proceso se encuentra el error después de haber hecho una verificación o autoevaluación. La metodología fue presentada de tal forma que permitiera identificar el actual funcionamiento mediante diagnóstico de sus procesos y procedimientos, luego de obtenida esta información se hizo análisis de procesos mediante documentación de acuerdo con la metodología de estandarización de procesos y a la normativa vigente. (Pazos, 2015)

6.2 Marco Teórico

6.2.1 Proceso. Es el conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracterizan por requerir ciertos insumos y tareas particularmente que implican valor añadido, con miras a obtener ciertos resultados. (Mallar, 2010)

Los elementos del proceso son:

- **Inputs:** Recursos o materiales a transformar y/o procesar, pueden ser incluso personas, información y conocimiento que vaya a ser transformado.
- **Recursos o factores que transforman:** Actúan sobre los inputs a transformar
- **Flujo del real procesamiento o transformación:** Puede haber transformación física, de lugar, también puede modificarse una estructura jurídica de propiedad, entre otras. Si el input es información puede sufrir una reconfiguración o posibilitar su difusión. Existe también transferencia de conocimiento como capacitaciones o almacenaje de documentos.
- **Outputs:** Existen outputs tangibles o intangibles, bienes o servicios consecuentemente.

6.2.2 Mejoramiento de procesos. Para hablar de mejora de procesos, se debe partir de la definición de qué se entiende por proceso y cómo se organizan en las empresas. La determinación de entradas y salidas del sistema, la identificación de actividades que se relacionan para lograr esas salidas deseadas es lo que se conoce como proceso. Se puede definir la palabra “mejoramiento” como el conjunto de acciones que tienen por finalidad mejorar aspectos tales como la calidad, el servicio, tiempos de respuesta, costos y demás indicadores de un proceso.

Para un mejoramiento de proceso es indicada la utilización de un ciclo de mejora continua o ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar).

- Planificar los objetivos de mejora y la manera de ejecución.

- Ejecutar las actividades planificadas para la mejora de procesos.
- Comprobar la efectividad de las actividades de mejora.
- Con base a las conclusiones de los pasos anteriores se elige una opción, si no se han detectado errores continuar, de lo contrario, modificar actividades.
- Retroalimentación

El mejoramiento de procesos es el estudio sistemático de las actividades y los flujos de cada proceso a fin de mejorarlo. Entender los procesos y desentrañar los detalles. Una vez se ha comprendido realmente el proceso, es posible mejorarlo. (Krajewski, 2000, p.110)

La mejora de procesos es esencial en una economía globalizada y competitiva como es la actual, por tanto, tener identificación clara de los procesos que pueden ser mejorados proporciona una visión que interrelaciona los objetivos propios con el funcionamiento de cada proceso.

Los procesos deben ser ejecutados de manera estándar, pronta y eficiente. La mejora continua de estos hace que las organizaciones sean más competitivas reduciendo costos innecesarios y así mejorar el resultado final.

El mejoramiento de procesos busca:

- Eliminación de la burocracia
- Eliminación de la duplicación
- Aseguramiento del valor agregado
- Simplificación
- Reducción de tiempos de ciclo

- Crecimiento
- Estandarización

(Rojas, 2000, p.14)

6.2.3 Salud pública. El Ministerio de Salud colombiano define la Salud pública de acuerdo con la ley 1122 de 2007 como un ‘conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.’ (Ministerio de Salud, 2015)

6.2.4 Acreditación en Salud. Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (Decreto 1011- Resolución 1445 de 2006).

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del

personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados. Esta evaluación corresponde a un proceso voluntario en el cual se reconoce públicamente a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, (IPS), Entidad Promotora de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y Régimen subsidiado (EPS), Entidad de Medicina Prepagada (EMP) o Entidad Adaptada, Entidades Territoriales de Salud (ETS), el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el Sistema Único de Habilitación.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada cuatro años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación deberán renovarlo igualmente cada cuatro años. (ICONTEC, s.f.)

6.2.5 Estandarización de procesos. Hace referencia a que los procesos que se desarrollan en una organización sean ejecutados de una manera uniforme por todos los involucrados en el, así asegurando calidad de productos o servicios.

‘Un proceso que mantiene las mismas condiciones produce los mismos resultados. Por tanto, si se desea obtener los resultados esperados consistentemente, es necesario estandarizar las condiciones, incluyendo materiales, máquina y equipo, métodos, procedimientos y el conocimiento y habilidad de la gente’ (Rodriguez Martinez, 2005)

Los pasos básicos para realizar la estandarización de procesos son:

1. Definir el método actual a estandarizar.
2. Realizar el análisis del método actual comparado con el estándar o la norma establecida a implementar.
3. Identificar diferencias y realizar ajustes metodológicos incluyendo los registros de control
4. Ensayar o probar el nuevo método
5. Documentar el método
6. Socializarlo al personal
7. Aplicarlo.

La definición de estándares es realizada mediante documentación, la cual se representa en manuales, procedimientos, instrucciones de trabajo, datos y formatos, que son requisito para cumplir con políticas de gestión de la calidad. Existen los siguientes tipos de documentos:

Tabla 3.
Tipo de documentos en estandarización.

Tipos de documentos	Definición
Manual de calidad	Documento que especifica el sistema de gestión de calidad de una organización
Caracterización de proceso	Documento que permite planear el proceso (proveedores, insumos, actividades, productos, clientes), interrelacionándolo con los demás procesos de la compañía,
Procedimiento	Documento que describe actividades secuenciales al menor nivel del mapa de procesos y sus directrices
Formato	Definen la forma en la que se registra una actividad.

Registro	Evidencia objetiva que demuestra el funcionamiento y la efectividad del Sistema de Gestión.
-----------------	---

Nota: Adaptado de “El método MR: maximización de recursos para la pequeña empresa” Bogotá 2005

6.2.6 Manuales de preparación previa en salud. Un manual de preparación previa es aquel documento que contiene instrucciones sobre actividad física, medicación, ayuno o preparación corporal antes de un determinado examen o procedimiento invasivo. El seguimiento de estas instrucciones se hace indispensable a la hora de obtener un buen resultado en el examen a realizar o de evitar complicaciones en procedimientos invasivos.

6.2.7 Indicadores en salud. Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS las ha definido como “variables que sirven para medir los cambios”. (OMS, 1981)

Los indicadores de salud y los relacionados con la salud, con frecuencia utilizados en diversas combinaciones, se emplean en particular para evaluar la eficacia y los efectos. Son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilicen la misma forma de apreciar la realidad.

6.2.8 Lista de Chequeo. Se entiende por lista de chequeo a un listado de ítems o preguntas que se responden ya sea de forma cualitativa o cuantitativa y sirve para verificar el grado de cumplimiento de determinadas reglas o actividades establecidas con un fin determinado. También es utilizado como un mecanismo que controla riesgos. La lista de chequeo es una herramienta que

proporciona un método rápido a la hora de verificar los ítems a controlar y que brinda beneficios tales como: Brindar trazabilidad de la actividad realizada para evaluaciones futuras necesarias, concentrarse en aspectos críticos, generar sistematicidad en la realización de actividades y asegurar la secuencia de ejecución de tareas o actividades.

Es una herramienta metodológica que se compone de una serie de ítems, factores, propiedades, aspectos, componentes, criterios, dimensiones o comportamientos necesarios de tomarse en cuenta para realizar una tarea, para controlar y evaluar detalladamente el desarrollo de un proyecto, evento, producto o actividad, dichos componentes se organizan de manera coherente para permitir que se evalúe de manera efectiva, la presencia o ausencia de elementos individuales enumerados o por porcentaje de cumplimiento u ocurrencia. (Oliva, 2009)

6.2.9 Árbol de problema. El árbol de problema es una herramienta diagnóstica cualitativa que permite desarrollar un modelo de relación causa-efecto de una problemática previamente identificada. El tronco del árbol es el problema central, las raíces son las causas y la copa los efectos.

Esta herramienta ayuda a identificar las problemáticas centrales que afectan el normal desarrollo en una compañía, junto con las causas que la originan y los efectos que pueden llegar a tener. Los resultados que se pueden obtener son la base en el proceso de modelar o plantear una mejora que le permita a la empresa tener un mejor desempeño.

Existen cuatro fases en el proceso de análisis:

1. Analizar el funcionamiento de una organización e identificar situaciones que no permitan realizar las actividades de manera correcta.
2. Identificar la problemática central.
3. Analizar la problemática central y encontrar las causas que la originan y los efectos que puede llar a tener.
4. Desarrollar un plan de mejoramiento.

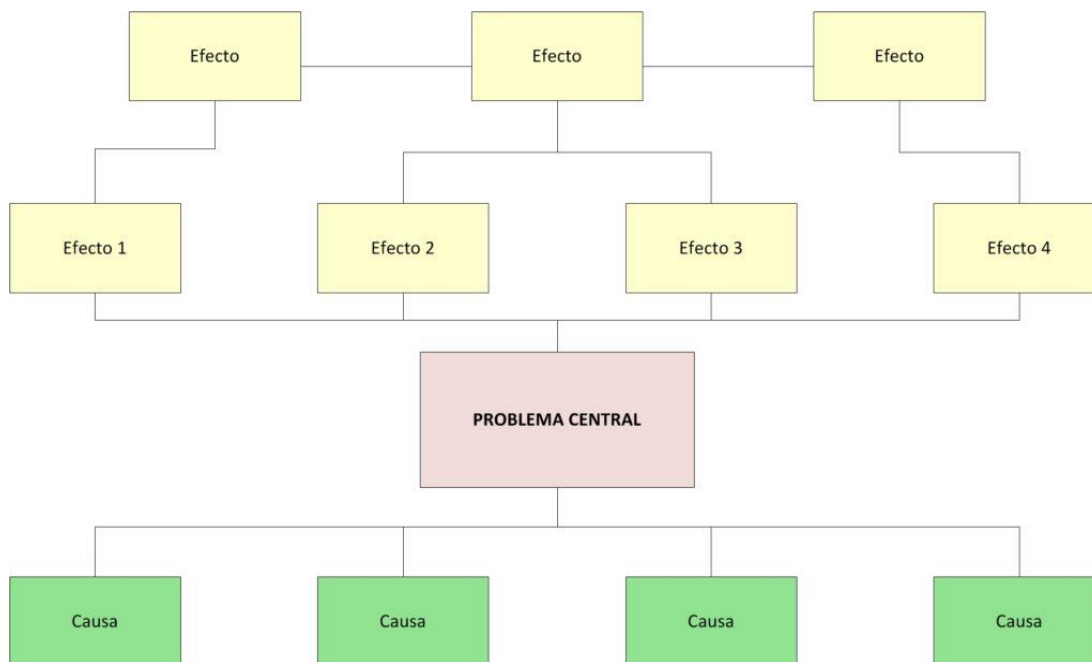


Figura 1. Árbol del problema.

6.2.10 Procesos Según Mapa de Procesos. Los procesos representados en el Mapa de Procesos deben estar alineados con los objetivos de la organización y diseñados para aportar valor teniendo en cuenta el alcance y la complejidad de estos. En un mapa de procesos se pueden identificar los siguientes tipos de procesos:

6.2.10.1 Procesos Estratégicos. Llamados también de direccionamiento son aquellos que brindan dirección, establecen estrategia y son responsabilidad de alta dirección. Por otra parte, los procesos para la gestión de una organización incluyen procesos relativos a la planificación estratégica, establecimiento de políticas, fijación de objetivos y provisión de comunicación.

6.2.10.2 Procesos Misionales. Son aquellos que generan valor, los procesos operativos o de realización. Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la organización.

6.2.10.3 Procesos de Apoyo. Son aquellos realizados para la gestión de recursos que son necesarios en los procesos para la gestión de una organización y la medición

6.2.10.4 Procesos de Mejora. Son aquellos que hacen referencia a la mejora continua, procesos de medición, análisis y mejora que incluyen aquellos necesarios para medir y recopilar datos para realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia (Perez, 2007).

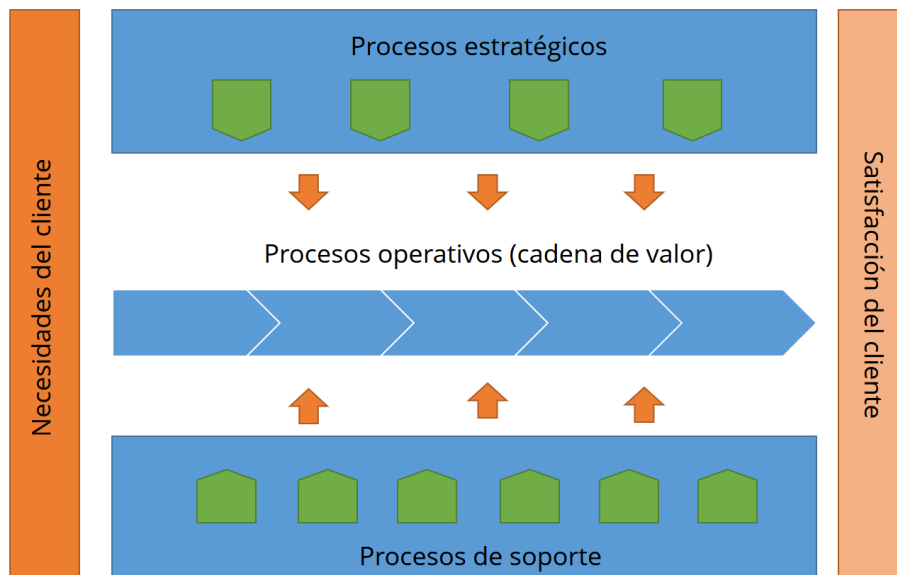


Figura 2. Ejemplar de un mapa de procesos regular.

