

**DISEÑO DE HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS, REPORTE Y TOMA DE
DECISIONES BASADO EN INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN
PARA LA CALIDAD EN SALUD EN CLÍNICA ZAYMA S.A.S.**



CARLOS ANDRÉS CARO SAENZ

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE INGENIERÍAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
MONTERÍA, CÓRDOBA
NOVIEMBRE - 2020.**

**DISEÑO DE HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS, REPORTE Y TOMA DE
DECISIONES BASADO EN INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN
PARA LA CALIDAD EN SALUD EN CLÍNICA ZAYMA S.A.S.**

CARLOS ANDRÉS CARO SAENZ

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO EN LA MODALIDAD DE PRÁCTICA
EMPRESARIAL COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL
TÍTULO DE INGENIERO INDUSTRIAL**

TUTOR DOCENTE: ING. MSC. JORGE MARIO LÓPEZ PEREIRA

TUTOR EMPRESA: ING. ESP. ARON DAVID PEÑATES BULA

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE INGENIERÍAS

DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

MONTERÍA, CÓRDOBA

NOVIEMBRE – 2020.

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	8
2.	INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.....	9
2.1.	RESEÑA HISTÓRICA	9
2.2.	SERVICIOS	10
2.3.	PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....	10
2.3.1.	Misión	10
2.3.2.	Visión	10
2.3.3.	Valores corporativos	10
2.3.4.	Política de calidad	11
2.3.5.	Política de seguridad del paciente	11
2.4.	LOGO.....	12
2.5.	SEPARACIÓN FUNCIONAL Y ESTRUCTURA ORGÁNICA.....	12
2.6.	DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO	15
3.	MARCO TEÓRICO.....	16
3.1.	ATENCIÓN EN SALUD.....	16
3.2.	CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD	16
3.3.	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS) 16	
3.4.	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD (SICS).....	17
3.4.1.	Dominios	17
3.5.	SISTEMAS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	18
3.6.	POWER BI.....	19
4.	DIAGNÓSTICO.....	21
5.	OBJETIVOS	25
5.1.	OBJETIVO GENERAL	25

5.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
6.	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	26
7.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS.....	27
7.1.	IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA Y FUENTES.....	27
7.2.	DISEÑO DE FORMATOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	28
7.3.	CARGAR LA INFORMACIÓN Y DISEÑAR EL CUADRO DE CONTROL.....	29
7.3.1.	CONFIGURACIÓN DEL ORIGEN DE DATOS	29
7.3.2.	LIMPIEZA Y TRANSFORMACIÓN DE DATOS.....	30
7.3.3.	MODELAMIENTO DE DATOS.....	31
7.3.4.	CREACIÓN DEL CUADRO DE CONTROL – DASHBOARD.....	33
7.4.	MECANISMO DE PRIORIZACIÓN.....	41
7.5.	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES.....	44
8.	APORTES A LA EMPRESA	46
9.	CONCLUSIONES	47
10.	RECOMENDACIONES	48
11.	ANEXOS.....	50
12.	BIBLIOGRAFÍA.....	67

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Codificación de los indicadores.	18
Tabla 3. Resumen de indicadores por dominio y aplicabilidad.....	23
Tabla 4. Cronograma de actividades.	26
Tabla 6. Listado de carpetas creadas para el almacenamiento de información.....	29
Tabla 7. Listado de funciones DAX principales.	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Logo Clínica Zayma.....	12
Figura 2. Estructura funcional Clínica Zayma.....	12
Figura 3. Organigrama parte superior.	13
Figura 4. Organigrama, dirección médica.	13
Figura 5. Organigrama, dirección de gestión humana.....	14
Figura 6. Organigrama, dirección de mejoramiento continuo.....	14
Figura 7. Organigrama, dirección administrativa y financiera.	14
Figura 8. Integración de los servicios de Power BI. Tomado de docs.microsoft.com	20
Figura 9. Formato de reporte de indicadores.....	22
Figura 10. Relaciones del modelo de datos en Power BI.	32
Figura 11. Cuadro de control, resumen.	33
Figura 12. Diagrama de navegación cuadro de control.	34
Figura 13. Cuadro de control, página 2.	35
Figura 14. Cuadro de control, página 3.	36
Figura 15. Cuadro de control, página 4.	37
Figura 16. Cuadro de control, página 5.	38
Figura 17. Cuadro de control, página 6.	39
Figura 18. Cuadro de control, página 7. Encabezado es elaboración propia, logo tomado del SGC.	40
Figura 19. Mapa de calor para clasificación de la factibilidad de la intervención y gravedad del efecto, adaptación de la guía técnica para el mejoramiento de la calidad.	43
Figura 20. Ejemplo de priorización.	43

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Indicadores IPS aplicables a Clínica Zayma.....	50
Anexo 2. Fuentes de información indicadores.	53
Anexo 3. Procedimiento general para actualizar la fuente de información.....	58
Anexo 4. Listado de archivos a descargar para actualización de información.	59
Anexo 5. Formato para diligenciar metas de indicadores.	60
Anexo 6. Formato de priorización de indicadores.....	61
Anexo 7. Hoja de control planes de mejora.	62
Anexo 8. Formato de planes de mejora indicadores.....	63
Anexo 9. Utilización de la herramienta durante el mes de octubre.....	64

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde al informe final de práctica profesional como opción de grado para obtener el título de ingeniero industrial, en el cual se diseña y desarrolla una herramienta para el análisis, reporte y toma de decisiones basado en indicadores del Sistema de Información para la Calidad en Salud en Clínica Zayma S.A.S utilizando el software Power BI y Excel para su implementación.

El proyecto está basado a nivel normativo en la resolución 0256:2016, a nivel técnico en el Documento técnico n° 1 Gestión del mejoramiento continuo de la calidad y las fichas técnicas de los indicadores de la correspondiente resolución.

Se inicia con los conceptos claves relacionados a la calidad en la atención en salud, los componentes del sistema de información, dominios e indicadores aplicables para lo cual se realiza un listado resumen que será utilizado para determinar la información requerida de cada indicador, posteriormente se procede a la implementación en el software, se configura el origen de datos, se realiza la limpieza y transformación necesaria, se procede a realizar las medidas y el diseño del cuadro de control.

Posterior al diseño de los elementos visuales se definió el mecanismo de priorización objetivo y claro que permite establecer los indicadores críticos a intervenir y formular así los planes de mejora, seguimiento y evaluación necesarios para su corrección, incluyendo acciones de mejora para cada indicador desviado durante el periodo de análisis y cerrando así el ciclo de gestión.

Al final se encuentran los aportes a la institución, las conclusiones y las recomendaciones relacionadas con la mejora y extensión del alcance del proyecto a otras áreas y la organización en general, aprovechando los beneficios del uso de las nuevas tecnologías y tendencias en términos de inteligencia de negocios.

2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

2.1. RESEÑA HISTÓRICA

Clínica Zayma es una entidad privada, nació el 18 de agosto de 1989 en la ciudad de Montería, se constituyó mediante escritura pública N.º 1508 del 28 de agosto de 1989 otorgada en la Notaria 1º de Montería e inscrita en la Cámara de Comercio el 7 de septiembre del mismo año bajo el No. 4378.

Su fundación se dio por la iniciativa de los Doctores Salomón Zakzuk Martínez y Pedro Martínez Argumedo (Q.E.P.D) para satisfacer la necesidad de establecer en la ciudad una institución prestadora de servicios de salud con calidad, en donde primaran el respeto y el trato digno a los pacientes. Desde entonces, han transcurrido 31 años y se han dado cambios importantes en diferentes aspectos de la prestación de servicios; sin embargo, los valores que definen a Clínica Zayma han permanecido intactos en el tiempo, permitiéndole posicionarse como una institución de referencia en el departamento de Córdoba en la prestación de servicios de salud con efectividad y con Calidez Humana, cuyo representante legal es el Sr. Rodrigo Manuel Martínez Cárdenas, identificado con CC N°. 19171326 de Bogotá DC.

Es categorizada como gran empresa de acuerdo con el número de trabajadores, contando con más de 500 colaboradores que trabajan incansablemente en pro del crecimiento organizacional.

Cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad certificado por parte del ICONTEC en cumplimiento a lo definido por la Norma ISO 9001:2008 lo cual les permite brindar mayor seguridad y calidad esperada de sus servicios.

2.2. SERVICIOS

Actualmente cuenta con tres sedes ubicadas en la Calle 28 N° 7-50 (Zayma I), Calle 28 N° 7-11 (Zayma II) y Carrera 8 N° 27-60 (Consulta externa) con el siguiente portafolio de servicios certificados por la Secretaria Departamental de Salud:

- Urgencias.
- Cirugía.
- UCI.
- Cuidados intensivos del recién nacido.
- Hospitalización.
- Imágenes diagnósticas.
- Laboratorio Clínico.
- Consulta especializada.
- Hospitalización en casa.
- Terapia física y respiratoria.
- Nutrición y dietética.
- Servicio farmacéutico.
- Hemodinamia y diagnóstico cardiovascular.

2.3. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

2.3.1. Misión

Nuestro propósito es brindar servicios de salud con calidad, para lograrlo propiciaremos el mejoramiento continuo de nuestra gente, nuestra organización, sus procesos, tecnología e infraestructura, enmarcando nuestras acciones en el bienestar de nuestros clientes, el respeto por la dignidad humana y el amor de Dios.

2.3.2. Visión

En el año 2025 Clínica Zayma, quiere ser reconocida en el sector salud del departamento de Córdoba como:

- Los mejores en la prestación de servicios de salud.
- La primera opción de nuestros clientes.
- El mejor sitio para trabajar.

2.3.3. Valores corporativos

Para facilitar la recordación, los valores corporativos de Clínica Zayma pueden ser resumidos en el acrónimo CALISA.

- Calidez humana.
- Amor a Dios y al servicio.
- Liderazgo.
- Integridad.
- Sentido de pertenencia.
- Asertividad en la comunicación y relaciones interpersonales.

2.3.4. Política de calidad

CLÍNICA ZAYMA se compromete a prestar servicios de salud con calidad generando bienestar y confianza a los pacientes, su familia, colaboradores y demás partes interesadas, mediante una ATENCIÓN INTEGRAL Y SEGURA, con CALIDEZ HUMANA Y AMOR AL SERVICIO; basándose en el desarrollo de un PERSONAL COMPETENTE comprometido con la protección de su salud y seguridad, la EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS de la empresa, la evidencia científica y el MEJORAMIENTO CONTINUO de sus procesos, fomentando la ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS, LA INNOVACIÓN Y EL USO DE TECNOLOGÍA, contribuyendo al MANEJO EFICIENTE DE SUS RECURSOS; enmarcados en el cumplimiento de los requisitos legales y organizacionales, actuando con responsabilidad social con el medio ambiente, la comunidad y su talento humano, logrando la satisfacción global de nuestros clientes.

2.3.5. Política de seguridad del paciente

Fomentar en la familia Clínica Zayma una cultura de servicio orientada a la seguridad del paciente; creando e implementando estrategias que contrarresten las fallas activas y latentes en el recurso humano, la infraestructura, los equipos y la aplicación de los procedimientos y guías de atención, generando las acciones preventivas, correctivas y de mejora necesarias en pro de la mitigación de los eventos adversos y centinelas.

2.4. LOGO



Figura 1. Logo Clínica Zayma.

2.5. SEPARACIÓN FUNCIONAL Y ESTRUCTURA ORGÁNICA

Por la naturaleza del sector, la institución divide sus unidades de la siguiente forma:

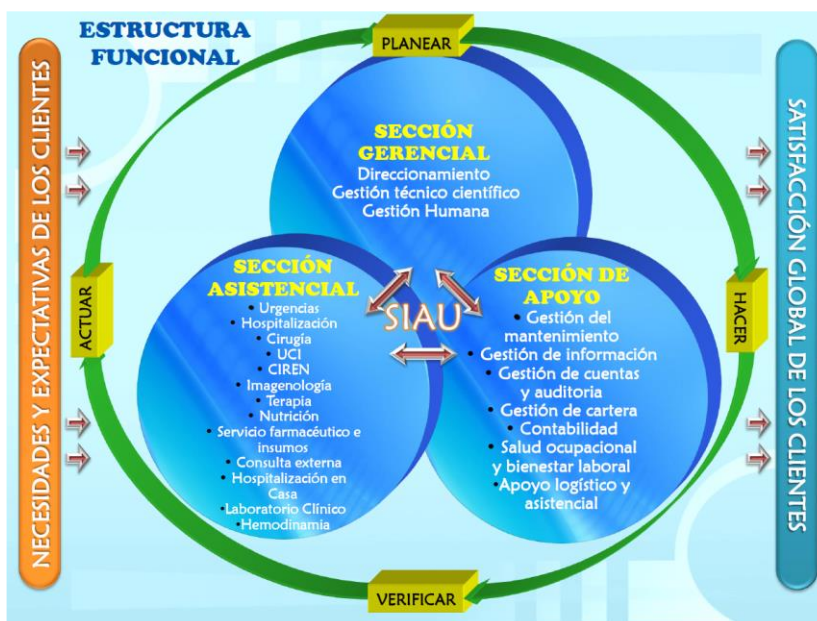


Figura 2. Estructura funcional Clínica Zayma.

