

PROYECTO DE GRADO PLAN DE MEJORA GIRO CAMA: UN PILAR EN LA
GERENCIA HOSPITALARIA

NATALY DUQUE SALAZAR

PAOLA NATHALY TORRES DÍAZ

SERGIO ANDRÉS RUIZ VELANDIA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES, ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS ESPECIALIZACIÓN
GERENCIA DE LA SALUD

BOGOTÁ D.C.

2020

PROYECTO DE GRADO PLAN DE MEJORA DE GRADO GIRO CAMA: UN PILAR EN LA
GERENCIA HOSPITALARIA

NATALY DUQUE SALAZAR

PAOLA NATHALY TORRES DÍAZ

SERGIO ANDRÉS RUIZ VELANDIA

GERMAN ELIECER RODRÍGUEZ

TUTOR-ASESOR

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES, ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS ESPECIALIZACIÓN
GERENCIA DE LA SALUD

BOGOTÁ D.C.

2020

Tabla de contenido

2. Objetivos	4
3. Alcance	5
4. Antecedentes	5
5. Marco referencial	8
6. Definición del problema de intervención	11
7. Caracterización de la empresa	12
8. Análisis sectorial	15
8.1 Matriz de perfil competitivo	
8.2 Tendencias del sector	
9. Diagnóstico	24
9.1 Misión CIOSAD	
9.2 Matriz análisis de la misión.	
9.3 Visión CIOSAD.	
9.4 Matriz análisis de la visión.	
9.5 Matriz de evaluación de factores internos	
9.6 Matriz de evaluación de factores Externos	
9.7 Matriz del entorno MIME	
9.8 Matriz DOFA	
10. Planeación estratégica	35
10.1 Estrategias	
10.2 Matriz priorización de estrategias	
10.3 Matriz de plan operativo	
11. Plan operativo de mejora	41
11.1 Estrategias de enfoque clínico	
11.2 Estrategias de contrarreferencia	
11.3 Estrategias de apoyo diagnóstico y terapéutico	
12. Limitaciones y restricciones de la propuesta	63
13. Conclusiones y recomendaciones	64
14. Referencias	67

Giro cama: Un pilar de la gerencia hospitalaria

2. Objetivo

Optimizar el indicador giro cama en un tercer nivel de atención oncológica

Específicos:

1. Incrementar el número de egresos optimizando el enfoque clínico por medio de una revista médica interdisciplinaria, impactando tanto indicadores de calidad al disminuir infecciones asociadas a la atención en salud, como indicadores financieros incrementando la facturación mensual.
2. Incentivar las altas tempranas optimizando la contrarreferencia a menor nivel de complejidad:
 - a. Remisión de pacientes a unidad de cuidado crónico
 - b. Traslado a programas de hospitalización domiciliaria PHD
 - c. Remisión de pacientes a segundo nivel de complejidad
3. Auditar y gestionar mejoría de la oportunidad del apoyo diagnóstico y terapéutico extra institucional en el área de referencia y contrarreferencia:
 - a. Oxígeno domiciliario
 - b. Imágenes diagnósticas: Resonancias, gammagrafías.
 - c. Remisión a radioterapia: Valoración, tac de simulación, sesiones de radioterapia.

3. Alcance

El presente trabajo pretende optimizar el indicador giro cama de un tercer nivel de atención oncológica en los servicios de hospitalización general, salas de cirugía y cuidados intermedios por medio de tres objetivos específicos dentro de los cuales se enmarca la gestión de alta temprana por diferentes vías como lo son el optimizar el enfoque clínico interdisciplinario, la contrarreferencia de pacientes, auditoría y gestión de la calidad con el área de referencia y contrarreferencia en trámites de apoyo diagnóstico y terapéutico externos a nuestra institución. No se involucraron las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), ni las Unidades de Trasplante (UT), por la complejidad del paciente que manejan y mayores tiempos de evolución clínica y alta médica, por otro lado, la sala de quimioterapia por ser de carácter ambulatorio queda excluida del presente trabajo.

Los departamentos relacionados serán el área médica asistencial, coordinación médica, referencia y contrarreferencia, autorizaciones y radiología. Se soportará el presente plan de mejora en la información suministrada por el área de Calidad del Dato, rama del departamento de Dirección Médica, y la revista médica que realiza Coordinación Médica con el censo hospitalario que emite el sistema institucional.

4. Antecedentes

El Ministerio de Protección Social definió el Sistema Obligatorio de Calidad desde el año 2006, con un componente principal, el Sistema de Información para la Calidad, el cual se alimenta y monitoriza por medio de reportes obligatorios de indicadores de gestión por parte de todo prestador de servicios de salud. Estos indicadores se clasifican en tres grupos, en primer lugar, los indicadores de calidad, cuyos resultados se relacionan con las dimensiones de la calidad en salud como lo son la seguridad, la oportunidad, la accesibilidad, la satisfacción, la calidad técnica y la

gerencia del riesgo. Allí se documentan indicadores como tasa de reingreso hospitalaria, tasa de mortalidad hospitalaria, tasa de eventos adversos, tasa de infección intrahospitalaria, oportunidad en la realización de cirugía programada, oportunidad en la atención en servicios de apoyo diagnóstico, oportunidad en la atención en consulta especializada, proporción de cancelación de cirugía programada, tasa global de satisfacción de los usuarios.

Un segundo grupo son los indicadores de eficiencia global hospitalaria, establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual se cuantifica mediante la relación por cociente entre los resultados y el valor de los recursos empleados; allí se encuentran el giro cama, porcentaje de ocupación, promedio de estancia hospitalaria, entre otros. Cabe anotar que no es la única forma de evaluar la eficiencia hospitalaria y debido a que no hay normatividad al respecto se realizan comparaciones de periodos determinados para examinar el comportamiento del indicador a través del tiempo. (Carrero A. 2009)

El tercer grupo hace mención a los indicadores de producción de servicios hospitalarios donde se encuentran total anual de egresos hospitalarios, total de intervenciones quirúrgicas, total de consultas realizadas, total de exámenes de laboratorio clínico realizado, total de imágenes diagnósticas realizadas, total de terapias realizadas.

El presente trabajo se enfoca en el segundo grupo de indicadores que se relacionan con la eficiencia global hospitalaria, por medio del plan de mejora se busca optimizar el indicador giro cama total por mes, el cual se refiere al número de veces que una cama es ocupada por un paciente por mes, y es el cociente del total de egresos mes sobre el total de camas hospitalarias. El giro cama está directamente relacionado el indicador del promedio de estancia hospitalaria, ya que éste última evidencia el número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado, de tal manera

que, a mayor promedio de estancia hospitalaria, menor giro cama, y a menor promedio de estancia hospitalaria, mayor giro cama.

Carreño, A (2009), en su trabajo “Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008” expone los indicadores obtenidos en calidad en salud en los hospitales públicos de tercer nivel en Bogotá con el fin de compararlos y evaluar la correlación entre la calidad, la eficiencia y la producción de servicios:

Tabla 1: Medición Calidad de hospitales públicos en el 2008

Indicadores de eficiencia hospitalaria 2008	H1	H2	H3	H4	H5
Porcentaje de ocupación	91,1%	90,8	87,7	93%	81,4%
Promedio giro cama total mes	5,1	4,4	5,79	4,5	5,9
Promedio estancia	6,7	7,4	5,1	5,2	3,6
Promedio anual de camas instaladas	304	244	309	235	289

Fuente: Carreño, A. (2009). Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008. (H= Hospital)

En la tabla 1 se observa un porcentaje de ocupación mayor al 90% en la mayoría de los casos excepto el H3 y H5, un promedio giro cama total mes que oscila entre 4,4 y 5,9; un promedio de estancia hospitalaria que varía de 3,6 hasta 7,4 y un promedio anual de camas instaladas desde 235 hasta 309. El hospital con mejor promedio indicador giro cama total mes fue el H5, 5,9, que a su vez tuvo el menor promedio de estancia 3,6; y el menor promedio giro cama total mes fue el H2 con 4,4 que de igual manera evidencia el mayor promedio de estancia hospitalaria 7,4; permitiendo corroborar la correlación inversamente proporcional que se establece entre estos dos indicadores. Otro análisis de esta medición es el promedio del indicador giro cama de estos cinco hospitales de tercer nivel que se ubica en 5,13 y el promedio de estancia hospitalaria en 5,6 brindando un dato de relevancia para conocer el comportamiento del sector donde se mueve la empresa y enfocar la optimización del indicador giro cama en una institución de tercer nivel de atención oncológica

como una estrategia de gran impacto para la gestión institucional con repercusión dentro del mercado de la salud.

5. Marco referencial

En la actualidad, la funcionalidad y la normatividad de las diferentes entidades existentes se miden a través de indicadores de gestión, los cuales permiten medir la administración del gerente, la normatividad de las empresas, además del impacto en calidad de la atención. Dentro de la normativa nacional, encontramos definiciones en salud que nos orientan hacia una prestación de servicios más eficientes, dentro de ellos podemos nombrar el Decreto 1011 (2006) donde se define la atención en salud como 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. (p.2)

Dentro del mismo Decreto 1011 (2006) encontramos que la Calidad de la atención en salud es la prestación de salud definida como a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (p.2) lo que nos lleva a concluir que independiente de las medidas de atención que brindan las diferentes instituciones de salud, estas deben estar orientadas a ofrecer atención con calidad buscando siempre la satisfacción del cliente sin afectar a la institución, buscando integralidad y equilibrio entre dimensiones reconocidas y deseadas por los usuarios, como la satisfacción, la seguridad, la eficacia, el costo racional, la oportunidad, la puntualidad y el respeto, entre otras , porque las

evaluaciones de calidad de la atención se obtienen de un balance apropiado entre los indicadores de estructura, proceso y resultados.

Cuando se habla de indicadores en el ámbito hospitalario, es necesario hablar de eficiencia hospitalaria, que hace referencia a la producción de servicios hospitalarios los cuales deben ser al menor costo posible buscando que los recursos disponibles se utilicen de manera eficiente y equitativa en beneficio y crecimiento de la entidad

Los indicadores son medidas cuantitativas útiles en la gestión, que permiten hacer evaluación y seguimiento a diferentes procesos para poder tomar medidas, permitiendo hacer un comparativo en meses o años. Existen varios tipos de indicadores, sin embargo, los más usados en el servicio de salud son los universales, haciendo referencia a los que ya se encuentran definidos dentro del sistema de salud para verificar gestión y calidad y los indicadores que se adoptan o adaptan según la necesidad identificada de la institución y a lo que quiere hacer seguimiento (Carrero, 2009).

Dentro de los indicadores de gestión hospitalaria se identifican tres grandes grupos, indicadores de calidad, indicadores de producción de servicios y los indicadores de eficiencia hospitalaria, y ésta es la forma en que se calculan:

Tabla 2: Cálculo de indicadores de calidad.

Indicadores de calidad	
Calidad técnica	
Tasa de reingreso hospitalaria	Número de reingresos en los primeros 20 días posteriores al egreso. Total de egresos x 100.
Gerencia del riesgo	
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso. Total de pacientes hospitalizados x 100.
Tasa de eventos adversos	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización. Total de pacientes hospitalizados x 100.

Tasa de infección intrahospitalaria	$\frac{\text{Número de casos con infección intrahospitalaria}}{\text{Total de pacientes hospitalizados}} \times 100.$
Oportunidad	
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Sumatoria de días transcurridos entre la solicitud de la cirugía programada y la asignación de fecha para la cirugía programada. Total de usuarios con cirugía programada.
Oportunidad en la atención en servicios de apoyo diagnóstico. Radiología	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud y la prestación del servicio de radiología. Total usuarios atendidos en radiología.
Accesibilidad	
Proporción de cancelación de cirugía programada	$\frac{\text{Número total de cirugías canceladas}}{\text{Total de cirugías programadas}} \times 100.$
Satisfacción	
Tasa global de satisfacción de los usuarios. Grado de satisfacción alto	$\frac{\text{Número de usuarios con satisfacción alta}}{\text{número de encuestados}} \times 100.$

Fuente: Carreño, A. (2009). Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008

A continuación, la tabla 3 indica la forma en que se calcula el giro cama y los indicadores necesarios para obtener la eficiencia de las instituciones.

Tabla 3: Indicadores de eficiencia hospitalaria

Indicadores de eficiencia hospitalaria	
Porcentaje de ocupación	$\frac{\text{Número de estancias año (en días)}}{\text{promedio de camas disponibles} \times 365 \text{ días}} \times 100$
Giro cama total por mes	$\frac{\text{Número de egresos mes}}{\text{total camas disponibles mes}}$
Promedio de estancia	$\frac{\text{Total días de hospitalización para egresados en un periodo}}{\text{total egresos para el periodo}}$

Fuente: Carreño, A. (2009). Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008

Tabla 4: Indicadores de producción de servicios hospitalarios

Indicadores de producción de servicios hospitalarios	
Total anual de egresos hospitalarios.	
Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes).	

Total de consultas externas realizadas.

Total de exámenes de laboratorio clínico realizados.

Total de imágenes diagnósticas realizadas

Capacidad instalada

Promedio anual de camas instaladas.

Fuente: Carreño, A. (2009). Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008

El mejor comportamiento de algunos indicadores, como los de producción y los de oportunidad, puede reflejar la calidad de la atención tras haber logrado la eficiencia, pues son un índice de la eficacia y efectividad de una institución. (Medina y De Marco, 2017)

6. Definición del problema

A partir de la visualización de la sobreocupación de servicios de observación, elevados promedios de estancia y bajo giro cama mes en los servicios de hospitalización general, recuperación quirúrgica y unidad de cuidados intermedios en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de tercer nivel de atención oncológica, surge la necesidad de conocer herramientas que permitan una mayor gestión de la capacidad instalada para optimizar los recursos físicos en pro de una atención oportuna y eficiente.

El problema consiste en la alta demanda del servicio de atención médica especializada que contractualmente ofrece la institución a varios clientes o Empresas Administradores de Planes de Beneficios (EAPB), dado que el número de camas no es proporcional al número de pacientes que requieren el servicio, generando esto tiempos elevados de aceptación de remisiones de otras instituciones, impactando directamente la oportunidad de atención, atributo de la calidad en salud que es determinante en la evolución de patologías oncológicas, y así mismo un indicador que habilita al pagador para generar recobro a la institución por no dar cobertura a sus afiliados que se

encuentran en otras instituciones, bajo otras tarifas; por tanto es un problema de trascendencia clínica y económica. Debido a ello, tiene gran impacto en la gestión de los indicadores de calidad como lo es la tasa de eventos adversos y las infecciones asociadas a la atención en salud, ya que al tener menor estancia hospitalaria estos factores de riesgo disminuyen y paralelamente disminuye el costo que representan para la institución; adicionalmente al gestionar un mejor giro cama, se dispone del recurso de la cama hospitalaria durante el mes para ofrecer el servicio a más pacientes, por lo que representa mayor facturación de eventos de atención en salud y mejoramiento del flujo caja para la institución.

