

**Desarrollo de Propuesta de Mejora Continua para el Servicio de Urgencias de la
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE Kennedy 2023**

Niria Janith Guerrero Guerrero

Luz Mary Garavito Jiménez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD Escuela Ciencias Administrativas

Contables económicas y de Negocios-ECACEN

Magister Administración de Organizaciones

Enero 2023

**Desarrollo de Propuesta de Mejora Continua para el Servicio de Urgencias de la Subred
Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE Kennedy, 2023**

Niria Janith Guerrero Guerrero

Luz Mary Garavito Jiménez

Asesor

Myriam Leonor Torres Pérez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD Escuela Ciencias Administrativas

Contables económicas y de Negocios-ECACEN

Magister Administración de Organizaciones

Enero 2023

Página de Aceptación

Myriam Leonor Torres Pérez

Asesor Trabajo de Grado

Jurado

Jurado

Dedicatoria

A mis hijos Niria Janith y David Felipe Luque, quienes son la fuente inmanente de mi vida,
siendo motivadores principales de mi realización personal.

Niria Janith Guerrero

Agradecimientos

En la realización de este trabajo y sintiendo tan cerca la culminación de otra etapa tan importante en nuestras vidas, lo primero que llegó a nuestras mentes es querer agradecer y dedicar este trabajo especialmente a Dios por ser el Todo en nuestras vidas y hacer realidad nuestros sueños.

Al apoyo y amor desinteresado de nuestras familias, a nuestras familias por permitirnos el tiempo de los fines de semana, por su gran amor y paciencia, a nuestra tutora por el apoyo incondicional durante el proceso de aprendizaje y a nuestros maestros y compañeros por los conocimientos y experiencias compartidas.

Resumen

Los indicadores de eficiencia y eficacia para el sector salud son alerta que llevan a replantearse el diseño de gestión en la atención al usuario y si en realidad este está generando relaciones de costo – beneficio para todas las partes interesadas. En las actividades cotidianas del área de urgencias, genera una serie de inconvenientes siendo el flujo de pacientes y el tiempo en que este tarda en recibir una atención oportuna, sugiere entonces un reto importante para este tipo de instituciones.

La generación de valor real en el sector salud y mucho más en las áreas de urgencias, será determinante en la vida de cualquier persona por cuanto es el escenario donde se encuentra en juego la vida, por lo tanto, diseñar y evaluar de manera permanente un modelo de atención que pueda romper el estigma negativo que se tiene frente a hospitales y clínicas generará un impacto diferencial para dicha organización.

El objetivo de la presente investigación es proponer una metodología de mejoramiento continuo en el área de urgencias para la Clínica de Urgencias en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy. Se parte de la interpretación y descripción de los resultados de auditoría y cuyo análisis generó un cuerpo de conocimiento para la propuesta del modelo de mejoramiento continuo del proceso Gestión Clínica con énfasis en el eje estratégico: gestión del talento humano y su fortalecimiento mediante capacitación. El apoyo para el diagnóstico y caracterización del modelo fueron las herramientas Matriz DOFA. Los elementos obtenidos a partir de estos fueron insumos para diseñar el modelo con pertinencia al proceso de mejoramiento continuo, aplicando el enfoque de gestión Planear – Hacer – Verificar – Actuar (PHVA).

Palabras clave: Atención integral, Flujo de pacientes, Generación de valor, Calidad

Abstract

The indicators of efficiency and effectiveness for the health sector are warning that lead to rethinking the management design in user care and whether in reality it is generating cost-benefit relationships for all interested parties. The daily life of the emergency services in a hospital, generates a series of inconveniences, being the flow of patients and the time in which they could receive quality and timely care, the most critical in the entire process, thus suggests an important challenge for this type of institution.

The generation of real value will mark the difference between life and death, therefore, designing and permanently evaluating a model of care that can break the negative stigma that exists in front of hospitals and clinics will generate a differential impact for said organization.

The objective of this research was to design a continuous improvement methodology for the emergency area for the Emergency Clinic in the Integrated Subnet of Health Services South West E.S.E Kennedy. It starts from the interpretation and description of the audit results and whose analysis generated a body of knowledge for the design of the continuous improvement model of the Clinical Management process with emphasis on the strategic axis: management of human talent and its strengthening, through training. The support for the diagnosis and characterization of the model were the Dofa Matrix tools. The elements obtained from these were inputs to design the model with relevance to the continuous improvement process, applying the Plan - Do - Check - Act (PHVA) management approach.