6.3 Marco legal

6.3.1 Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGCS). Contenido en el decreto 780 de 2016 en la parte 5, Título 1, Capítulo 1. Este decreto compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector salud. Esto con el objetivo de racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Ministerio de Salud, 2015)

Componentes del SOGCS			
Sistema Único de Habilitación	La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	Sistema Único de Acreditación	Sistema de información para la calidad

Figura 3. Componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Adaptado de decreto 780 de 2016.

6.3.2 Sistema Único de Acreditación en Salud. La ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de calidad y de Acreditación en Salud con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina prepagada y que a su vez está integrado por una cantidad de procesos, procedimientos y herramientas que se implementan de manera voluntaria por instituciones prestadoras de servicio de salud que quieran demostrar el cumplimiento gradual de altos niveles de calidad altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas obligatorias para la atención en salud,

es decir, lo establecido en el Sistema Único de Habilitación y bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Los estándares que se aplicarán evalúan procesos tales como respeto a los derechos de los pacientes, acceso al servicio, atención clínica y soporte administrativo y gerencial, en las instituciones que prestan servicios de salud y que quieran participar en el proceso de acreditación. Estas disposiciones están reglamentadas en la resolución 1474 de 2009 y sus anexos técnicos. (Ministerio de Salud, s.f.)

6.3.3 Sistema Único de Habilitación. El sistema único de habilitación es la puerta de entrada a la prestación de servicios de salud en Colombia y establece las condiciones mínimas que las IPS deben tener para poder prestar dichos servicios.

Dichas condiciones mínimas son:

1. Capacidad Técnico-Administrativa.
2. Suficiencia Patrimonial y Financiera.
3. Capacidad Tecnológica y Científica.

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio

cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Existen atributos adjuntos al Sistema Único de Habilitación que son visualizados en la figura 4.

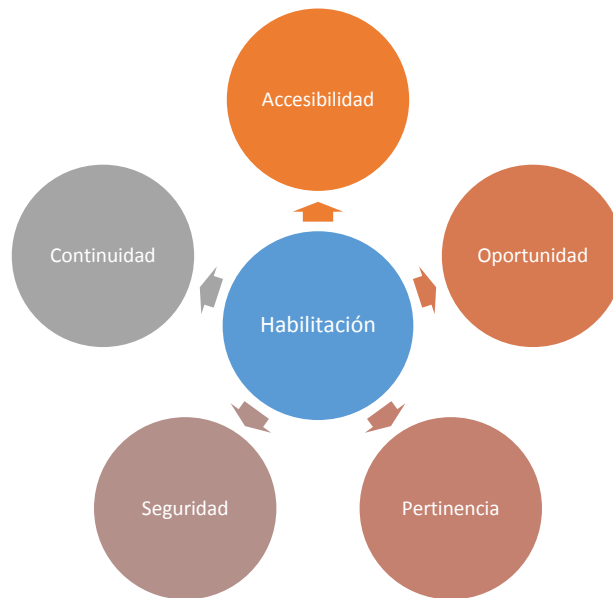


Figura 4. Atributos del Sistema Único de Habilitación

6.3.4 Resolución 2003 de 2014. En la Resolución 2003 de 2014 emitida por el Ministerio de Salud y Protección social podemos encontrar un conjunto de procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud o IPS y las condiciones de habilitación de servicios de salud. Así mismo, adopta el Manual de Inscripción de las IPS y Habilitación de Servicios de Salud que se hacen parte integral de la misma.

El campo de aplicación de la presente resolución es el siguiente:

1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

2. Los Profesionales Independientes de Salud.
3. Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.
4. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que, por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.
5. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia

En conclusión, la resolución 2003 del 2014 básicamente habla de la inscripción y habilitación. Inscripción de las IPS al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y de la habilitación de los servicios que presan estas instituciones según el manual de inscripción habilitación, es decir los servicios cuyos procesos y actividades cumplan con lo sugerido o exigido en el manual.

Emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Así mismo, adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que se hacen parte integral de la misma.

6.3.5 PAMEC. Es el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud, por el cual una IPS implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el cual se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada , respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios". RES. 123 DE 2013.

El PAMEC va más allá de una simple evaluación de calidad por lo cual se entiende también como un proceso de autocontrol donde se otorga una gran importancia a las oportunidades de mejora pertinentes de intervención con ajustes y acciones necesarias que permitan superar las expectativas de los usuarios de los diferentes procesos de la prestación del servicio de salud. Son enmarcados en la resolución de habilitación y en estándares superiores de acreditación.

Sus objetivos específicos:

- Identificar oportunidades de mejora evaluando periódicamente la calidad de la atención.
- Identificar problemas reales o potenciales prioritarios.
- Implementar los planes de mejoramiento que requiera la organización.
- Evaluar la eficacia de los planes de mejoramiento implementados mostrando el impacto.

6.3.6 Manual de Acreditación en Salud ambulatorio y Hospitalario. Este manual fue elaborado en la Unidad sectorial de Normalización en Salud a través de un amplio proceso de consenso y con la participación de expertos del Ministerio de la protección Social, del Icontec y de las instituciones participantes en el comité sectorial, ha sido actualizado para responder a las nuevas exigencias de los estándares internacionales y a la necesidad de impulsar las instituciones hacia nuevos desarrollos en los procesos de calidad que enfatizan en el enfoque dirigido a la obtención de resultados centrados en el paciente.

Este manual aplica a las instituciones prestadoras de servicios de salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos. Están excluidas las instituciones que ofrecen servicios de habilitación y rehabilitación, a las cuales se les aplicará el manual específico para este tipo de instituciones.

El manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario se divide en tres secciones:

1. Estándares del proceso de atención al cliente asistencial: Allí se encuentran los derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, referencia y contrarreferencia, salida y seguimiento, evaluación de la atención, ejecución del tratamiento, planeación de la atención
2. Estándares de mejoramiento a los procesos de atención al cliente asistencial.
3. Estándares de apoyo.

Los estándares se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud enfocada al usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad, en la promoción de la excelencia y en el enfoque de riesgo, en el cual se basan las normas y se traduce en la identificación, prevención, intervención, reducción e impacto del riesgo. (Social M. d., 2011)

7. Diagnóstico

Para expresar lo encontrado en la fase exploratoria o diagnóstica se tuvo en cuenta autoevaluaciones realizadas en 2015 y 2017 por los gestores asignados por la E.S.E HUS, la cual nos permite observar los niveles de cumplimiento de cada estándar de acreditación, y su cambio en el tiempo.

La dimensión de enfoque, componente de evaluaciones tanto interna como externa, es aquella que determina acciones, procesos y métodos que se utilizan para cumplir con los criterios que

demanda cada estándar incluido en el manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario, por esta razón, es la dimensión en la cual se detectaron falencias que se encuentran relacionadas con falta de gestión que permita tener en cuenta diferentes alternativas de solución al problema que es los bajos niveles encontrados en la dimensión de enfoque de las autoevaluaciones en las cuales se basó este diagnóstico.

Se llevó a cabo la identificación de la puntuación de cada tipo de enfoque según la resolución 2082 de 2014 (Tabla 4.), y la identificación del mapa de procesos, subrayados los procesos misionales a tratar. Se realizó un árbol del problema con causas y efectos alrededor del problema determinado, también se hizo diagnóstico cuantitativo el cual representa la disminución de la variable que califica el enfoque de la autoevaluación de 2015 con relación a la realizada en 2017.

En el siguiente mapa conceptual (Figura 5.) se explica como de manera general, Partiendo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, el cual está compuesto por 4 componentes, Sistema Único de habilitación, Auditoría para el mejoramiento de la calidad, Sistemas de información de la calidad y del Sistema Único de Acreditación.

El Sistema Único de Acreditación define los pasos a seguir en la decisión de acreditarse en salud, inicialmente se toma de la decisión, luego se prepara para la evaluación interna y evaluación externa, este proyecto fue basado en evaluación Interna. A su vez, al Sistema Único de Acreditación lo rige el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, el cual se divide en tres importantes capítulos: apoyo administrativo, proceso de atención al cliente asistencial y

mejoramiento de la calidad. Se trabajó en estándares contenidos en el capítulo referente al proceso de atención al cliente asistencial.

La evaluación interna a su vez se compone por tres pilares importantes, el enfoque, la implementación y los resultados, estos pilares actúan como un ciclo PHVA para la promoción de la mejora continua. Se enfocó en las toma de acciones y métodos para dar cumplimiento a los estándares establecidos en el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, más específicamente en los grupos de estándares de Acceso y Registro e Ingreso.

El Manual de acreditación el salud ambulatorio y hospitalario se encuentra en el Apéndice W.

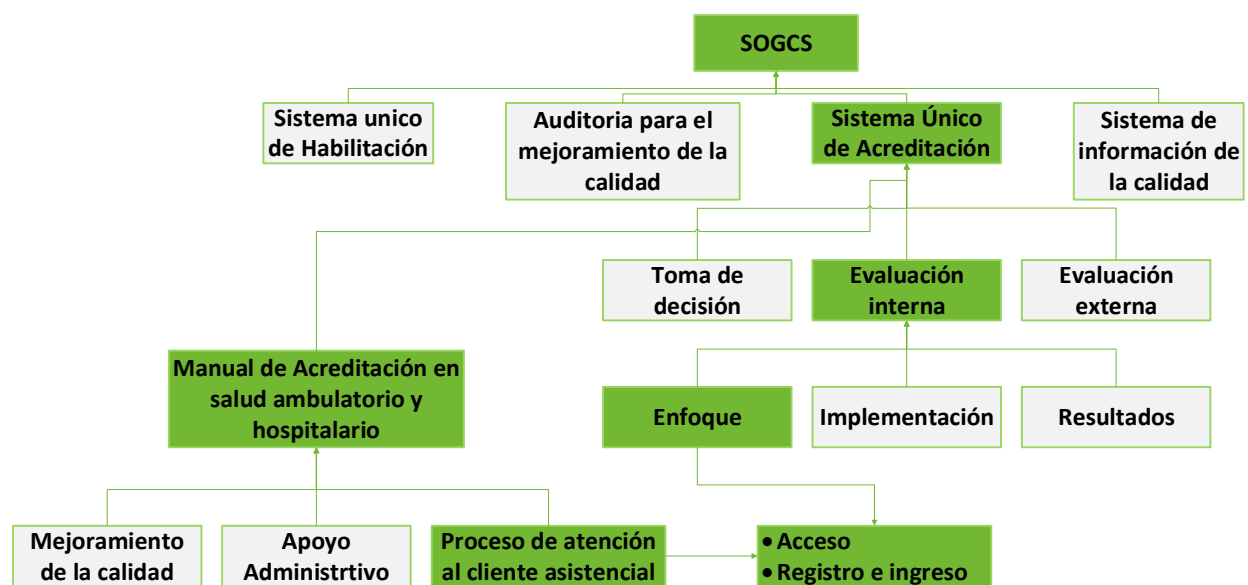


Figura 5. Definición de proyecto según SOGCS

En la Resolución 2082 de 2014, la calificación de los estándares de acreditación en el proceso de autoevaluación se realiza de dos formas, evaluación cuantitativa y cualitativa. La evaluación cualitativa describe fortalezas y oportunidades de mejora de cada componente, mientras que la evaluación cuantitativa incluye la asignación numérica del grado de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

En la Tabla 4. se expresa las correspondientes calificaciones en evaluaciones en la etapa de enfoque y sus tres variables, enfoque sistémico, enfoque proactivo y enfoque evaluado y mejorado también se explica a qué se refiere cada variable de enfoque.

Tabla 4.
Variables de calificación en Enfoque.

Variable	1	2	3	4	5
ENFOQUE SISTEMICO:					
Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar; que hace una visión de conjunto de la institución	El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistémico y no se relaciona con el direccionamiento estratégico	Comienzo de un enfoque sistémico para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque se encuentra documentado	El enfoque es sistémico, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos clave	El enfoque es sistémico tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todos los procesos, responde a los distintos criterios del estándar.
ENFOQUE PROACTIVO:					
Grado en que el enfoque preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad	Los enfoques son mayoritariamente reactivos, la información presentada es anecdótica y desarticulada.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo	Enfoque mayoritariamente hacia el manejo y control de los procesos, gestión del riesgo parcial.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos y se evidencian resultados parciales de la gestión del riesgo	El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos. Hay evidencia de la gestión del riesgo

Continuación Tabla 4. *Variables de calificación en Enfoque*

Variable	1	2	3	4	5
ENFOQUE EVALUADO Y MEJORADO: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos desarticulados	El proceso de un mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de los servicios.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección	Existen ciclos sistemáticos de la evaluación, la información recogida es consistente y valida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento

Nota: Adaptado de Resolución 2082 de 2014.

Este proyecto limita su campo de acción a los estándares contenidos en el grupo de atención de al cliente asistencial, los cuales aplican únicamente a los procesos misionales de la E.S.E HUS que son los procesos acordados a abordar. Sin embargo formular, diseñar e implantar un plan de mejoramiento en todos los procesos misionales resulta un trabajo extenso y no se cuenta con el tiempo para hacerlo, de esta manera, se trabajará en procesos asistenciales ambulatorios del paciente es decir los procesos de Gestión de Servicios de Apoyo Diagnóstico y Gestión de Apoyo Terapéutico, los cuales participan en la operación del hospital de manera transversal, es decir, son procesos que fortalecen la prestación de servicio en los demás procesos misionales.