7. Caracterización de la empresa

En el siguiente cuadro se pueden identificar algunos rasgos característicos de la institución prestadora de servicios de salud con especialización en pacientes oncológicos objetivo del plan de mejora:

Tabla 5: Caracterización de la Empresa

ASPECTO	DATOS
Nombre de la empresa	Centro De Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego CIOSAD
Propietario	Dr. Luis Enrique Flórez Montalvo
Nro. Empleados	600
Misión o razón de ser de la empresa	Institución especializada en la atención integral del paciente oncológico y otras patologías de gran impacto en la salud, cuenta con talento humano altamente calificado y apasionado por su trabajo que brinda una atención en salud segura y con calidad humana y científica para satisfacer las necesidades del usuario, aportando a la docencia e investigación con recursos técnico-científicos

	innovadores, procurando la auto sostenibilidad en el mejoramiento continuo de nuestros procesos y generando un alto impacto social y empresarial.
Año en que fue fundada	Creada en 1995
Ubicación	Dg. 33 Bis A #14-37, Bogotá
Líneas y productos	Atención médica integral especializada en Oncología y Hemato Oncología Programas de Promoción y Prevención en Cáncer Clínica del Dolor y Cuidado Paliativo Transporte de Ambulancia de Baja y Mediana Complejidad.
Capacidad de producción	La institución cuenta con 130 camas de estancia hospitalaria general, 35 camas de Cuidado Intermedio, 16 camas de Cuidado Intensivo, 4 Quirófanos, 1 sala de quimioterapia con 22 sillas, 4 unidades de trasplante y 12 consultorios.
En pocas frases describa el proceso de producción o de servicio.	El servicio se basa en el diagnóstico y tratamiento curativo o paliativo de enfermedades tumorales de órgano sólido (Oncología) o de tejidos hematolinfoides (Hemato Oncología) de población adulta vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia mediante una EAPB. Dicha atención médica de alto nivel de complejidad se brinda por medio de los servicios de consulta externa, hospitalización general, cuidado intermedio, cuidado intensivo, quirófano, sala de quimioterapia, y, unidad de trasplante de médula ósea.
Tipo de maquinaria empleada o recurso humano requerido para el servicio.	El principal recurso es el talento humano en salud, personal asistencial altamente calificado en las diferentes especialidades médico quirúrgicas, resaltando el papel del Oncólogo Clínico, excelente equipo paramédico en las áreas de enfermería, terapia respiratoria, terapia ocupacional, fonoaudiología, nutrición, psicología, trabajo social, entre otros. Adicionalmente talento humano en las áreas administrativas capacitado para ejecutar

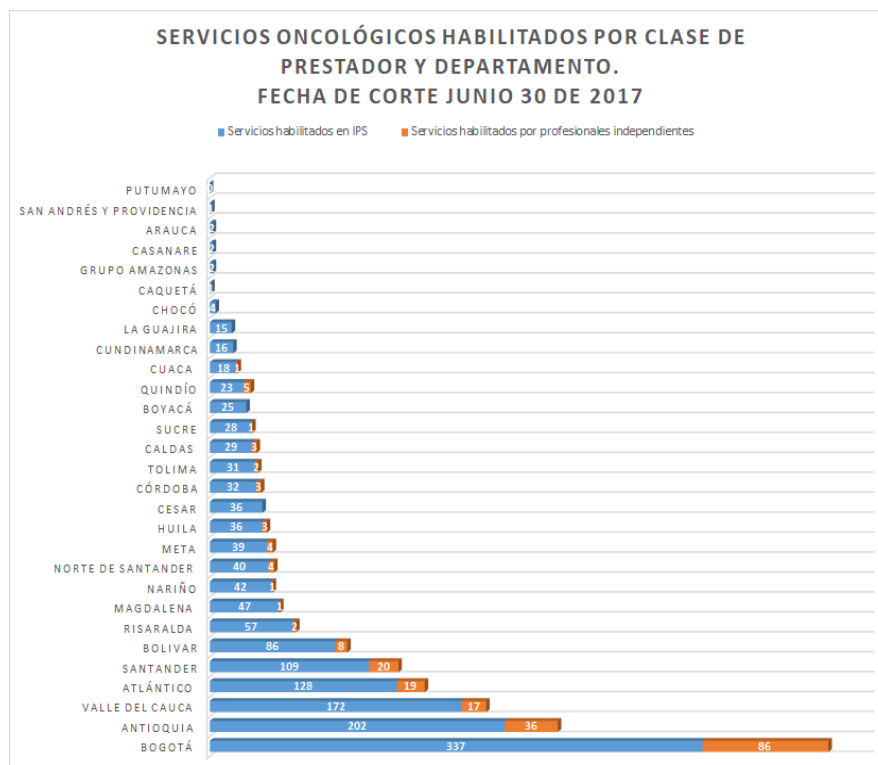
	<p>ágilmente sus funciones en áreas operativas, logísticas, contables, jurídicas, entre otras.</p> <p>Es preciso mencionar los medicamentos, insumos, equipos biomédicos y tecnologías en salud como herramienta fundamental del ejercicio médico que desempeña la organización.</p>
<p>Describa someramente la situación financiera</p>	<p>En los más de 20 años de funcionamiento de la clínica, ha tenido bajas y altas, esta fluctuación es por el sector en el que se encuentra ubicado dentro de la economía, que corresponde al sector salud, durante los últimos cuatro años hemos tenido una fuerte pérdida en el cobro de la cartera, debido a los cierres por insolvencia de las EPS: Saludcoop, Cruz Blanca, CafeSalud, Caprecom y Coomeva. Solo con estas hemos tenido una pérdida por más de 24 mil millones de pesos, los cuales están representados en la cartera; después de esto poco a poco se ha venido levantando de esta situación de impacto nacional; más sin embargo la clínica busca nuevos servicios, los cuales los últimos dos años han incrementado su ingresos en un 13%, a su vez la cartera cuenta con una rotación de más de 110 días; pero por ser una institución de muchos años de trayectoria, dispone de un respaldo ante las entidades financieras las cuales apalancan durante este tiempo.</p>
<p>¿Quiénes son los principales proveedores?</p>	<p>La IPS tiene proveedores de medicamentos e insumos y dispositivos biomédicos como principales proveedores.</p> <p>En medicamentos los principales proveedores son Roche con 30% (Quimioterapéuticos e inmunomoduladores, Alpharma 10%, Pisa 8%, Pharmabroker 5%, y Blau 5%. En dispositivos médicos los principales proveedores son Distrimedical 50% (líquidos endovenosos, Inversum 20% (suturas), Promec 10%, y Bioplas 10%.</p>
<p>¿A quién le vende los productos, ofrece los servicios?</p>	<p>Los principales clientes son las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) como Famisanar EPS, Coomeva EPS, Capital Salud EPS, Convida EPS, Coosalud, Confacundi, Ecoopsos, Nueva EPS. Con Famisanar EPS se tiene un contrato de PGP, pago global prospectivo, que le da un buen flujo de caja a la institución.</p>

Fuente: (Centro De Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego CIOSAD) recuperado de <https://www.ciosad.com/>

8. Análisis sectorial

De acuerdo a la descripción que realiza Murcia (2018) en Servicios oncológicos en Colombia, en la estructura del sector donde se mueve la empresa se identificaron 1780 servicios de salud oncológicos habilitados en el país, con tan sólo 25 prestadores en el territorio nacional con atención integral en quimioterapia, radioterapia y cirugía. Las regiones de Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca concentran alrededor del 50% de la oferta, mientras que Putumayo y Amazonas no registran servicios oncológicos. Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) ofertan el 87.8% y los profesionales independientes el 12.2% restante. En el país la oferta de servicios oncológicos se sitúa un 87% en el sector privado; y la discriminación por servicios se da de la siguiente manera: consulta externa 66.7%, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica 17.4%, y servicios quirúrgicos 15.9%.

Imagen 1: Servicios oncológicos habilitados en Colombia



Fuente: Base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS.

Esta caracterización de la prestación del servicio oncológico a nivel nacional permitió concluir que existe asimetría entre los grupos de servicios, donde una minoría oferta una atención integral, y el grueso de la oferta evidencia fragmentación en la prestación; de tal manera que se crea la necesidad de redefinir el concepto de servicio oncológico bajo la premisa de accesibilidad a las áreas de quimioterapia, radioterapia y cirugía como ejes fundamentales de la atención integral, y toma relevancia la habilitación de unidades funcionales y centros integrales de tratamiento. (7)

El Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego CIOSAD S.A.S., dispone del área de cirugía en todas las especialidades y del área de quimioterapia ambulatoria e intrahospitalaria, no cuenta con la capacidad instalada para la prestación de radioterapia, sin embargo, los pacientes son remitidos a los prestadores que manejan un convenio directo con los aseguradores, y así se abarca la totalidad del tratamiento oncológico. De ahí que el presente plan de mejora pretende

auditar y gestionar la oportunidad en el apoyo terapéutico extrainstitucional como un objetivo para optimizar el giro cama.

Dentro de los servicios oncológicos objeto de verificación del Ministerio de Salud y Protección Social enlistados a continuación, cabe anotar que CIOSAD cuenta con la gran mayoría excepto especialidades pediátricas, oftalmología, radioterapia y medicina nuclear.

Tabla 6: Servicios oncológicos objeto de verificación del Ministerio de Salud y Protección

Social

Grupos de servicios	Código del servicio	Nombre del servicio
Grupos de servicios quirúrgicos	210	Cirugía oncológica
	227	Cirugía oncológica pediátrica
	232	Cirugía de mama y tumores de tejidos blandos
	237	Cirugía plástica oncológica
	217	Otras cirugías.
Grupo consulta médica especializada	309	Dolor y cuidados paliativos
	336	Oncología clínica
	346	Rehabilitación clínica
	364	Cirugía de mama y tumores de tejidos blandos
	370	Cirugía plástica oncológica
	373	Cirugía oncológica
	374	Cirugía oncológica pediátrica
	375	Dermatología oncológica
	379	Oncología y hematología clínica
	381	Ginecología oncológica
	390	Oftalmología oncológica
	391	Oncología y hematología pediátrica
	393	Ortopedia oncológica
	395	Urología oncológica
	408	Radioterapia
	383	Medicina nuclear
394	Patología oncológica	
406	Hematología oncológica	
356	Otras consultas	
Grupo de apoyo diagnóstico y	709	Quimioterapia
	711	Radioterapia
	715	Medicina nuclear (PET / yodoterapia)

 complementación
 terapéutica

Fuente: Base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS.

Dentro del análisis sectorial también es relevante conocer la relación de casos de cáncer e IPS con servicios oncológicos discriminado regionalmente, donde se evidencia en Bogotá 12.227 total casos de cáncer con 111 IPS oncológicas para una razón de 110,2, de las más altas del país, comparable con los departamentos de Huila, Cauca, Tolima y Caldas, lo que contribuye a nuestro plan de mejora debido a la alta demanda de servicios oncológicos en la región con una capacidad instalada limitada que requiere una optimización del giro cama para dar cobertura oportuna a los pacientes diagnosticados con patologías tumorales.

Tabla 7: Relación de casos de cáncer e IPS con servicios oncológicos para cada departamento del País.

Departamento	Total casos de cáncer	IPS oncología	Razón casos / IPS oncología
Guajira	403	21	19,2
Grupo amazonas	176	7	25,2
Arauca	236	8	29,5
San Andrés y Providencia	95	3	31,6
Magdalena	1.343	39	34,4
Bolívar	2.263	60	37,7
Atlántico	3.414	85	40,2
Cesar	1.076	25	43,0
Choco	287	6	47,8
Putumayo	200	4	49,9
Santander	3.604	65	55,4
Córdoba	1.448	26	55,7
Sucre	810	13	62,3
Caquetá	491	7	70,1
Nariño	1.785	25	71,4
Meta	1.228	16	76,8
Quindío	1.258	16	78,6
Norte de Santander	2.227	28	79,5
Risaralda	2.03	24	84,6

Huila	1.621	16	101,3
Cauca	1.799	17	105,8
Bogotá	12.227	111	110,2
Caldas	2.323	21	110,6
Tolima	2.373	21	113,0
Valle	8.801	70	125,7
Boyacá	2.127	13	163,6
Antioquia	11.186	67	167,0
Casanare	328	1	327,8
Cundinamarca	3.644	11	331,3
Colombia	70.857	826	85,8

Ministerio de Salud y Protección Social, Institución de Cancerología. (2012).

Matriz de perfil competitivo

Para el análisis del perfil competitivo, se tuvieron en cuenta 5 IPS de características similares, ya que son la competencia directa en el mercado: Hospital Universitario San Ignacio, Hospital Universitario Nacional de Colombia, Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. (Empresa Social del Estado), Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología, Centro de Oncología Clínica del Country

Escala de Calificación Perfil Competitivo.

La escala evalúa las debilidades y fortalezas de una institución clasificándolas numéricamente del 1 al 4 donde el 1 es la mayor debilidad y el 4 es la mayor fortaleza, como se evidencia en la siguiente tabla:

Tabla 8: Escala de clasificación del perfil competitivo

ESCALA DE CLASIFICACIÓN
Mayor debilidad
Menor debilidad
Menor fuerza
Mayor fuerza

Fuente: Material educativo clase de Planeación estratégica

Tabla 9: Análisis de necesidades de los usuarios.

Perfil competitivo del sector											
Análisis de las necesidades del usuario											
Verdad		CIOSAD S.A.S		Hospital Universitario San Ignacio		Hospital Universitario de Colombia		Instituto Nacional de Cancerología		Fundación Cardio Infantil	
		Situación actual	Acción Estratégica	Situación actual	Acción Estratégica	Situación actual	Acción Estratégica	Situación actual	Acción Estratégica	Situación actual	Acción Estratégica
N E	Oportunidad	Si	4	Si	1	Si	4	Si	1	Si	3
C E	Satisfacción	Si	4	Si	4	Si	4	Si	4	Si	4
S I	PQRS	Si	2	Si	2	Si	1	Si	2	Si	2
D A D	Accesibilidad	Si	4	Si	1	Si	2	Si	3	Si	1

Fuente: Elaboración propia

La matriz arroja un resultado en el que se observa que frente a la competencia directa e indirecta, el plan estratégico cumple con las necesidades de los usuarios, ya que la IPS Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego CIOSAD S.A.S es fuerte tanto en la Oportunidad como en la Accesibilidad cumpliendo las promesas de valor a usuarios, evidenciado en el ítem de las PQRS (Peticiónes, Quejas, Reclamos y Sugerencias), donde se puede ver que este no es una debilidad en la institución.

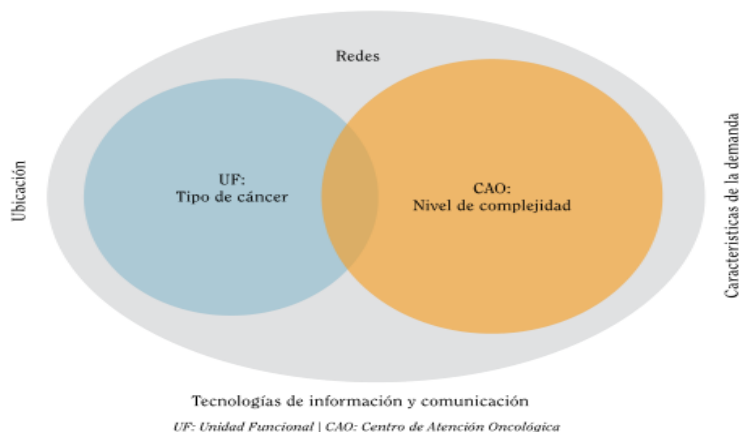
Propuestas para la práctica según el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.