Keywords: Comprehensive care, Value generation, Quality, Patient flow

Contenido

Introducción	12
Justificación	18
Planteamiento del problema	20
Objetivo General	29
Objetivos Específicos	29
Marco Teórico	30
Marco conceptual	36
Marco Legal Colombiano	47
Diseño metodológico	50
Desarrollo de la investigación	72
Caracterización del Proceso de Urgencias	72
Identificación de la Situación Actual de la Unidad de urgencias	92
Desperdicio en el proceso de atención al usuario en el área de urgencias de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy.	95
Plan De Mejoramiento Para El Diseño De La Unidad Funcional De Urgencias - Fase De Actuar.	99
Aspectos administrativos de la investigación	109
Conclusiones	111
Recomendaciones	113
Referencias Bibliográficas	114

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Mediciones de interés en salud Pública</i>	26
Tabla 2. <i>Relaciona los decretos/resoluciones/leyes que son importantes para reconocer los entes reguladores y acreditadores</i>	47
Tabla 3. <i>Relaciona los decretos/resoluciones/leyes Respecto a Acreditación de Calidad en Salud.</i>	48
Tabla 4. <i>Resultados De Encuestas - Cliente Interno Lluvia de ideas.</i>	61
Tabla 5. <i>Cuestionario.</i>	62
Tabla 6. <i>Resultados de los cuestionarios.</i>	63
Tabla 7. <i>Resultados encontrados de la encuesta de satisfacción.</i>	65
Tabla 8. <i>Media- Tabla de Datos. Media de satisfacción.</i>	67
Tabla 9. <i>Media- Tabla de Datos según la precepción en la atención en el área de urgencias.</i>	69
Tabla 10. <i>Capacidad Instalada en unidades de servicio de la red.</i>	73
Tabla 11. <i>Principios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy.</i>	81
Tabla 12. <i>Principios y valores que rigen la humanización del servicio E.S.E Kennedy.</i>	82
Tabla 13. <i>Atención urgencias según sede integrada E.S.E Kennedy.</i>	84
Tabla 14. <i>Censo poblacional del Régimen Contributivo y subsidiado en salud.</i>	91
Tabla 15. <i>Consultas Urgencias General / Respiratoria.</i>	91
Tabla 16. <i>Indicadores de consultas por Urgencias.</i>	94
Tabla 17. <i>Estructura y dotación del área de urgencias de la Subred E.S.E Kennedy.</i>	96
Tabla 18. <i>Dotación y capacidad a 2021 de la Sub-Red E.S.E Kennedy.</i>	97

Tabla 19. <i>Capacidad instalada infraestructura E.S.E Kennedy.</i>	97
Tabla 20. <i>Cargos y perfiles de los puestos de trabajo de la Unidad Funcional de Urgencias.</i>	104
Tabla 21. <i>Costos Generales.</i>	109
Tabla 22. <i>Costos Servicios de Personal.</i>	110

Lista de figuras

Figura 1. <i>Ciclo PHVA. Marco conceptual.</i>	56
Figura 2. <i>Encuestas de satisfacción usuarios servicio de urgencias, oficina de calidad y atención al usuario I trimestre 2019.</i>	69
Figura 3. <i>Mapa de procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy</i>	75
Figura 4. <i>Estructura Red Integrada Servicios Salud en Distrito</i>	76
Figura 5. <i>Distribución Político-Administrativa</i>	77
Figura 6. <i>Modelo de atención integral en salud para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy</i>	80
Figura 7. <i>Estructura Organizacional Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy</i>	84
Figura 8. <i>Proyecciones de Población Por Redes De Atención</i>	86
Figura 9. <i>Pirámide poblacional proyección 2022 según edad y sexo, localidad de Bosa</i>	87
Figura 10. <i>Pirámide poblacional proyección 2022 según edad y sexo localidad de Fontibón</i>	88
Figura 11. <i>Pirámide poblacional proyección 2022 según edad y sexo localidad Puente Aranda</i>	89
Figura 12. <i>Pirámide poblacional proyección 2022 según edad y sexo localidad Kennedy</i>	90
Figura 13. <i>Mapa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S. Kennedy</i>	91
Figura 14. <i>Plan de mejoramiento</i>	101

Figura 15. *Unidad funcional de urgencias*

104

Figura 16. *Representación de procesos*

107

Introducción

A pesar de que en Colombia se han logrado algunos avances en el impacto de la calidad en cobertura, prestación y atención en salud, la percepción sobre estos puntos en particular por parte de la ciudadanía en general y de usuarios del sistema, parece referir lo contrario.