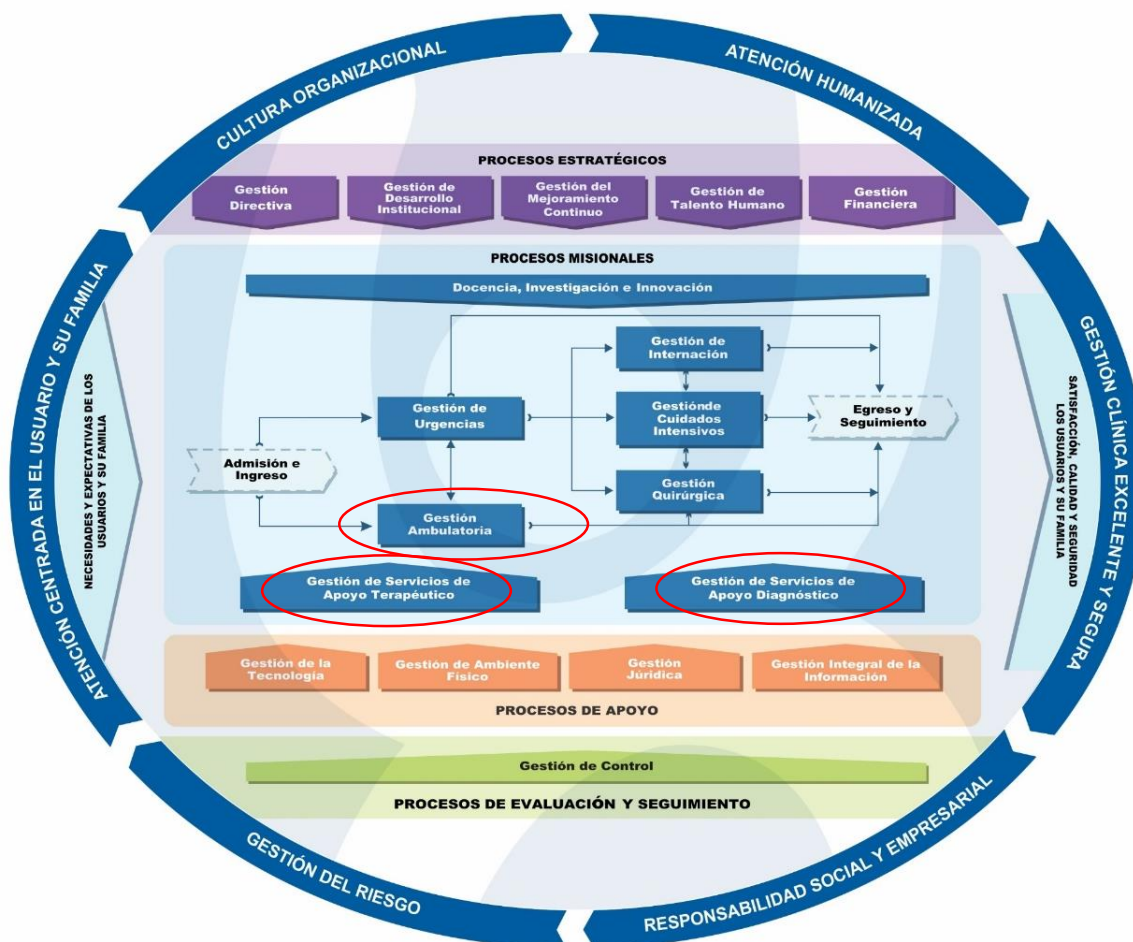


Figura 6. Nuevo mapa de procesos. Adaptado de la E.S.E HUS

7.1 Diagnóstico cualitativo.

A partir de los resultados de la autoevaluación logró identificar algunas causas y efectos de estos bajos niveles de enfoque que reflejan una carencia de métodos y acciones de cumplimiento de los estándares de acreditación contenidos en el acceso y registro e ingreso que a su vez hacen parte del grupo de procesos de atención al cliente asistencial y que aplican a los tres procesos misionales mencionados.

7.1.1 Efectos. Se analizaron los efectos que el problema en mención está generando en la E.S.E HUS, y de manera general, en el proceso de acreditación en el que se encuentra actualmente. Hay efectos a corto, mediano y largo plazo. Los efectos inmediatos tienen que ver con la dificultad en tener un enfoque organizado y sistemático que abarque todos los procesos y contenidos del estándar que hacen que no exista una visión en conjunto de toda la institución, tal y como lo exige la resolución, además de que estos no sean preventivos, es decir, no se adelantan a la ocurrencia de un problema de calidad.

El efecto principal a mediano plazo es el de atrasar el proceso de acreditación, pues el tener bajos niveles en los estándares de acreditación mencionados o incluso no cumplirlos, imposibilita a la E.S.E HUS a postularse para acreditarse ante el ente acreditador que en este caso es INCONTEC. A largo plazo el atraso en los ciclos de acreditación podría no permitir que la E.S.E HUS se acredite antes del año 2020, y esto traería consecuencias tales como la pérdida del reconocimiento como hospital universitario que desencadenaría en la pérdida de recursos por parte del gobierno, también dejaría de aportar en la formación, investigación y docencia en la ciudad.

7.1.2 Causas. Existen actualmente dentro de este proceso una serie de causas que conllevan al problema en mención. Uno de ellos sin lugar a duda es la falta de documentación de los procesos de la E.S.E HUS o la desactualización de los ya existentes. La parte documental dentro de este proceso de acreditación es muy importante ya que no se puede hablar de un enfoque sistemático de todos los procesos y mucho menos de una visión institucional, es casi imposible que un departamento en la E.S.E HUS o cualquier otra institución prestadora de servicio de salud pueda apropiarse de un proceso determinado sin antes no haber un documento que la avale. Además de esto, el Sistema único de habilitación lo exige, teniendo en cuenta que este proceso es anterior a la acreditación y básicamente plantea lo mínimo con lo debe contar un proceso en el área de salud para poder prestar su servicio a la comunidad.

Por otra parte, La E.S.E HUS cuenta con un equipo asesor encargado del proceso de acreditación, equipo que en el transcurso de todo este proceso ha sufrido una alta rotación de personal, lo cual es desfavorable en la medida en que ha dado paso a una falta de continuidad o trazabilidad de la información, esta falta de trazabilidad en mención también se debe a una regular seguridad informática. Es claro que en un proceso como el de acreditación el manejo de la información es fundamental, poder tener una continuidad es vital y allí no se cuenta con eso así realmente existen serias dificultades a la hora de poder hacer una evaluación interna de los estándares de acreditación, si la información con la que se contaba anteriormente ya no existe, esta es una de las principales causas de la desmejora en el criterio cuantitativo entre la autoevaluación 2015 y la más reciente de 2017.

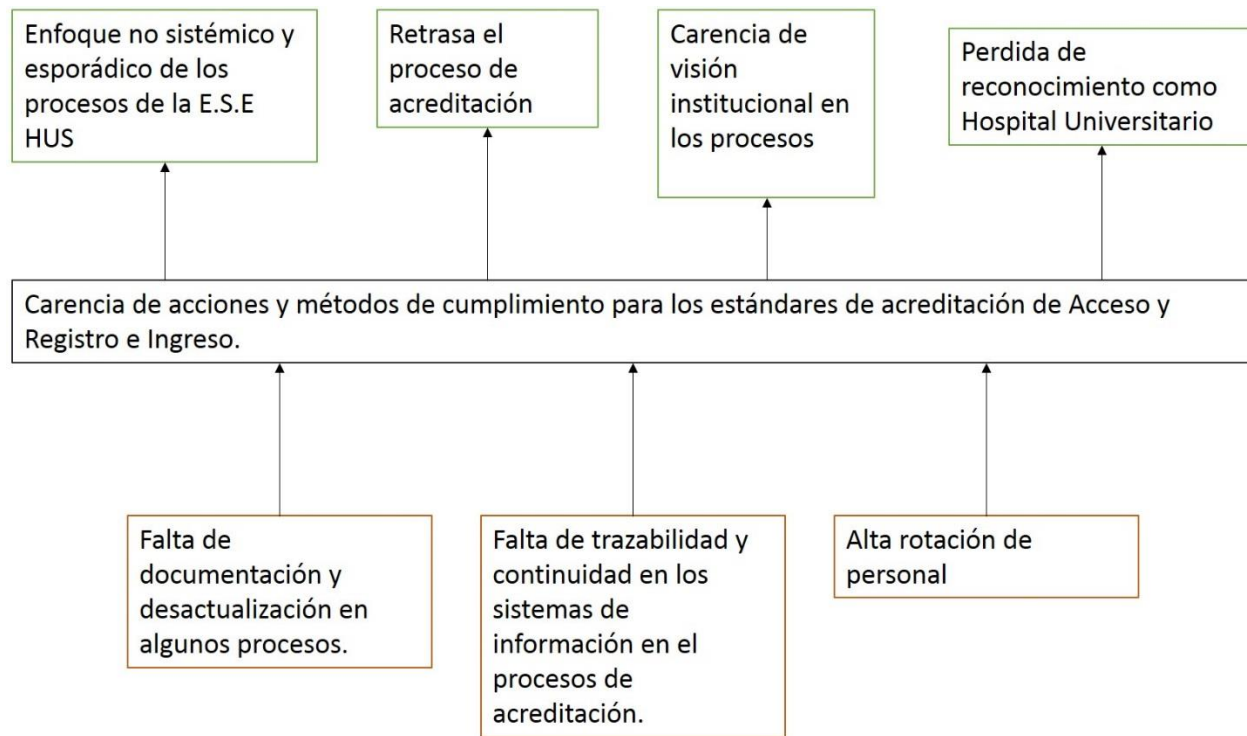


Figura 7. Árbol del problema del proyecto.

7.2 Diagnóstico cuantitativo.

Revisando los resultados de las autoevaluaciones podemos observar que existe una tendencia desfavorable en el criterio cuantitativo, siendo esta tendencia negativa una consecuencia de desmejora en las 3 dimensiones de cada estándar. Aunque las dimensiones del criterio cuantitativo de la autoevaluación son todas igual de importantes, existe un orden lógico que permite tener de manera organizada una ruta crítica. Por tanto, no se podría implementar, ni mucho menos evaluar una acción de cumplimiento de un estándar o tener niveles aceptables en cada uno de ellos si antes no hay un enfoque en este criterio, con base en este fundamento el análisis se realizó de manera específica en el enfoque o métodos de cumplimiento de los siguientes estándares: Estándar 13 de Acceso y de Registro e Ingreso el 16 y el 18

Con base en lo anterior es como se logra identificar en la autoevaluación que el enfoque en los estándares de acceso y registro e ingreso tiene niveles muy bajos y no solo eso, sino que los resultados del año de 2017 en comparación con los de 2015 reflejan una notable desmejora.

El enfoque sistémico y el enfoque proactivo cuentan con los mismos puntajes.

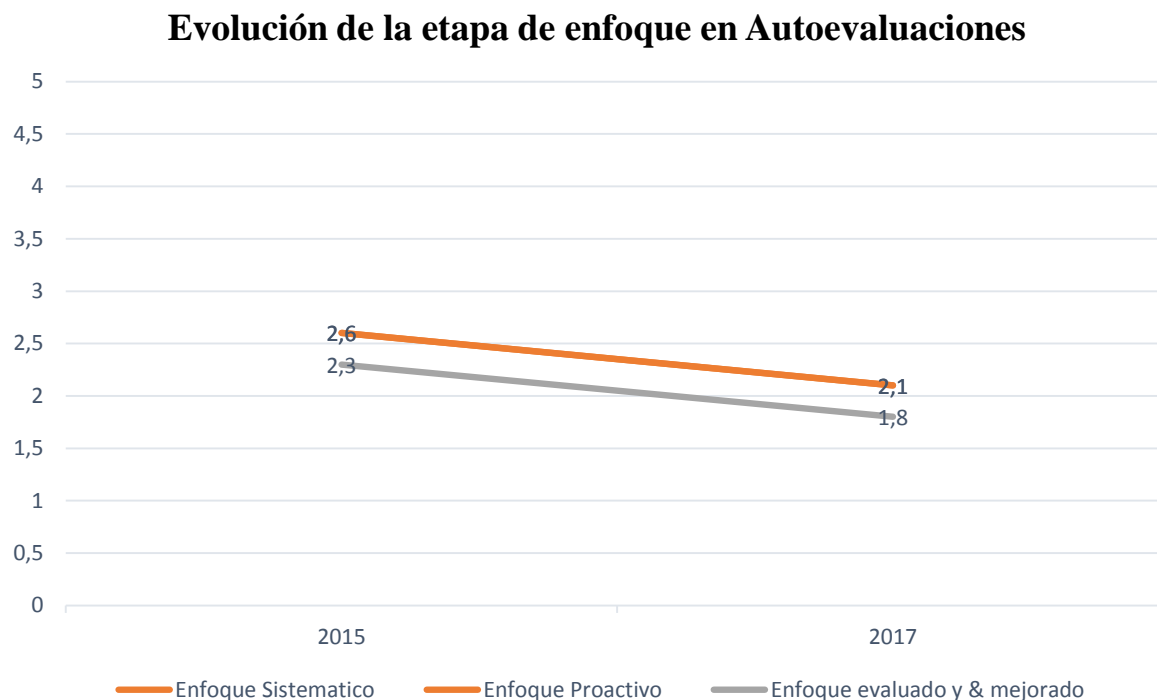


Figura 8. Evolución de la etapa de enfoque en autoevaluaciones. Adaptado de la E.S.E HUS

Los tres tipos de enfoques han demostrado desmejora en sus puntuaciones, el enfoque sistémico y proactivo, de iguales puntajes, en un 19,2% y el enfoque evaluado y mejorado una disminución del 21,7% con respecto al año 2015. Esto traducido a lo estipulado en la resolución 2082 de 2014 y en los rangos en que se encuentra el puntaje obtenido actualmente, el enfoque sistémico se encuentra en algunos de los procesos de la institución, no en su totalidad, también expresa que la documentación del enfoque es limitada. En cuanto a enfoque proactivo, esta puntuación demuestra que se encuentra en etapas iniciales de la reacción a la prevención de problemas o a la gestión del

riesgo, es decir no existe una gestión del riesgo definida. Por último, el enfoque evaluado y mejorado deja ver que el mejoramiento del enfoque es desarticulado, la información presentada no presenta evidencias. Ver Apéndice A. Puntuación autoevaluaciones 2015 y 2017

Con lo revelado en el diagnóstico realizado, se planteó enfocar el trabajo de este proyecto al cliente asistencial, partiendo de allí y mencionado anteriormente se trabajará en 3 estándares específicos que son el estándar 13 (AsSC6) el cual comprende ítems que resaltan el desconocimiento de las causas de inasistencia o desatención a pacientes en sus citas asignadas y la ausencia de un indicador que mida la demanda insatisfecha. Se escogió este estándar porque tener conocimiento de las principales causas de desatención hace que los encargados de la recopilación de esta información en conjunto con los jefes de oficina de procesos tengan una idea clara de cómo trabajar en mitigar la presencia de estas causas para de esta manera prestar servicio a la mayor cantidad de pacientes posible. Por otra parte, la creación del indicador de demanda insatisfecha es necesaria en cualquier compañía para saber cómo se está comportando su oferta de acuerdo con la demanda que ofrece el mercado.