El modelo de cuidado del paciente con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. del año 2015 propone tres componentes de escenarios de práctica: las unidades de atención integrada, centros de atención oncológica y redes de servicios de cáncer.

Primer componente.

La característica básica del primer componente, la unidad funcional (UF) es su especialización en un tipo de cáncer (por ejemplo, cáncer de pulmón), la integración de un equipo multidisciplinario (oncólogo, neumólogo, cirujano de tórax) y la definición de procesos basados en guías y protocolos de práctica clínica. El objetivo de la unidad funcional es un abordaje holístico con alta capacidad resolutive, gestionando mayor oportunidad en la atención, seguridad de prescripción y eficiencia del uso de los recursos, lo cual se traduce en óptimos resultados clínicos de supervivencia global y calidad de vida. Murcia E, Aguilera J, Wiesner C, Pardo C, Servicios oncológicos en Colombia. (2018).

Imagen 2: Escenarios de práctica de modelos de atención oncológica



Fuente: Murcia E, Aguilera J, Wiesner C, Pardo C, Servicios oncológicos en Colombia. (2018).

Segundo componente

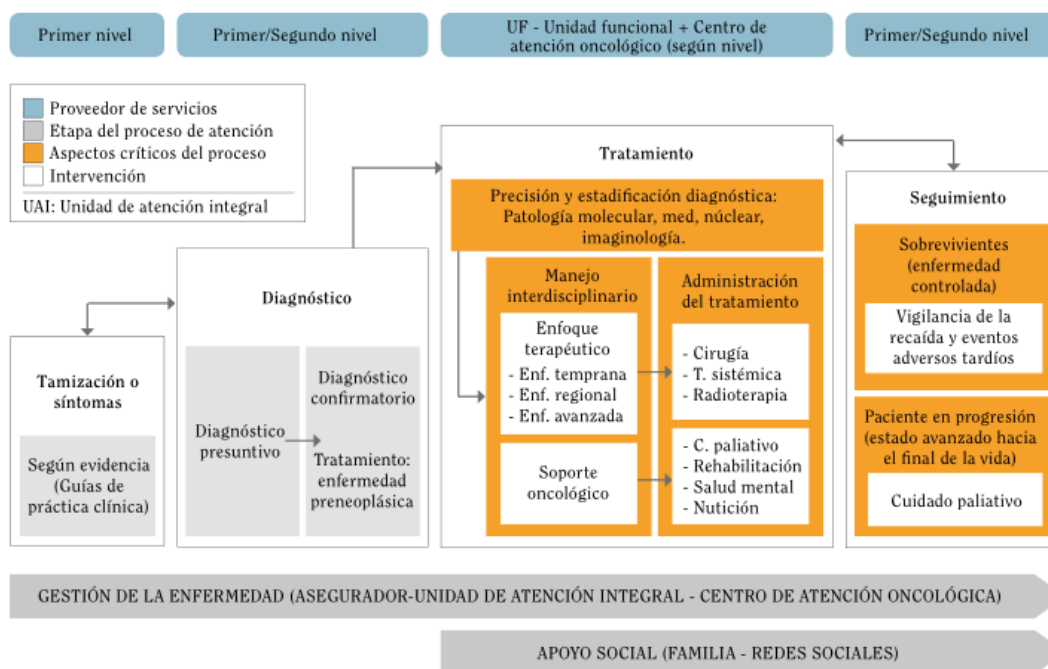
Es el centro de atención oncológica, que representa la infraestructura, la tecnología y el talento humano que articulados mediante procesos generar la prestación de servicios de salud especializados en enfermedades neoplásicas malignas.

Tercer componente

Corresponde a las redes de servicio del cáncer, cuyo fin es establecer un cuidado indicado, oportuno, encabezado por un equipo idóneo, en el lugar más pertinente, reduciendo significativamente las barreras organizacionales para el tratamiento de los pacientes oncológicos, donde éste último debe ser el centro de la ruta crítica para la atención.

En Colombia se dispone de organización del trabajo en red, sin embargo la dinámica de los servicios oncológicos se ha basado más en las motivaciones y racionalidad económica por parte de los aseguradores más que en las necesidades de la atención de los pacientes, ejemplo de ello son los procesos de integración vertical, donde el asegurador extiende su actividad hacia la prestación del servicio, enfocándose en la oportunidad de negocio que representan los medicamentos de alto costo, y no en la prestación integral del tratamiento oncológico, de allí que el sentido de territorialidad es muy lejano aún de la realidad, plasmado en los casos de pacientes que transitan por diferentes regiones del país durante su proceso de atención debido a la contratación establecida previamente por su asegurador.

Gráfico 1: Componentes de la atención oncológica.



Fuente: Murcia E, Aguilera J, Wiesner C, Pardo C, Servicios oncológicos en Colombia. (2018).

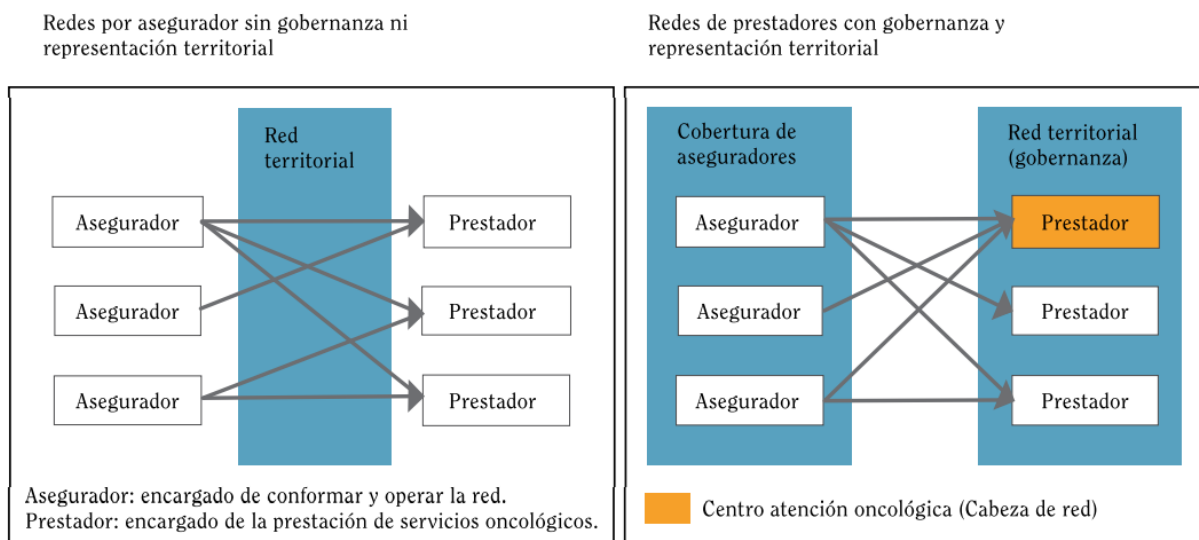
Tendencias que se están presentado en el sector.

De tal manera que la tendencia del sector en la parte operativa es establecer unidades funcionales dentro de centros de atención oncológica de mediana y alta complejidad, los cuales son eje fundamental de las redes territoriales de prestadores que dan cobertura a los colombianos dentro del sistema general de seguridad social en salud, y la tendencia administrativa es la integración vertical de los aseguradores como prestadores de servicios de salud de alto costo.

Enlazando la tendencia del sector a la descripción del problema de intervención se puede evidenciar dentro de las redes territoriales de prestadores que un prestador de servicios oncológicos brinda sus servicios a varios aseguradores, por tanto es pertinente optimizar el giro cama de una

institución de tercer nivel oncológico para que su capacidad instalada logre abarcar la gran demanda de atención especializada de pacientes con cáncer que se encuentran dentro del mercado de servicios de salud.

Gráfico 2: Redes de Gestores



Fuente: Murcia E, Aguilera J, Wiesner C, Pardo C, Servicios oncológicos en Colombia. (2018).

9. Diagnóstico

Misión CIOSAD

Somos una institución especializada en la atención integral del paciente oncológico y otras patologías de gran impacto en la salud, contamos con talento humano altamente calificado y apasionado por su trabajo que brinda una atención en salud segura y con calidad humana y científica para satisfacer las necesidades del usuario, aportando a la docencia e investigación con recursos técnico-científicos innovadores, procurando la auto sostenibilidad en el mejoramiento continuo de nuestros procesos y generando un alto impacto social y empresarial

Tabla 11: Análisis de la misión.

Misión				
No.	Factores	Si	No	Parcial
1	Clientes	X		
2	Productos o servicios	X		
3	Mercados	X		
4	Tecnologías	X		
5	Interés de crecimiento, supervivencia y rentabilidad	X		
6	Filosofía de la empresa (creencias, valores propios)	X		
7	Concepto propio			X
8	Preocupación por la imagen de la corporación	X		
9	Interés de los empleados	X		

Fuente: CIOSAD

Visión CIOSAD

Consolidarnos como una institución líder en la atención en salud, humanizada e integral que permita satisfacer las necesidades de los usuarios con un enfoque de gestión sostenible contando con herramientas innovadoras en la atención del paciente y su familia, logrando a nivel organizacional, el desarrollo de las competencias, aptitudes y desempeño laboral de nuestro talento humano y de la institucional.

Tabla 12: Análisis de la visión

Visión				
No.	Factores	Si	No	Parcial
1	Periodo de tiempo		X	
2	Participación en el mercado	X		
3	Posición en el sector	X		
4	Actividad	X		
5	Recursos	X		
6	Capital humano	X		
7	Rasgos distintivos de la empresa (innovación, creatividad, conocimiento)		X	

Fuente: CIOSAD

Matriz 2: Evaluación de factores internos

Matriz de evaluación de factores internos					
Área	Importancia	Ponderado	Factor interno	Evaluación	Total
Direccional estratégico	15.00%	3%	Misión, visión y principios	3	0.09
		3%	Gestión del conocimiento	4	0.12
		3%	Alianzas estratégicas y redes	3	0.09
		3%	Engranaje de los niveles estratégicos	4	0.12
		3%	Auditoría estratégica	3	0.09
		Subtotal	15%	Suma ok	
Financiero	15.00%	2%	Gestión de activos fijos	3	0.06
		3%	Rotación de cuentas por cobrar	2	0.06
		3%	Endeudamiento	2	0.06
		4%	Rentabilidad	3	0.12
		3%	Liquidez	2	0.06
		Subtotal	15%	Suma ok	
Gestión humana	15.00%	5%	Tipo contratación	3	0.15
		3%	Estabilidad laboral	4	0.12
		2%	Desarrollo organizacional	3	0.06
		3%	Gestión del bienestar laboral	4	0.12
		2%	Gestión de la salud ocupacional	4	0.08
		Subtotal	15%	Suma ok	
Infraestructura	10.00%	2%	Área planta física	3	0.06
		2%	Antigüedad arquitectónica	2	0.04
		3%	Capacidad hospitalaria instalada	3	0.09
		2%	Dotación hospitalaria	3	0.06
		1%	Gestión de mantenimiento	3	0.03
		Subtotal	10%	Suma ok	
Marketing	8.00%	1%	Mercadeo digital	2	0.02
		3%	Gestión de alianzas comerciales	3	0.09
		2%	Gerencia del servicio al cliente	3	0.06
		1%	Telemedicina	2	0.02
		1%	Unidades funcionales de atención oncológica	3	0.03
		Subtotal	8%	Suma ok	

Tecnología	10.00%	3%	Software institucional de historia clínica	4	0.12
		2%	Software de imágenes diagnósticas	3	0.06
		2%	Radiología e intervencionismo	4	0.08
		2%	Gestión de equipos biomédicos	3	0.06
		1%	Sistema de seguridad y control biométrico	4	0.04
		Subtotal	10%	Suma ok	
Calidad	10.00%	2%	Política de seguridad del paciente	4	0.08
		2%	Adherencia a guías de práctica clínica	3	0.06
		2%	Pqrs y satisfacción del usuario	3	0.06
		3%	Sistema único de habilitación	4	0.12
		1%	Sistema único de acreditación	3	0.03
		Subtotal	10%	Suma ok	
Macroprocesos	10.00%	3%	Gestión jurídica	4	0.12
		3%	Gestión contable	4	0.12
		1%	Gestión ambiental	4	0.04
		2%	Dirección médica	4	0.08
		1%	Gestión de la información y comunicaciones	3	0.03
		Subtotal	10%	Suma ok	
Referencia contrarreferencia	7.00%	2%	Oportunidad aceptación de pacientes	3	0.06
		2%	Oportunidad contrarreferencia de pacientes	2	0.04
		2%	Oportunidad apoyo diagnóstico	2	0.04
		1%	Oportunidad apoyo terapéutico	2	0.02
		Subtotal	7%	Suma ok	
Totales	100%	100%			3.16

Matriz 3: Evaluación de factores internos según jerarquía

Matriz de evaluación de factores internos				
Área	Pond.	Factor interno	Eval.	Total
Direccionamiento	3%	Gestión del conocimiento	4	0.12
Direccionamiento	3%	Engranaje de los niveles estratégicos	4	0.12
Gestión humana	3%	Estabilidad laboral	4	0.12
Gestión humana	3%	Gestión del bienestar laboral	4	0.12
Gestión humana	2%	Gestión de la salud ocupacional	4	0.08
Tecnología	3%	Software institucional de historia clínica	4	0.12
Tecnología	2%	Radiología e intervencionismo	4	0.08
Tecnología	1%	Sistema de seguridad y control biométrico	4	0.04
Calidad	2%	Política de seguridad del paciente	4	0.08
Calidad	3%	Sistema único de habilitación	4	0.12
Macroprocesos	3%	Gestión jurídica	4	0.12
Macroprocesos	3%	Gestión contable	4	0.12
Macroprocesos	1%	Gestión ambiental	4	0.04
Macroprocesos	2%	Dirección médica	4	0.08
Direccionamiento	3%	Misión, visión y principios	3	0.09
Direccionamiento	3%	Alianzas estratégicas y redes	3	0.09
Direccionamiento	3%	Auditoría estratégica	3	0.09
Financiero	2%	Gestión de activos fijos	3	0.06
Financiero	4%	Rentabilidad	3	0.12
Gestión humana	5%	Tipo contratación	3	0.15
Gestión humana	2%	Desarrollo organizacional	3	0.06
Infraestructura	2%	Área planta física	3	0.06
Infraestructura	3%	Capacidad hospitalaria instalada	3	0.09
Infraestructura	2%	Dotación hospitalaria	3	0.06
Infraestructura	1%	Gestión de mantenimiento	3	0.03
Marketing	3%	Gestión de alianzas comerciales	3	0.09
Marketing	2%	Gerencia del servicio al cliente	3	0.06
Marketing	1%	Unidades funcionales de atención oncológica	3	0.03
Tecnología	2%	Software de imágenes diagnósticas	3	0.06
Tecnología	2%	Gestión de equipos biomédicos	3	0.06
Calidad	2%	Adherencia a guías de práctica clínica	3	0.06
Calidad	2%	Pqrs y satisfacción del usuario	3	0.06
Calidad	1%	Sistema único de acreditación	3	0.03
Macroprocesos	1%	Gestión de la información y comunicaciones	3	0.03
Referencia	2%	Aceptación de remisiones	3	0.06
Referencia	2%	Oportunidad contrarreferencia de pacientes	2	0.04
Financiero	3%	Rotación de cuentas por cobrar	2	0.06