A continuación, se dispone también del organigrama de la institución, para efectos de visualización será presentado por partes así:

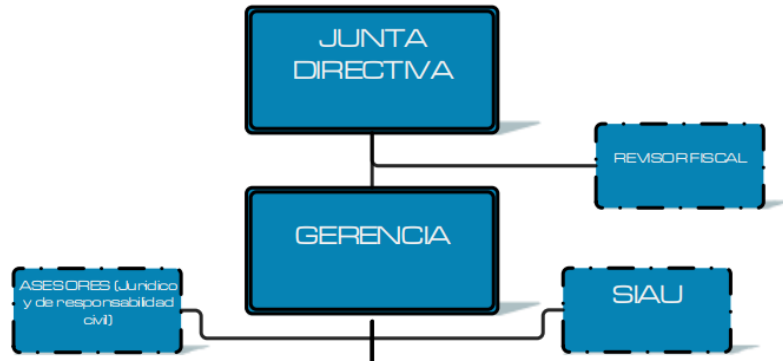


Figura 3. Organigrama parte superior.

Posterior a gerencia, se encuentran las direcciones:

- Dirección médica y paramédica.
- Dirección de gestión humana.
- Dirección de mejoramiento continuo.
- Dirección administrativa y financiera.

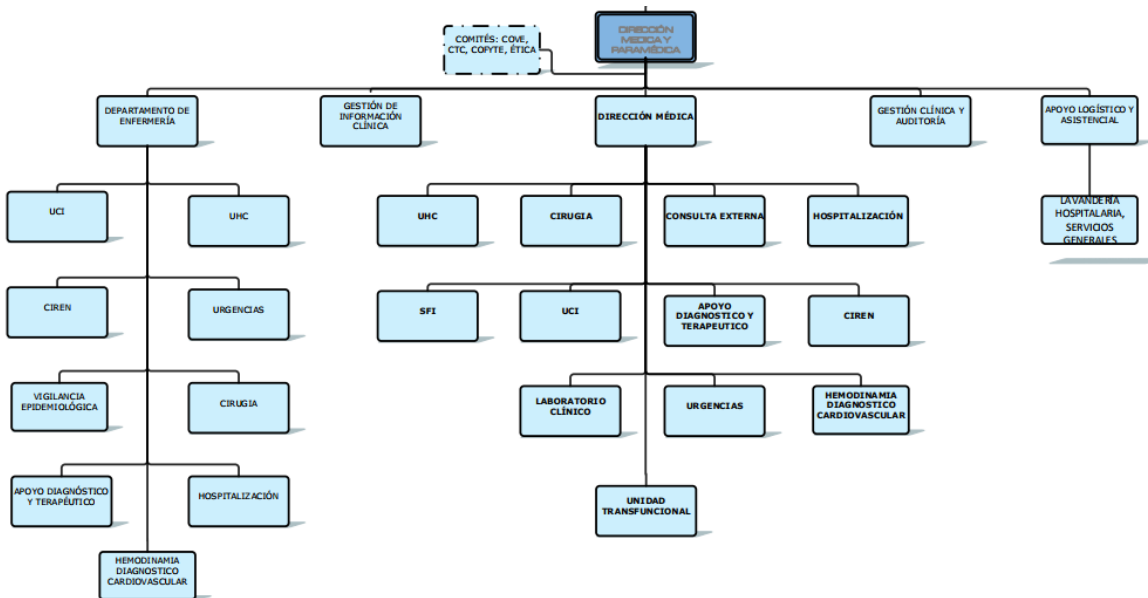


Figura 4. Organigrama, dirección médica.

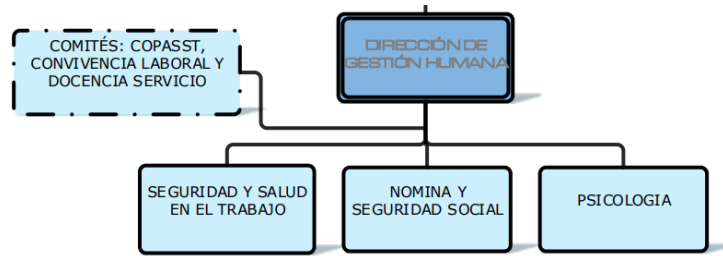


Figura 5. Organigrama, dirección de gestión humana.

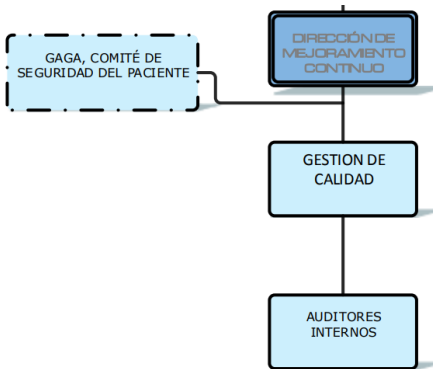


Figura 6. Organigrama, dirección de mejoramiento continuo.

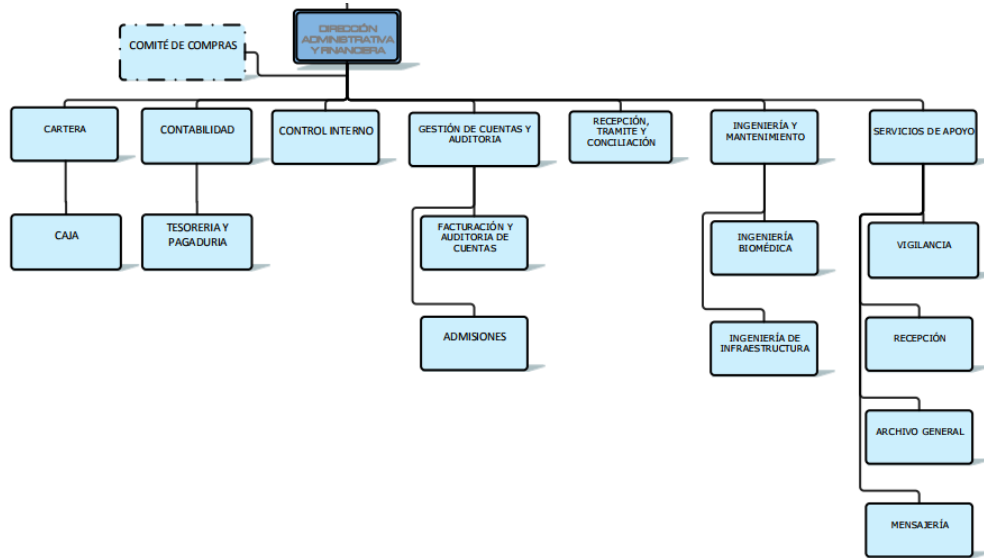


Figura 7. Organigrama, dirección administrativa y financiera.

2.6. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO

Como se puede observar en el apartado 2.5. – “*Separación funcional y estructura orgánica*” del presente documento, Clínica Zayma cuenta con una separación por direcciones las cuales dependen directamente de gerencia, dirigida por la Dra. Diana Zakzuk.

Dentro del grupo de direccionamiento, el área de mejoramiento continuo, dirigida por el Ing. Darwin Benavides es una de las fuentes de información y pilares fundamentales para la toma de decisiones estratégicas en la institución. Incluida en esta área, encontramos el área de Gestión de calidad, a la que se asocia el cargo de aprendiz de mejoramiento continuo.

En esta área se gestiona todo lo relacionado al aseguramiento de la calidad de los servicios de Salud prestados, el aprendiz de mejoramiento continuo brinda apoyo en lo concerniente al Sistema de Gestión de Calidad (SGC) mediante el desarrollo de actividades tales como: gestión documental, reporte y seguimiento de indicadores, auditorías externas e internas, presentaciones, elaboración de protocolos y verificación de cambios en la normatividad vigente de algunas temáticas como las ligadas a la emergencia sanitaria por COVID-19, políticas ministeriales, entre otras.

Mediante un trabajo conjunto, se propende por el buen desempeño y el correcto funcionamiento de las demás unidades funcionales, aumentando los esfuerzos por la minimización de las salidas no conformes en los procesos, ya sea mediante el establecimiento de políticas, lineamientos, protocolos, manuales y/o demás estrategias de estandarización y documentación.

Adicionales a las funciones relacionadas directamente a la gestión de la calidad, otras actividades de apoyo tienen lugar desde las necesidades y requerimientos de las demás áreas, como es el caso de gestión humana en las oportunidades donde se solicite apoyo teniendo en cuenta las competencias transversales que se requieren para desempeñarse en el cargo.

El compromiso del personal a nivel general es clave para dar lugar al tan anhelado mejoramiento continuo, día a día desde cada puesto de trabajo se contribuye a hacer de Clínica Zayma un lugar ideal para laborar y la primera opción de los usuarios de servicios de salud.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ATENCIÓN EN SALUD

Es el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción, y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (Decreto 1011:2006, 2006).

3.2. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Es la provisión de servicios de salud a 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 (Decreto 1011:2006, 2006).

3.3. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS)

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 como lo son: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud (Decreto 780:2016, 2016).

Con este sistema se pretende cumplir con una serie de atributos que, en esencia, contemplan las necesidades y requerimientos para lograr proveer los servicios de salud de calidad a los usuarios pertenecientes al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)

Dichos atributos son los siguientes:

- **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud conforme al SGSSS.
- **Oportunidad:** Posibilidad de recibir los servicios requeridos a tiempo, sin presentar retrasos que comprometan la salud.

- **Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante la atención de salud o sus consecuencias.
- **Pertinencia:** Grado en el cual el usuario recibe la atención de salud correspondiente a su estado y basada en evidencias científicas, donde los beneficios sean mayores a los efectos secundarios.
- **Continuidad:** Es la posibilidad de recibir una atención en salud secuencial y lógica de acuerdo con las necesidades.

3.4. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD (SICS)

Es el conjunto de indicadores establecidos para el monitoreo de la calidad en salud que permiten conocer el desempeño y resultado de los agentes del SGSSS, de modo que se garantice a la ciudadanía el derecho de la libre elección proveyendo información objetiva sobre los prestadores de servicios y aseguradores (Resolución 0256 de 2016, 2016).

3.4.1. Dominios

Son aquellas categorías en las que se realiza la monitorización de la calidad de los servicios de salud a través de indicadores, por tanto, cada indicador está relacionado a un dominio, los dominios definidos para el SICS son los siguientes:

- **Efectividad de la atención:** Este dominio busca medir si la atención en salud genera mejoría en el estado de salud de las personas que la reciben (Documento Técnico N° 1 Gestión Del Mejoramiento Continuo de La Calidad, 2016).
- **Gestión del riesgo:** Trata de las acciones que se deben realizar sobre una población específica para la minimización de la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del paciente (Documento Técnico N° 1 Gestión Del Mejoramiento Continuo de La Calidad, 2016).
- **Seguridad de la atención:** Se basa principalmente en la seguridad del paciente, tiene como finalidad disminuir los riesgos de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias (Documento Técnico N° 1 Gestión Del Mejoramiento Continuo de La Calidad, 2016).

- **Experiencia de la atención centrada en el paciente/usuario:** Este dominio trata sobre la percepción, expectativas, las necesidades y atributos que los usuarios tienen de la calidad de los servicios de salud prestados durante su atención, permitiendo así medir su satisfacción y fidelidad.

Para la fácil identificación de los indicadores, estos tendrán un código que estará representado así:

Tabla 1. Codificación de los indicadores.

DOMINIO	IPS (P)	EAPB (E)	ETS (D)
EFFECTIVIDAD	1	1	1
GESTIÓN DEL RIESGO	NA	2	2
SEGURIDAD	2	3	NA
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	3	NA	NA

- IPS: Instituciones prestadoras de servicios de salud.
- EAPB: Entidades administradoras de planes de beneficio.
- ETS: Entidades departamentales, distritales y municipales de salud.

Para cada código se seguirá la estructura:

Carácter alfabético + Identificador de dominio + Consecutivo.

Por ejemplo, P.1.1. es el primer indicador del dominio de efectividad de los indicadores correspondientes a las instituciones prestadoras de servicios.

3.5. SISTEMAS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Acorde con el manual de seguimiento y evaluación para resultados (UNDP, 2002), el seguimiento y evaluación contribuyen a mejorar el rendimiento y el logro de los resultados a través del aprendizaje organizacional y las decisiones basadas en información.

El seguimiento es la función continua de verificación del resultado en cuanto a progreso y resultados, en cambio la evaluación consiste en la revisión más profunda, donde se busca identificar las razones de un comportamiento durante el desarrollo de un proyecto, plan o estrategia, permitiendo así transmitir conocimiento claro y preciso para incluir las lecciones aprendidas dentro del proceso y mejorarlo.

Para el Ministerio de salud, los sistemas de seguimiento y evaluación deben entenderse como una herramienta a través de la cual se valora el nivel de cumplimiento de los objetivos propuestos, se consolida información útil de hallazgos y se aplican los correctivos necesarios para alcanzar la mejora de los procesos, mecanismos y/o actividades sometidas al seguimiento y evaluación (Documento Técnico N° 1 Gestión Del Mejoramiento Continuo de La Calidad, 2016).

3.6. POWER BI

Power BI es un servicio de pago que permite obtener una versión de prueba gratuita con limitaciones en cuanto a la publicación de contenido para el consumo por parte de otros usuarios, está basado en la ideología de la automatización y estandarización de los procesos para eliminar la brecha entre los datos y la toma de decisiones, articulando y mejorando la manera de obtener información relevante mediante la interacción con los datos.