El estándar 16 (AsREG1) resalta la importancia de tener un listado institucional de servicios o exámenes que requieran contar con un manual de preparación previa para el paciente y también con un manual interno el cual contenga la preparación previa por cada examen en cada especialidad, aspecto que se hace sumamente necesario en una institución prestadora de servicios de salud. Y el último estándar, el 18 (AsREG3) se encuentra muy relacionado con el estándar 16, pues resalta la importancia de saber las causas de intención a exámenes ambulatorios por falta de preparación previa.

Tabla 5.
Problemas detectados

Código en manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario	Problemas encontrados
ESTANDAR 13 (AsAC6)	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de las causas de no atención e inasistencia por parte de pacientes en prestación de servicio ambulatorio. • Ausencia de indicadores que midan la demanda insatisfecha.
ESTANDAR 16 (AsREG1)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de manuales de preparación previa del paciente para los procedimientos e intervenciones que lo requieran, que incluya todos los procesos ambulatorios y definir los mecanismos de monitoreo de la adherencia a lo establecido en el manual.
ESTANDAR 18: (AsREG3)	<ul style="list-style-type: none"> • No atención por falta de preparación previa

Nota: Adaptado de la E.S.E HUS.

8. Formulación de Plan de Mejoramiento

A partir de los problemas detectados y estipulados en la Tabla 4, se determinaron en conjunto con las directivas de la institución las siguientes las acciones de mejora o productos, los cuales cuentan con objetivos planteados para cada acción, responsables, resultados esperados, recursos, tiempo requerido e indicador asignado a cada actividad con los que cuenta presente proyecto. El cual se desarrollará a partir del capítulo 9, siendo cada problema detectado un capítulo.

Tabla 6.
Formulación del plan de mejoramiento.

Problema	Objetivo	Actividades	Responsables	Resultados esperados	Recursos	Tiempo requerido	Indicador
Desconocimiento de causas de no atención de pacientes en servicios ambulatorios.	Documentar el procedimiento de evaluación e información sobre las causas de no atención, y crear los indicadores correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"> -Recopilación de datos mediante llamadas a pacientes que no fueron atendidos -Propuesta de incorporación de tecnologías como solución de la relación con el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> -Practicantes -Call center -Jefe de oficina de procesos 	Identificación de las principales causas de desatención a pacientes	<ul style="list-style-type: none"> -Bases de datos (call center) -Línea telefónica 	De dos (2) a tres (3) semanas recolectando datos con pacientes.	Relación entre: Causas de desatención/total de pacientes inatendidos.
Ausencia de manuales de preparación previa en exámenes para pacientes.	Elaborar el listado institucional de procedimientos que requieran preparación previa y asegurar que cuenten con información estandarizada de dicha preparación para la divulgación y evaluación en los pacientes que se aplique.	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar levantamiento de información mediante entrevistas con personal autorizado -Elaborar documentos de manera estandarizada. 	<ul style="list-style-type: none"> -Practicantes -Jefe de oficina de procesos 	Manuales de preparación previa para exámenes y su divulgación	<ul style="list-style-type: none"> -Información de las especialidades. -Entrevistas a pacientes 	Dos (2) sesiones con los encargados de realizar exámenes. Un (1) semana realizando cada manual	Relación entre: Sumatoria de exámenes que necesiten preparación previa / sumatoria de exámenes que cuentan con el manual actualizado

Continuación Tabla 6. *Formulación del plan de mejoramiento.*

Problema	Objetivo	Actividades	Responsables	Resultados esperados	Recursos	Tiempo requerido	Indicador
Ausencia de indicador de demanda insatisfecha	Identificar la demanda insatisfecha y construir el indicador correspondiente con un plan de mejoramiento.	–Creación de ficha de indicador de demanda insatisfecha.	–Practicantes	–Propuesta que reduzca los índices o porcentajes de lista de espera de usuarios que demandan servicios de salud	–Información call center de cumplimiento o incumplimiento de cita.	Una (1) semana consolidando datos del call center.	Sumatoria de pacientes en lista de espera/Sumatoria de llamadas al mes solicitando cita
		–Elaboración de propuesta que disminuya los índices de espera o demanda insatisfecha.	–Jefe de oficina de call center	–Herramienta Office	Una (1) sesión aplicando la forma para determinarlo.		
No atención por falta de preparación previa.	Analizar los casos y las causas de cancelación o no atención de pacientes por mala preparación previa.	–Seguimiento de la propuesta.	–Practicantes	–Correcta divulgación a pacientes que vayan a tomar examen que requiera preparación previa	–Bases de datos (call center)	–Una (1) semana consolidando datos del call center.	Sumatoria de pacientes no atendidos por mala preparación previa/sumatoria de pacientes que solicitaron exámenes.
		–Contacto telefónico con los pacientes para indagar el porqué de la no atención o cancelación	–Jefe de área responsable de realización de examen	–Línea telefónica	–Benchmarking a tecnologías que relacionen el servicio prestado con el servicio al cliente	–Tiempo que tome la incorporación de la tecnología.	

9. No atención en salud

Determinar las causas de no atención, más que ser parte de una de las acciones de mejora acogidas en la estrategia del plan de mejoramiento, determinada en el estándar 16 de registro e ingreso en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, se considera un aspecto de conocimiento necesario por parte de las directivas del hospital, dado que se posibilita el desarrollo de estrategias o acciones para la reducción de las causas que competan a la institución.

Esta recolección de datos se realizó mediante contacto vía telefónico con los usuarios a los cuales no se les brindó atención en determinada cita o examen que tenían programado, para esto, se acudió a la división de ‘Call center’ ubicada en el piso 12 de las instalaciones de la E.S.E HUS y a sus bases de datos las cuales cuentan con un registro detallado de las llamadas entrantes. Este registro contiene información puntual y sumamente útil para el levantamiento de la información necesaria para la ejecución de los objetivos trazados, es decir, la asignación de cita o examen y su estado final (cumplida e incumplida), razón por la cual se realizó la llamada, es decir, si la persona realizó la llamada para solicitud de cita, cancelación o para solicitar información.

9.1 Determinación de causas de no atención en la E.S.E HUS.

Para la determinación de causas de desatención a pacientes, se utilizó una base de datos adaptada de la E.S.E HUS la cual se encuentra en el Apéndice B. No atención, esta contiene: nombre, teléfono de contacto, edad e identificación de la persona solicitante de servicio, especialidad de la cual requiere el servicio prestado, médico solicitado, tipo de servicio (cita médica, procedimiento

o procedimiento no médico), código de la EPS, estilo (control, cita por primera vez o remisión), fecha y hora asignada y el estado final (cumplida o incumplida).

Gracias a esta información y al instrumento tabla dinámica de la herramienta ofimática Microsoft Excel, se pudo consolidar la información de tal manera en que se pueda proyectar; qué porcentaje se cumple o se incumple por cada especialidad, es decir, cuáles servicios son prestados y cuáles no, y a su vez, de un total de demanda, cuál fue el porcentaje de atención para cada mes y el porcentaje de no atención. Esta información se puede encontrar en el Apéndice B. No atención, para cada mes, desde el mes de septiembre de 2017 hasta abril del 2018, se cuenta con un estado mensual y un consolidado total (información encontrada en las diferentes hojas del Apéndice B).

Tabla 7.

Total de Atención y no atención

MES	Atención		No atención		Demanda
	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Cantidad
Septiembre	73,97%	3529	26,03%	1242	4771
Octubre	78,69%	5973	21,31%	1618	7591
Noviembre	80,20%	5999	19,80%	1481	7480
Diciembre	84,74%	5168	15,26%	931	6099
Enero	86,73%	5339	13,27%	817	6156
Febrero	83,65%	5655	16,35%	1105	6760
Marzo	86,63%	5923	13,37%	914	6837
Abril	73,52%	6466	13,68%	1203	8795

Nota: Adaptado de bases de datos de la E.S.E HUS

El mes de abril tiene un porcentaje sobrante de 12,8%, corresponde a citas canceladas que solo fueron registradas en este mes, por tanto, no se tuvieron en cuenta en los demás meses.

Se puede apreciar en la figura 9. la cual toma valores a partir de la tabla 7, que, de los meses tomados para este estudio, el mes que obtuvo mayor demanda de llamadas para solicitar citas o exámenes por parte del mercado al que atiende fue abril del 2018 con 8813 solicitudes, y el que menos obtuvo fue el mes de septiembre de 2017 con 4790. De igual forma el porcentaje de no atención, el mes con más porcentaje de no atención fue el mes de septiembre de 2017 con 26,10% y el de menor fue enero de 2018 con 13,32%.

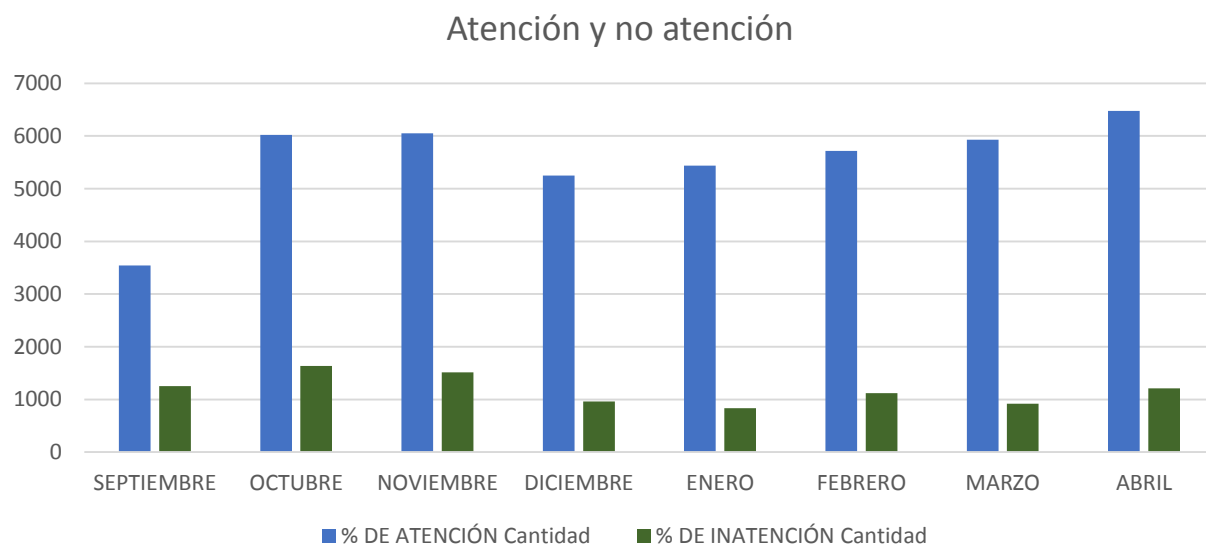


Figura 9. Gráfico de Atención y no atención. Adaptado de bases de datos de la E.S.E HUS

Para conocer las causas principales de no atención, se planteó tomar una muestra significativa, el cálculo de dicha muestra es uno de los aspectos a concretar cuando se trata de investigación comercial y determinación de grado de credibilidad que se concede a los resultados obtenidos.

La siguiente fórmula expresa el cálculo del tamaño de la muestra para datos:

$$n = \frac{K^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + K^2 * p * q}$$

En donde:

N = tamaño de la población, p = probabilidad de éxito, o proporción esperada, q = probabilidad de fracaso, e = error muestral deseado, K es una constante que depende del nivel de confianza asignado.

Para efectos del presente proyecto, se tomó 1203 la cantidad de personas inatendidos en el mes de abril de 2018, es decir, N = 1208. Los valores p y q, representa la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es desconocido generalmente, inclusive en este caso y se suele suponer que p=q=0.5, ya que representa la opción más segura. Se asignó un porcentaje de error del 10%, dado que existe la variable de cancelación de citas que no fue registrada en el call center, y se encontró que algunos usuarios cancelaron la cita y registra como incumplida, y por último el nivel de confianza del 95%, esto representa un valor de K = 1,96.

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 1203}{(0,1^2 * (1203 - 1)) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5} = 89$$

El resultado de la muestra significativa del mes de abril de 2018 fue de 89, por lo tanto, se realizaron 89 llamadas a los usuarios del mes más reciente consolidado por parte del call center. En esta llamada se consultó a los usuarios cual fue la causa que provocó la desatención ya sea por parte de la institución o por parte de ellos. La información recolectada se consolidó en la tabla X

Tabla 8.

Causas de no atención encontradas.

Causa	Cantidad
Vive lejos	9
Doctor ocupado	4
Problemas con la EPS	14
Estaba en otra cita	4
Olvido o desconocimiento	27
Falta de preparación previa	20
Falta de dinero para transporte	8
Indisposición	3

Es importante destacar que se encontraron causas ajenas a la institución, como dificultad para llegar a la cita a tiempo dada la distancia de residencia de los usuarios, problemas con la Entidad promotora de salud, indisposición para desplazarse debido a la condición con que se encontraban los usuarios el día de la cita, e incluso la falta de dinero para transporte.

La figura 10 representa un gráfico de pastel, el cual permite observar el peso que tienen las diferentes causas en la muestra significativa tomada del mes de abril de 2018.