El continuo cuestionar de la idoneidad médica, la capacidad de las entidades de salud para responder a la creciente utilización de los servicios ofrecidos por estas, como también los servicios de apoyo diagnóstico, hacen ver un sistema con múltiples dificultades. Sin embargo, el estudio realizado por Morales & García (2021), sostienen que, el nivel de percepción en el mejoramiento en los servicios de salud en Colombia es superior al 80%, y que además un número mayor al 90% confiarían en recomendar a las entidades y servicios que estas prestan.

No obstante, el desconocimiento que existe en lo que detrás de cada servicio prestado debe gestionarse y que no es visible a los usuarios, es quizá una de las causas de la percepción negativa, toda vez que, para llegar a un diagnóstico correcto, para un tratamiento similar deben investigarse las razones de dicho padecimiento, las patologías asociadas y el proceso de muestras que requieren un tiempo de proceso para obtener análisis acertados, pueden ser una justificación razonable para una percepción de demora y baja calidad en la atención, por lo que se hace entonces necesario diseñar un modelo que permita analizar el modelo de atención, viéndolo como un todo, pero no dejando de priorizar aquellos eventos o parte del proceso que pudieran mitigar demoras o desperdicios en el sistema de atención.

Muchos otros aspectos pueden sumarse a esos niveles de percepción negativas y que sugieren en adelante un reto cada vez mayor para las instituciones prestadoras de salud. Dentro de algunas de esas condiciones se deben citar: la explosión demográfica dada por desplazamientos y la inmigración, situaciones que traen consigo nuevas enfermedades y

padecimientos que pueden llevar al límite los servicios de urgencias y demás servicios de hospitales y Clínicas.

Por otro lado, se deben tener en cuenta las patologías asociadas al envejecimiento y a enfermedades crónicas, la sostenibilidad del sistema de salud, y las condiciones económicas que limitan de cierta manera una mejor atención de los servicios, coinciden en que estos deben estar acordes a la calidad en la que los mismos deben ser entregados a los usuarios.

La generación de iniciativas tendientes a la mejora permanente de los servicios de salud y del sector en general, derivan en la apremiante necesidad de encaminar a las instituciones a la búsqueda de eficiencia, disminuyendo los desperdicios o procesos ineficientes. Acemi¹ y su proyecto “Gestión de desperdicios e ineficiencias en el Sistema de Salud Colombiano” cuyo objetivo es identificar las posibles causas de las ineficiencias en la prestación de salud, seguro serán un aporte importante como generación de estrategias a corto y mediano plazo y totalmente ajustadas a una realidad del sector.

La propuesta del modelo de prestación de servicios en la Unidad de urgencias para la ESE Subred Integrada de Servicios de salud. Kennedy, a través de Unidades Funcionales que cumpla los criterios del Sistema Único de Acreditación (SUA) se encuentra en conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1011 (2006), emanado del Ministerio de la Protección Social, que crea el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos,

¹ ACEMI es una persona jurídica, de carácter gremial, sin ánimo de lucro, ubicada en Bogotá, Colombia.

Fue creada en 1992, con el propósito de representar a las empresas privadas afiliadas que administran servicios de salud bajo las modalidades de Empresas de Medicina Prepagada, Entidades Promotoras de Salud de Régimen Contributivo, Entidades Promotoras de Salud de Régimen Subsidiado y Ambulancias Prepagadas.

mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (Ministerio de Salud y protección social 2020). Las acciones descritas en el modelo a proponer se centrarán en el usuario; por lo tanto, buscará la mejora y eficiencia en la atención en salud, los cuales deben ir no solo en la validación pertinente de infraestructura sino también del cumplimiento de los requisitos documentales, finalmente son el insumo principal para lograr resultados meritorios.

Si se estuviera trabajando sobre una metodología Lean, todos aquellos procesos que no generan valor para la organización o para el cliente se llamaría “desperdicio” que al identificarlo de manera clara se pueden optimizar dichos procesos para así no verlos como un problema en conjunto sino como opciones de mejoramiento, finalmente y en su mayoría tienen solución.

Es por esto, que la propuesta de una metodología de mejora continua ofrecerá una visión más amplia para la identificación de problemas, para así facilitar la adopción de estrategias de mejora, en temas relevantes en la atención en las áreas de urgencias, tales como, el tiempo de espera, el flujo de pacientes, la clasificación de las urgencias, validación de una infraestructura adecuada para la atención e incluso mejorar la percepción del servicio por parte de los usuarios.