Según Microsoft, Power BI es una colección de servicios de software, aplicaciones y conectores que funcionan conjuntamente para convertir orígenes de datos sin relación entre sí en información coherente, interactiva y atractiva visualmente (*¿Qué Es Power BI? - Power BI | Microsoft Docs, 2020*).

Dentro de esta colección de servicios encontramos:

- Power BI Desktop: es la aplicación de escritorio de Windows.
- Servicio Power BI: son los servicios en línea de Power BI.
- Aplicaciones para móvil: conjunto de aplicaciones diseñadas para dispositivos Windows, iOS, Android.
- Power BI Report Builder: se utiliza para la creación de informes paginados y compartirlos a los servicios en línea de Power BI.
- Power BI Report Server: se utiliza para la publicación de informes de manera local en una organización posterior a la creación de este en el servicio de escritorio.

Esta colección de servicios será utilizada en función del rol de cada persona al interior de la organización, por ejemplo, en una institución prestadora de servicios, el director del área administrativa utilizará los servicios en línea de Power BI para conocer el estado de la organización según la información incluida en los reportes, pero el líder de sistemas de

información utilizará los servicios de Report Builder o bien Desktop para la creación de informes, por otro lado, el área de marketing le interesará utilizar los servicios en línea o bien los servicios móviles para acceder desde sus celulares, tablets o equipos de escritorio.



Figura 8. Integración de los servicios de Power BI.
Tomado de docs.microsoft.com

El flujo de trabajo para la elaboración de informes siempre será la configuración del origen de datos, parte fundamental ya que permite establecer conexión con una variedad generosa de fuentes, desde documentos .pdf hasta todo tipo de servicios en línea, bases de datos, ERP, sistemas de información y demás. La configuración del origen y el modelado de los datos es en la mayoría de los casos la actividad más compleja, ya que de su correcto desarrollo dependerá la calidad de la información utilizada y la relación entre las distintas fuentes que sean configuradas.

Posterior a la configuración del origen de datos se procede a establecer las métricas y el diseño del dashboard, punto importante para la visualización del reporte para el consumo por parte de los demás usuarios.

Finalmente se dispone la información para el consumo mediante la publicación y uso de los servicios en línea de Power BI.

Es de señalar que Power BI utiliza lo que se conoce como lenguaje DAX, perteneciente a la familia de lenguajes utilizados por Microsoft, así como el editor de consultas (Query editor) utiliza lenguaje M o “Power Query M language”.

4. DIAGNÓSTICO

Uno de los principios de gestión de la calidad es la toma de decisiones basadas en hechos y datos, de cara a facilitar este proceso, cada unidad funcional en el desarrollo de sus actividades registra la información resultante de sus procesos de atención en el transcurso de cada mes. De manera general, este proceso se puede dividir en tres fases:

Recopilación y registro de la información: En esta fase se contempla el registro de la información referente a las actividades desarrolladas por cada unidad, estos datos son extraídos del sistema de información propio de la institución y de algunos registros que por la necesidad de capturar información extra y relevante son necesarios.

Depuración y cálculo del indicador: Esta fase comprende la consolidación final de la información, es decir, su alistamiento para realizar los cálculos necesarios y desde luego, el cálculo de cada indicador relacionado a las unidades funcionales donde tienen lugar, por ejemplo, para el tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II, se relaciona directamente a la unidad funcional de Urgencias.

Dada la naturaleza de la información y la forma en la que se registra, se deben emplear algunas fórmulas que permitan hacer los conteos según los criterios necesarios (algunos más complejos que otros), razón por la cual en algunos casos se dificulta este proceso, convirtiéndolo en extenso y tedioso para la persona encargada.

Análisis del indicador: Comprende una fase esencial y de meticulosa ejecución, ya que en esta fase se traduce el valor obtenido del indicador a información relevante y útil para la institución. Se debe señalar que el consumo de tiempo en la fase de cálculo se transmite directamente a esta, de modo que, para efectos de la calidad del análisis no se obtiene un resultado apropiado que facilite la comprensión del comportamiento de cada indicador.

Esta tendencia en la forma de analizar los indicadores se ve influenciada por la dificultad para realizar los cálculos y el tiempo incurrido en ello, razón por la cual las personas encargadas tienden a destinar menor tiempo a esta actividad.

Al finalizar cada periodo, los indicadores son enviados en archivos de Excel a la oficina de mejoramiento continuo para su control y como herramienta de reporte general.

Por lo anteriormente descrito, el proceso de toma de decisiones se ve perjudicado, ya que, por la dinámica y naturaleza del sector, los procesos son generalmente de tipo médico o asistencial, requiriendo de competencias específicas para su análisis y comprensión del comportamiento.

Actualmente, el resumen de indicadores es suministrado a gerencia por parte del ingeniero de calidad mediante una plantilla donde se diligencia el resultado de cada indicador para cada uno de los meses del año, al comenzar un nuevo año se opta por la utilización de una copia en blanco para el manejo de los indicadores de ese año, dejando en un archivo distinto los resultados del año anterior.

A modo de ejemplo para ilustrar y conocer el formato utilizado para registrar los resultados de los indicadores mes a mes durante un año, se propone analizar el siguiente reporte:

CLINICA WZAYMA		INDICADORES RESOLUCIÓN 0256/16 - VIGENCIA 2020														CLINICA WZAYMA	
INDICADORES DE OBLIGATORIO REPORTE																	
DOMINIO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	CONSOLIDADO		
SEGURIDAD	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Hospitalización	Num.													0		
	P.2.6	Denom.													0		
	Resultado	x 1000 Días de estancia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		

ANÁLISIS ENE - MAR	ANÁLISIS ABR - JUN	ANÁLISIS JUL-SEP	ANÁLISIS OCT-DIC

Figura 9. Formato de reporte de indicadores.

Cada indicador relacionado con la resolución 0256:2016 tiene un apartado dedicado a consignar los resultados de los indicadores, así como el análisis trimestral, nótese que el análisis se realizaba trimestralmente ya que, por disposiciones del Ministerio de Salud, el reporte en la plataforma de intercambio de información se realizaba con dicha periodicidad.

Además, la ausencia de una representación gráfica repercute en la posibilidad de comprender el resultado del indicador, ya que no permite identificar tendencias ni estacionalidades. Adicionalmente, la inexistencia de un proceso estandarizado y fijo para la obtención de datos evidencia una variabilidad de los resultados obtenidos mes a mes en algunos indicadores, como efecto directo de la ejecución de los pasos para el filtrado y formulación requeridos en cada informe para la extracción de las partes del indicador.

La resolución 0256:2016 separa los indicadores por tipo de entidad que realiza el reporte y por dominios, el Anexo 1 de este documento resume los indicadores que aplican a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y los aplicables directamente a Clínica Zayma, los indicadores no aplicables tienen como justificación el hecho de no contar con la habilitación del servicio asociado al indicador.

El balance general de los indicadores por dominio y aplicabilidad se dispone a continuación:

Tabla 2. Resumen de indicadores por dominio y aplicabilidad.

DOMINIO	NO	SI	TOTAL	APLICABLE (%)
EFFECTIVIDAD	22	3	25	12,00%
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	5	10	15	66,67%
SEGURIDAD	0	15	15	100,00%
TOTAL	27	28	55	50,91%

Como resultado final, de un total de 55 indicadores, 28 aplican a la institución, correspondiente a aproximadamente el 51% del total aplicable a IPS, todos los indicadores trazadores (15) para medición de la seguridad de la atención se aplican a la institución, y solo el 12% de los indicadores relacionados a efectividad que aplican a IPS son aplicables a la institución.

Se logra evidenciar además que, durante y después del proceso de reporte de indicadores no se cuenta con un mecanismo que permita establecer una priorización, lo cual es una etapa

importante y decisiva para la toma de decisiones y medidas, así como el establecimiento de planes de acción que permitan mejorar la calidad de los servicios de salud prestados. Dentro de las razones que dificulta establecer planes de acción en función de los resultados obtenidos, se encuentra el número de indicadores a gestionar y la ausencia de un mecanismo apropiado para hacerlo.

Luego de esta evaluación se procede a tomar los indicadores que aplican a la institución para conformar el cuadro de control en el software propuesto (Power BI), para ello se toma como base las fichas técnicas de los indicadores dispuesto por el Ministerio de Salud.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar una herramienta para el manejo de indicadores en Clínica Zayma mediante el cual se permita agilizar el proceso de reporte, análisis y comprensión de los resultados, beneficiando al personal encargado en el proceso de toma de decisiones y la generación de planes de acción a través de la priorización en función de la criticidad de estos.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir los formatos para el registro en función de las necesidades e información disponible para el cálculo de los indicadores de cada área.
- Diseñar un cuadro de mando en el cual se permita el manejo de la información y la trazabilidad, de acuerdo con el cargue de reportes por unidad funcional.
- Establecer el mecanismo para la determinación de la criticidad de los indicadores en función de su resultado.

6. ACTIVIDADES PROGRAMADAS

Al inicio del periodo de práctica fueron propuestas una serie de actividades, el tiempo de ejecución de cada actividad corresponde a una aproximación y se encuentra sujeto a cambios según las actividades propias del área de mejoramiento continuo. Se definió el siguiente cronograma:

Tabla 3. Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES	Mes	Septiembre				Octubre				Noviembre			
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificar la información requerida		■	■										
Determinar las fuentes de información				■									
Diseñar los formatos por área funcional				■									
Definir mecanismo de priorización					■								
Cargar la información y diseñar el cuadro de control						■	■						
Ejecutar prueba piloto								■					
Realizar ajustes y correcciones									■				
Elaboración del informe final										■	■		
Entrega informe final												■	

7. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

7.1. IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA Y FUENTES

Una vez establecidos los indicadores aplicables a Clínica Zayma, como puede observarse en la sección 4 de este informe - “4. Diagnóstico”, se procedió junto al ingeniero de calidad y con base en las fichas técnicas a identificar la fuente de datos para cada indicador, separando las fuentes por numerador y denominador.

Clínica Zayma cuenta con un sistema de información el cual provee una serie de informes, correspondientes a los procesos de cada unidad funcional, en el mismo orden de ideas, fueron identificados los informes de los cuales se capturan los datos para cada indicador.

Se debe tener en cuenta que, periódicamente al inicio de cada mes el ingeniero de calidad con el apoyo, en caso de ser requerido, del aprendiz de mejoramiento continuo, deben acceder a los informes del sistema de información y consolidado de indicadores, descargarlos, filtrar y calcular las cantidades solicitadas para cada parte del indicador. La ausencia de un proceso estandarizado y fijo para la obtención de datos evidencia una variabilidad de los resultados, como fue mencionado en el diagnóstico.

Es importante recalcar que Power BI no reconoce los archivos de Excel de tipo .xls, razón por la cual los archivos de Excel deberán ser convertidos a formato .xlsx.

Una técnica importante para guardar la información será la utilización del cambio de nombre y la carpeta donde se ubica, para poder mediante el editor de consultas capturar información del periodo al cual pertenece el archivo, para ello se cambiará el nombre a los archivos según la combinación:

Año-Nombre del mes, por ejemplo, 2020–ENERO.

El resultado de esta actividad se consolidó en la tabla disponible en el Anexo 2 (Fuentes de información indicadores) de este documento.

7.2. DISEÑO DE FORMATOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

De las fuentes de información tabuladas anteriormente, algunas son externas al sistema de información y son diligenciadas por los jefes de la unidad funcional donde se requiere, para la ejecución de este proyecto se realizó ajustes a los archivos de infecciones, estos son una serie de formatos en Excel de los cuales se dispone automatización para el cálculo de los días de exposición a los catéteres y ventilador mecánico, así como las infecciones asociadas.

Estos archivos se encontraban en condición de editables, de modo que la formulación, la validación de los datos y algunas celdas especiales se veían afectadas al manipular información sobre ellos en el día a día, algunos tenían columnas adicionales, filas adicionales, los datos se disponían de manera distinta.

Por lo anterior, se procedió a estandarizar los archivos de infecciones, teniendo en cuenta que este se utiliza para los pisos 3, 4, 5, 6 y la unidad de CIREN, esta última cuenta con un formato distinto debido a que se captura información adicional.

Dado que los archivos llevan gran avance en términos de diligenciamiento, se modificaron los formatos actuales para estandarizarlos, sin embargo, por decisión del área de calidad los archivos serán reemplazados en las carpetas compartidas desde donde se acceden por cada piso a finales de año, de este modo se iniciará el nuevo año 2021 con los archivos nuevos, estandarizados y bloqueados para impedir cambios en la formulación y futuros errores en la información resumida que se visualiza, así como interferencias con las consultas relacionadas a Power BI mediante el Query editor.

Por otra parte, se tuvo la necesidad de crear dos formatos en Excel para llevar el control de datos correspondientes a indicadores distintos, esto como efectos de la dificultad para obtener el dato de fuentes externas.

Las atenciones del laboratorio clínico de tipo ambulatorio son registradas de manera aislada por la unidad funcional en el archivo de resumen de indicadores, para capturar este dato se creó el archivo de Excel ubicado en la carpeta “12. LABORATORIO AMBULATORIO”.

Los eventos relacionados con endometritis post parto y post cesárea al ser reportados en SIVIGILA, el jefe del área entrega la información mes a mes y se consolida en el archivo de Excel ubicado en la carpeta “16. ENDOMETRITIS”.