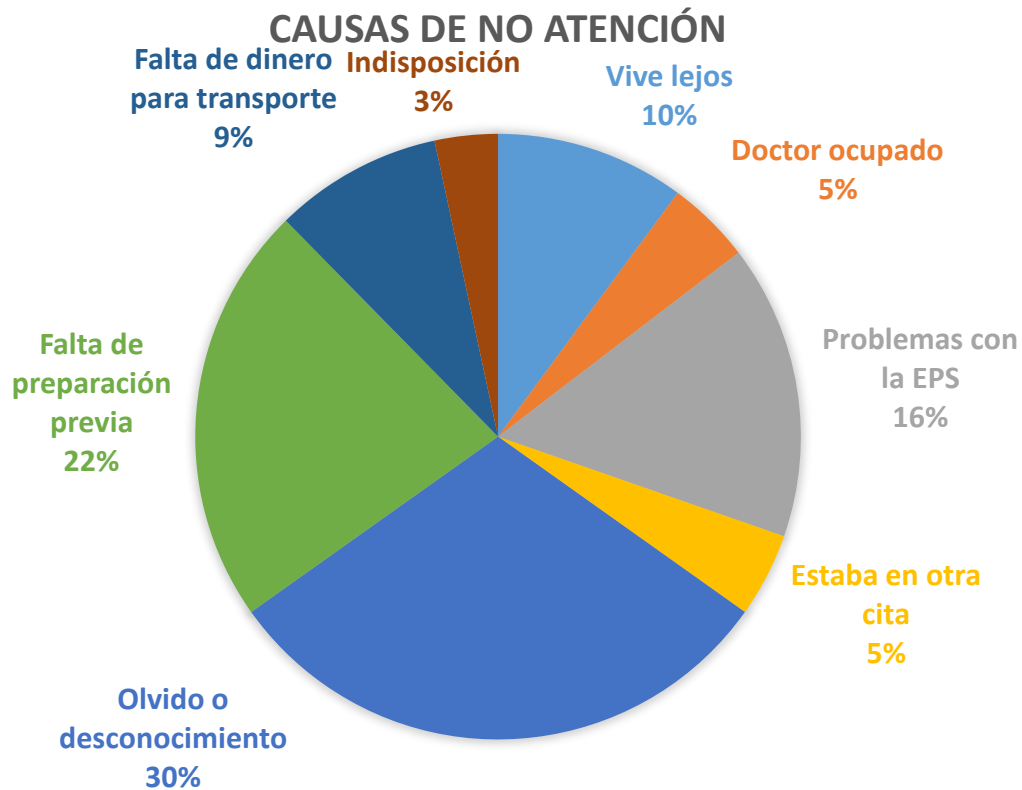


Figura 10. Diagrama de torta de causas de no atención.

Compete a la institución mitigar las causas que en cierta manera involucran la relación cliente-empresa como la causa ‘olvido o desconocimiento’ y la ‘falta de preparación previa’. Los usuarios expresan que las citas que se asignan se otorgan a periodos largos, desde el día en que es solicitada, por tanto, algunos de ellos lo olvidan, no cuentan con un recordatorio para evitar este tipo de inconvenientes, por otro lado, la falta de preparación previa ante exámenes es el reflejo de la incorrecta divulgación de la información pertinente a preparación necesaria ante exámenes hacia los usuarios.

9.2 Propuesta de mejora.

Consecuente con lo descrito en el capítulo 9.1, las principales causas de no atención encontradas en la investigación desarrollada fueron, el olvido o desconocimiento de la cita y la no atención por mala preparación previa. En este capítulo se pretende realizar una propuesta ante el desconocimiento u olvido por parte de los usuarios, para esto, se acudió a la base de datos proporcionada por el ‘call center’, en las cuales es necesario que cada usuario tenga medio de contacto, se consolidó en la tabla 9 la información de las personas que contaban con telefonía celular o telefonía fija.

Tabla 9.

Medio de contacto a pacientes

Medio de contacto							
Mes	Telefonía celular		Telefonía fija		Error de digitación		Total de registros
Septiembre	3897	81,68%	874	18,32%			4771
Octubre	6051	79,71%	1536	20,23%	4	0,05%	7591
Noviembre	5959	79,67%	1506	20,13%	15	0,20%	7480
Diciembre	4842	79,39%	1246	20,43%	11	0,18%	6099
Enero	4755	77,24%	1392	22,61%	9	0,15%	6156
Febrero	5354	79,20%	1397	20,67%	9	0,13%	6760
Marzo	5431	79,44%	1386	20,27%	20	0,29%	6837
Abril	7133	81,10%	1624	18,47%	38	0,43%	8795

Nota: Adaptado de las bases de datos de la E.S.E HUS

Según lo consolidado en la tabla, información que proviene de las bases de datos del call center, alrededor del 80% de los usuarios cuentan con telefonía celular, la población restante cuenta con telefonía fija. También existen errores de digitación en estas bases de datos, tales como mayor cantidad de números de los que tendría un número común, números sin sentido e incluso datos de

otras casillas en la casilla de teléfono de contacto, por tanto, se sugiere precaución a las personas encargadas de esta tarea en el momento de llenar dichas tablas con la información de los usuarios.

Es de resaltar que es obligatorio que todos los usuarios cuenten con un teléfono de contacto. Por consiguiente, se buscó una herramienta que alcanzara a la mayor cobertura de usuarios posibles, como primera medida se referenció una propuesta ligada a la comunicación vía telefonía celular, con su respectiva oferta comercial de tres proveedores.

El Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León (CHEMCYL) es un Centro de Transfusión que utiliza el servicio de SMS de Esendex¹ para comunicarse con los donantes.

“Hemos pasado de enviar medio millón de cartas a hacerlo a través de SMS. Esto ha significado un ahorro de 229.000 dólares – dinero que ahora podemos invertir en investigación médica.

Nuestros estudios internos han demostrado que el 61% de los donantes que se presentaron a realizar una donación, se presentaron gracias al SMS recordatorio que recibieron la noche anterior.”

Mediante Benchmarking, se pudo observar que algunos competidores en el mercado local e internacional utilizan SMS como una solución económica, rápida y directa por encima del correo electrónico y/o entrega de recordatorios o papeles que indiquen lo que podría indicar un mensaje de texto.

¹ ESENDEX. Es una compañía europea que proporciona a las empresas soluciones a través de conexiones directas con las principales operadoras y una plataforma de SMS de alta calidad.

Para confirmar que el envío de SMS a los colombianos se indagó la penetración de telefonía móvil, según un artículo de la revista Dinero, por cada colombiano hay 1,2 líneas de teléfono móvil, “el servicio de telefonía móvil registró un millón de nuevos abonados y se ubicó en 60,78 millones de líneas al cierre del tercer trimestre de 2017, según el boletín trimestral de las TIC publicado el lunes 9 de enero de 2018 por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia” (Dinero, 2018). Es de resaltar que todas las líneas activas de telefonía móvil están posibilitadas para la recepción de SMS, no se hace necesario pagar algún tipo de extra por estar habilitado para la recepción de SMS.

Nueva EPS también agiliza servicios a través de SMS, “En promedio, NUEVA EPS envía diariamente cerca de 10.100 mensajes de texto como respuesta a autorizaciones de servicios de salud, siempre pensando en el beneficio de sus afiliados”. (EPS, 2016). El objetivo de esta institución es disminuir las transacciones presenciales, mediante los avances tecnológicos que están apoyando el proceso, ha sido posible lograr la disminución en 9.4% las visitas de los afiliados a las oficinas de atención.

En consecuencia, se propone contratar servicio de SMS masivo para mitigar la causa de desatención detectada ‘olvido o desconocimiento’. Para esta propuesta, se realizó una cotización formal de la empresa que prestaría dicho servicio, es decir, compañía proveedora, qué costo tendría y condiciones generales. Dicha información se encuentra en la siguiente tabla.

Tabla 10.
Cotización de servicio SMS masivo.

Nombre del proveedor	Condiciones generales	Valor de la propuesta
Hablame	El envío de SMS se hará desde la plataforma de 'Hablame' de hasta 320 caracteres, o se podría automatizar mediante REST API para vincular diferentes aplicaciones o páginas web. Ver oferta comercial en Apéndice G.	<p>\$9 por cada MSM.</p> <p>Se estima entre 6500 y 7500 mensajes de texto al mes.</p> <p><u>\$58.500-\$67.500</u></p>
Masivian	Modalidad prepago, con carga de Base de datos en Excel, mensajes personalizados con emoticones, ñ tildes etc. Se puede automatizar y programar envíos. Creación de plantillas de mensajes	<ul style="list-style-type: none"> • De 5000 a 10000 SMS precio de \$40 • De 10001 a 20000 SMS precio de \$35 • De 20001 a 50000 SMS precio de \$30 • De 50001 en adelante SMS precio de \$20. <p>Se estima entre 6500 y 7500 mensajes de texto al mes.</p> <p><u>\$130.000-\$150.000</u></p>
Movistar	<p>Movistar requiere de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a internet que permita acceder a el servidor SMS EMPRESAS. • Establecer una VPN hacia instalaciones del cliente cuando sea requerido • Enlace de al menos de 512 Kbps <p>Ver oferta comercial en apéndice H.</p>	<p>Se define de acuerdo con el mes en que se tome la oferta</p>

Se sugiere tener en cuenta el costo de implementación de este servicio como criterio a la hora de la toma de decisión puesto que los resultados entregados por las diferentes compañías cotizadas

son los mismos, SMS a cualquier operador, se sugiere relacionar la cantidad de caracteres con el precio y la amabilidad de la interfaz con las personas que sean designadas para la labor del envío de mensajería a los usuarios.

Con esta alternativa es posible cubrir un 80% la causa ‘olvido o desconocimiento’ en no atención a usuarios del servicio de la salud de la institución contando con que el recordatorio a los usuarios unos días antes de la cita agendada sea tenido en cuenta. Para el 20% restante que no cuenta con telefonía móvil se propone a los encargados del ‘call center’ realizar llamadas de recordatorio a los pacientes dos días antes de la cita y hacer registro del momento en que se realizó la llamada, en caso tal de que el usuario no contestara la llamada, esto con el fin de evitar usuarios que expresen inconformidad porque no se hizo el recordatorio correspondiente.

10. Manuales de preparación previa para pacientes

Como fue mencionado en el diagnóstico inicial realizado en la E.S.E HUS, contar con un listado institucional de procedimientos que requieran preparación previa por parte del tomador del servicio (paciente) es un requisito estipulado en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, estándar 16 (AsREG1), a su vez la creación de los manuales de preparación previa, promoviendo el respeto por los derechos de los usuarios y garantizando la seguridad con la definición de mecanismos de monitoreo y adherencia a lo establecido en los determinados manuales.

Para la creación de estos manuales, se compiló la información existente de manera no estandarizada, es decir, folletos, instructivos y manuales que no contaban con la estructura que se adoptó para la estandarización de estos, también se procedió al levantamiento de más información mediante entrevistas a doctores, jefes de enfermería, auxiliares y personas responsables del área conocedoras del tema, es decir que supieran qué tipo de exámenes se hacen allí y qué tipo de preparación previa debería tener el paciente para la toma de cada uno de ellos. Posteriormente se consolidaron los exámenes que pertenecían a cada especialidad, es decir, todos los folletos o instructivos que se recopilaron que competían a cada especialidad. En el Apéndice E. Ejemplo de formatos de preparación encontrados previa encontrados en la E.S.E H.U.S, se puede encontrar un ejemplar de cómo se utilizaban este tipo de formatos para dar a conocer a los usuarios la preparación previa necesaria ante exámenes que lo requieran. Así como este formato, el cual corresponde a la preparación y recomendaciones previas al procedimiento toracentesis-paracentesis, se encontraron documentos más robustos, es decir, con una estructura similar a la adoptada para la realización de los nuevos manuales de manera estandarizada. Se unificó y se estandarizó por especialidades de acuerdo con cada servicio o examen.

10.1 Listado institucional de servicios o exámenes que requieren preparación previa.

A continuación, el listado institucional con los procesos y exámenes ambulatorios los cuales se le hizo la respectiva documentación de recomendaciones y preparación previa. También se encuentra en el apéndice V.

Tabla 11.

Listado institucional de servicios ambulatorios que requieren manual de preparación previa.

Proceso	Servicio (examen)
----------------	--------------------------

Imagenología	Examen columna dorso lumbar sacra sacro coxis o abdomen simple
	Examen vías digestivas altas
	Tránsito intestinal
	Urografía
	Cistouretrografía o cistografía miccional
	Examen de colon por enema/doble contraste
	Fistulografía
	Mamografía
	Ecografía abdomen superior hepatobiliar vesículas páncreas
	Ecografía abdominal total
	Ecografía pélvica
	Estudio eco Doppler renal o cualquier estudio Doppler abdominal.
	Ecografía de tejidos blandos, cuello, ocular, Doppler extremidades.
	Toracentesis, paracentesis guiados por ecografía
Procedimientos guiados por tomografías y/o ecografías (Biopsias hepáticas, renales, pulmonares, páncreas) (Drenajes biliares, abscesos, colecciones, hematomas)	
Nefrostomía percutánea guiada por tomografía y/o ecografía.	
Tomografía de cabeza, cuello, tórax, columna, pelvis, extremidades y articulaciones.	
Tomografía con doble contraste oral y endovenoso en abdomen y pelvis.	
Arteriografía	
Servicio de resonancia magnética.	
Laboratorio Clínico	Secreciones en heridas, oídos, ojos y otros
	Orinas de 24 horas

Continuación tabla 11. Listado institucional de servicios ambulatorios que requieren manual de preparación previa.