Financiero	3%	Endeudamiento	2	0.06
Financiero	3%	Liquidez	2	0.06
Infraestructura	2%	Antigüedad arquitectónica	2	0.04
Marketing	1%	Mercadeo digital	2	0.02
Marketing	1%	Telemedicina	2	0.02
Referencia	2%	Oportunidad apoyo diagnóstico	2	0.04
Referencia	1%	Oportunidad apoyo terapéutico	2	0.02

Matriz 4: evaluación de factores externos

Matriz de evaluación de factores externos					
Área	Importancia	Pond.	Variable analizada	Eval.	Total
Político	25.00%	10%	Corrupción de recursos del sistema de salud	1	0.10
		6%	Política fiscal	2	0.12
		4%	Ley de punto final	4	0.16
		3%	Cambio en la normatividad vigente	3	0.09
		2%	Privatización y monopolio del mercado	2	0.04
		Subtotal	25%	Suma ok	
Económico	25.00%	4%	PIB	3	0.12
		3%	Deuda externa	3	0.09
		5%	Tasa desempleo	3	0.15
		8%	Impuestos, tributos, aranceles.	2	0.16
		5%	Tratados de libre comercio	3	0.15
Subtotal	25%	Suma ok		0.67	
Social	15.00%	4%	Pobreza	3	0.12
		3%	Inseguridad	3	0.09
		2%	Conflicto armado	3	0.06
		4%	Migración	3	0.12
		2%	Conflicto internacional	3	0.06
Subtotal	15%	Suma ok		0.45	
Competencia	15.00%	2%	Globalización	3	0.06
		2%	Fluctuación de la tarifas	3	0.06
		5%	Formación del talento humano en salud	4	0.20
		3%	Infraestructura y dotación hospitalaria	2	0.06
		3%	Valor agregado de la prestación del servicio	2	0.06
Subtotal	15%	Suma ok		0.44	
Tecnológico	10.00%	2%	Importación de tecnología	3	0.06
		1%	Identificación biométrica	3	0.03

		2%	Sistematización de la historia clínica en red	4	0.08
		2%	Plataformas de telemedicina	3	0.06
		3%	Desarrollo de nuevas terapias antitumorales	4	0.12
	Subtotal	10%	Suma ok		0.35
Siniestr alidad	10.00%	3%	Incendio	1	0.03
		3%	Terremoto	1	0.03
		2%	Explosión	1	0.02
		1%	Pandemia	3	0.03
		1%	Plagas	3	0.03
		Subtotal	10%	Suma ok	
Totales	100%	100%			2.56

Matriz 5: Evaluación de factores externos por orden jerárquico

Matriz de evaluación de factores externos				
Área	Pond.	Variable analizada	Eval.	Total
Político	4%	Ley de punto final	4	0.16
Competencia	5%	Formación del talento humano en salud	4	0.20
Tecnológico	2%	Sistematización de la historia clínica en red	4	0.08
Tecnológico	3%	Desarrollo de nuevas terapias antitumorales	4	0.12
Social	4%	Migración	3	0.12
Político	3%	Cambio en la normatividad vigente	3	0.09
Económico	4%	PIB	3	0.12
Económico	3%	Deuda externa	3	0.09
Económico	5%	Tasa desempleo	3	0.15
Económico	5%	Tratados de libre comercio	3	0.15
Social	4%	Pobreza	3	0.12
Social	3%	Inseguridad	3	0.09
Social	2%	Conflicto armado	3	0.06
Social	2%	Conflicto internacional	3	0.06
Competencia	2%	Globalización	3	0.06
Competencia	2%	Fluctuación de la tarifas	3	0.06
Tecnológico	2%	Importación de tecnología	3	0.06
Tecnológico	1%	Identificación biométrica	3	0.03
Tecnológico	2%	Plataformas de telemedicina	3	0.06
Siniestralidad	1%	Pandemia	3	0.03
Siniestralidad	1%	Plagas	3	0.03
Político	6%	Política fiscal	2	0.12

Político	2%	Privatización y monopolio del mercado	2	0.04
Económico	8%	Impuestos, tributos, aranceles.	2	0.16
Competencia	3%	Infraestructura y dotación hospitalaria	2	0.06
Competencia	3%	Valor agregado de la prestación del servicio	2	0.06
Político	10%	Corrupción de recursos del sistema de salud	1	0.10
Siniestralidad	3%	Incendio	1	0.03
Siniestralidad	3%	Terremoto	1	0.03
Siniestralidad	2%	Explosión	1	0.02

Matriz 6: MIME

		MATRIZ INTERNA/ENTORNO (MIME)			
externa	interna				
2.56	3.16	Matriz FI			
		4	3	2	1
Matriz FE		I	II	III	
	3	IV	V	VI	
	2	VII	VIII	IX	

Tipos de estrategias: al estar en el cuadrante viii se plantea la necesidad de establecer alianzas y/o asociaciones para fomentar el crecimiento y mantenimiento institucional, así mismo se considera se pueden proponer estrategias en los cuadrantes anteriores (cuadrante v) como lo son la penetración del mercado y desarrollo de productos; puntualmente con el presente plan de mejora se busca intervenir los ítems de menor calificación dentro de la matriz de factores internos, referencia y financiero, éste último impactado por la optimización del giro cama en mayor capacidad de facturación y recobro a las EAPBS.

Matriz 7: DOFA

Análisis interno		
F	%	Fortalezas
1	3%	Gestión del conocimiento
2	3%	Engranaje de los niveles estratégicos
3	3%	Estabilidad laboral
4	3%	Gestión del bienestar laboral
5	2%	Gestión de la salud ocupacional
6	3%	Software institucional de historia clínica
7	2%	Radiología e intervencionismo
8	1%	Sistema de seguridad y control biométrico
9	2%	Política de seguridad del paciente
10	3%	Sistema único de habilitación
11	3%	Gestión jurídica
12	3%	Gestión contable
13	1%	Gestión ambiental
14	2%	Dirección médica

Análisis interno		
D	%	Debilidades
1	2%	Oportunidad contrarreferencia de pacientes
2	2%	Oportunidad apoyo diagnóstico
3	1%	Oportunidad apoyo terapéutico
4	2%	Antigüedad arquitectónica
5	3%	Rotación de cuentas por cobrar
6	3%	Endeudamiento
7	3%	Liquidez
8	1%	Mercadeo digital
9	1%	Telemedicina

Análisis externo

O	%	Oportunidades
1	5%	Formación del talento humano en salud
2	4%	Acuerdo de punto final
3	3%	Desarrollo de nuevas terapias antitumorales
4	2%	Sistematización de la historia clínica en red

Análisis externo

A	%	Amenazas
1	10%	Corrupción de recursos del sistema de salud
2	2%	Privatización y monopolio del mercado
3	8%	Impuestos, tributos, aranceles.
4	3%	Infraestructura y dotación hospitalaria
5	3%	Valor agregado de la prestación del servicio
6	6%	Política fiscal
7	3%	Incendio
8	3%	Terremoto
9	2%	Explosión

FO

ESTRATEGIAS FO
(Potenciar fortalezas aprovechando oportunidades)

F1-O3 F2-O3 F4-O3 F14-O3	Integrar y fortalecer las áreas de Coordinación Académica, Coordinación Médica y Autorizaciones de medicamentos no PBS, bajo la supervisión de Dirección Médica, enfocado en un modelo de formación continua donde se realicen capacitaciones periódicas al equipo médico sobre el uso de terapias antitumorales innovadoras.
-----------------------------------	---

F6-O4 F7-O4	Adquirir software de imágenes diagnósticas que se conecte con la intranet institucional facilitando el acceso, potenciando la oportunidad y la continuidad de la atención intrahospitalaria y ambulatoria
----------------	---

DO

ESTRATEGIAS DO
(Vencer debilidades aprovechando oportunidades)

D1-O1	Generar un plan de mejora encabezado por un gerente médico con experiencia oncológica cuyo objetivo principal sea optimizar el giro cama interviniendo procesos asistenciales (revista médica interdisciplinaria) y administrativos (referencia y contrarreferencia)
D2-O1	
D3-O1	
D5-O2	Realizar inspección, vigilancia y control desde el área jurídica de la institución a los artículos 237 y 238 del Plan Nacional de Desarrollo que relacionan un paquete de medidas para sanear deudas históricas entre los agentes del sector garantizando el financiamiento del sistema de salud y generando mayor liquidez
D6-O2	
D7-O2	

FA

ESTRATEGIAS FA
(Usar fortalezas para evitar amenazas)

F11-A1	Gestionar la recuperación de la cartera de EAPB en régimen contributivo y subsidiado, entidades gubernamentales y aseguradoras
F12-A1	
F9-A4	Robustecer la política institucional de seguridad del paciente intensificando el proceso de auditoría interna en sus diferentes ejes, e incorporando herramientas de gerencia del servicio frente a los pacientes y sus familias
F9-A5	

DA

ESTRATEGIAS DA
(Reducir a un mínimo las debilidades y evitar amenazas)

D8-A2	Generar planes de publicidad y mercadeo cuyo fin sea expandir el alcance del programa institucional de detección temprana del cáncer (DETEMCA) y su desarrollo a través de plataformas de telemedicina, incentivando el posicionamiento de la IPS al penetrar el mercado con un nuevo servicio.
D9-A2	
D4-A3	Realizar planeación prospectiva decenal de impuesto predial teniendo presente la antigüedad de la infraestructura y su detrimento patrimonial anual, direccionando la diferencial total hacia inversión en tecnologías de la salud.

10. Planeación estratégica

No.	Estrategia
1	Generar de un plan de mejora encabezado por un gerente médico con experiencia oncológica cuyo objetivo principal sea optimizar el giro cama interviniendo procesos asistenciales (revista médica interdisciplinaria) y administrativos (referencia y contrarreferencia)
2	Realizar inspección, vigilancia y control desde el área jurídica de la institución a los artículos 237 y 238 del Plan Nacional de Desarrollo que relacionan un paquete de medidas para sanear deudas históricas entre los agentes del sector garantizando el financiamiento del sistema de salud y generando mayor liquidez
3	Integrar y fortalecer las áreas de Coordinación Académica, Coordinación Médica y Autorizaciones de medicamentos no PBS, bajo la supervisión de Dirección Médica, enfocado en un modelo de formación continua donde se realicen capacitaciones periódicas al equipo médico sobre el uso de terapias antitumorales innovadoras.
4	Generar planes de publicidad y mercadeo cuyo fin sea expandir el alcance del programa institucional de detección temprana del cáncer (DETEMCA) y su desarrollo a través de plataformas de telemedicina, incentivando el posicionamiento de la IPS al penetrar el mercado con un nuevo servicio.
5	Gestionar la recuperación de la cartera de EAPB en régimen contributivo y subsidiado, entidades gubernamentales y aseguradoras
6	Robustecer la política institucional de seguridad del paciente intensificando el proceso de auditoría interna en sus diferentes ejes, e incorporando herramientas de gerencia del servicio frente a los pacientes y sus familias
7	Adquirir software de imágenes diagnósticas que se conecte con la intranet institucional facilitando el acceso, potenciando la oportunidad y la continuidad de la atención intrahospitalaria y ambulatoria
8	Realizar planeación prospectiva decenal de impuesto predial teniendo presente la antigüedad de la infraestructura y su detrimento patrimonial anual, direccionando la diferencial total hacia inversión en tecnologías de la salud.

Matriz 7: Priorización de estrategias

Matriz priorización de estrategias					
No.	Estrategia	Viabilidad Económica	Plazo en tiempo	Impacto	Total
1	Generar de un plan de mejora encabezado por un gerente médico con experiencia oncológica cuyo objetivo principal sea optimizar el giro cama interviniendo procesos asistenciales (revista médica interdisciplinaria) y administrativos (referencia y contrarreferencia)	10	10	9	29
4	Generar planes de publicidad y mercadeo cuyo fin sea expandir el alcance del programa institucional de detección temprana del cáncer (DETEMCA) y su desarrollo a través de plataformas de telemedicina, incentivando el posicionamiento de la IPS al penetrar el mercado con un nuevo servicio.	8	10	10	28
7	Adquirir software de imágenes diagnósticas que se conecte con la intranet institucional facilitando el acceso, potenciando la oportunidad y la continuidad de la atención intrahospitalaria y ambulatoria	8	10	10	28
3	Integrar y fortalecer las áreas de Coordinación Académica, Coordinación Médica y Autorizaciones de medicamentos no PBS, bajo la supervisión de Dirección Médica, enfocado en un modelo de formación continua donde se realicen capacitaciones periódicas al equipo médico sobre el uso de terapias antitumorales innovadoras.	10	10	7	27
5	Gestionar la recuperación de la cartera de EAPB en régimen contributivo y subsidiado, entidades gubernamentales y aseguradoras	9	8	10	27
6	Robustecer la política institucional de seguridad del paciente intensificando el proceso de auditoría interna en sus diferentes ejes, e incorporando herramientas de gerencia del servicio frente a los pacientes y sus familias	7	10	9	26
2	Realizar inspección, vigilancia y control desde el área jurídica de la institución a los artículos 237 y 238 del Plan Nacional de Desarrollo que relacionan un paquete de medidas para sanear deudas históricas entre los agentes del sector garantizando el financiamiento del sistema de salud y generando mayor liquidez	7	8	10	25

8	Realizar planeación prospectiva decenal de impuesto predial teniendo presente la antigüedad de la infraestructura y su detrimento patrimonial anual, direccionando la diferencial total hacia inversión en tecnologías de la salud.	7	10	8	25
---	---	---	----	---	----

Matriz 8: Plan operativo

Matriz del plan operativo							
Estrategia	Actividades	Tarea	Plazo	Responsable de ejecución	Indicador de gestión	Recursos requeridos	Observaciones
Generar de un plan de mejora encabezado por un gerente médico con experiencia oncológica cuyo objetivo principal sea optimizar el giro cama interviniendo procesos asistenciales (revista médica interdisciplinaria) y administrativos (referencia y contrarreferencia)	Realizar revista médica periódica durante el primer trimestre del año 2020	Descargar el censo hospitalario del sistema y pasar ronda médica en los servicios de hospitalización general, recuperación quirúrgica y cuidados intermedios con un enfoque clínico integral e interdisciplinario	30 de Enero del 2020	Coordinación Médica	Giro cama: Egresos periodo / # camas	Acceso al sistema, computador portátil	Quedan excluidos los servicios de UCI y UT
			29 de Febrero del 2020	Coordinación Médica	Giro cama: Egresos periodo / # camas	Acceso al sistema, computador portátil	Quedan excluidos los servicios de UCI y UT
			31 de Marzo del 2020	Coordinación Médica	Giro cama: Egresos periodo / # camas	Acceso al sistema, computador portátil	Quedan excluidos los servicios de UCI y UT
			31 de Marzo del 2020	Coordinación Médica	Pacientes candidatos UCC / Total pacientes hospitalizados	Computador, acceso a la historia clínica	Se requiere acompañamiento de Cuidado Paliativo y Trabajo Social

y gestionar su traslado

Identificar pacientes candidatos a contrarremisión al Programa de Hospitalización en Casa (PHD) y gestionar su traslado	31 de Marzo del 2020	Coordinación Médica	Pacientes candidatos PHD / Total pacientes hospitalizados	Computador , acceso a la historia clínica	Se puede requerir acompañamiento de Cuidado Paliativo y Trabajo Social
---	----------------------	---------------------	---	---	--