7.3. CARGAR LA INFORMACIÓN Y DISEÑAR EL CUADRO DE CONTROL

7.3.1. CONFIGURACIÓN DEL ORIGEN DE DATOS

Los datos para este proyecto están almacenados en la nube a través de los servicios de OneDrive que la institución adquirió por suscripción para el almacenamiento de su información, para conectar con este tipo de fuentes se requirió en primer lugar iniciar sesión con una cuenta de Power BI con acceso a la carpeta compartida donde se alojarán los datos. Esta carpeta está alojada dentro de la carpeta compartida del Sistema Integrado – Documentos.

Acorde a lo descrito en la sección 7.1. de este documento, se utilizó la estrategia de nombrar las carpetas y los archivos de modo que al acceder mediante el editor de consultas se pudiese tomar información de la ruta de acceso.

Se creó un listado de carpetas con nombres que faciliten el entendimiento de la información contenida en ellas, además de una enumeración que permite mantener la posición de las carpetas en un orden fijo.

A continuación, el listado de carpetas creadas.

Tabla 4. Listado de carpetas creadas para el almacenamiento de información.

CARPETAS CREADAS	
1. NACIDOS	10. CIRUGIAS
2. DEFUNCIONES	11. IMAGENOLOGIA
3. EVENTOS ADVERSOS	12. LABORATORIO AMBULATORIO
4. ATENCIONES POR EQUIPO HDC	13. OPORTUNIDAD DE CITAS
5. INFORME GENERAL	14. TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN URGENCIAS
6. REINGRESOS	15. REEMPLAZO DE CADERA
7. INFECCIONES	16. ENDOMETRITIS
8. CONSULTA EXTERNA	17. INDICADORES DE REFERENCIA
9. SIAU	18. PLANES DE MEJORA

Para cada informe necesario se relacionó la carpeta que lo contiene, de esta forma se podrán acceder a todos los archivos almacenados en estas carpetas. Un aspecto a tener en cuenta para el trabajo con archivos de Excel es el tipo, estos deberán ser archivos .xlsx, y no .xls como son exportados por el área de sistemas en el informe de herniorrañas o los archivos del software CALISA.

Por tal motivo, previo a la configuración del origen de datos se deben convertir estos archivos a formato .xlsx para que puedan ser leídos por Power BI, para esta tarea se sugiere el uso del complemento para Excel “Kutools”, este complemento permite la conversión de tipo de archivo en lotes de carpetas y elimina si se desea los archivos con el formato no deseado dejando únicamente en cada carpeta original los archivos convertidos.

Una vez se logró establecer el acceso a la carpeta de OneDrive se procede a realizar la limpieza de dato para cada informe, dejando únicamente las columnas deseadas y la información útil para obtener diferente información a futuro.

7.3.2. LIMPIEZA Y TRANSFORMACIÓN DE DATOS

La limpieza de los datos es una actividad crucial y base para garantizar la calidad de la información en lo que se refiere a formatos, validación de errores, espacios en blanco, encabezados no deseados e información adicional.

Los tipos de archivos utilizados para este proyecto corresponden a .xlsx y .pdf, una de las innovaciones y compromisos de Microsoft con Power BI es la capacidad de leer archivos .pdf. Aprovechando que la estructura de los informes para ambos tipos de datos está definida y estandarizada se aprecia como una alternativa viable.

En definitiva, el proceso de transformación de los datos es un proceso creativo, y más para los archivos en formato pdf, este tipo de archivo suele contener espacios en blanco, columnas vacías, datos sin formato, complejizando la situación se evidenció que cada informe pdf contaba con su propia estructura. Al igual que con los archivos pdf, los archivos de Excel cuentan con encabezados, columnas combinadas y vacías, filas en blanco y otros elementos que no se desean conservar en la consulta de datos y fueron eliminados según las necesidades de la información.

Query editor M es un lenguaje estricto, pero poderoso, la automatización en el cargue de datos permite lograr alto nivel de estandarización, eliminando el error humano a la hora de filtrar datos y hacer cálculos en cada reporte periódicamente.

7.3.3. MODELAMIENTO DE DATOS

Esta actividad puede variar para cada conjunto de informes, para este caso en particular, los informes no se relacionan información entre sí, dado que en la mayoría de ellos la información necesaria se encuentra dispuesta en él.

En términos de inteligencia de tiempos se requería establecer comunicación entre las tablas, para poder comparar y articular los cálculos en el mismo periodo de tiempo a la hora de visualizarlos en el cuadro de control, para comunicar las tablas entre sí se creó una tabla adicional mediante la función DAX “CalendarAuto()”, dejando el parámetro de entrada de esta función vacío, indicando que tome todas las fechas en el modelo y arme una tabla calendario, de la cual para efectos de practicidad se le agregó las columnas de año, trimestre, número del mes y nombre del mes.

Para cada informe se estableció la relación de la columna que contiene la fecha de interés con el correspondiente en la tabla Calendario.

En el modelo final se obtuvo diferentes tipos de relaciones, esto se debe a que la tabla de calendario dispone de una serie de registros de fecha únicos para todo el modelo de datos, entonces, dado el campo de fecha de algunos informes, estos contaban con registros repetidos para la fecha, por ejemplo, 2 registros para enero de 2020 en la misma tabla. Por esta razón se ideó una manera de comunicar las tablas mediante la creación de campos acorde al tipo de dato almacenado en la columna Date que almacena datos de tipo fecha-hora, con hora igual a 12:00:00 a.m.

A continuación, se tiene la ilustración de las relaciones del modelo de datos para este proyecto, para facilitar la visualización de las relaciones las tablas fueron dispuestas en esta configuración:

FUNCIONES	DESCRIPCIÓN
SWITCH	Permite establecer diferentes acciones en función de los resultados de una expresión o variable.
IF - OR - AND	Funciones lógicas para evaluar condiciones.

7.3.4. CREACIÓN DEL CUADRO DE CONTROL – DASHBOARD

El cuadro de control está compuesto por 7 páginas, la primera de ellas es un resumen de los indicadores donde se puede filtrar por año, trimestre y mes.



Figura 11. Cuadro de control, resumen.

Las demás páginas agrupan los indicadores por dominio (efectividad, seguridad y experiencia de la atención), los objetos visuales seleccionados tuvieron como criterio la integración entre sí y la facilidad de obtener información a través de la representación del comportamiento de los datos.

Del lado izquierdo encontrará tres filtros que permitirá seleccionar entre años, meses y trimestre, sin embargo, algunos datos históricos para años anteriores a 2020 no se incluyeron por su formato específico de almacenamiento o la eliminación de dicha posibilidad desde el software CALISA, situación que será descrita en las recomendaciones finales.

El contenido del cuadro de control – dashboard es representado por la figura siguiente:

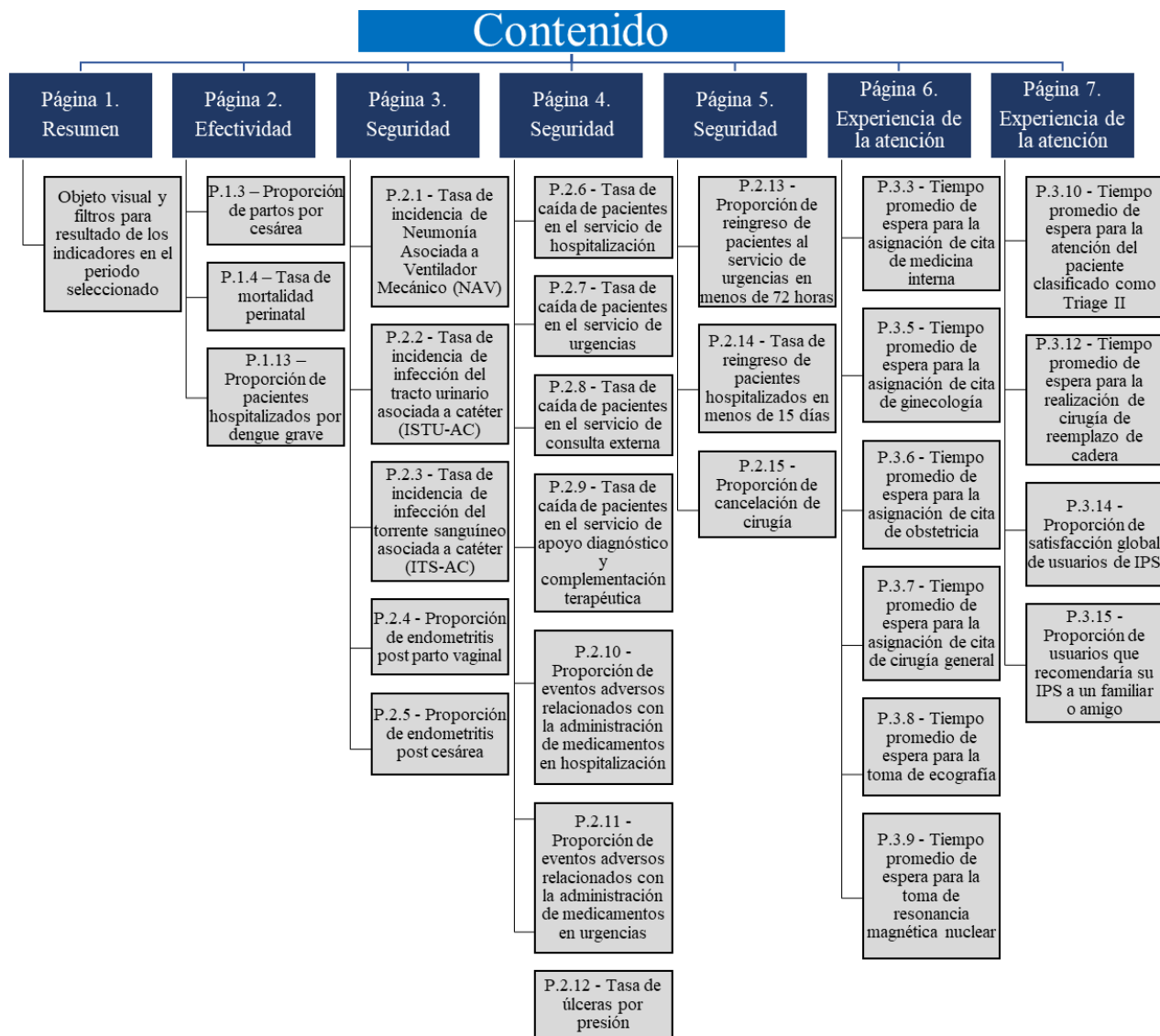


Figura 12. Diagrama de navegación cuadro de control.

Los indicadores relacionados en el contenido de cada página se encuentran en el Anexo 1 del presente documento.

Cada página cuenta con el conjunto de indicadores agrupado de acuerdo con la similitud del objetivo de su medición. A continuación, se muestra cada una de las páginas que componen el cuadro de control y los elementos las integran.

Del lado izquierdo en cada página posterior al resumen se encuentran tres campos para el filtrado de la información visualizada en los indicadores, para ello se podrá seleccionar al igual que la hoja resumen, el año, trimestre y mes.



Figura 13. Cuadro de control, página 2.

En esta primera página se encuentra la información de los indicadores Proporción de partos por cesárea, tasa de mortalidad perinatal y proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave. Para cada indicador se dispone la información del numerador y denominador, además de una representación gráfica que ilustra el comportamiento del indicador a lo largo de cada mes.

Para el indicador de proporción de partos por cesárea resulta interesante disponer de una línea que represente el promedio de los datos, por tal razón se añade a la gráfica a través de las herramientas analíticas de Power BI.



Figura 14. Cuadro de control, página 3.

En esta página se agrupan los indicadores relacionados a tasas de incidencia de infecciones y neumonías, dado que provienen del mismo origen de datos y solo varía el tipo de catéter asociado a cada indicador, con esta página se inicia la familia de indicadores aplicables del dominio de seguridad. Es de notar que los indicadores de tipo tasa cuentan con un amplificador de escala, para el caso de las tasas de incidencia es equivalente a 1000 días de catéter urinario, torrente sanguíneo (central) y ventilador mecánico.

Al compartir la escala, es posible agruparlos en la misma gráfica, de modo que se pueda comparar el comportamiento de las tasas y paralelamente para los días de exposición.

De lado derecho se encuentran los indicadores de endometritis, estos representan proporciones, razón por la que son agrupables para efectos de comparación.

Los gráficos de la parte inferior derecha muestran la cantidad total de eventos de cada tipo relacionados a la cantidad total donde pueden presentarse dichos eventos.



Figura 15. Cuadro de control, página 4.

La página 4 contiene los indicadores relacionados a los eventos adversos acorde al marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente.

Para cada indicador se observa a su derecha el numerador y denominador respectivo, nótese que para cada tasa de caídas el amplificador de escala corresponde a 1000 y las unidades son las especificadas por el denominador.

Por ejemplo, para las caídas en el servicio de hospitalización, el factor amplificador de escala corresponde a 1000 días, para el servicio de urgencias corresponde a 1000 pacientes atendidos. Este conjunto de indicadores es también agrupable al compartir escala y ser de interés conocer el comportamiento de la tasa de caídas en cada servicio.

De manera similar, los indicadores de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos disponen de numerador, denominador y gráfica respectiva.

Para el caso de úlceras por presión, se comparte el hecho de ser un indicador relacionado a eventos adversos y estar relacionado a los servicios de hospitalización (UCI, HOS, CIREN).