Proceso	Servicio (examen)
	Prolactina
	Muestra de secreción genital
	Curvas de glicemia/glicemia pre y post carga
	Coprológico / coproparasitoscópico (CPC) / sangre oculta en materia fecal.
	Antígeno prostático específico.
	Espustos
	Examen para hongos (KOH piel, uñas y escamas)
	Urocultivo y/o parcial de orina.
	Glicemia Postprandial sin carga glucosa
	Hormona luteinizante.
	Bilirrubina total y directa
	Microalbuminuria.
<i>Exámenes de química sanguínea con misma preparación previa.</i>	Serología presuntiva, sífilis
	Ferritina
	Fosfata alcalina
	Fosforo
	Gases arteriales
	Gamaglutamil transferasa (GGT)
	Hierro sérico
	Magnesio

Continuación Tabla 11. Listado institucional de servicios ambulatorios que requieren manual de preparación previa.

Proceso	Servicio (examen)
---------	-------------------

	Proteínas totales y fraccionadas
	Transaminasa pirúvica y oxalética
	Ácido úrico
	Albumina
	Triglicéridos
	Hematología
	Coagulación
	Transferrina
	Deshidrogenasa láctica
	Colesterol total
	Colinesterasa sérica
	Cloro
	Complemento C3 y C4
Gastroenterología	Esofagogastroduodenoscopia
	Colonoscopia y rectosigmoidoscopia
	Colangiopancreatografía endoscópica
Neumología	Biopsia pleural
	Fibrobroncoscopia
	Procedimiento de caminata de 6 minutos
	Procedimiento de capacidad de difusión de monóxido de carbono
	Espirometría simple y con broncodilatadores
	Medición de presión inspiratoria y espiratoria máxima (PIMPEM)
	Prueba de función cardiopulmonar integrada
	Pruebas de función pulmonar con el uso de la cabina de pletismografía
	Procedimiento de volúmenes pulmonares por pletismografía simple y con broncodilatadores

Continuación tabla 11. Listado institucional de servicios ambulatorios que requieren manual de preparación previa.

Proceso	Servicio (examen)
---------	-------------------

Rehabilitación	Audiometría
	Impedanciometría
	Terapia de lenguaje
	Terapia ocupacional
	Terapia física
	Logaudiometría
	Examen de potenciales evocados
	Terapia respiratoria
	Electromiografía
	Psicoterapia de apoyo
Cardiología	Examen de prueba de esfuerzo
	Examen de monitor holter (24, 48 y 72 horas)
	Electrocardiografía
	Prueba ergométrica o test de ejercicio
	Electrocardiógrafo de 12 derivaciones
	Ecocardiografía transesofágica
	Ecocardiograma simple y transtorácico.
Ginecobstetricia	Ecografía transvaginal
	Perfiles biofísicos
	Medición del segmento uterino
	Examen Doppler de inserción placentaria
	Amniocentesis
Neurología	Examen de electroencefalografía

Nota: Adaptado de la E.S.E HUS.

Los manuales de preparación previa a los exámenes mencionados anteriormente se encuentran en los apéndices del proyecto, a continuación, el orden en el cual se encuentran en los respectivos apéndices.

Tabla 12.
Manuales en sus respectivos apéndices

Manual de preparación previa para pacientes de:	Apéndice
Cardiología	Apéndice K
Gastroenterología	Apéndice L
Ginecobstetricia	Apéndice M
Imagenología	Apéndice N
Laboratorio clínico	Apéndice Ñ
Anexo preparación previa COLCAN*	Apéndice R
Neumología	Apéndice O
Neurología	Apéndice P
Rehabilitación	Apéndice Q

Nota: *COLCAN es una empresa tercerizada encargada de la realización de exámenes de Laboratorio Clínico.

10.2 Formato de Manuales de preparación previa

Los manuales de preparación previa fueron diseñados por el área de procesos de la E.S.E HUS, se sugirió trabajar con ellos en esta fase del proyecto. A continuación, la presentación de los manuales y su composición grafica en las figuras 11, 12 y 13.

1. *Nombre del documento:* Nombre del documento o del manual en este caso.
2. *Nombre del proceso al que pertenece*
3. *Código:* De acuerdo con el proceso, área, tipo de documento y consecutivo institucional se identifica el documento con un código alfanumérico. En el Apéndice D. (guía de elaboración y control de documentos), página 7.

4. *Objetivo*: Describe el propósito del documento el cual debe ir enfocado al cumplimiento del objetivo del proceso y/o área. Ver Figura 12.
5. *Alcance*: Indica la actividad inicial y final con base en descripción de actividades

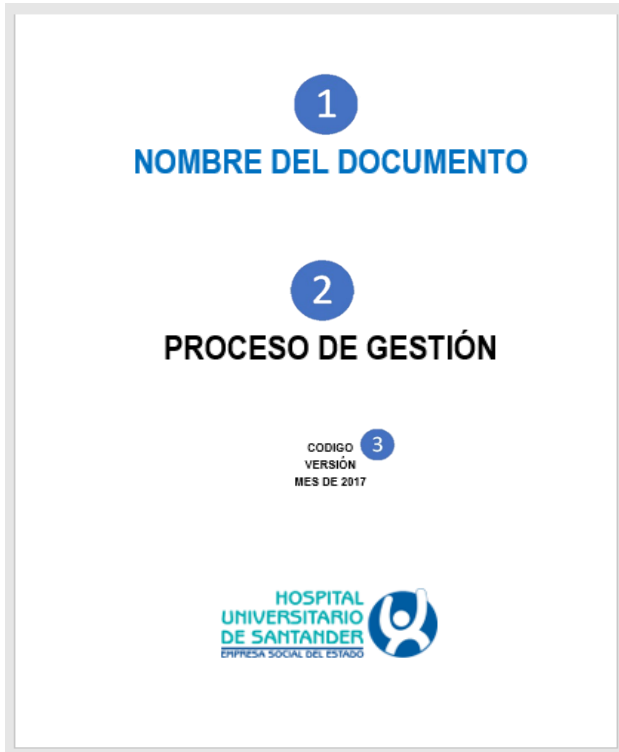



Figura 11. Manual de preparación previa 1

6. *Aplicable a*: Hace referencia a los procesos, áreas o servicios a los cuales el documento es dirigido.
7. *Responsable*: Menciona al líder o responsable del proceso al que pertenece o al que va dirigido el documento.

8. *Definiciones*: Son términos que pueden facilitar la interpretación de quien ejecute o utilice el documento.
9. *Condiciones Generales*: Menciona aspectos generales para dar mayor claridad o facilitar la comprensión del documento

		1 NOMBRE DEL DOCUMENTO	Página: 2 de 3
Elabóro:		3 CODIGO:	Versión:
Fecha Elaboración:		Revisó:	Aprobó:
Fecha de Revisión:		Fecha Aprobación:	

NOMBRE DEL DOCUMENTO

1. OBJETIVO **4**
2. ALCANCE **5**
3. APLICABLE A **6**
4. RESPONSABLE **7**
5. DEFINICIONES **8**
6. CONDICIONES GENERALES **9**

La última versión de este documento estará disponible en la Intranet de la E.S.E Hospital Universitario de Santander: <http://www.hus.gov.co/informacion/2017> y será la única válida para su utilización.
 Desde mantener copia digital e impresa de este documento porque como el riesgo de tener una versión desactualizada.

Figura 12. Manual de preparación previa 2

10. *Desarrollo:* En el caso de manuales de preparación previa en donde no se lleva una actividad consecutiva se redacta en prosa con respectivos subtítulos, recomendaciones y la preparación que antecede al examen en mención.

Para una actividad que si tenga secuencia se tiene en cuenta la tabla que contiene la figura 13.

Desarrollo

10.1. Documento aplicable: Existen documentos en la base de datos de la E.S.E HUS a la cual se pueden


atribuir la actividad que se describe

10.2. Responsable: Responsable de la actividad

11. Documentos de referencia, normativa o documentos de referencia para creación del documento.

12. Mecanismo mediante el cual se da a conocer el documento al personal involucrado y a cada una de las áreas que intervienen

13. *Control de modificaciones:* Se indica en esta tabla cada modificación a la versión presente para que pueda ser aprobada.

		NOMBRE DEL DOCUMENTO	Página: 3 de 3
7. DESARROLLO 10		CODIGO:	Versión:

ACTIVIDAD	DOCUMENTO APLICABLE	RESPONSABLE
	10.1	10.2

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA **11**
9. SOCIALIZACIÓN **12**
 Una vez aprobada esta guía, es responsabilidad del líder del proceso garantizar su socialización en todos los grupos primarios que le aplique, dejando evidencia en acta y lista de asistencia del grupo primario, los cuales deben ser enviados como soporte al correo institucional procesoscalidad@hus.gov.co.

10. CONTROL DE MODIFICACIONES					
Versión	Fecha	Descripción de la Modificación	Actualizado por	Revisado por	Aprobado por
NA	DD-MM-AA	NA	NA	NA	NA

13

Figura 13. Manual de preparación previa 3

Evidencia de socialización de manuales de preparación previa el día 18 de julio de 2018 con los líderes de cada área. En esta reunión los líderes realizaron sus observaciones y se tuvieron en cuenta para concluir la creación del documento, también se dio a conocer el avance del proyecto en general.



Figura 14. Socialización Manuales de preparación previa.



Figura 155. Socialización Manuales de preparación previa.

Luego de tomar en cuenta las observaciones por los líderes de cada área y por el departamento de calidad, se procedió a remitir la solicitud de creación de documento. Se adjunta ejemplo del formato de creación en el Apéndice U.

11. Indicadores en la E.S.E H.U.S

La creación de indicadores de desempeño tiene como finalidad reconocer el grado en que la etapa oferta/demanda está contribuyendo o está perjudicando el alcance de objetivos trazados u objetivos que se planean trazar. Se ha venido trabajando en la formulación y el monitoreo de políticas para mejorar la gestión en Salud Pública para este fin requiere contar con información que contribuya al análisis de la situación de salud, a la vigilancia en salud pública y a la evaluación del trabajo sanitario.

Por tanto, la frase correspondiente a William Thomson Kelvin (Lord Kelvin), físico y matemático británico (1824 – 1907): “Lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre.” Brinda claridad acerca de la importancia de contar con herramientas que permitan cuantificar o cualificar procesos, de esta manera se podrá establecer una meta o evaluar periódicamente el estado en que se encuentra el proceso o etapa a la cual se adjudica mencionada herramienta.

La figura 15. indica la ruta crítica de como se obtiene un indicador en la institución, el departamento de calidad cuenta con una oficina encargada de indicadores dado que, siendo una, la normativa exige diversos reportes a instituciones prestadoras de servicios de salud pública, de

manera periódica . La información parte desde la Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de Información ‘UFATI’, la cual maneja el software con el cual se generan los reportes necesarios, luego se dirige al call center en donde se complementa la información recibida de, posteriormente es auditada la información por una persona delegada de esta labor y por último es remitida a la oficina de calidad la cual consolida y la adapta para subirla en el formato correspondiente a la plataforma llamada ‘PISIS²’

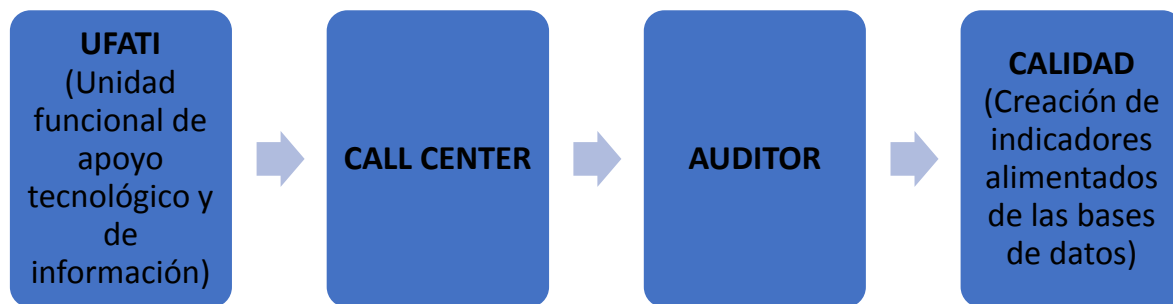


Figura 166. Ruta para adquirir indicadores. Adaptado de la E.S.E HUS

11.1 Indicador de demanda insatisfecha.

El estudio de la demanda y el acceso a los servicios de salud es un tema importante por su impacto en la sostenibilidad de los sistemas de salud. Asimismo, su conocimiento es esencial para la toma de decisiones acerca de la asignación de los recursos del sector salud, permitiendo así la evaluación de la equidad y eficiencia con que se asignan y utilizan estos recursos.

² PISIS es una plataforma del portal SISPRO, ambas fueron emitidas por el Ministerio de Salud y Protección social en la resolución 256 de 2016.

Este indicador de demanda insatisfecha se creó consolidando la sumatoria de llamadas recibidas al mes solicitado asignación de cita y la sumatoria de pacientes en listas de espera o pendientes por cita, en el Apéndice C se puede apreciar que en el ‘Call center’ se crea una base de datos de usuarios de servicio de salud con el motivo de su llamada, es decir, un paciente puede llamar a solicitar información, a realizar cancelación o asignación de cita, con base en los usuarios que llaman o hacen solicitud de asignación de cita, se crea una lista de espera de usuarios, estos usuarios en lista de espera son aquellos pacientes que no pueden ser atendidos en la fecha que se solicita.

Se realizó medición de la demanda insatisfecha de los meses de enero, febrero, marzo y abril, consolidándose mediante tablas dinámicas. En la figura 16. se ilustra en un diagrama de barras las llamadas recibidas por motivo de asignación de cita y los pacientes que están en lista de espera, es decir, la demanda no cubierta en el mes.