Identificar pacientes candidatos a contrarremisión a Segundo Nivel de Complejidad (SNC) y gestionar su traslado	31 de Marzo del 2020	Coordinación Médica	Pacientes candidatos SNC / Total pacientes hospitalizados	Computador , acceso a la historia clínica	Se puede requerir acompañamiento de Cuidado Paliativo y Trabajo Social
---	----------------------	---------------------	---	---	--

Auditar y gestionar la mejora de la oportunidad del apoyo diagnóstico y terapéutico extra institucional	Identificar pacientes en espera de egreso por Oxígeno Domiciliario (OD) y gestionar su consecución	31 de Marzo del 2020	Coordinación Médica Referencia y Contrarreferencia	Pacientes pendientes por OD / Total pacientes hospitalizados	Computador acceso a la historia clínica, concentrador y bala portátil de transporte	Según el convenio con el asegurador se puede gestionar el préstamo con oxígeno institucional
	Identificar pacientes en espera ayudas diagnósticas (ADx) y	31 de Marzo del 2020	Coordinación Médica Referencia y Contrarreferencia	Pacientes pendientes por ADx / Total pacientes hospitalizados	Computador acceso a la historia clínica	Según el convenio con el asegurador se puede gestionar

gestionar su consecución						institucionalmente y hacer recobro
Identificar pacientes en espera Apoyo Terapéutico (ATx) y gestionar su consecución	31 de Marzo del 2020	Coordinación Médica Referencia y Contrarreferencia	Pacientes pendientes por ATx / Total pacientes hospitalizados	Computador acceso a la historia clínica	Según el convenio con el asegurador se puede gestionar institucionalmente y hacer recobro	

11. Plan operativo de mejora

El plan de mejora se enfoca en optimizar un indicador de eficiencia hospitalaria global como lo es el giro cama, aplicado en una institución de tercer nivel de atención oncológica, por medio de tres objetivos. El primer objetivo consiste en realizar una revista médica interdisciplinaria periódica durante el primer trimestre del año 2020, con el fin de brindar un abordaje terapéutico holístico que genere mayor calidad en la prestación del servicio, derribando barreras de oportunidad de diagnóstico clínico quirúrgico e integrando procesos asistenciales, lo que generará el dato de egresos día, el cual alimentará una base de datos mensual que permitirá calcular el giro cama durante el periodo que se realice la revista, y éste se tomará como una medida indirecta del comportamiento del indicador mensual; posteriormente se correlacionarán los indicadores de giro cama del primer trimestre 2019 vs primer trimestre 2020 para determinar el impacto del plan de mejora.

El segundo objetivo es auditar la pertinencia de estancia hospitalaria en tercer nivel de complejidad, incentivando las altas tempranas de pacientes candidatos a unidad de cuidado crónico, programas de hospitalización en casa, o contrarreferencia a segundo nivel de atención, para lo cual se obtendrá el indicador para cada uno de ellos, y se gestionará su traslado. Esta auditoría se realiza durante la misma revista médica interdisciplinaria definiendo lo mejor para la condición clínica del paciente y su entorno familiar.

Y el tercer objetivo es auditar y gestionar mejora en la oportunidad de ayudas diagnósticas y apoyo terapéutico extra institucional en el área de referencia y contrarreferencia de la clínica, el cual se alimenta de la misma revista médica interdisciplinaria donde se registra que tipo de solicitud médica tiene el paciente en proceso, fecha de inicio y finalización del trámite administrativo, y se evalúan los datos recolectados.

Tabla 12: Capacidad instalada

Camas disponibles	Hospitalización	90	Sur	13
			1OR	12
			1OCC	17
			2P	17
			2OCC	11
			3P	20
	Intermedios	23	Inter OR	12
			Inter OCC	11
	Cirugía	20	Recuperación	20
	Total	133		133

Tabla 13: Gestión Médica enero 2020

Fecha	Egresos	Contrarreferencia	Salas Cx	Apoyo Dx
9	9	2	4	5
14	17	2	5	5
21	12	10	10	5
24	17	5	14	12
28	14	8	20	13
30	16	7	23	11
Promedio	14.2	5.7	12.7	8.5
Total	85	34	76	51

Índice cama = Egresos en el periodo / # Camas

Índice cama = **0.64**

Tabla 14: Egresos por servicios enero 2020

Egresos/fecha	9	14	16	21	24	28	30	Promedio	Total
Hospitalización	8	12	5	7	3	8	6	7.0	49
Intermedios	0	2	3	4	3	3	3	2.6	18
Cirugía	1	3	4	6	8	2	7	4.4	31
Total	9	17	12	17	14	13	16	14.0	98

En la tabla 14 anterior se consignaron los datos obtenidos mediante la revista médica, discriminando la fecha en que ésta se realizó, total de egresos, total contrarreferencia a menor nivel

de complejidad, trámites de apoyo diagnóstico y terapéutico extrainstitucional, y pacientes pendientes por programación quirúrgica. Luego se relaciona la capacidad instalada para los servicios definidos dentro del alcance del plan de mejora, como los son hospitalización general, unidad de cuidados intermedios y cirugía. Por otro lado, en la parte inferior se documenta la tabla de egresos por servicios, donde se aprecia que la gran mayoría de egresos provienen de hospitalización, luego cirugía y por último unidad de cuidados intermedios. Teniendo este registro de camas disponibles (133) y egresos (85), se calcula el giro cama para los días en que se realiza la revista en el mes de enero, el cual corresponde a 0,64.

Tabla 15: Gestión Médica febrero 2020

Fecha	Egresos	Contrarref.	Salas Cx	Apoyo Dx
4	36	5	8	4
6	8	4	7	10
11	19	5	11	7
13	24	6	10	11
18	21	4	7	10
20	13	5	8	9
25	23	5	8	9
27	16	4	11	7
Promedio	20.0	4.8	8.8	8.4
Total	160	38	70	67

Giro cama = Egresos en el periodo / # Camas
Giro cama = 1.20

Tabla 16: Egresos por servicios febrero 2020

Egresos/fecha	4	6	11	13	18	20	25	27	Promedio	Total
Hospitalización	25	6	11	13	14	9	12	9	12.4	99
Intermedios	5	0	4	3	3	2	5	2	3	24
Cirugía	6	2	4	8	4	2	6	5	4.6	37
Total	36	8	19	24	21	13	23	16	20	160

La revista médica en el mes de febrero documentó un gran crecimiento en el total de egresos (160), obteniendo un giro cama de 1,2 correspondiente al doble respecto al mes de enero, debido en gran medida al incremento de egresos en hospitalización que paso de 49 a 99 egresos, atribuible a la alta resolutivez clínica quirúrgica y paliativa que se logró con la revista médica.

Tabla 17: Gestión Médica marzo 2020

Fecha	Egresos	Contrarref	Salas cx	Apoyo dx
3	19	5	8	7
5	16	6	6	6
10	33	3	5	7
12	19	3	4	7
17	21	4	7	7
19	20	4	6	5
24	20	4	6	9
26	26	2	6	4
31	20	1	8	7
Promedio	21.8	3.6	6.2	6.6
Total	174	32	56	59
Giro cama = Egresos en el periodo / # Camas				
Giro cama = 1.31				

Tabla 18: Egresos por servicios marzo 2020

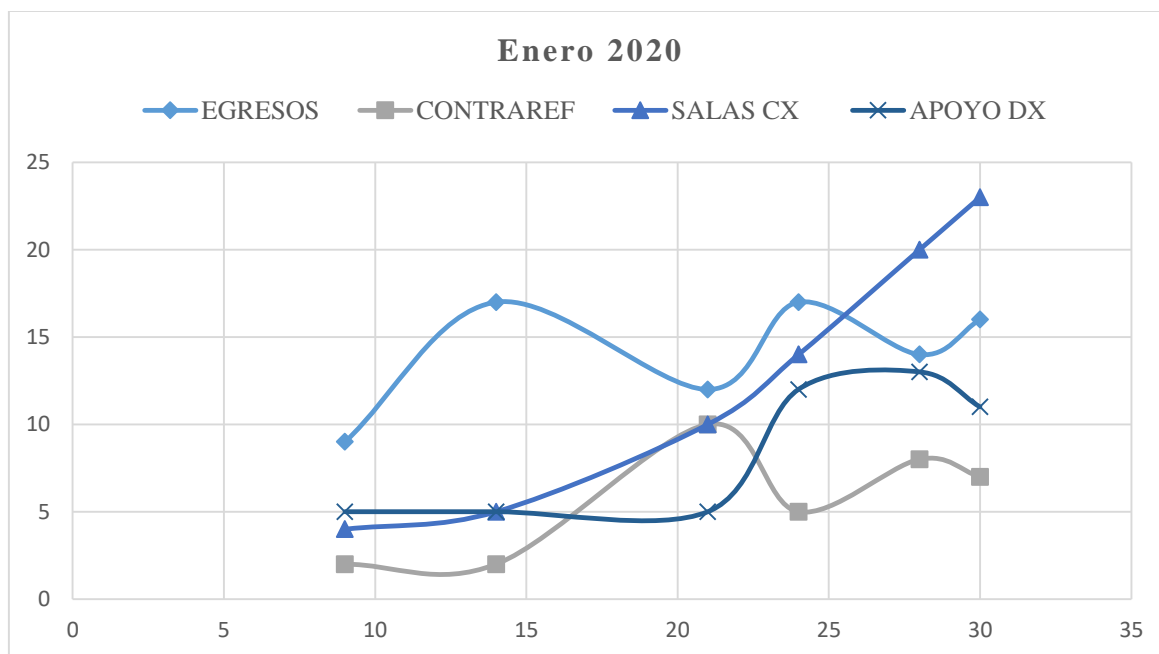
Egresos/fecha	4	6	10	12	17	19	24	26	31	Promedio	Total
Hospitalización	11	10	21	14	15	15	14	13	11	13.8	124
Intermedios	3	0	7	3	2	1	6	7	5	3.8	34
Cirugía	5	6	5	2	4	4	0	6	4	4.0	36
Total	19	16	33	19	21	20	20	26	20	21.6	194

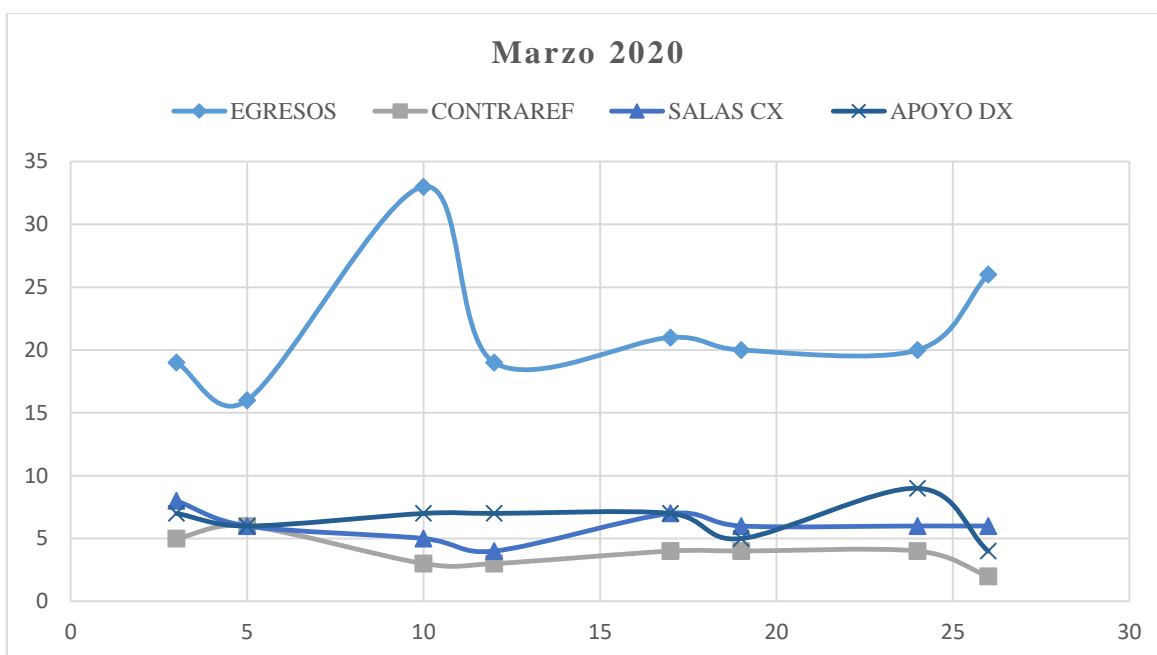
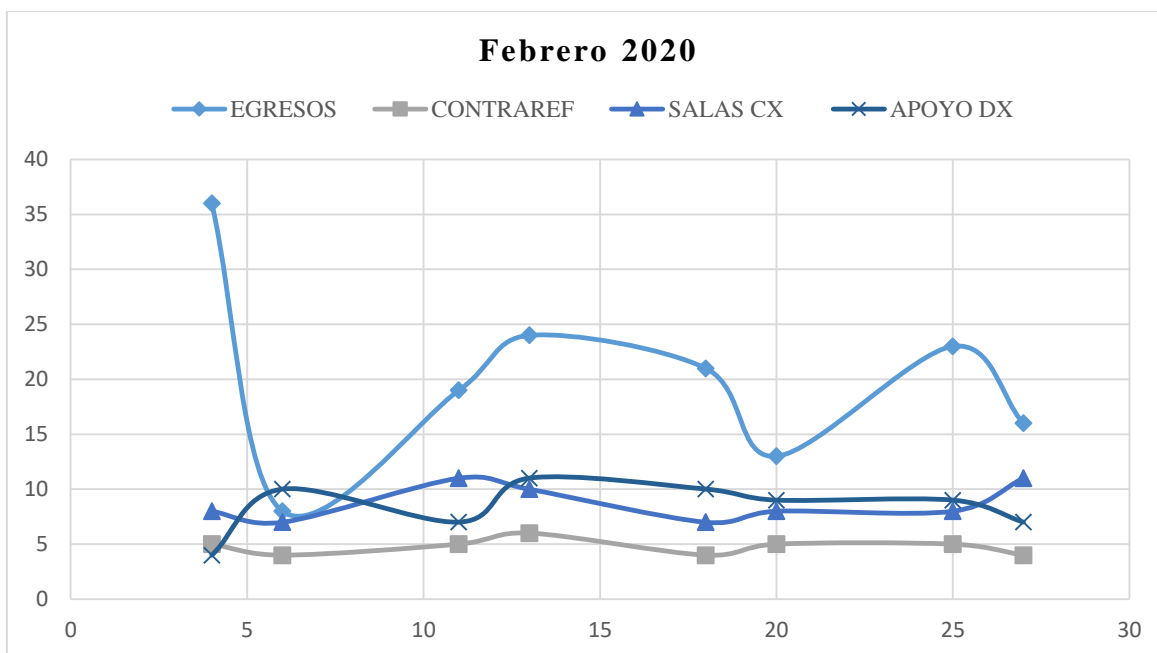
Para el mes de marzo la tendencia fue mantener el mejoramiento e incluso superarlo, con un total de 174 egresos, el giro cama fue de 1,31 relacionado con la gestión ejecutada por coordinación médica frente a los resultados de la revista médica interdisciplinaria, enseñando al equipo médico hospitalario medidas de enfoque diagnóstico y terapéutico oportuno y preciso.