Figura 16. Cuadro de control, página 5.

Cerrando la familia de indicadores del dominio de seguridad, se encuentran la proporción de reingresos a urgencias, tasa de reingreso a hospitalización y la proporción de cancelación de cirugías, cada indicador nuevamente dispone al lado derecho del numerador y denominador respectivo, para esta página el comportamiento de los indicadores no es agrupable al tener unidades diferentes u objetivos de medición distintos.

En los gráficos correspondientes a proporción de reingresos urgencias y tasa de reingreso a hospitalización se incluyen las líneas de máximos, mínimos y valores promedio para cada caso, atendiendo además en término colores a un comportamiento positivo (verde) y negativo (rojo).

De lado derecho, para cada caso se encuentra el número de pacientes atendidos y egresos de urgencias y hospitalización respectivamente.

Para el caso de cancelación de cirugías, el gráfico ilustra la cantidad de cirugías que fueron canceladas por mes.

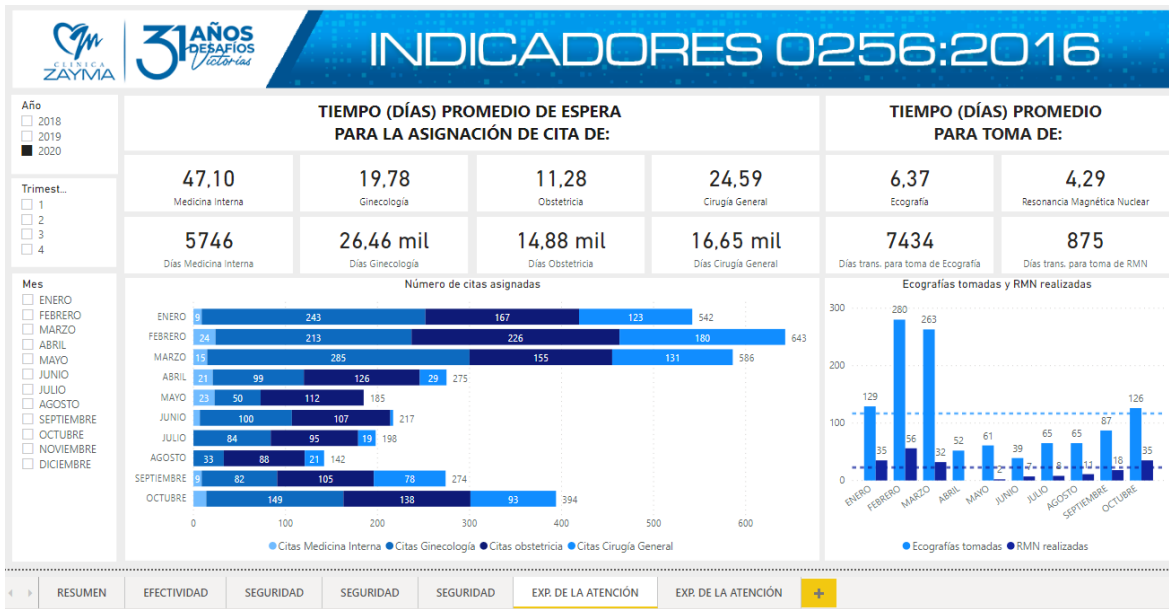


Figura 17. Cuadro de control, página 6.

La página 6 inicia los indicadores aplicables del dominio de experiencia en la atención, en esta página podemos encontrar los indicadores de tiempo promedio de espera en días para la asignación de citas de las distintas especialidades y el tiempo promedio para la toma de ecografía y resonancia magnética nuclear.

En esta página se encuentra el resultado del indicador y en la parte inferior de cada uno la cantidad total de días de espera.

En las gráficas, para cada caso se encontrará la cantidad de procedimientos realizados por cada tipo de cita y estudio.



Figura 18. Cuadro de control, página 7.

Encabezado es elaboración propia, logo tomado del SGC.

La última de las páginas de este cuadro de control corresponde a los indicadores tiempo de espera en urgencias, reemplazo de cadera, satisfacción y recomendación.

Del lado izquierdo se encuentra al tiempo de espera para urgencias y cirugía de reemplazo de cadera, estos indicadores se encuentran aislados entre sí, a pesar de pertenecer al mismo dominio, son indicadores que no tienen familiaridades en el objetivo de su medición.

Para cada indicador se dispone en la parte inferior el numerador y denominador respectivamente.

Y de manera representativa se ilustra el comportamiento del tiempo de espera para atención en urgencias durante cada mes.

En la parte derecha se encuentran los indicadores relacionados a la imagen de la institución medida a través de la percepción de los usuarios, esto corresponde a la proporción de usuarios satisfechos y usuarios que recomendarían la institución a familiares o amigos. Continuamente en la parte inferior a los indicadores se encuentra la gráfica que ilustra sus comportamientos. Aun siendo agrupables, estos indicadores generalmente tienen comportamientos similares, haciendo de interés que se reflejen en gráficas separadas para observar de una mejor manera su comportamiento a lo largo de los meses.

7.4. MECANISMO DE PRIORIZACIÓN

El mecanismo de priorización de indicadores fue adaptado del propuesto por el Ministerio de Salud en la guía técnica, para ello se procedió así:

En primer lugar, se requería obtener el resultado de los indicadores para el periodo el cual se quiere comparar, para ello se utilizó la capacidad del objeto visual dispuesto en la página 1 (Resumen) del cuadro de control, donde se exportan los datos y se ubican en la carpeta “17. INDICADORES DE REFERENCIA\DATOS EXPORTADOS” en formato .csv.

Posteriormente se creó un archivo de Excel, disponible en el directorio de la carpeta INDICADORES DE REFERENCIA, donde se creó 3 hojas, una hoja destinada a la priorización en sí, otra hoja destinada a realizar la consulta automática (de manera periódica o al abrir el archivo) del resultado de los indicadores exportados del archivo .csv, y la última destinada a alimentar las metas para los indicadores.

Para estos indicadores no se tiene una meta definida por el Ministerio de Salud, sin embargo, para esta actividad se procedió a tomar como meta a los resultados nacionales promedio de los indicadores reportados en SISPRO para el periodo 2019, desafortunadamente todos los indicadores no cuentan con reporte, por ende, las metas se diligencian en esos casos como ND (No disponible) a espera de una definición por parte del área directiva.

La distancia de la meta es un campo de cálculo automático el cual si se dispone de una meta para el indicador evaluará la distancia así:

$$Distancia\ de\ la\ meta = \frac{Resultado - Meta}{Meta} \times 100\%$$

El signo negativo en cada caso será interpretado acorde a la meta del indicador, ya que algunos mejorarán en la medida en que sus resultados se acerquen a cero y otros mejorarán en la medida en que se alejan.

Adicionalmente, para cada indicador se encuentra una columna clasificatoria denominada estado, en la que de manera visual se especificará si el resultado del indicador se encuentra dentro de los valores esperados o no.

En la hoja de priorización se diligenciará la siguiente información:

- **Fecha de análisis:** corresponde a la fecha en la cual se realiza la comparación y priorización, esta será realizada mes a mes para realizar seguimiento y evaluación de los resultados o en su defecto en las fechas que sean establecidas por gerencia.
- **Factibilidad de la intervención:** se refiere a la posibilidad de lograr resultados en un horizonte de tiempo el cual implicaría que la intervención sea clasificada en:
 - Factible solo a largo plazo.
 - Factible a mediano o largo plazo.
 - Factible a corto plazo.
 - Muy factible a corto plazo.

Esta clasificación atiende a la posibilidad de corregir el resultado del indicador en términos de tiempo requerido para lograrlo, por ejemplo, la tasa de caídas en los servicios de hospitalización puede ser intervenida con factibilidad a corto plazo, ya que generalmente las razones se deben a comportamientos del paciente que pueden ser prevenidos o temas relacionados a la infraestructura o equipos para los que se podrían establecer barreras o eliminación del peligro presente.

- **Gravedad del efecto:** corresponde al grado en el que impacta el indicador, los indicadores al pertenecer a diferentes dominios están orientados a diferentes aspectos, tales como la seguridad, la efectividad de la atención en salud y la experiencia en la atención relacionada con la apreciación del usuario. Para estos dominios se analizará el grado de impacto del indicador en las siguientes categorías:
 - Poco grave.
 - Moderadamente grave.
 - Grave.
 - Muy grave.

Cabe recalcar que esta categorización depende no solo de la naturaleza del indicador, por ejemplo, un indicador de seguridad impacta más que uno de experiencia, sino también del resultado o la desviación respecto de la meta.

Finalmente se encuentra un campo calculado el cual multiplica la factibilidad de la intervención y el grado del efecto, obteniendo un puntaje que será categorizado de acuerdo con el mapa de calor propuesto por la guía técnica.

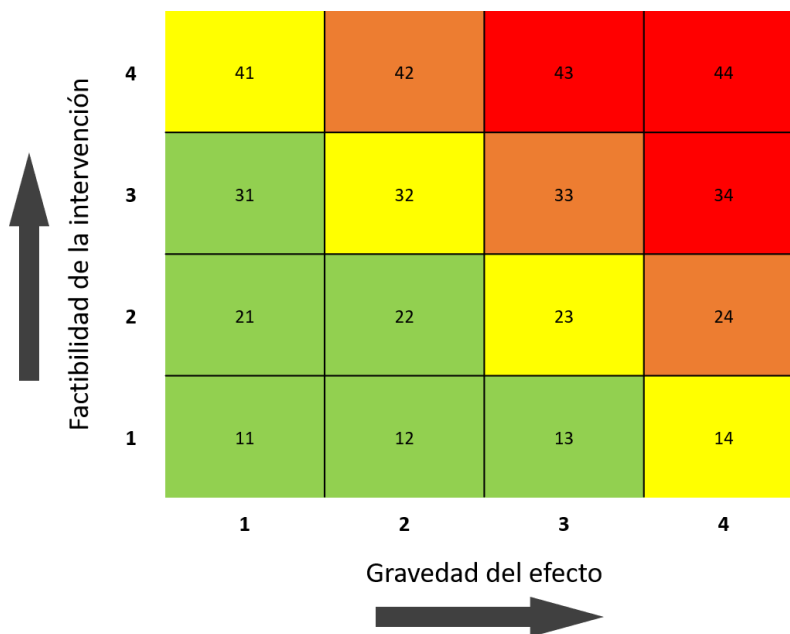


Figura 19. Mapa de calor para clasificación de la factibilidad de la intervención y gravedad del efecto, adaptación de la guía técnica para el mejoramiento de la calidad.

Para mayor claridad se analizará el caso del siguiente indicador:

DOMINIO	CÓDIGO	INDICADOR	UNIDADES	RESULTADO	META	DISTANCIA DE LA META	ESTADO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	GRAVEDAD DEL EFECTO	GRADO DE SEVERIDAD
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cila de Medicina Interna	Días	35,90	13,19	172,28%	*	3	4	12

Figura 20. Ejemplo de priorización.

Este indicador tuvo un valor no satisfactorio, alejándose de la meta un 172%, fue calificado como factible a corto plazo y de gravedad alta, en concordancia con el mapa de calor antes expuesto se califica en el lugar 34, correspondiente a gravedad y factibilidad altas.

Como guía metodológica, aquellos indicadores resaltados en rojo y naranja serán aquellos en los cuales se deba establecer mayor prioridad.

Los formatos para el establecimiento de metas y priorización estarán completos en el anexo 5 y 6 del presente documento.

7.5. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES

Para llevar control de los planes de mejora se adaptó el formato de seguimiento de auditorías externas existente en la institución, en este formato se podrán establecer los planes y acciones de mejora para aplicar correcciones a las desviaciones de los indicadores prioritizados, se cuenta con una hoja para cada plan y una hoja de control donde se consolida de manera automática el avance de los planes de mejora. Ver anexo 7 y 8.

Este formato recopila la información siguiente:

- **Fecha de análisis:** corresponde a la fecha en la que se crea el plan de mejora.
- **Temas relacionados:** en esta parte se relacionan las áreas correspondientes a los indicadores a intervenir, por ejemplo: seguridad del paciente y experiencia de la atención.
- **Número:** es la enumeración automática de la acción a realizar.
- **Código del indicador:** lista desplegable que corresponde a la codificación mencionada en el marco teórico para cada indicador.
- **Indicador:** campo automático que trae el nombre del indicador correspondiente al código.
- **Análisis:** apartado para realizar la descripción del comportamiento del indicador y detalles.
- **Servicio:** corresponde al servicio relacionado con el indicador.
- **Acción de mejora:** relación de las acciones de mejora planteadas posterior al análisis de las causas.
- **Descripción de la acción de mejora:** especificar el alcance y periodicidad de las acciones de mejora.
- **Meta esperada:** resultado deseado del indicador.
- **Responsables:** personas encargadas de intervenir y llevar a cabo la acción de mejora.
- **Fecha de inicio planeada y fecha de terminación:** corresponde a las fechas de inicio de ejecución del plan y la fecha en la que se prevé terminar la acción de mejora.

- **Seguimiento 1, 2 y 3:** En estos campos se describirá lo evidenciado en el seguimiento o el avance de la acción de mejora, así como la fecha en la que se realizó el seguimiento y si en ese seguimiento se cierra la mejora.

Los planes de mejora se consolidarán en el momento deseado y para dar respuesta a las desviaciones de los indicadores, la periodicidad establecida para ello es mensual, sin embargo, esto puede variar sujeto a las directrices de la dirección.