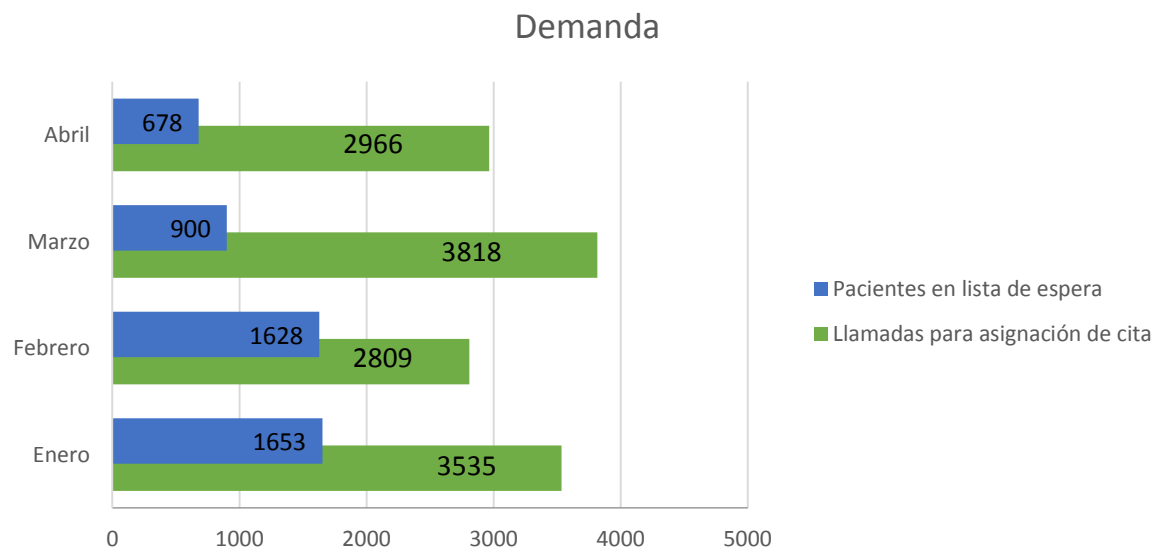


Figura 177. Demanda. Adaptado de las bases de datos de la E.S.E HUS

Se puede apreciar en la figura 16. que los pacientes en lista de espera representan un porcentaje del 20% para el mes de abril y marzo y alrededor del 50% para los meses de enero y febrero, esto del total de las llamadas que solicitan asignación cada mes, la barra verde es el total de llamadas para asignación de citas y de ese total, el azul es la demanda que no pudo ser cubierta para cada mes. Como promedio de estos meses en estudio, se tiene un 38% de demanda insatisfecha (pacientes en lista de espera), lo que representa 1215 usuarios.

En la E.S.E HUS se asigna cita con agenda programada para los siguientes meses los cinco últimos días de cada mes, por ejemplo, si se desea una cita para junio se debe solicitar del 25 al 31 de mayo. Si el usuario realizó la llamada por asignación de cita y ya está copada la demanda del mes siguiente, seguirá en lista de espera hasta que se cuente con disponibilidad la agenda hora/médico de la especialidad que solicita.

11.2 Ficha de indicador de demanda insatisfecha.

A continuación, la ficha del indicador de demanda insatisfecha representada en una tabla, también se encuentra en el Apéndice F.

Tabla 13.

Ficha Indicador de Demanda Insatisfecha

Nombre del indicador	Demanda Insatisfecha
Variable	Personas en lista de espera
Factor/variable	Capacidad
Descripción	Determina el porcentaje de personas que no consiguen la cita solicitada mensualmente.

Continuación de tabla 13. *Ficha Indicador de Demanda Insatisfecha*

Objetivo que se evalúa	Estimular la oferta de servicios por parte de la E.S.E HUS para así disminuir las listas de espera por parte de los pacientes demandantes.	
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Numerador: Sumatoria de pacientes en listas de espera}}{\text{Denominador: Sumatoria de llamadas recibidas solicitando asignación.}} \times 100$	X100
Unidad de medición	Porcentual	
Periodicidad	Medición mensual. Reporte trimestral	
Fuentes de información	Numerador: Call center (Piso 12) Denominador: Call center (Piso 12)	
Meta prevista	Por definir	
Metodología	Se consolida la información del listado de demanda insatisfecha cuantificando el número de pacientes en espera por asignación y se calcula el porcentaje con la fórmula.	
Responsable	Del Proceso: Jefe de call center Del análisis: Jefe de call center Del reporte: Encargada de indicadores	

11.3 Propuesta de mejora ante la demanda insatisfecha.

Se precisa la necesidad de encontrar alternativas o estrategias que ajusten la oferta ante la demanda insatisfecha o lista de espera de usuarios de servicio de salud encontrada y calculada en el indicador propuesto en el capítulo 11.2.

Por ejemplo, la especialidad con mayor cantidad de lista de espera en el mes más reciente del estudio realizado fue la especialidad de endocrinología con 83 personas en lista de espera. La institución está prescindiendo de ingresos netos que llegan a la suma de: \$4.863.136, esta suma corresponde a la demanda del mes de Abril.

En la tabla 14 se expresan algunas de las especialidades con la cantidad de pendientes del mes de abril multiplicado por la tarifa por servicio de acuerdo con la resolución N° 159 del 14 de marzo de 2018 de la E.S.E HUS, por medio de la cual se realiza la unificación de las resoluciones de tarifas institucionales. Esto representa los ingresos que no son percibidos por el hospital dados los servicios no prestados en las mencionadas especialidades asistenciales ambulatorias. Esta resolución se encuentra en el Apéndice I. En la tabla 15 se expresan las propuestas por parte de los autores para mitigar la demanda insatisfecha con respectivos objetivos, actividades y meta.

Tabla 14.

Ingresos no percibidos en algunas especialidades de consulta externa por la E.S.E HUS

Especialidad	Pendientes	Valor no recibido
Gastroenterología	13	\$761.696
Ginecobstetricia	22	\$991.144
Hematología	21	\$2.668.680
Reumatología	24	\$1.406.208
Neurología	46	\$2.695.232
Neumología	3	\$175.776
Cardiología	3	\$175.776
Ortopedia	57	\$2.567.964

Nota: Adaptado de la E.S.E HUS

Tabla 15.

Propuesta ante demanda insatisfecha

Propuesta	Objetivo	Actividades	Meta
<p>Aumento de la oferta hasta la cobertura de espacios en infraestructura en los cuales se podrían adaptar nuevos consultorios.</p>	<p>Disminuir el porcentaje de demanda insatisfecha en procesos asistenciales ambulatorios (Gestión ambulatoria) de la E.S.E HUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar posibles espacios en las zonas de atención al usuario, consultorios abandonados o pisos con importante espacio en obra gris como el piso 3. • Realizar un estimado en cantidad numérica de consultorios en los espacios potenciales detectados. • Tener en cuenta que por cada consultorio instalado se puede ofertar la siguiente relación: $3 \frac{\text{Consultas}}{\text{Hora}} * 10 \frac{\text{Horas}}{\text{Día}} = 30 \frac{\text{Consultas}}{\text{Día}}$ • Realizar estudios de demanda insatisfecha con periodicidad de mínimo seis (6) meses, para así contar con mayor cantidad de datos y mejores resultados. • De acuerdo con la necesidad detectada y el espacio determinado, tomar la decisión expresada en el diagrama de flujo en la figura 18. 	<p>Alcanzar un índice de demanda insatisfecha a un 10% o menos. En el estudio realizado en el capítulo 11.1 la demanda no cubierta ascendía a 38% (1215 usuarios) como promedio de estos 4 meses.</p>
<p>Ajuste de la oferta contratada</p>	<p>Disminuir el porcentaje de demanda insatisfecha en procesos asistenciales ambulatorios (Gestión ambulatoria) de la E.S.E HUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definir a las E.P.S, en calidad de contratantes, la capacidad de respuesta institucional definida de la E.S.E HUS como contratista de servicios médicos en gestión ambulatoria y no ofrecer más de lo que se podría para cubrir la demanda de un mes. 	<p>Alcanzar índice de demanda insatisfecha de 10% o menos</p>

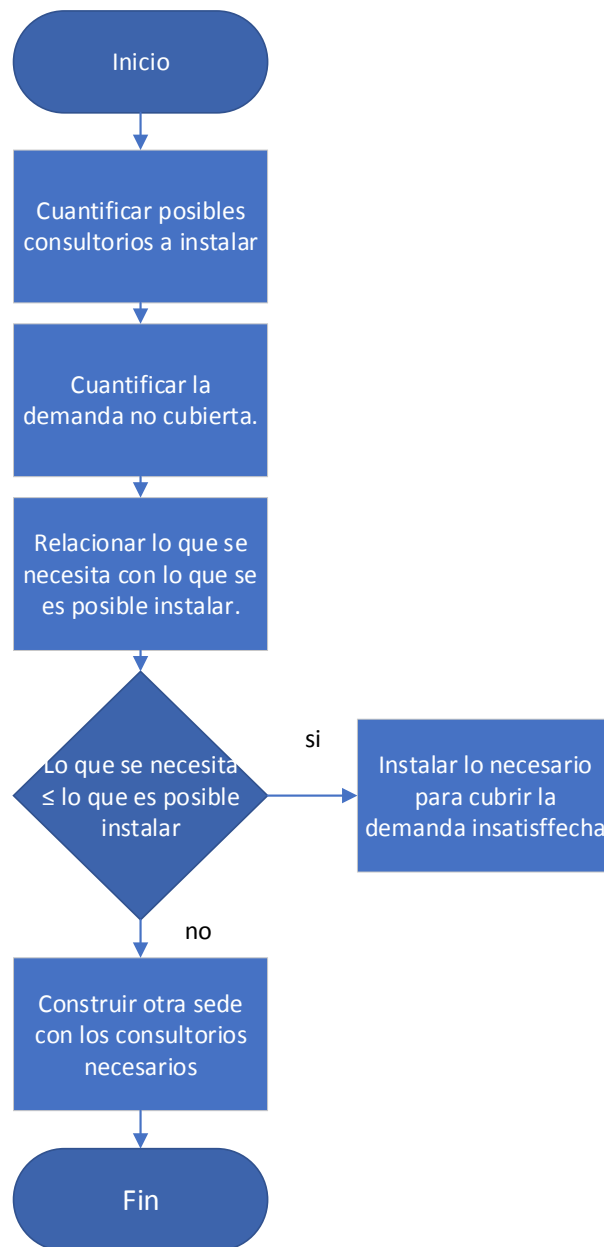


Diagrama de flujo para explicación de propuesta ante las cifras de demanda insatisfecha encontradas en el capítulo anterior.

Figura 188. Diagrama de flujo Demanda Insatisfecha.

12. No atención dada la ausencia de preparación previa

Una de las principales causas de no atención detectadas en la investigación realizada en el capítulo 9.1 era la falta de preparación previa por parte del paciente ante los diferentes servicios o exámenes que lo requieran, del mismo modo, era sabido en el diagnóstico que los estándares 16(AsREG1) y el 18(AsREG3), contenidos en el Manual de acreditación en Salud ambulatorio y hospitalario, se encontraban articulados puesto que el 16 hacía referencia a la ausencia de manuales de preparación previa estandarizados y el estándar 18 era una consecuencia de esta ausencia, la no atención a pacientes por una incorrecta preparación previa.

Consecuente con lo anterior surge la necesidad de encontrar alternativas que mitiguen el aumento de la no atención a pacientes por ausencia de preparación previa, puesto que esto representa disminución en la cantidad de usuarios que pueden ser atendidos y sigue representando los mismos gastos, es decir, un doctor atiende diez (10) citas en su turno del día, si dos (2) pacientes no reciben el servicio dada la falta de preparación previa, atenderá ocho (8) y los dos (2) que no accedieron al servicio reprogramarán su cita, se extenderá la lista de espera de usuarios y el doctor recibirá el mismo incentivo económico. Se presentan las siguientes propuestas:

12.1 Propuestas de mejora

Actualmente el ‘call center’ tiene una base de datos en forma de tablas en la herramienta ofimática Microsoft Excel, en la cual se consignan los datos principales de los usuarios con citas o exámenes ya programados, esta base de datos se encuentra en el Apéndice B, en este mismo archivo es en

donde se registra un teléfono de contacto de cada usuario para realizar recordatorio o en dado caso informar de liberación de agenda.

De igual manera que en el capítulo 9.2, se realizó benchmarking de instituciones que presten servicios de salud y tengan envío de correo electrónico masivo en la industria local, la IPS SURA utiliza esta herramienta tecnológica de información, para promover la preparación previa a exámenes que lo necesiten, también para la entrega de resultados, por ejemplo exámenes de laboratorio o muestras sanguíneas, la meta trazada a partir de esta incorporación, es la reducción de transacciones presenciales de usuarios. Por tanto, se sugiere al encargado de la base de datos actualmente, incluir una columna para correo electrónico y solicitarlo. Se adjunta cotizaciones realizadas a empresas que se encargan de realizar de correo electrónico masivo en Colombia.

Tabla 16.

Propuesta ante la no atención dada la ausencia de manuales de preparación previa.

Nombre del proveedor	Condiciones generales	Valor de la propuesta
IDESTEC	Ver oferta comercial en Apéndice J.	El valor sería un pago único por Dos Millones de Pesos (\$2.000.000) M cte. Y una mensualidad de Cien mil pesos (\$100.000) M cte. Mientras exista un contrato vigente.
CMC	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de contactos y listas ilimitadas en la plataforma para el envío masivo de emails. • Estadísticas en ubicación geográfica, aperturas, clics, anulaciones, rebotes y marcadas como spam • Campos personalizados, auto-respuestas, programación de envíos 	30.000 emails o duración de 1 mes. Valor: \$70.000+IVA

servicios de imagenología se hace de manera presencial en la mayoría de los casos , con la finalidad de explicar de manera detallada la preparación previa ante cada examen diagnóstico, puesto que estas tienen que cumplirse de manera rigurosa.

Dada la diferencia porcentual entre los usuarios que solicitan citas vía telefónica en relación con los que lo hacen de manera presencial, se sugiere a los líderes de cada área que contenga servicios que requieran preparación previa brindar un ejemplar de los manuales creados por los autores para que así las personas encargadas del contacto con el usuario brinden la información adecuada de cómo debe venir preparado para una mejor experiencia en el servicio. Al realizar la llamada de recordatorio de cita a pacientes que no reciban SMS, se sugiere recordar que se debe tener en cuenta determinada preparación previa si el usuario va a tomar un servicio que así lo requiera.