Estrategia de enfoque clínico

A continuación, se grafican los datos obtenidos por medio de la revista médica durante el primer trimestre del año 2020, donde se observa que el comportamiento de los egresos efectivamente manifestó un comportamiento positivo de enero a marzo alejándose de la línea de base, con mejores cifras los días martes muy posiblemente relacionado con las conductas médicas que se impartieron durante la revista médica posterior al fin de semana. También se puede analizar la poca variación presentada por las áreas de contrarreferencia y apoyo diagnóstico lo que permite inferir una buena gestión pues no se acumulan estos trámites, sino que presentan resolutiveidad.

Curvas 1-3: Variables evaluadas durante la revista médica primer trimestre 2020





Comparativo del año 2019 – 2020 luego de poner en acción el plan de mejora.

A continuación, se presentan los indicadores institucionales correspondientes al primer trimestre del año 2019 y del año 2020 de los servicios que dan alcance al plan de mejora:

Tabla 19: Indicadores Institucionales primer trimestre 2019

2019									
Mes	Ingresos	Egresos	Reingresos antes de 15 días	Total días estancia	Promedio día estancia	Días cama disponible	% ocupacional	Giro cama	Mortalidad >48 h
Enero	331	362	0	2015	6	3441	59%	3	12
Febrero	324	406	0	2409	6	3052	79%	4	9
Marzo	501	427	0	2392	6	4309	56%	3	7
Hospitalización									
Enero	136	162	0	1503	9	2175	69%	2	9
Febrero	108	161	0	1779	11	2002	89%	2	3
Marzo	176	163	0	1675	10	2604	64%	2	4
UCI Intermedios									
Enero	14	14	0	64	5	543	11%	1	0
Febrero	6	11	0	155	14	510	29%	1	3
Marzo	18	22	0	182	8	620	29%	1	1
Salas de cirugía									
Enero	178	178	0	201	1	317	58%	17	0
Febrero	205	218	0	224	1	180	108%	34	0
Marzo	302	235	0	382	2	713	54%	10	0

Tabla 20: Indicadores Institucionales primer trimestre 2020

2020									
Mes	Ingresos	Egresos	Reingresos antes de 15 días	Total días estancia	Promedio día estancia	Días cama disponible	% ocupacional	Giro cama	Mortalidad >48 h
Enero	651	744	0	2722	4	2790	96%	8	3
Febrero	825	972	0	2815	3	2514	111%	11	21
Marzo	834	928	0	2988	3	2790	106%	10	17
Hospitalización									
Enero	240	281	0	1795	6	2011	88%	4	2
Febrero	270	362	0	2345	6	2074	113%	4	10
Marzo	322	385	0	1974	5	2219	89%	5	9
UCI Intermedios									

Enero	14	63	0	376	6	463	76%	4	3
Febrero	42	63	0	510	8	517	99%	4	6
Marzo	73	93	0	506	5	527	96%	5	4
Salas de cirugía									
Enero	379	380	0	467	1	333	140%	35	0
Febrero	498	523	0	579	1	144	402%	105	0
Marzo	419	426	0	357	1	287	124%	46	0

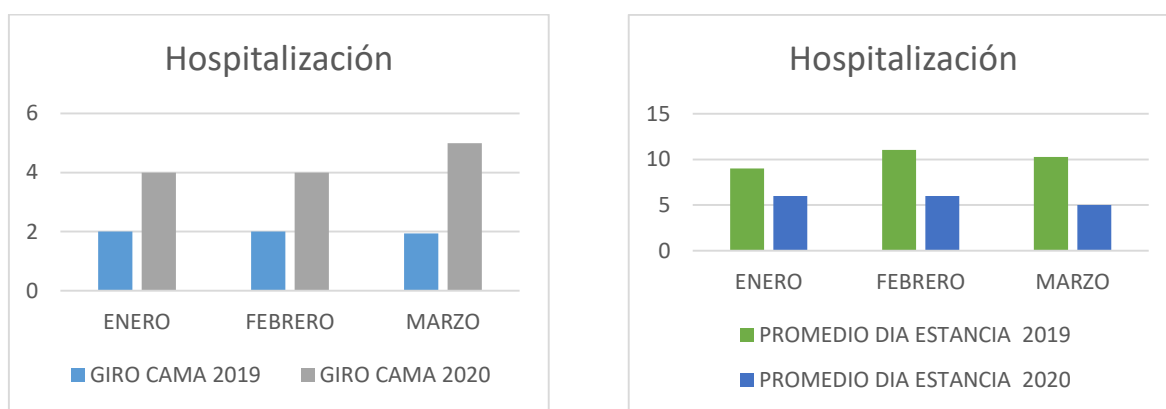
Análisis de los datos obtenidos

Analizando los servicios que tienen alcance dentro del presente plan de mejora se observa una mejoría significativa en todos ellos: hospitalización, cuidados intermedios y salas de cirugía, y la explicación de este comportamiento es multifactorial. En primer lugar, la institución inició un PGP con una EAPB en junio del 2019 lo cual incrementó la demanda del servicio por miles de pacientes, aumentando la programación de salas de cirugía como se evidencia en los indicadores. En segundo lugar se puso en marcha el presente plan de mejora interviniendo activamente los procesos asistenciales mediante una revista médica interdisciplinaria con enfoque clínico, quirúrgico y paliativo dependiendo las condiciones clínicas del paciente, brindando resolutiveidad con mayor oportunidad disminuyendo considerablemente la barrera de tiempo de las interconsultas para asumir una conducta médica frente a los pacientes, entregando información clara y precisa a los pacientes y familiares, articulando con trabajo social y referencia las altas tempranas de pacientes que eran candidatos a menor nivel de complejidad, y gestionado activamente los trámites de apoyo diagnóstico y terapéutico extrainstitucional.

En el área de hospitalización se incrementó el giro cama de 2 a 4 e incluso alcanzó un valor de 5 en el mes de Marzo del 2020, inversamente proporcional a lo sucedido con el promedio día de estancia que se redujo de 10 a 5 en Marzo 2020 frente a Marzo 2019, lo cual es un resultado altamente gratificante porque posiciona al Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San

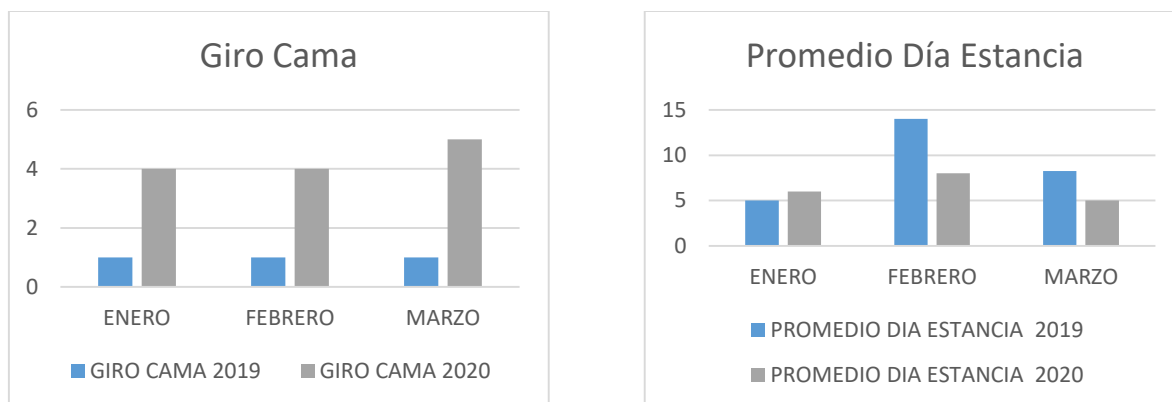
Diego CIOSAD S.A.S. como una entidad con altos niveles de eficiencia hospitalaria, con un perfil competitivo que supera a otras instituciones de tercer nivel que no manejan pacientes oncológicos cuya estancia hospitalaria es mayor, y permite tener claridad sobre la calidad de la gestión hospitalaria alcanzada por medio del presente plan de mejora.

Gráfico 3: Comparativo año 2019 – 2020 para Hospitalización.



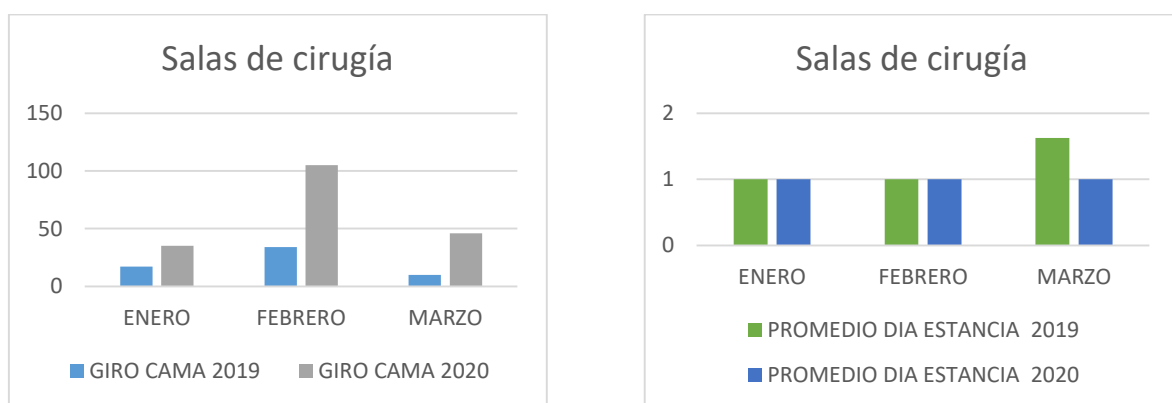
Respecto a las unidades de cuidados intermedios también se aprecia un crecimiento superlativo en este indicador de eficiencia hospitalaria, con la variación del giro cama de 1 en el primer trimestre del 2019 a 4 e incluso 5 en el mismo trimestre del año 2020. Aquí intervienen variables adicionales a las que se contemplan en hospitalización general pues se trata de un paciente con altas posibilidades de deterioro clínico y requerir soporte avanzado, lo que explicaría rotación del paciente del servicio hacia cuidados intensivos e incluso fallecer, sin embargo, el comportamiento favorable del giro cama en esta unidad se relaciona en gran manera con la gestión médica realizada por medio del presente plan de mejora.

Gráfico 4: Comparativo año 2019 – 2020 para Cuidados intermedios.



Por otro lado, salas de cirugía evidenció un incremento exponencial en el giro cama ya que calidad del dato toma como referencia el total de egresos de la unidad quirúrgica y durante el primer trimestre de año 2020 la programación de cirugía ambulatoria aumentó notablemente, sumando en menor medida, el impacto de la revista médica en el área de recuperación temprana y tardía con la gestión de altas tempranas.

Gráfico 5: Comparativo año 2019 – 2020 para Salas de Cirugía.



Estrategia enfocada en contrarreferencia

Como segundo objetivo del plan de mejora se planteó la auditoría de la pertinencia de estancia hospitalaria en tercer nivel de complejidad identificando tres grupos de pacientes: los candidatos a

contrarremisión a unidad de cuidado crónico como manejo paliativo de su enfermedad, los pacientes candidatos a hospitalización en casa, y los pacientes candidatos para contrarremisión a segundo nivel de complejidad, todos ellos enfocados en gestión del alta temprana para disminuir el promedio de estancia hospitalaria y optimizar el indicador giro cama.

Los resultados del mes de enero evidencian los destinos de cuidado crónico y hospitalización en casa con mayor demanda, y con indicadores que oscilan entre el 12% y 13% de los pacientes hospitalizados durante el periodo, no sucedió de la misma manera con la contrarreferencia a segundo nivel, que tan sólo obtuvo 5 pacientes con un porcentaje del 4%. Este indicador se calculó con el número de pacientes candidatos a menor nivel sobre el total de pacientes hospitalizados, valor extraído a partir del porcentaje de ocupación institucional para el mismo periodo.

Tabla 21: Contrarreferencia enero del año 2020

Contrarreferencia enero 2020				
Fecha	UCC	PHD	II Nivel	Total
9	1	1	0	2
14	1	1	0	2
21	5	3	2	10
24	2	2	1	5
28	3	4	1	8
30	3	3	1	7
Promedio	2.5	2.3	0.8	5.7
Total	15	14	5	34
Indicador	0,13	0,12	0,04	

Durante febrero hospitalización en casa presentó similar comportamiento, pero aumentó la brecha entre cuidado crónico 15% y segundo nivel de complejidad 2%, atribuible a la gestión médica interdisciplinaria realizada durante la revista médica donde se definía objetivamente el tipo

de unidad que requerían los pacientes para continuar un manejo integral de su patología oncológica avanzada en abordaje conjunto a trabajo social para realizar intervención del entorno familiar.

Tabla 22: Contrarreferencia febrero del año 2020

Contrarreferencia febrero 2020				
Fecha	UCC	PHD	II Nivel	Total
4	4	1	0	5
6	3	1	0	4
11	2	2	1	5
13	3	3	0	6
18	3	1	0	4
20	2	3	0	5
25	2	2	1	5
27	2	1	1	4
Promedio	2.6	1.8	0.4	4.8
Total	21	14	3	38
Indicador	0,15	0,10	0,02	

Para el mes de marzo se mantuvo la tendencia de mayor demanda del servicio de cuidado crónico con 13% de los pacientes hospitalizados durante el periodo, seguido de hospitalización en casa 7% y segundo nivel de complejidad 5%.