8. APORTES A LA EMPRESA

A pesar del entorno y la modalidad de trabajo que al principio fue netamente virtual dadas las condiciones predisuestas por la pandemia por COVID-19, el desarrollo de la práctica empresarial en Clínica Zayma estuvo lleno de experiencias, y oportunidades de aprendizaje.

Este escenario es crucial para el desarrollo profesional de cada estudiante, ya que se contrasta el aprendizaje teórico con la realidad del día a día de un ingeniero industrial, la capacidad resolutive, la innovación y la creatividad son características que sin duda destaca de un ingeniero.

Durante el periodo de prácticas se diseñó una herramienta basada en la utilización de Power BI y Excel que estandariza el proceso de gestión de indicadores definidos por la resolución 0256:2016 a través de todo el ciclo de gestión, comprendiendo la visualización, interacción, seguimiento, priorización, evaluación de los resultados y el establecimiento de planes de mejora y acciones correctivas.

Esta herramienta permite mejorar el proceso de toma de decisiones y aporta los datos y hechos necesarios para tener una visión más clara del rendimiento de la institución en los dominios evaluados por la normativa (Ver Anexo 9 para ejemplo de uso en mes de octubre).

De este modo se logra impulsar la calidad de los servicios prestados y la apreciación de los usuarios acorde a las directrices de la visión institucional de ser los mejores en la prestación de servicios de salud y la primera opción de sus clientes.

9. CONCLUSIONES

- La institución presta servicios de calidad, lo que se refleja en los resultados de los indicadores que se encuentran bajo control a excepción de algunos casos puntuales donde la desviación obedece a factores externos e internos sometidos a procesos de mejoramiento.
- Los procesos estandarizados permiten disminuir la variabilidad en la obtención de los resultados de los indicadores para los distintos periodos a través de eliminación del error humano en el cálculo periódico de los indicadores.
- La interacción con la información a través de los servicios de Power BI aporta mayor flexibilidad y comprensión del comportamiento de los indicadores a través del tiempo.
- El Ministerio de Salud tiene intenciones serias en cuanto al mejoramiento de la calidad de los servicios de atención, reflejados en la normatividad existente y los documentos de apoyo donde se encuentran metodologías y procesos detallados para ser adaptados y/o apropiados por las instituciones de salud, Clínica Zayma cumple la normatividad y reporta dentro del rango de tiempo la información requerida.
- El sistema de información permite obtener los informes necesarios para estandarizar los procesos de gestión de indicadores en cuanto a la primera parte del ciclo relacionada al cálculo de los indicadores y visualización.
- Posterior a la realización de las actividades planificadas, los indicadores de reporte aplicables según la resolución 0256:2016 fueron consolidados en la herramienta de gestión para su utilización y a la espera de los códigos de inserción para su publicación en sitios web para el consumo por parte de los usuarios pertinentes.

10. RECOMENDACIONES

- Se recomienda establecer un plan de acción que permita mejorar la calidad de la información disponible, desde la generación hasta la disposición en los informes a través de la cultura del cierre de las historias clínicas o el establecimiento de criterios que permitan darle manejo a los casos que contribuyen a la pérdida de confiabilidad de la información como es el caso admisiones sin cerrar que pasan a servicios de hospitalización en casa o lo que respecta a historias clínicas que quedaron abiertas aún con el egreso del paciente de la institución.
- El sistema de información cuenta con una cantidad considerable de informes que se han visto perjudicados por las distintas estructuras y variables utilizadas para exportarlos, por ende, se sugiere realizar intervención en los informes identificando aquellos que no cumplen con su propósito o dejaron de funcionar.
- Se sugiere que los formatos y archivos de Excel consolidados por las unidades funcionales a través de los líderes de estas, sean sometidos a un riguroso proceso de inspección para controlar la calidad de la información y bloquear aquellos campos cruciales que no deben ser diligenciados por la persona encargada.
- Los beneficios de la utilización de Power BI al interior de la organización para la inteligencia del negocio, conocer el rendimiento y los resultados a través de los reportes e informes visuales justifican la inversión en la mejora de la suscripción a los servicios PRO que ofrece esta compañía. Se sugiere evaluar la posibilidad de adquirir este licenciamiento para ser implementando en las demás áreas y extender el alcance a todos los indicadores que se gestionan en la organización.
- El mayor beneficio de este proyecto nace del compromiso en cuanto a la ejecución de las actividades de cargue de información a las carpetas destinadas para ello según lo descrito en la sección 7.1, se recomienda tener cuidado y seguir el procedimiento definido para el cargue de la información (Ver anexo 3 y 4).
- Fortalecer con el área de sistemas el uso de Power BI a través de la generación de códigos de inserción y los permisos correspondientes para las personas encargadas de desarrollar de los informes.

- Evaluar la posibilidad de establecer conexión con la base de datos principal para evitar el proceso de descarga de los informes y obtener la información más eficientemente.

11. ANEXOS

Anexo 1. Indicadores IPS aplicables a Clínica Zayma.

DOMINIO	CÓDIGO	INDICADOR	APLICA
EFFECTIVIDAD	P.1.1	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.2	Proporción de gestantes con valoración por odontología	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.3	Proporción de partos por cesárea	SI
EFFECTIVIDAD	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	SI
EFFECTIVIDAD	P.1.5	Relación Morbilidad Materna Extrema / Muerte materna temprana (MME/MM)	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.6	Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.7	Proporción de reingreso hospitalario por infección respiratoria aguda IRA en menores de 5 años	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.8	Letalidad por infección respiratoria aguda IRA en menores de 5 años	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.9	Letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.10	Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de VIH	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.11	Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con virus de la inmunodeficiencia humana, con diagnóstico de VIH	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.12	Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.13	Proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave	SI
EFFECTIVIDAD	P.1.14	Proporción de personas con hipertensión arterial a quienes se les realiza medición de LDL	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.15	Proporción de personas con diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en último semestre	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.16	Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realiza medición de LDL	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.17	Proporción de personas con hipertensión arterial (HTA) estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC)	NO

DOMINIO	CÓDIGO	INDICADOR	APLICA
EFFECTIVIDAD	P.1.18	Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC)	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.19	Proporción de personas con diálisis con hemoglobina mayor o igual a 10 g/dl	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.20	Proporción de pacientes prevalentes en hemodiálisis con catéter como acceso vascular	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.21	Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de citología en último año	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.22	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento de cáncer de mama	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.23	Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.24	Tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el diagnóstico definitivo Leucemia Aguda Pediátrica (LAP) en menores de 18 años	NO
EFFECTIVIDAD	P.1.25	Proporción de menores de 18 años que cumplen el estándar de 5 días para el inicio de tratamiento de LAP	NO
SEGURIDAD	P.2.1	Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	SI
SEGURIDAD	P.2.2	Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC)	SI
SEGURIDAD	P.2.3	Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC)	SI
SEGURIDAD	P.2.4	Proporción de endometritis post parto vaginal	SI
SEGURIDAD	P.2.5	Proporción de endometritis post cesárea	SI
SEGURIDAD	P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	SI
SEGURIDAD	P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	SI
SEGURIDAD	P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	SI
SEGURIDAD	P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	SI
SEGURIDAD	P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	SI
SEGURIDAD	P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	SI
SEGURIDAD	P.2.12	Tasa de úlceras por presión	SI

DOMINIO	CÓDIGO	INDICADOR	APLICA
SEGURIDAD	P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	SI
SEGURIDAD	P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	SI
SEGURIDAD	P.2.15	Proporción de cancelación de cirugía	SI
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	NO
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	NO
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	SI
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.4	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	NO
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	SI
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	SI
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	SI
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	SI
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.9	Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear	SI
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	SI
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.11	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas	NO
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.12	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera	SI
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.13	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica	NO
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	SI
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	SI

Anexo 2. Fuentes de información indicadores.

CÓDIGO	INDICADOR	FUENTE NUMERADOR	TIPO DE ORIGEN NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	TIPO DE ORIGEN DENOMINADOR	MANEJO DE FUENTES	OBSERVACIONES	UBICACIÓN NUMERADOR	UBICACIÓN DENOMINADOR
P.1.3	Proporción de partos por cesárea	INFORME DE NACIMIENTOS RUAF	EXTERNO	INFORME DE NACIMIENTOS RUAF	EXTERNO	Exportar completo	Exportar desde periodo deseado hasta el actual.	1. NACIDOS	1. NACIDOS
P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	INFORME DE DEFUNCIONES RUAF	EXTERNO	INFORME DE DEFUNCIONES RUAF	EXTERNO	Exportar completo	Exportar desde periodo deseado hasta el actual.	2. DEFUNCIONES	2. DEFUNCIONES
P.1.13	Proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave	INFORME GENERAL	INTERNO	INFORME GENERAL	INTERNO	Consolidar por año	Exportar desde el inicio de cada año y reemplazar mes a mes el consolidado por año.	5. INFORME GENERAL	5. INFORME GENERAL
P.2.1	Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	CONTROL DE INFECCIONES	INTERNO	CONTROL DE INFECCIONES	INTERNO	Consolidar por año	Cada archivo de infecciones cuenta con las hojas para todos los meses del año, cargar anualmente los nuevos archivos.	7. INFECCIONES	7. INFECCIONES
P.2.2	Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC)	CONTROL DE INFECCIONES	INTERNO	CONTROL DE INFECCIONES	INTERNO	Consolidar por año	Cada archivo de infecciones cuenta con las hojas para todos los meses del año, cargar anualmente los nuevos archivos.	7. INFECCIONES	7. INFECCIONES
P.2.3	Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC)	CONTROL DE INFECCIONES	INTERNO	CONTROL DE INFECCIONES	INTERNO	Consolidar por año	Cada archivo de infecciones cuenta con las hojas para todos los meses del año, cargar anualmente los nuevos archivos.	7. INFECCIONES	7. INFECCIONES
P.2.4	Proporción de endometritis post parto vaginal	SIVIGILA*	INTERNO*	INFORME DE NACIMIENTOS RUAF	EXTERNO	Consolidar completo	Debido a la imposibilidad de establecer conexión la fuente primaria, las endometritis se reportan por la persona encargada y se consolida en archivo de Excel creado para ello.	16. ENDOMETRITIS	1. NACIDOS
P.2.5	Proporción de endometritis post cesárea	SIVIGILA*	INTERNO*	INFORME DE NACIMIENTOS RUAF	EXTERNO	Consolidar completo	Debido a la imposibilidad de establecer conexión la fuente primaria, las endometritis se reportan por la persona encargada y se consolida en archivo de Excel creado para ello.	16. ENDOMETRITIS	1. NACIDOS

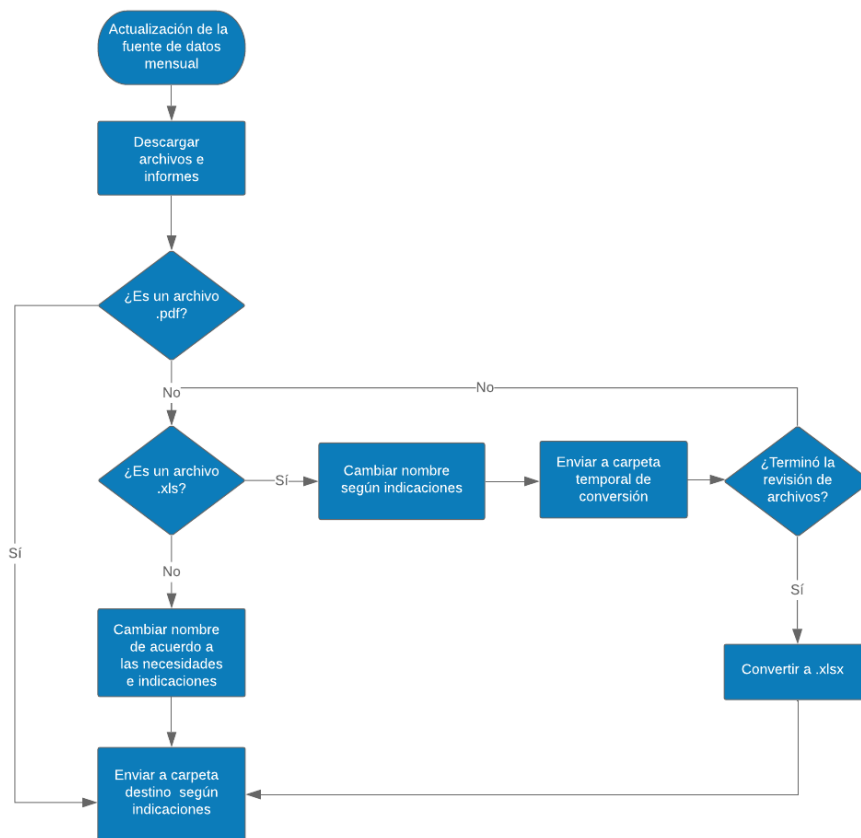
CÓDIGO	INDICADOR	FUENTE NUMERADOR	TIPO DE ORIGEN NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	TIPO DE ORIGEN DENOMINADOR	MANEJO DE FUENTES	OBSERVACIONES	UBICACIÓN NUMERADOR	UBICACIÓN DENOMINADOR
P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	INFORME LISTADO GENERAL DE EVENTOS ADVERSOS	CALISA	CANTIDAD DE PACIENTES POR SERVICIOS HOS - UCI - CIREN - CEX	INFORME HERNIORAFIAS	Consolidar mes a mes	Numerador: Eventos adversos se exporta completo desde el periodo deseado en formato Excel. Denominador: Viene incluido del archivo que se solicita al área de sistemas (Herniorrafías), se toma el archivo de Excel y se pega en la carpeta correspondiente.	3. EVENTOS ADVERSOS	6. REINGRESOS\ATENDIDOS HOSPITALIZACIÓN
P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	INFORME LISTADO GENERAL DE EVENTOS ADVERSOS	CALISA	[URG] PROMEDIO TIEMPOS DE ATENCIÓN	CALISA	Consolidar mes a mes	Se descarga de CALISA mes a mes el informe, formato PDF.	3. EVENTOS ADVERSOS	14. TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN URGENCIAS
P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	INFORME LISTADO GENERAL DE EVENTOS ADVERSOS	CALISA	[CEX] - INDICADOR - CANTIDAD DE CITAS ASIGNADAS Y ATENDIDAS	CALISA	Exportar completo	Se descarga de CALISA completo en formato Excel.	3. EVENTOS ADVERSOS	8. CONSULTA EXTERNA
P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	INFORME LISTADO GENERAL DE EVENTOS ADVERSOS	CALISA	[IMAG] OPORTUNIDAD EN LA ATENCION AMBULATORIA + [IMAG] OPORTUNIDAD EN LA ATENCION HOSPITALARIA + [HDC] CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS POR EQUIPOS + LABORATORIO AMBULATORIO	CALISA	Exportar completo	Para el denominador: 1. IMG AMBULATORIO y HOSPITALARIO: Se exporta completo desde el periodo deseado en CALISA, archivos de Excel. 2. CANTIDAD DE PACIENTES POR EQUIPOS se exporta mes a mes en CALISA en PDF. 3. LAB AMBULATORIO: Se consolida el total por mes en archivo de Excel creado.	3. EVENTOS ADVERSOS	11. IMAGENOLOGIA\AMBULATORIO 11. IMAGENOLOGIA\HOSPITALARIO 4. ATENCIONES POR EQUIPO HDC 12. LABORATORIO AMBULATORIO