Para el desarrollo del presente proyecto se tienen en cuenta las experiencias documentadas en el área de urgencias, alineada con los resultados entregados en un informe de auditoría del proceso Gestión para la Clínica de Urgencias en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, con énfasis en el estándar del recurso humano.

Por otro lado, la propuesta del modelo de mejoramiento continuo del proceso Gestión Clínica de Urgencias, debió asociar los principios que influyen el Recurso Humano de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, a saber: atención integral, Favorecer los procesos de atención con la mayor calidad esperada por los usuarios llevado los

mejores estándares de acceso y seguridad, con una atención humanizada y óptima utilización de recursos, que contribuyan a su restablecimiento y la identificación plena y precisa de las necesidades con énfasis en la humanización del servicio como una cultura institucional. Se tuvo en cuenta, además, el aporte de la generación valor que ofrece un personal capacitado y concientizado en correspondencia con el eje estratégico “Gestión del talento humano” establecido en la caracterización del proceso Gestión clínica de urgencias.

El objetivo se planteó teniendo en cuenta que se alcanzaría, aplicando los componentes de la investigación mixta (cualitativa y cuantitativa), iniciando con un diagnóstico que partió de la interpretación y descripción de los resultados de la auditoría y cuyo análisis, generó un cuerpo de conocimiento para el planteamiento del modelo de mejoramiento continuo del proceso Gestión Clínica con énfasis en el eje estratégico: gestión del talento humano y el fortalecimiento del mismo mediante la capacitación. El apoyo para el diagnóstico y caracterización del modelo fueron las herramientas (FODA) y sus derivadas Matriz de Evaluación de los Factores Internos (MEFI), Matriz de Evaluación de los Factores Externos (MEFE) y los elementos obtenidos a partir de estos fueron insumos para diseñar el modelo con pertinencia al proceso de mejoramiento continuo, aplicando la herramienta o metodología Planear – Hacer – Verificar – Actuar (PHVA).

La investigación mixta siguió el método inductivo – deductivo – inductivo; porque se partió de datos particulares de la auditoría que fueron analizados desde el contexto que brinda el marco de las políticas en salud que han venido impactando al SUH como componente básico del SOGCS adoptado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy dando alcance al Decreto 0780 (Ministerio de Salud y Protección Pública, 2016) y del marco de la caracterización del proceso objeto de estudio, como insumos que aportaron la precisión y el

detalle del modelo de mejoramiento continuo orientado al fortalecimiento del talento humano mediante capacitación en dichas políticas y en los procedimientos de los procedimientos asociados al proceso con fines a eliminar las causas que generaron hallazgos en los procedimientos, tales como atención al usuario – PQRS - humanización.

En cuanto al marco contextual del proceso Gestión Clínica de Urgencias, se identificó la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, la cual es empresa social del Estado, en orden a los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y de su componente básico Sistema Único Habilitación; pues por la Resolución 2003 de 2014, artículo 3, quien preste servicios de salud debe cumplir condiciones de habilitación en cuanto a: capacidad administrativa, técnica, solvencia financiera así como a la vanguardia tecnológica y científica, las cuales deben ser verificadas y controladas por las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, como la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, a través de la Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, de la Secretaría Distrital de Salud.

Sin embargo, y para dar alcance a los requisitos del SOGCS, la habilitación es la que le brinda la estructura requerida y, por tanto, el contexto del SUH es la capacidad tecnológica – científica con énfasis en el estándar talento humano que generó el marco para el presente proyecto aplicado. La presente propuesta del modelo de mejoramiento continuo explicó su estructura dentro de las políticas públicas relevantes que existen en salud, tales como: a) la Política Nacional de Prestación de Servicio de Salud, en cumplimiento de la Ley 1122 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007) b) la Política Nacional de Seguridad del Paciente (Ministerio de Salud, 2008.) y c) la Política de la Atención Integral en Salud.

Justificación

El tema de mejoramiento continuo del proceso de Gestión Clínica de Urgencias, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, es importante porque en él se apropiaron las lecciones aprendidas de las condiciones presentes en Bogotá D.C en temas de salud representadas en estadísticas en razón de la ascendencia que tienen en la atención en salud en la Unidad de Urgencias Kennedy, comprobando que la atención prestada por esta Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy generó una demanda del servicio con complejidad alta y respecto a atención en triage, los requerimientos del servicio de urgencias por unidades la USS Kennedy, presentó una alta solicitud de los servicios por parte de usuarios no solo por atención a eventos comunes sino también multiplicado por casos de COVID-19 con una participación total del 26% según el informe de rendición de cuentas de la subred para el 2021, dato que es relevante y que impactan la satisfacción del usuario del servicio de salud, porque existen muchas falencias, es de entender que el talento humano competente que aporte habilidades suficientes en situaciones de presión y situaciones difíciles en una situación de sobredemanda en un hospital será quien determine la diferencia.