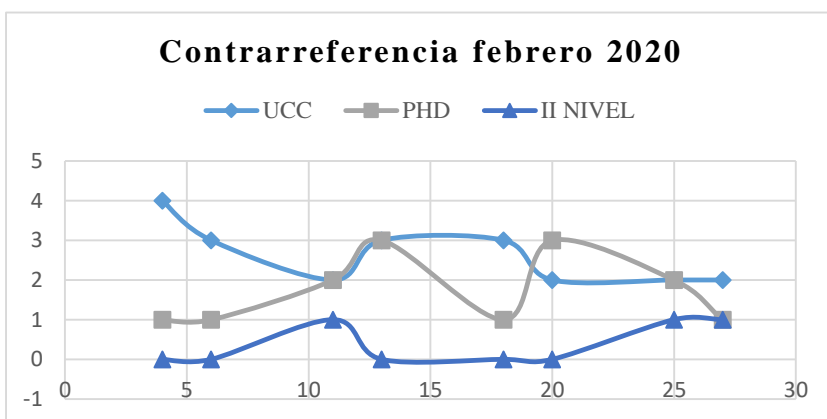
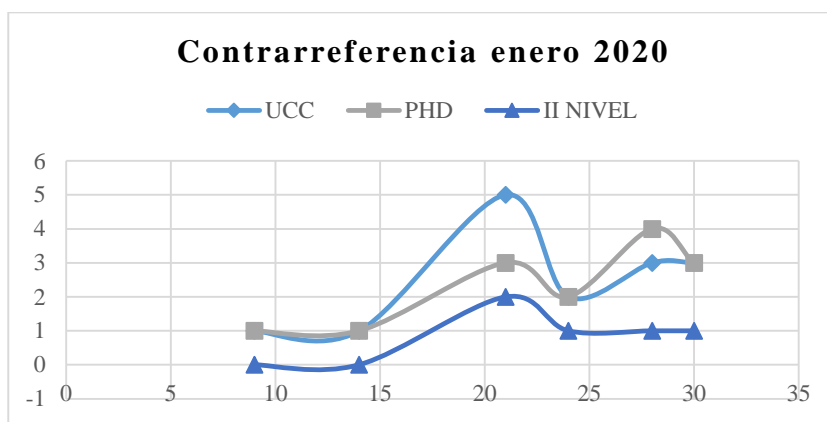
Tabla 23: Contrarreferencia marzo del año 2020

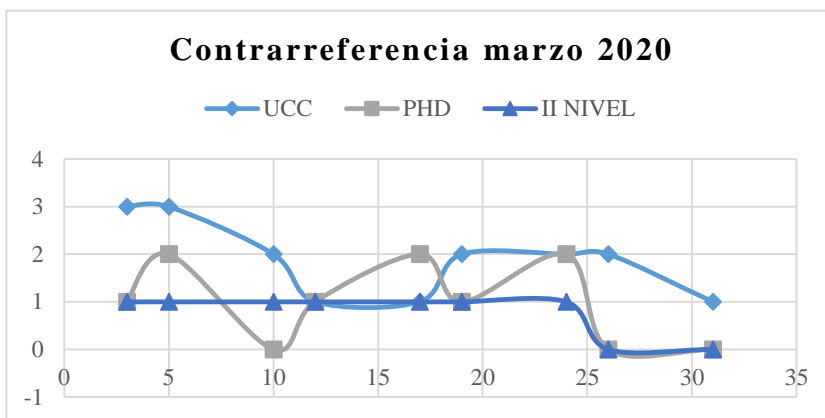
Contrarreferencia marzo 2020				
Fecha	UCC	PHD	II Nivel	Total
3	3	1	1	5
5	3	2	1	6
10	2	0	1	3
12	1	1	1	3
17	1	2	1	4
19	2	1	1	4
24	2	2	1	5
26	2	0	0	2
31	1	0	0	1
Promedio	1.9	1.0	0.8	3.7
Total	17	9	7	33

Indicador	0,13	0,07	0,05
-----------	------	------	------

A continuación, se observa el comportamiento mensual de la gestión médica sobre los pacientes candidatos a contrarremisión a menor nivel de complejidad como estrategia de optimización del giro cama:

Curvas 4-6: Indicadores Contrarreferencia del primer trimestre 2020





En las curvas anteriores se visualiza a la unidad de cuidado crónico y el programa de hospitalización en casa como las principales alternativas de alta temprana con impacto directo sobre el giro cama institucional, ya que juntas involucran alrededor del 25% de los pacientes con estancia hospitalaria activa en el periodo analizado susceptibles de continuar su manejo médico en menor nivel de complejidad, lo cual genera la liberación de la cama institucional, disminuye el promedio de estancia hospitalaria, y favorece el giro cama como se evidenció en el análisis del primer objetivo previamente; adicionalmente se mejora la oportunidad para la recepción de pacientes que requieren el servicio de atención médica especializada en oncología, se fortalecen los atributos de la calidad en la prestación del servicio, se optimiza el uso de los recursos, se obtiene mayor rentabilidad de la internación de pacientes, y se hace a la institución más competitiva frente al mercado.

Estrategia enfocada en apoyo diagnóstico.

Finalmente, el tercer objetivo del plan de mejora se enfocó en identificar los pacientes con trámites administrativos pendientes del área de referencia y contrarreferencia en apoyo diagnóstico y terapéutico, y en entrega de oxígeno domiciliario por el asegurador.

Para el mes de enero el 6% de los pacientes se encontraban en espera de oxígeno domiciliario para consolidar el egreso hospitalario, el 24% de los pacientes estaban en espera de apoyo diagnóstico extrainstitucional, y el 6% de los pacientes estaban en espera de apoyo terapéutico extrainstitucional.

Tabla 24: Apoyo diagnostico pendiente para determinar conducta.

Apoyo extrainstitucional enero 2020				
Fecha	OD	AD	AT	Total
9	1	4	0	5
14	1	3	1	4
21	2	3	2	7
24	1	5	0	6
28	2	6	3	11
30	1	7	2	10
Promedio	1.3	4.7	1.3	7.2
Total	8	28	8	43
Indicador	0,06	0,24	0,06	

En febrero se incrementó la demanda de ayudas diagnósticas extra institucionales al 37% de los pacientes hospitalizados, y el requerimiento del oxígeno domiciliario subió al 9%. Por otro lado, las ayudas terapéuticas externas disminuyeron al 3%.

Tabla 25: Apoyo diagnostico pendiente para determinar conducta.

Apoyo extrainstitucional febrero 2020				
Fecha	OD	AD	AT	Total
4	1	3	0	4
6	1	6	3	10
11	2	5	0	7
13	1	9	1	11
18	0	9	1	10
20	3	6	0	9
25	2	7	0	9
27	2	5	0	7
Promedio	1.5	6.3	0.6	8.4

Total	12	50	5	67
Indicador	0,09	0,37	0,03	

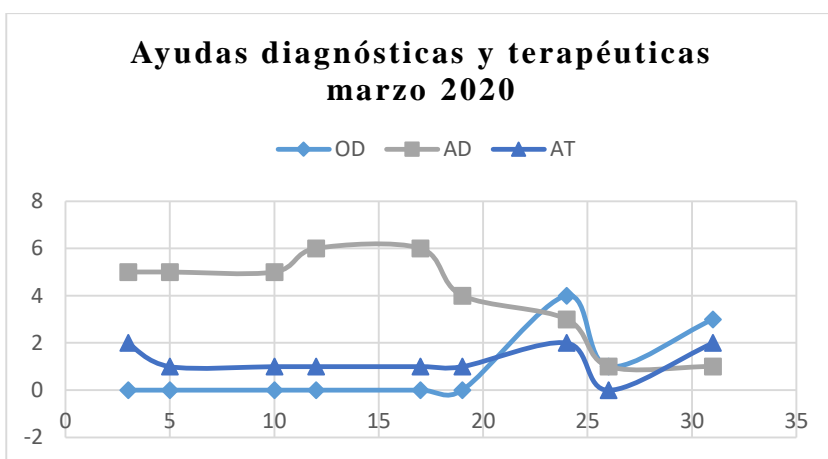
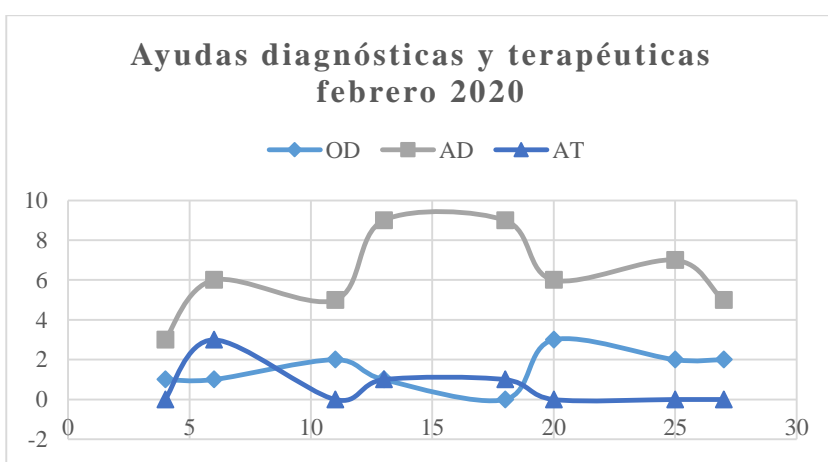
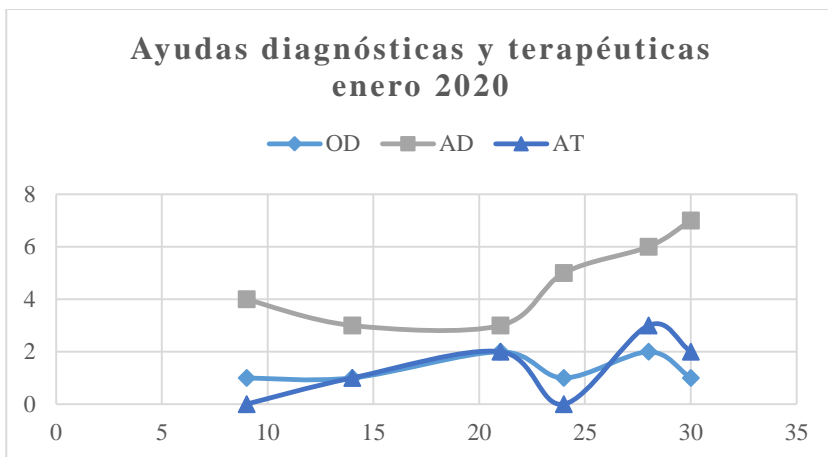
Para el mes de marzo se mantuvo la tendencia de ayudas diagnósticas en primer lugar con un 28% de los pacientes hospitalizados, tomó el segundo lugar el apoyo terapéutico 8% y la solicitud de oxígeno cayó al tercer puesto con un 6%.

Tabla 26: Apoyo diagnostico pendiente para determinar conducta.

Apoyo extrainstitucional marzo 2020				
Fecha	OD	AD	AT	Total
3	0	5	2	7
5	0	5	1	6
10	0	5	1	6
12	0	6	1	7
17	0	6	1	7
19	0	4	1	5
24	4	3	2	9
26	1	1	0	2
31	3	1	2	7
Promedio	0.9	4.0	1.2	6.2
Total	8	36	11	56
Indicador	0,06	0,28	0,08	

A continuación, se expone el comportamiento de estas solicitudes administrativas durante el primer trimestre del año 2020.

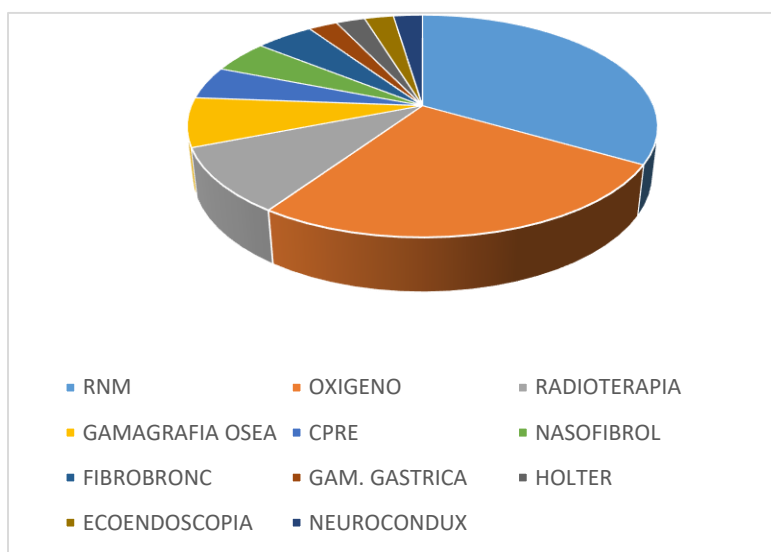
Curva 7-9: Solicitudes administrativas primer trimestre 2020



En las anteriores curvas se evidencia dentro de los procesos de referencia y contrarreferencia a las ayudas diagnósticas extra institucionales como el servicio de mayor demanda con un pico máximo en febrero, mientras que las ayudas terapéuticas y el requerimiento de oxígeno domiciliario varían a lo largo del trimestre. Para determinar qué tipo de servicios se solicitan en las ayudas diagnósticas extra institucionales, se auditó el mes de febrero con el fin de caracterizar y medir los tiempos de gestión en cada caso, y poder intervenir con mayor profundidad en el plan de mejora, a continuación, se exponen los hallazgos:

Grafica 6: Ayudas diagnósticas y terapéuticas febrero 2020.

Tipo de servicio	No
Resonancia Nuclear Magnética	14
Oxígeno	11
Radioterapia	4
Gammagrafía Ósea	3
CPRE	2
Nasofibrilaringoscopia	2
Fibrobroncoscopia	2
Gammagrafía Gástrica	1
Holter EKG	1
Ecoendoscopia	1
Neuroconducción	1
TOTAL	42



Para el mes de febrero, se puede observar que dentro de las 11 ayudas terapéuticas más utilizadas esta la RPM (Resonancia Magnética Nuclear) con 14 tomas en todo el mes, seguido del Oxígeno que fueron 11 veces requeridas, luego se encuentra con una menor frecuencia la Radioterapia utilizada 4 veces, luego la Gammagrafía Ósea con 3 veces empleada, la CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), Nasofibrilaringoscopia y fibrobroncoscopia 2

veces utilizada cada una y por último se observa que los apoyos de Gamagrafía Gástrica, el Holter, la Ecoendoscopia y la Neuroconducción fueron empleadas 1 vez cada una dentro de todo el mes.

Como se evidenció la Resonancia nuclear magnética representa el 33% de las ayudas diagnósticas extra institucionales, seguida del oxígeno domiciliario en un 26%, radioterapia con 9,5% y gammagrafía ósea con 7%, luego diferentes procedimientos de tracto respiratorio superior e inferior como Nasofibrolaringoscopia y Fibrobroncoscopia 4,7% al igual que la Colangiopancreatoduodenografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Al realizar la auditoría de tiempos de espera discriminados por tipo de servicios solicitados se obtuvieron los siguientes hallazgos:

Tabla 27: Auditoria tiempos de espera por servicio

Servicio	Inicio	Fin	Días	Anotación
oxigeno	03/02/2020	10/02/2020	7	
oxigeno	05/02/2020	12/02/2020	7	
oxigeno	10/02/2020	15/02/2020	5	falleció
nasofibrolaringoscopia	02/02/2020	21/02/2020	19	
gammagrafía gástrica	23/01/2020	06/02/2020	14	
oxigeno	20/02/2020	22/02/2020	2	falleció
oxigeno	20/02/2020	23/02/2020	3	falleció
RPM columna	31/01/2020	13/02/2020	13	falleció
fibrobroncoscopia	27/02/2020	11/02/2020	13	
RPM tórax	13/02/2020	25/02/2020	12	
RPM columna	31/01/2020	10/02/2020	10	
neuroconducción	10/02/2020	20/02/2020	10	
gammagrafía ósea	31/01/2020	08/02/2020	8	
fibrobroncoscopia	18/02/2020	26/02/2020	8	egreso
RPM columna	14/02/2020	15/02/2020	1	
RPM columna	10/02/2020	17/02/2020	7	
gammagrafía ósea	05/02/2020	11/02/2020	6	
RPM columna	19/02/2020	24/02/2020	5	
radio terapia	06/01/2020	12/02/2020	6	
radio terapia	01/02/2020	04/02/2020	3	
radio terapia	13/02/2020	18/02/2020	5	

RPM cerebral	21/02/2020	26/02/2020	5
gammagrafía ósea	29/01/2020	09/02/2020	9
RPM columna	10/02/2020	14/02/2020	4
radio terapia	06/02/2020	10/02/2020	4
oxígeno	24/02/2020	27/02/2020	3
Colangiografía	23/02/2020	26/02/2020	3
Colangiografía	25/02/2020	29/02/2020	4
nasofibrolaringoscopia	18/02/2020	21/02/2019	3
RPM abdomen	24/02/2020	27/02/2020	3
ecoendoscopia	17/02/2020	20/02/2020	3
CPRE	25/02/2020	28/02/2020	3
oxígeno	25/02/2020	27/02/2020	2
oxígeno	26/02/2020	28/02/2020	2
RPM abdomen	19/02/2020	21/02/2020	2
oxígeno	12/02/2020	13/02/2020	1
oxígeno	20/02/2020	21/02/2020	1
oxígeno	27/02/2020	28/02/2020	1
RPM cerebral	22/02/2020	23/02/2020	1
holter	12/02/2020	17/02/2020	5
RPM abdomen	31/01/2020		cancelada
CPRE	26/02/2020		cancelada

Como se observa en la tabla anterior los tiempos de menor oportunidad corresponden a procedimientos de tracto respiratorio superior e inferior como Nasofibrolaringoscopia (19 días) y Fibrobroncoscopia (13 días), ofertados por especialidades de Otorrinolaringología y Neumología no disponibles en la institución, generando el trámite directamente con el asegurador del paciente según la red de prestadores con los que dispone de convenio, y debido a la complejidad del paciente oncológico se dificultó la recepción del mismo en otra entidad para realizar los procedimientos. Esto genera prolongación de la estancia hospitalaria y disminuye el giro cama, y pese a que para el periodo auditado el 37% de los pacientes hospitalizados requirieron ayudas diagnósticas externas, el impacto negativo sobre el indicador global de giro cama no tuvo gran impacto debido

a que la Nasofibrolaringoscopia y Fibrobroncoscopia tan sólo representan el 5% de ayudas diagnósticas durante el periodo.