CÓDIGO	INDICADOR	FUENTE NUMERADOR	TIPO DE ORIGEN NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	TIPO DE ORIGEN DENOMINADOR	MANEJO DE FUENTES	OBSERVACIONES	UBICACIÓN NUMERADOR	UBICACIÓN DENOMINADOR
P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	INFORME LISTADO GENERAL DE EVENTOS ADVERSOS	CALISA	CANTIDAD DE PACIENTES POR SERVICIOS HOS - UCI - CIREN - CEX	INFORME HERNIORAFIAS	Consolidar mes a mes	Numerador: Eventos adversos se exporta completo desde el periodo deseado en formato Excel. Denominador: Viene incluido del archivo que se solicita al área de sistemas (Herniorrafías), se toma el archivo de Excel y se pega en la carpeta correspondiente.	3. EVENTOS ADVERSOS	6. REINGRESOS\ATENDIDOS HOSPITALIZACIÓN
P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	INFORME LISTADO GENERAL DE EVENTOS ADVERSOS	CALISA	[URG] PROMEDIO TIEMPOS DE ATENCIÓN	CALISA	Consolidar mes a mes	Se descarga de CALISA mes a mes el informe, formato PDF.	3. EVENTOS ADVERSOS	14. TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN URGENCIAS
P.2.12	Tasa de úlceras por presión	INFORME LISTADO GENERAL DE EVENTOS ADVERSOS	CALISA	CANTIDAD DE PACIENTES POR SERVICIOS HOS - UCI - CIREN - CEX	INFORME HERNIORAFIAS	Consolidar mes a mes	Numerador: Eventos adversos se exporta completo desde el periodo deseado en formato Excel. Denominador: Viene incluido del archivo que se solicita al área de sistemas (Herniorrafías), se toma el archivo de Excel y se pega en la carpeta correspondiente.	3. EVENTOS ADVERSOS	6. REINGRESOS\ATENDIDOS HOSPITALIZACIÓN
P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	[GTC] INFORME DE REINGRESOS	CALISA	[URG] LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS	CALISA	Exportar completo	Exportar desde la fecha deseada en formato Excel. Parámetros informe de reingresos: Unidad funcional: Urgencias. Embarazadas: todas. Días: 3.	6. REINGRESOS\URGENCIAS - 72 HORAS	6. REINGRESOS\ATENDIDOS URGENCIAS

CÓDIGO	INDICADOR	FUENTE NUMERADOR	TIPO DE ORIGEN NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	TIPO DE ORIGEN DENOMINADOR	MANEJO DE FUENTES	OBSERVACIONES	UBICACIÓN NUMERADOR	UBICACIÓN DENOMINADOR
P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	[GTC] INFORME DE REINGRESOS	CALISA	CANTIDAD DE PACIENTES POR SERVICIOS HOS - UCI - CIREN - CEX	INFORME HERNIORAFIAS	Consolidar mes a mes	Numerador: Informe de reingresos se exporta desde la fecha deseada en formato Excel. Parámetros del informe de reingresos: Unidad funcional: Hospitalización. Embarazadas: todas. Días: 15. Denominador: Viene incluido del archivo que se solicita al área de sistemas (Herniorrafias), se toma el archivo de Excel y se pega en la carpeta correspondiente.	6. REINGRESOS\HOSPITALIZACIÓN - 15 DIAS	6. REINGRESOS\ATENDIDOS HOSPITALIZACIÓN
P.2.15	Proporción de cancelación de cirugía	CIRUGIAS ANULADAS	INFORME HERNIORAFIAS	CIRUGIAS CANCELADAS	CALISA	Consolidar mes a mes	Numerador: El archivo proviene del informe de herniorrafias en formato Excel, se debe pegar en la carpeta correspondiente. Denominador: Proviene de CALISA, el informe se exporta en pdf mes a mes.	10. CIRUGIAS\CANCELADAS	10. CIRUGIAS\PROGRAMADAS
P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	[CEX] - INDICADOR - CANTIDAD DE CITAS ASIGNADAS Y ATENDIDAS	CALISA	[CEX] - INDICADOR - CANTIDAD DE CITAS ASIGNADAS Y ATENDIDAS	CALISA	Exportar completo	Exportar desde el periodo deseado hasta la actualidad y reemplazar.	8. CONSULTA EXTERNA	8. CONSULTA EXTERNA
P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	[CEX] - INDICADOR - CANTIDAD DE CITAS ASIGNADAS Y ATENDIDAS	CALISA	[CEX] - INDICADOR - CANTIDAD DE CITAS ASIGNADAS Y ATENDIDAS	CALISA	Exportar completo	Exportar desde el periodo deseado hasta la actualidad y reemplazar.	8. CONSULTA EXTERNA	8. CONSULTA EXTERNA
P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	[CEX] - INDICADOR - CANTIDAD DE CITAS ASIGNADAS Y ATENDIDAS	CALISA	[CEX] - INDICADOR - CANTIDAD DE CITAS ASIGNADAS Y ATENDIDAS	CALISA	Exportar completo	Exportar desde el periodo deseado hasta la actualidad y reemplazar.	8. CONSULTA EXTERNA	8. CONSULTA EXTERNA
P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	[CEX] - INDICADOR - CANTIDAD DE CITAS ASIGNADAS Y ATENDIDAS	CALISA	[CEX] - INDICADOR - CANTIDAD DE CITAS ASIGNADAS Y ATENDIDAS	CALISA	Exportar completo	Exportar desde el periodo deseado hasta la actualidad y reemplazar.	8. CONSULTA EXTERNA	8. CONSULTA EXTERNA

CÓDIGO	INDICADOR	FUENTE NUMERADOR	TIPO DE ORIGEN NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	TIPO DE ORIGEN DENOMINADOR	MANEJO DE FUENTES	OBSERVACIONES	UBICACIÓN NUMERADOR	UBICACIÓN DENOMINADOR
P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	[IMAG] OPORTUNIDAD EN LA ATENCION AMBULATORIA	CALISA	[IMAG] OPORTUNIDAD EN LA ATENCION AMBULATORIA	CALISA	Exportar completo	Exportar desde el periodo deseado hasta la actualidad y reemplazar.	11. IMAGENOLOGIA\AMBULATORIO	11. IMAGENOLOGIA\AMBULATORIO
P.3.9	Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear	[IMAG] OPORTUNIDAD EN LA ATENCION AMBULATORIA	CALISA	[IMAG] OPORTUNIDAD EN LA ATENCION AMBULATORIA	CALISA	Exportar completo	Exportar desde el periodo deseado hasta la actualidad y reemplazar.	11. IMAGENOLOGIA\AMBULATORIO	11. IMAGENOLOGIA\AMBULATORIO
P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	[URG] PROMEDIO TIEMPOS DE ATENCIÓN	CALISA	[URG] PROMEDIO TIEMPOS DE ATENCIÓN	CALISA	Consolidar mes a mes	Exportar archivo pdf por mes y pegar en la carpeta correspondiente.	14. TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN URGENCIAS	14. TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN URGENCIAS
P.3.12	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera	INFORME DE HERNIORAFIAS: REEMPLAZO DE CADERA	INFORME HERNIORAFIAS	INFORME DE HERNIORAFIAS: REEMPLAZO DE CADERA	INFORME HERNIORAFIAS	Consolidar mes a mes	Cuando el archivo no es incluido en el informe, es porque no hubo cirugías de este tipo, se debe copiar y pegar en la carpeta correspondiente.	15. REEMPLAZO DE CADERA	15. REEMPLAZO DE CADERA
P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	[2017.10.11] CALIFICACION PREGUNTA TRAZADORA	CALISA	[2017.10.11] CALIFICACION PREGUNTA TRAZADORA	CALISA	Exportar completo	En cada momento del año en curso se exporta el archivo completo en formato PDF, se pega en la carpeta correspondiente reemplazando el archivo anterior que consolida el año. Parámetros: Unidad funcional: todas. Modo: agrupadas. Año: el año en curso.	9. SIAU\PREGUNTA TRAZADORA	9. SIAU\PREGUNTA TRAZADORA
P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	[2016] PREGUNTA RECOMENDACIÓN	CALISA	[2016] PREGUNTA RECOMENDACIÓN	CALISA	Exportar completo	En cada momento del año en curso se exporta el archivo completo en formato PDF, se pega en la carpeta correspondiente reemplazando el archivo anterior que consolida el año. Parámetros: Dependencias: todas. Periodo: el año en curso.	9. SIAU\RECOMENDACION	9. SIAU\RECOMENDACION

Anexo 3. Procedimiento general para actualizar la fuente de información.



Anexo 4. Listado de archivos a descargar para actualización de información.

1. Descargar el archivo de defunciones y nacimientos del aplicativo del RUAF.
2. Descargar el informe de herniorrafias donde encontrará el archivo de pacientes atendidos por servicios, reemplazo de cadera, anulación de cirugías e informe general.
3. Descargar los archivos de infecciones actualizados por piso accediendo a las compartidas:
 - Starpiso3.
 - Starpiso4.
 - Starpiso5.
 - Starpiso6.
 - CIREN1
 - UCI – UCI COV
4. Ingresar a la carpeta de indicadores CZ y tomar los datos de atenciones ambulatorias del laboratorio clínico disponibles en la plantilla de indicadores.
5. Consultar con el jefe encargado de epidemiología la cantidad de endometritis presentadas y consolidar en archivo especificado.
6. De CALISA descargar:
 - INFORME LISTADO GENERAL DE EVENTOS ADVERSOS
 - [CEX] - INDICADOR - CANTIDAD DE CITAS ASIGNADAS Y ATENDIDAS.
 - [IMAG] OPORTUNIDAD EN LA ATENCION AMBULATORIA.
 - [URG] PROMEDIO TIEMPOS DE ATENCIÓN.
 - [2017.10.11] CALIFICACION PREGUNTA TRAZADORA.
 - [2016] PREGUNTA RECOMENDACIÓN.
 - [IMAG] OPORTUNIDAD EN LA ATENCION HOSPITALARIA.
 - [HDC] CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS POR EQUIPOS.
 - [GTC] INFORME DE REINGRESOS (HOS-15 DIAS, URG-3 DIAS).
 - CIRUGIAS CANCELADAS.
 - [URG] LISTADO DE PACIENTES ATENDIDOS.

El manejo para cada tipo de datos se encuentra en la Tabla 5. Fuentes de datos por indicador.

Anexo 5. Formato para diligenciar metas de indicadores.