13. Sistema de indicadores

Los indicadores son instrumentos de medida que pueden ser usados para describir, comparar y comprender como funciona la calidad de un sistema o una actividad en concreto. Los indicadores de calidad son útiles en cuanto a que miden aspectos específicos de la atención, detectan necesidades de mejora e identifican áreas de excelencia , disponen de estándares y pueden hacer comparaciones o “benchmarking” con otras intervenciones. Además, pueden proporcionar

informes que permitan conocer la calidad del sistema hacia los pacientes, a los profesionales y al órgano de gestión. (Improvement, 2008)

Un indicador debe estar soportado por evidencia real para poder establecer los estándares que determinan la mejora o no de la intervención o de la acción de mejora establecida. Si se cuenta con la mayor cantidad y calidad de evidencia es posible relacionarlo con otras áreas

13.1 Causas de no atención.

Con el fin de conocer el estado de las causas de no atención detectadas en el capítulo 9.1 y de ser adoptadas las mejoras propuestas, se propone el indicador de desempeño correspondiente a esta mejora para así determinar el porcentaje de utilidad o variación del resultado de acuerdo con el estado inicial.

Tabla 17.

Indicador de causas de no atención

Indicador causas de no atención	
Objetivo	Determinar las causas de no atención a usuarios de la E.S.E HUS
Metodología	Mediante la base de datos que se consolida en el call center, realizar llamadas a usuarios inatendidos y consultar la causa de la no atención.
Fórmula de calculo	$\sum_{i=1}^n \frac{\text{Causas de no atención que competan a la institución } (Ci)}{\text{Muestra significativa de usuarios } (n)} \times 100\%$
Unidad de medición	Porcentual
Periodicidad	Mensual
Meta	Entre el 5-10% de causas de no atención que competan a la institución
Responsable	Call center

Continuación de tabla 17. *Indicador de causas de no atención*

Definición	Porcentaje de causas de no atención a pacientes.
Utilidad	Determina las causas porcentuales de una muestra de usuarios que hayan sido inatendidos.

Se propone un indicador que determine la no atención total, el expresado en la tabla anterior pretende determinar las causas por usuario, por tanto, se planteará uno que exprese la no atención total mensual.

Tabla 18.

Indicador de no atención total

Indicador de no atención total	
Objetivo	Determinar la no atención mensual de la E.S.E HUS
Metodología	Mediante la base de datos que se recopila en el call center, consolidar del total de citas asignadas las que tienen estado final 'incumplido'
Fórmula de cálculo	$\sum \frac{\text{Citas con estado final 'incumplido'}}{\text{Total de citas agendadas}} \times 100$
Periodicidad	Mensual
Unidad de medición	Porcentual
Meta	Menor al 10%
Responsable	Call center
Definición	Un porcentaje bajo de no atención reflejará mayores ingresos por concepto de atención y mayor satisfacción por parte del cliente.
Utilidad	Determina el porcentaje de usuarios inatendidos

13.2 Manuales de preparación previa.

A partir del listado institucional realizado, se propone actualización constante del mismo, incluso con servicios o procesos hospitalarios los cuales requieran preparación previa, tomar este listado

y realizar una lista de chequeo para así verificar cuales de estos cuentan con su respectivo manual estandarizado, actualizado y socializado.

Tabla 19.

Indicador de procedimientos con preparación previa documentada.

Indicador de procedimientos con preparación previa documentada.	
Objetivo	Determinar que procesos o exámenes que requieran manual de preparación previa cuentan con dicho requerimiento.
Metodología	Se sugiere utilizar el listado institucional propuesto en el capítulo 10.1 como una lista de chequeo para comprobar que servicios (exámenes) cuentan con preparación previa.
Fórmula de cálculo	$\sum \frac{\text{Procedimientos con preparación previa documentada}}{\text{Procedimientos que requieren preparación previa documentada}} \times 100$
Periodicidad	Mensual
Unidad de medición	Porcentual
Responsable	Jefe de procesos
Definición	Porcentaje de cobertura de procedimientos que requieren preparación previa por parte del paciente documentados.
Utilidad	Determina el porcentaje de servicios o exámenes que
Meta	100%

13.3 Adherencia de manuales de preparación previa

La falta de preparación previa es uno de los principales causales de no atención a pacientes, esta responsabilidad es compartida, por parte de la institución por ofrecer un correcto canal de conocimiento de la preparación previa necesaria que antecede a determinados exámenes y por parte de los pacientes por acatar correctamente lo estipulado.

Tabla 20.

Indicador de adherencia a manuales de preparación previa.

Adherencia a manuales de preparación previa	
Objetivo	Determinar la adherencia de los usuarios a los manuales de preparación previa propuestos.
Metodología	Consolidar la información de usuarios que no pudieron ser atendidos por su falta de preparación previa y compararla.
Fórmula de cálculo	$\sum \frac{\text{Usuarios no atendidos por falta de preparación previa}}{\text{Pacientes que solicitaron exámenes que requieran p.p}} \times 100$
Periodicidad	Mensual
Unidad de medición	Porcentual
Responsable	Jefe de procesos
Definición	Entre menor sea el porcentaje, mayor cobertura de exámenes o servicios con su respectivo manual de preparación previa en la institución
Utilidad	Determinar la adherencia de los usuarios a los manuales de preparación previa
Meta	0-10%

14. Conclusiones

Las autoevaluaciones institucionales realizadas en la E.S.E HUS fueron herramientas fundamentales en el desarrollo de este proyecto, pues fueron la base del diagnóstico realizado, en donde se logró reflejar las fortalezas y debilidades presentes en los procesos misionales, en especial en los asistenciales ambulatorios, logrando así establecer oportunidades de mejora.

Los principales hallazgos encontrados en el diagnóstico con respecto a los procesos misionales asistenciales ambulatorios estaban asociados con la falta de acciones y métodos para dar cumplimiento a los estándares de calidad obligatorios estipulados en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario.

Con base en las cuatro (4) oportunidades de mejora definidas en el diagnóstico empresarial se determinó el plan de mejoramiento ejecutado, en donde se estipularon cuatro (4) acciones de mejora con su respectivo objetivo, concretando responsables, recursos necesarios, tiempo y dos (2) actividades para cada una de ellas con la finalidad de dar solución a los problemas detectados.

La determinación de causas de no atención a pacientes permitió tener claridad de los motivos por los cuales se estaba presentando tasas de no atención de entre el 13% y el 18% mensual y a su vez tomar acciones en las causas de no atención que competían a la institución, la implementación de tecnología en la relación con el cliente mediante el canal SMS resulta la alternativa más económica según cotizaciones con propuestas comerciales correspondientes y con resultados más satisfactorios según Benchmarking.

El proceso de creación de manuales de preparación previa del usuario permitió establecer un listado institucional de servicios o exámenes que requieren dichos manuales, mediante la recopilación, organización, documentación y estandarización información de las especialidades gastroenterología, cardiología, neumología, ginecobstetricia, neurología, laboratorio clínico, imagenología y rehabilitación, en donde se referencia el cómo se debe presentar el usuario a ciertos procedimientos ambulatorios.

La creación del indicador de demanda insatisfecha para servicios asistenciales ambulatorios permitió tener claridad de el porcentaje de listas de espera de usuarios de servicios de salud del total demandado, se indicó como obtener el total de pendientes mediante la herramienta ofimática de Microsoft Excel tablas dinámicas, herramienta que permite consolidar el total de pendientes por especialidad y en su totalidad según el interés.

Se presentó la relación costo beneficio de contratación de personal humano mediante la resolución de tarifas de la institución en los servicios que atienden mayor cantidad de demanda, se determinaron los ingresos no percibidos por la ausencia de recurso humano para fortalecer la oferta de estos servicios.

La creación e implementación de un sistema de indicadores, compuesto de cinco (5) indicadores, le permitirá a la E.S.E HUS determinar el impacto de las propuestas realizadas durante el plan de mejoramiento, también permitirá realizar seguimiento mediante determinadas metas a los manuales creados a partir del listado institucional, a las causas de no atención a usuarios, a los

índices de demanda insatisfecha mensuales y a la adherencia de los usuarios a los manuales de preparación previa.

Este proyecto contribuyó con el crecimiento profesional de los autores en la medida en que se pudo reflejar lo adquirido como ingenieros industriales en una empresa social con diversos temas y aspectos a mejorar. Del mismo modo, la E.S.E HUS pudo percibir que el apoyo por parte de los estudios industriales y empresariales será fundamental en su camino hacia la acreditación.

15. Recomendaciones

Se recomienda a la E.S.E H.U.S realizar una definición de la capacidad instalada en todos sus servicios, definir su portafolio y hacerlo parte de una resolución para ofertarlo a los contratantes de sus servicios de salud de mediana y alta complejidad, con la finalidad de que la demanda insatisfecha o pacientes en listas de espera disminuya.

En cuanto a futuros proyectos de Ingeniería Industrial en la institución, se recomienda involucrar a los líderes de los procesos a los cuales se les vaya a implementar plan de mejoramiento, es decir, que los tutores del proyecto estén involucrados de manera directa y no de manera general. Esto permitiría a los futuros practicantes un acercamiento detallado a los procesos.

Se resalta la gestión del proceso de acreditación de la manera en que se ha llevado, el compromiso que tiene la institución en general con la acreditación, se recomienda incorporar ciclos PHVA en todas las acciones de mejora que se tomen a partir de las reuniones de grupos primarios o reuniones de comité de acreditación. A su vez, involucrar a todos los trabajadores de planta y tercerizados de la institución en nuevas políticas o cambios con miras a cumplir requerimientos o estándares de acreditación.

Es conveniente que el equipo de trabajo del call center de la E.S.E HUS sea capacitado para atender de manera correcta las llamadas en las que el usuario necesite de algún tipo de procedimiento que requiera de preparación previa, y así poder transmitir la información de manera correcta y acertada. También complementar las base de datos con los registros de los usuarios

agregando los correos electrónicos si es el caso para poder tener la alternativa de enviar la información de los procedimientos de la preparación previa por otro medio que no sea vía telefónica o de modo presencial, se recomienda incorporación de CRM en la relación con el servicio al cliente.

Es necesario que la E.S.E HUS documente y actualice una cantidad considerable de procesos y procedimientos con el fin de ser estandarizados y en consecuencia prestar un servicio de mejor calidad, mejorando de manera considerable también la gestión administrativa interna que para este proyecto sería de manera más específica el departamento de calidad.

Referencias Bibliográficas.

Arnoletto, J. (2006). *Administración de la producción como ventaja competitiva*.

Beltrán, J. (s.f.). Guía para una gestión basada en procesos. En J. Beltrán, *Guía para una gestión basada en procesos*. (págs. 14-15).

Cuellar, J. C. (1999). *Planificación estratégica y operativa*.

Dinero. (2018). Por cada colombiano hay 1,2 líneas de telefonía móvil. *Revista Dinero*, 1.

EPS, N. (2016). *Nueva EPS.com.co*. Obtenido de <http://www.nuevaeps.com.co/Noticias/Breves/VisualizarBreves/tabid/206/ArticleId/698/NUEVA-EPS-agiliza-servicios-a-traves-de-mensajes-de-texto.aspx>

Escobar, V. M. (2013). *Aplicación de gestión por procesos, como herramienta de apoyo al mejoramiento del Hospital Dr Eduardo Pereira*. Valparaíso.

Ferrer, D., & Calvo, L. (2014). *Propuesta de mejoramiento de procesos en la farmacia de un hospital de alta complejidad en la ciudad de Cali*. Santiago de Cali.

Ferrer, D., & Calvo, L. (2014). *Propuesta de mejoramiento de procesos en la farmacia de un hospital de alta complejidad en la ciudad de Cali*. Santiago de Cali. Santiago de Cali.

Francés, A. (2006). *Estrategia y planes para la empresa*. Naucalpan.

HUS. (ENERO de 2014). *HUS.GOV*. Obtenido de http://www.hus.gov.co/index.asp?id=2&ide=107&id_seccion=75&elado=

ICONTEC. (s.f.). *Acreditación en Salud*. Obtenido de <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/AcrSal.aspx>

- Improvement, N. I. (2008). *The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators*.
- Krajewski, L. (2000). *Administración de operaciones. Estrategia y Analisis*. Mexico: Pearson Educación.
- Mallar, M. A. (2010). La gestión por procesos: un enfoque de gestión eficiente. *Vis. futuro vol.13 N°1*.
- Ministerio de Salud. (2015). *Minsalud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx>
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Acreditación salud*. Obtenido de <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/Marlegcol.aspx>
- MINSALUD. (s.f.). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>
- Oliva, P. (2009). *Listas de chequeo como técnica de control*.
- OMS. (1981). *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000*.
- Pazos, L. (2015). *Propuesta de mejoramiento del proceso de facturación en el centro de salud E.S.E Santa Cruz Guachaves en el departamento de Nariño*. Nariño.
- Perez, P. (2007). *Reflexiones para implementar un sistema de gestión de la calidad (ISO 9001:2000) en cooperativos y empresas de economía solidaria*. Bogota.
- Rodriguez Martinez, M. (2005). *El metodo MR: maximización de recursos para la pequeña empresa*. Bogotá.
- Rojas, J. (2000). *Gestión por procesos y atención al usuario en los establecimientos*.

Salud, M. d. (s.f.). *Salud Pública*. Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx>

Silva, V. (2013). *Aplicación de gestión por procesos, como herramienta de apoyo al mejoramiento del hospital Dr. Eduardo Pereira*. Valparaíso.

Social, M. d. (2011). *Manual de acreditación ambulatorio y hospitalario*. Bogotá.

Social, M. d. (2014). *Minsalud*. Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/indicadoresbasicosp.aspx>