Al analizar el servicio de mayor impacto en las ayudas diagnósticas se identifica prolongación en el tiempo de espera para su realización, nos referimos a las resonancias, 13, 12 y 10 días en los casos más elevados, pero otras presentan tiempos de 3, 2 y hasta 1 día de espera, lo que refleja la variabilidad de la oferta de los prestadores de apoyo diagnóstico radiológico y puede conllevar fluctuación del indicador giro cama.

Otro hallazgo importante corresponde al oxígeno domiciliario, con tiempos de espera máxima de 7 días y un promedio de 3,1 días impacta considerablemente el giro cama debido a que en promedio el 7% de los pacientes hospitalizados durante el trimestre requirieron el oxígeno en casa para avalar el egreso y liberar la cama.

A continuación, se presentan los indicadores obtenidos durante la ejecución del plan de mejora durante el primer trimestre del año 2020 en el Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego CIOSAD S.A.S.:

Tabla 28: Indicador de gestión luego de ejecución del plan de mejora

Actividades	Tarea	Plazo	Indicador de gestión	Valor
Realizar revista médica periódica durante el primer trimestre del año 2020	Ronda médica con un enfoque clínico integral e interdisciplinario	30 de Enero del 2020	Giro cama	0,6
		29 de Febrero del 2020	Giro cama	1,2
		31 de Marzo del 2020	Giro cama	1,3
Auditar pertinencia de estancia hospitalaria en	Identificar pacientes candidatos a contrarremisión a Unidad	30 de Enero del 2020	Porcentaje candidatos UCC	13%

tercer nivel de complejidad	de Cuidado Crónico (UCC) y gestionar su traslado	29 de Febrero del 2020	de	Porcentaje candidatos UCC	15%	
		31 de Marzo del 2020		Porcentaje candidatos UCC	13%	
	Identificar pacientes candidatos a contrarremisión al Programa de Hospitalización en Casa (PHD) y gestionar su traslado	30 de Enero del 2020		Porcentaje candidatos PHD	12%	
		29 de Febrero del 2020	de	Porcentaje candidatos PHD	10%	
		31 de Marzo del 2020		Porcentaje candidatos PHD	7%	
	Identificar pacientes candidatos a contrarremisión a Segundo Nivel de Complejidad (SNC) y gestionar su traslado	30 de Enero del 2020		Porcentaje candidatos SNC	4%	
		29 de Febrero del 2020	de	Porcentaje candidatos SNC	2%	
		31 de Marzo del 2020		Porcentaje candidatos SNC	5%	
	Auditar y gestionar la mejora de la oportunidad del apoyo diagnóstico y terapéutico extra institucional	Identificar pacientes en espera de egreso por Oxígeno Domiciliario (OD) y gestionar su consecución	30 de Enero del 2020		Porcentaje pacientes en espera de OD	6%
			29 de Febrero del 2020	de	Porcentaje pacientes en espera de OD	9%
31 de Marzo del 2020				Porcentaje pacientes en espera de OD	6%	
Identificar pacientes en espera ayudas diagnósticas (AD) y gestionar su consecución		30 de Enero del 2020		Porcentaje pacientes en espera de (AD)	24%	
		29 de Febrero del 2020	de	Porcentaje pacientes en espera de (AD)	37%	

	31 de Marzo del 2020	Porcentaje pacientes en espera de (AD)	28%
Identificar pacientes en espera Apoyo Terapéutico (AT) y gestionar su consecución	30 de Enero del 2020	Porcentaje pacientes en espera de (AT)	6%
	29 de Febrero del 2020	Porcentaje pacientes en espera de (AT)	3%
	31 de Marzo del 2020	Porcentaje pacientes en espera de (AT)	8%

12. Limitaciones y restricciones de la propuesta

Al consultar en el observatorio nacional de calidad en salud los indicadores de IPS de acuerdo a la resolución 1446 del año 2006 se encontraron indicadores de oportunidad, accesibilidad, gerencia del riesgo y satisfacción global, todos enmarcados como indicadores de calidad. No se hallaron datos respecto a indicadores de eficiencia hospitalaria (porcentaje de ocupación, promedio de estancia y giro cama), ni de producción de servicios (total anual de consultas realizadas, total anual de cirugías realizadas, capacidad instalada). De igual manera al consultar la biblioteca nacional de indicadores de calidad de la atención en salud de Junio del 2011 del Ministerio de la Protección Social se obtuvieron indicadores de calidad más no de eficiencia hospitalaria ni de producción de servicios, de tal manera que al ser externos a la normatividad operan como instrumentos de vital importancia en la gerencia en salud pues son útiles para evaluar el comportamiento de cada institución en particular y proveen información confidencial para la ejecución de procesos de contratación entre aseguradores y prestadores, por lo tanto la restricción

del plan de mejora fue no disponer del indicador de los competidores directos en la prestación de servicios oncológicos para comparar a CIOSAD S.A.S. con el mercado, pero se resalta que el objetivo fundamental era optimizar el giro cama en una institución de tercer nivel de atención oncológica, y éste se alcanzó.

13. Conclusiones y recomendaciones

Al evaluar los indicadores obtenidos durante la ejecución del plan de mejora podemos concluir varias apreciaciones. En primer lugar, la revista médica interdisciplinaria periódica tuvo gran impacto en la resolutivez de la conducta médica sobre el paciente oncológico, optimizando tiempos de inicio de manejo médico al establecer tempranamente la hoja de ruta terapéutica o paliativa que requería el paciente y su consecuente direccionamiento a la estancia más adecuada para su ejecución. En este punto se enlazó la auditoría de pertinencia de estancia hospitalaria en tercer nivel de complejidad, encontrando que alrededor del 13% de pacientes hospitalizados en el periodo analizado eran candidatos a ser contrarremetidos a la unidad de cuidado crónico para continuar con soporte paliativo, un 10% eran candidatos a finalizar su intervención médica por medio del programa de hospitalización en casa, y tan sólo un 3% susceptibles de traslado a un segundo nivel de complejidad, ello debido a que requerían la internación hospitalaria para finalizar manejo médico sin necesidad de estar en un tercer nivel de atención oncológica pero no reunían criterios de cuidado paliativo. Por lo tanto, la identificación de los pacientes candidatos al proceso de contrarreferencia a menor nivel de complejidad permitió la gestión de la estancia hospitalaria alrededor de un 25% de los pacientes internados, lo cual otorgó mayor eficiencia en el uso de los recursos al incentivar las altas tempranas, disminuir el promedio de estancia hospitalaria, y optimizar el giro cama.

Otro aspecto fundamental, fue la auditoría de la oportunidad en apoyo diagnóstico y terapéutico extrainstitucional, donde se identificaron 3 grandes ejes de intervención. El primero, los pacientes con indicación médica de egreso, pero no ejecutada por el requerimiento de oxígeno domiciliario, éste grupo relacionó al 8% de los pacientes hospitalizados, y se identificó un tiempo de espera promedio de entrega del insumo en el domicilio de 3 días, lo cual aumentó directamente el promedio de estancia hospitalaria. El segundo y más relevante, las ayudas diagnósticas extra institucionales, cuyo trámite involucró al 30% de los pacientes hospitalizados, y se identificó a la Resonancia Nuclear Magnética (RPM) en un 33% de las solicitudes con un promedio de espera de 5 días involucrando al 10% de los pacientes hospitalizados, la radioterapia en un 9,5% con promedio de 4,5 días de espera afectando al 3% de los pacientes hospitalizados, las gammagrafías óseas en un 7% con promedio de 7,6 días de espera sobre el 2% de pacientes hospitalizados, nasofibrolaringoscopia, fibrobroncoscopia y colangiopancreatoduodenografía retrógrada endoscópica (CPRE) en un 4,7% con tiempos de espera de 10,5, 19, y 3 días respectivamente, impactando al 1,5% de los pacientes hospitalizados.

Estos resultados posicionan la RNM con mayor prevalencia en la solicitud de ayudas diagnósticas extrainstitucionales y genera alto impacto sobre el giro cama institucional, ya que prolonga la estancia hospitalaria 5 días sobre el 10% de los pacientes, y, por otro lado, procedimientos con tiempos de espera más elevados presentaron menor repercusión sobre el giro cama por su relación por debajo del 1,5% de los pacientes hospitalizados.

Con esta radiografía del comportamiento operativo en el Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego CIO SAD S.A.S. se concluye que la revista médica generó un indicador giro cama durante el periodo analizado que se correlacionó con el indicador giro cama mes institucional, habilitando esta herramienta como un eje fundamental de la auditoría y gestión

de los indicadores de eficiencia hospitalaria, aportando datos para la intervención oportuna y articulada por las áreas asistenciales y administrativas, cuyo fin es la optimización del recurso de la infraestructura hospitalaria siempre enmarcado dentro de la atención médica especializada de calidad para los pacientes oncológicos. Por lo tanto, al evaluar los indicadores de calidad, se genera un impacto en la gerencia del riesgo, ya que se interviene el comportamiento de la tasa de eventos adversos y la tasa de infecciones intrahospitalarias al disminuir la estancia hospitalaria, y ello impacta los indicadores financieros por la reducción de costos derivados del manejo de estas infecciones asociadas a la atención en salud, e incrementa la facturación por hacer un uso más eficiente de los recursos, al generar más eventos de atención en salud con el mismo número de camas instaladas, generando por ende, mejoramiento del flujo de caja y mayor liquidez.

A partir de lo anterior se plantean las siguientes recomendaciones para el Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego CIOSAD S.A.S.: 1) Mantener la revista médica interdisciplinaria periódica pues la evidencia soporta la optimización de los recursos y mayor eficiencia hospitalaria. 2) Adquisición de concentradores de oxígeno institucionales para disminuir el tiempo de espera de entrega del oxígeno domiciliario por parte del asegurador generando el respectivo cobro en la facturación de la estancia hospitalaria. 3) Generar un convenio institucional con un prestador de servicio de radiología que disponga de resonador para disminuir el tiempo de espera de asignación de citas por parte del asegurador, permitiendo el traslado oportuno por medio de las ambulancias de la clínica, y generando el respectivo cobro dentro de la facturación de prestación de servicios oncológicos. 4) Fortalecer el convenio institucional y de los aseguradores con las unidades de cuidado crónico para obtener mayor oportunidad en la aceptación y traslado de pacientes a menor nivel de complejidad. 5) Crear un programa de hospitalización en casa de

cuidado paliativo institucional conformando un equipo interdisciplinario para la atención integral de pacientes oncológicos en domicilio para incentivar las altas tempranas.

14. Referencias

- Arenas, C. H., y Tamayo, C. M. (2010). Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *CES Medicina*, 24(2), 9–20.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2012) Indicadores de Desempeño Hospitalario: Fichas técnicas para referenciación. *Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas*. 1-43
- Carreño, A. (2009). Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008. *Revista Universidad & Empresa, Universidad del Rosario*, 17, 203-222
- Commissioning support for London. (2010). A model of care for cancer services, Clinical paper. *Nacional Meath Service*. 1-133
- Conrado, A. (2017). Capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 13(1), 73.
- Estrada, A. F., y Zuluaga, M. (2020). Estrategias para la medición y el manejo de la sobreocupación de los servicios de urgencias de adultos en instituciones de alta complejidad con altos volúmenes de consulta. *Revisión de la literatura. Itria*, 33(1), 68–77. <https://catalogo.fucsalud.edu.co:2102/10.17533/udea.iatreia.34>
- Instituto Nacional de Cancerología. (2009). Encuesta de caracterización de la cadena de valor para medicamentos oncológicos. Bogotá DC: *Publicaciones INC*. (2).

- Kewell, B. Hawkins, C., y Ferlie, E. (2002). Calman-Hine reassessed a survey of cancer network development in England, 1999-2000. *J Aval Clin Pract.* 8(3):303-11.
- Medina, O. F., y De Marco, M, L, C., (2015). Balance Social: Su aplicación en un Hospital Público. *Gestión Joven.* 14. 94–105.
- Medina, O, F., De Marco, M, L, C. (2017). Indicadores de Productividad en Hospitales Públicos. *Visión de futuro, 21(2)* Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-87082017000200002&lng=es&tlng=es.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Decreto Numero 1011 2006*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). Biblioteca nacional de indicadores de calidad de la atención en salud. *Observatorio de calidad de la atención en salud.* 1-321
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2012). Plan nacional para el control del cáncer en Colombia 2012 – 2020. *Publicaciones INC.* 1-85
- Murcia, E., Aguilera, J., Wiesner, C. y Pardo, C. (2018). Servicios oncológicos en Colombia. *Colombia Medica,* 49 (1), 1-8
- Murillo, R., Wiesner, C., Acosta, J., Piñeros, M., Pérez J. J. y Orozco, M., (2015). Modelo del cuidado al paciente con cáncer. *Serie documentos técnicos INC,* 5, 1-56
- Pérez, N., y Quintero, A. (2008). Estudio de oferta y demanda de servicios oncológicos en Colombia 2004- 2005. Bogotá DC. *Publicaciones INC,* 14. (1).
- Sánchez, M. (2005). Indicadores de gestión hospitalaria. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias,* 18(2), 132-141. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852005000200009&lng=es&tlng=es.

Sánchez, M. A., y Fuentes, G. P. (2016). Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario.

Revista CES Salud Pública, 7(2), 46–56.

Suárez, A., Sardó, M., y Holguino, C. (2020). Análisis bibliométrico de la actividad científica de la Universidad de Puerto Rico durante el periodo 2000-2015. *Revista Interamericana de*

Bibliotecología, 43(2), 1–12.

<https://catalogo.fucsalud.edu.co:2102/10.17533/udea.rib.v43n2eI5>

Vargas V., Hernández E., (2007), Indicadores de gestión hospitalaria. *Revista de ciencias sociales*, 13 (3)

Vera, A.M., Pardo, C., Duarte, M.C., y Suarez, A. (2012). Analysis of mortality in pediatric acute leukemia at the National Cancer Institute. *Biomédica*, 32 (3), 64 - 355.