DOMINIO	CÓDIGO	INDICADOR	UNIDADES	META
EFFECTIVIDAD	P.1.3	Proporción de partos por cesárea	Porcentaje	43,96%
EFFECTIVIDAD	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	Por 1.000 nacimientos	13,86
EFFECTIVIDAD	P.1.13	Proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave	Porcentaje	ND
SEGURIDAD	P.2.1	Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	Por 1.000 días de ventilador	ND
SEGURIDAD	P.2.2	Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC)	Por 1.000 días de catéter urinario	ND
SEGURIDAD	P.2.3	Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC)	Por 1.000 días de catéter central	ND
SEGURIDAD	P.2.4	Proporción de endometritis post parto vaginal	Porcentaje	ND
SEGURIDAD	P.2.5	Proporción de endometritis post cesárea	Porcentaje	ND
SEGURIDAD	P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Por 1.000 días de estancia	1,045
SEGURIDAD	P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Por 1.000 personas atendidas en urgencias	0,945
SEGURIDAD	P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Por 1.000 personas atendidas en consulta externa	0,03
SEGURIDAD	P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Por 1.000 personas atendidas	0,03
SEGURIDAD	P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Porcentaje	3,21%
SEGURIDAD	P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Porcentaje	0,22%
SEGURIDAD	P.2.12	Tasa de úlceras por presión	Por 1.000 días de estancia	2,295
SEGURIDAD	P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Porcentaje	1,41%
SEGURIDAD	P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Por 1.000 egresos	17,72
SEGURIDAD	P.2.15	Proporción de cancelación de cirugía	Porcentaje	1,49%
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Días	13,185
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	Días	11,595
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Días	12,365
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	Días	11,18
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	Días	10,655
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.9	Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear	Días	9,365
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	Minutos	24,9
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.12	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera	Días	26,135
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	Porcentaje	ND
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	Porcentaje	ND

Anexo 6. Formato de priorización de indicadores.



PRIORIZACIÓN INDICADORES

FECHA ANÁLISIS:				FECHA RESULTADOS: martes, 27 de octubre de 2020						
DOMINIO	CÓDIGO	INDICADOR	UNIDADES	RESULTADO	META	DISTANCIA DE LA META	ESTADO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	GRAVEDAD DEL EFECTO	GRADO DE SEVERIDAD
EFFECTIVIDAD	P.1.3	Proporción de partos por cesárea	Porcentaje	84,40%	43,96%	91,99%	✓			
EFFECTIVIDAD	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	Por 1.000 nacimientos	9,09	13,86	-34,42%	✓			
EFFECTIVIDAD	P.1.13	Proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave	Porcentaje	32,00%	ND	ND	ⓘ			
SEGURIDAD	P.2.1	Tasa de incidencia de NAV	Por 1.000 días de ventilador	0,00	ND	ND	ⓘ			
SEGURIDAD	P.2.2	Tasa de incidencia infección del tracto urinario asociada a catéter (ITU-AC)	Por 1.000 días de catéter urinario	0,00	ND	ND	ⓘ			
SEGURIDAD	P.2.3	Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC)	Por 1.000 días de catéter central	2,65	ND	ND	ⓘ			
SEGURIDAD	P.2.4	Proporción endometritis pos parto vaginal	Porcentaje	0,00%	ND	ND	ⓘ			
SEGURIDAD	P.2.5	Proporción endometritis pos cesárea	Porcentaje	0,00%	ND	ND	ⓘ			
SEGURIDAD	P.2.6	Tasa de caídas en el servicio de hospitalización	Por 1.000 días de estancia	0,09	1,05	-91,39%	✓			
SEGURIDAD	P.2.7	Tasa de caídas en el servicio de urgencias	Por 1.000 personas atendidas	0,03	0,95	-96,83%	✓			
SEGURIDAD	P.2.8	Tasa de caídas en el servicio de Consulta Externa	Por 1.000 personas atendidas	0,00	0,03	ND	✓			
SEGURIDAD	P.2.9	Tasa de caídas Apoyo Diagnóstico	Por 1.000 personas atendidas	0,00	0,03	ND	✓			
SEGURIDAD	P.2.10	Proporción eventos adversos RAM Hospitalización	Porcentaje	0,18%	3,21%	-94,39%	✓			
SEGURIDAD	P.2.11	Proporción eventos adversos RAM Urgencias	Porcentaje	0,00%	0,22%	ND	✓			
SEGURIDAD	P.2.12	Tasa de úlceras por presión	Por 1.000 días de estancia	0,07	2,30	-96,95%	✓			
SEGURIDAD	P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Porcentaje	0,60%	1,41%	-57,30%	✓			
SEGURIDAD	P.2.14	Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Por 1.000 egresos	4,28	17,72	-75,85%	✓			
SEGURIDAD	P.2.15	Proporción de cancelación de cirugía	Porcentaje	0,52%	1,49%	-64,98%	✓			
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Días	35,90	13,19	172,28%	✗			
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	Días	18,46	11,60	59,21%	✗			
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Días	10,98	12,37	-11,20%	✓			
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	Días	19,79	11,18	77,01%	✗			
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	Días	6,63	10,66	-37,78%	✓			
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.9	Tiempo promedio de espera para la toma de RMN	Días	4,12	9,37	-56,01%	✓			
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	Minutos	33,40	24,90	34,14%	✗			
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.12	Tiempo promedio de espera para realización de cirugía reemplazo de cadera	Días	1,00	26,14	-96,17%	✓			
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	Porcentaje	94,38%	ND	ND	ⓘ			
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.15	Proporción de pacientes que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	Porcentaje	97,08%	ND	ND	ⓘ			

Anexo 7. Hoja de control planes de mejora.



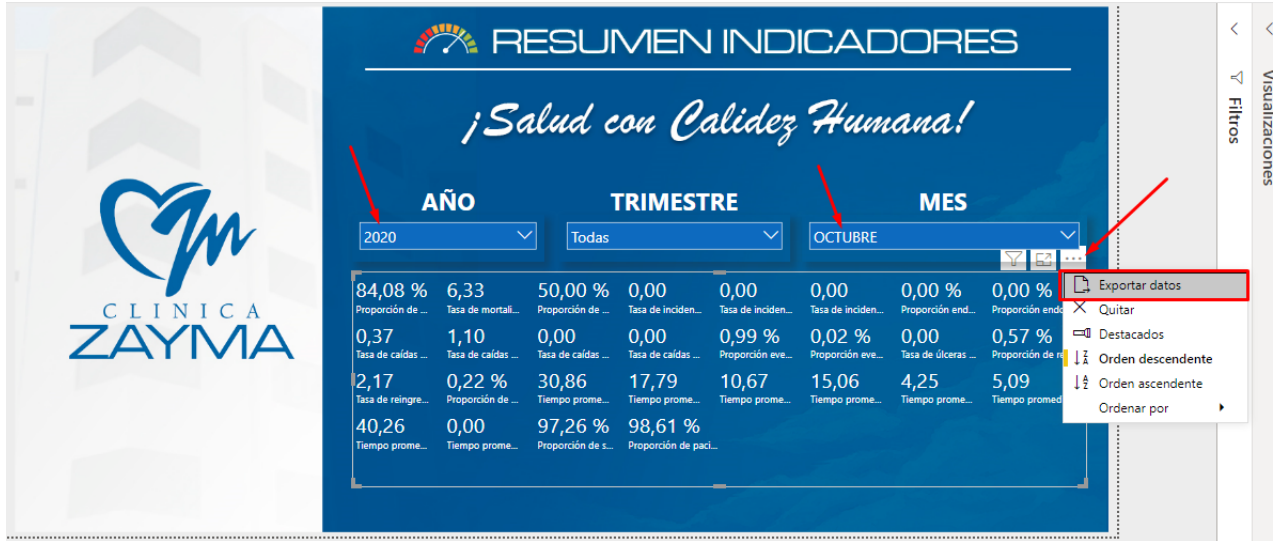
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION
HOJA DE CONTROL - PLANES DE MEJORA



HOJA/CODIGO	FECHA ANÁLISIS	INDICADORES DESVIADOS	INDICADORES GESTIONADOS	INDICADORES PENDIENTES
PM1				
PM2				
PM3				
PM4				
PM5				
PM6				

Anexo 9. Utilización de la herramienta durante el mes de octubre.

Luego de cargar todos los informes y fuentes de datos acorde al Anexo 2 y 3, se procede a exportar los datos a través del objeto visual disponible en la página resumen, teniendo en cuenta filtrar por año y mes respectivo.



La gerencia ha establecido las metas de los indicadores en función del comportamiento y realidad de la institución, teniendo en cuenta que la reactivación de sus servicios de consulta externa ha repercutido en la oportunidad de la asignación de citas de las distintas especialidades ofertadas, para lo cual viene tomando decisiones administrativas en cuanto a la reasignación de citas cuyo origen resulta del trimestre 1 del año 2020 hacía atrás, es decir, citas provenientes del 2019, esta situación fue producto del cierre del servicio de consulta externa durante la pandemia por COVID-19.



Como resultado de la actividad se obtuvo el siguiente balance:

FECHA ANÁLISIS:		martes, 10 de noviembre de 2020				FECHA RESULTADOS:		martes, 10 de noviembre de 2020			
DOMINIO	CÓDIGO	INDICADOR	UNIDADES	RESULTADO	META	DISTANCIA DE LA META	ESTADO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	GRAVEDAD DEL EFECTO	GRADO DE SEVERIDAD	
EFFECTIVIDAD	P.1.3	Proporción de partos por cesárea	Porcentaje	84,08%	60,00%	40,13%	✓				
EFFECTIVIDAD	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	Por 1.000 nacimientos	6,33	15,00	-57,80%	✓				
EFFECTIVIDAD	P.1.13	Proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave	Porcentaje	50,00%	ND	ND	!				
SEGURIDAD	P.2.1	Tasa de incidencia de NAV	Por 1.000 días de ventilador	0,00	ND	ND	!				
SEGURIDAD	P.2.2	Tasa de incidencia infección del tracto urinario asociada a catéter (ITU-AC)	Por 1.000 días de catéter urinario	0,00	ND	ND	!				
SEGURIDAD	P.2.3	Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (IS-AC)	Por 1.000 días de catéter central	0,00	ND	ND	!				
SEGURIDAD	P.2.4	Proporción endometritis pos parto vaginal	Porcentaje	0,00%	ND	ND	!				
SEGURIDAD	P.2.5	Proporción endometritis pos cesárea	Porcentaje	0,00%	ND	ND	!				
SEGURIDAD	P.2.6	Tasa de caídas en el servicio de hospitalización	Por 1.000 días de estancia	0,37	1,00	-63,00%	✓				
SEGURIDAD	P.2.7	Tasa de caídas en el servicio de urgencias	Por 1.000 personas	1,10	1,50	-26,67%	✓				
SEGURIDAD	P.2.8	Tasa de caídas en el servicio de Consulta Externa	Por 1.000 personas	0,00	0,10	ND	✓				
SEGURIDAD	P.2.9	Tasa de caídas Apoyo Diagnóstico	Por 1.000 personas	0,00	0,00	ND	✓				
SEGURIDAD	P.2.10	Proporción eventos adversos RAM Hospitalización	Porcentaje	0,99%	5,00%	-80,20%	✓				
SEGURIDAD	P.2.11	Proporción eventos adversos RAM Urgencias	Porcentaje	0,02%	10,00%	-99,80%	✓				
SEGURIDAD	P.2.12	Tasa de úlceras por presión	Por 1.000 días de estancia	0,00	1,50	ND	✓				
SEGURIDAD	P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Porcentaje	0,57%	1,00%	-43,00%	✓				
SEGURIDAD	P.2.14	Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Por 1.000 egresos	2,17	2,50	-13,20%	✓				
SEGURIDAD	P.2.15	Proporción de cancelación de cirugía	Porcentaje	0,22%	2,00%	-89,00%	✓				
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Días	30,86	30,00	2,87%	✗	4	1	4	
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	Días	17,79	15,00	18,60%	✗	4	1	4	
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Días	10,67	5,00	113,40%	✗	4	1	4	
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	Días	15,06	20,00	-24,70%	✓				
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	Días	4,25	15,00	-71,67%	✓				
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.9	Tiempo promedio de espera para la toma de RMN	Días	5,09	15,00	-66,07%	✓				
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	Minutos	40,26	30,00	34,20%	✗	3	2	6	
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.12	Tiempo promedio de espera para realización de cirugía reemplazo de cadera	Días	0,00	30,00	ND	✓				
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	Porcentaje	97,26%	92,00%	5,72%	✓				
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.15	Proporción de pacientes que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	Porcentaje	98,61%	92,00%	7,18%	✓				

Acorde al mapa de calor, los indicadores resaltados en amarillo no representan un riesgo alto o una necesidad de intervención muy alta, esta clasificación obedece a lo mencionado anteriormente y resultado del cierre y reactivación del servicio de consulta externa.



En cuanto al Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II, a pesar de corresponder al resultado más alto del indicador en lo corrido del año, este resultado se debe a la cantidad de pacientes atendidos en el periodo que también es una de las más altas del año, adicionado al tiempo requerido para el cumplimiento de los protocolos exigidos para la atención y efecto de decisiones locativas adoptadas a lo largo del desarrollo de la pandemia por COVID-19.

El resto de los indicadores presentan resultados satisfactorios a comparación de las metas establecidas por la gerencia para este mes.

12. BIBLIOGRAFÍA

¿Qué es Power BI? - Power BI | Microsoft Docs. (2020). <https://docs.microsoft.com/es-es/power-bi/fundamentals/power-bi-overview>

Decreto 1011:2006, 14 (2006).

Decreto 780:2016, 149 (2016).
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1990-de-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Fichas técnicas de Indicadores de Calidad Resolución 0256 de 2016 Oficina de Calidad*. 128.

Resolución 0256 de 2016, 2016 Ministerio de Salud y Protección Social 1 (2016).
http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resolución_0256_de_2016_SinfCalidad.pdf

Documento técnico n° 1 Gestión del mejoramiento continuo de la calidad, Web Ministerio De La Salud. 1 (2016).
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/orientaciones-tecnicas-gestion-resultados-monitoreo-calidad.pdf>

UNDP, E. O. (2002). *Handbook on Monitoring and Evaluating for Results*.