La alta demanda del servicio con complejidad alta, además del mayor porcentaje de PQRS que corresponde a Urgencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy que fue del 23% de toda la red, según informe de auditoría. El vacío en gestión documental del “Instrumento de Autocontrol” deja abierta una oportunidad de mejora para el proceso Gestión Clínica de Urgencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, Área de Urgencias, que las maestrantes de Administración de las Organizaciones de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD, la toman para aplicar la mejora en orden al fortalecimiento del talento humano mediante capacitación

contemplado como eje, objetivo y meta estratégicos en el proceso Gestión Clínica de Urgencias y que además tiene establecido que hacia 2020 “Lograr que el 65% de los colaboradores del proceso estén capacitados en los temas definidos en el Plan Institucional de Capacitación” (Plan Institucional de Capacitación 2018).

Es de anotar, que la estandarización del proceso mediante un “modelo” favorece la memoria organizacional, corrigiendo que los procedimientos se realicen sobre la marcha, sin que exista la capacitación del talento humano para el autocontrol. De lo anterior, se derivan quejas de los pacientes en referencia al servicio recibido debido a la falta de oportunidad, atención deshumanizada y accesibilidad como lo indicó el informe de auditoría que se ha venido analizando.

Alcance del proyecto aplicado. Aplica para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy – Área de Urgencias, con pertinencia al proceso Gestión Clínica de Urgencias, buscando el cumplimiento de estándares SUH - SOGCS, con alineamiento al Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2016 – 2020, aprobado mediante Acuerdo 22 del 22 de diciembre de 2016.

Planteamiento del problema

En este planteamiento del problema se enmarcaron los lineamientos de política de prestación de servicio de salud que orientaron la auditoría que llevó a cabo el Jefe de Control Interno de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy, entre el 16 de mayo y el 28 de agosto del año 2017 (informe de auditoría 2017) en mandato de la ley en relación a controlar y verificar el cumplimiento de condiciones del Servicio Único de Habilitación (SUH) pilar básico del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) y que orientó la caracterización del proceso Gestión Clínica de Urgencias, el cual fue el proceso auditado.

Dichas políticas del sector salud, emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social, son: Políticas para de Atención Integral en Salud (2016), la Política Nacional de Prestación del Servicio de Salud 2005 ², y la Política Nacional de Seguridad del Paciente 2008 Normas Complementarias del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Observatorio de Calidad ³ toda vez que en ellas, se encuentran antecedentes a la problemática que ha presentado la prestación de ese servicio en el país en el devenir y además, es el contexto que permite comprender la oportunidad que brinda para el presente proyecto aplicado, centrar la propuesta de un modelo que permita la generación de valor desde el mejoramiento y la aplicación de una ruta de atención más eficiente del proceso Gestión Clínica de Urgencias de la Unidad de

² La Política Nacional de Salud es una estrategia enfocada a prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar de las familias mexicanas. Está diseñada en torno a tres prioridades: Acceso efectivo.

³ Repositorio para el conjunto normativo en la presentación del servicio de salud, para el análisis de la información.

Servicios de Salud Kennedy – USS, como acción de mejora a los hallazgos que este presentó en sus estándares de SUH en particular en el de talento humano, por impactos presentados en atención al usuario – PQRS – humanización

Antecedentes del problema

El análisis de los siguientes elementos, son fundamentales para establecer los antecedentes del problema: a) Las políticas establecidas para la atención de usuarios a nivel local y nacional (Modelo de atención de aseguradores y prestadores de salud, Área de urgencias frente al objetivo del sistema; b) Las políticas establecidas referentes a brindar atención segura al Paciente; d) Estadísticas históricas de urgencias – Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy e) Informe de auditoría: situación del proceso Gestión Clínica de Urgencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy.

En la Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). La Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y determinó el “modelo de aseguramiento social, con integración público-privado y dos regímenes de aseguramiento: subsidiado para aquellos sin capacidad de pago y contributivo para la población del sector formal y los independientes con capacidad de pago” con el fin de reducir las brechas de inequidad, y aportar al mejoramiento del acceso a la salud de los colombianos, como se evidencia en las estadísticas que presentó como base del presente estudio, sobre decremento en la mortalidad de población materna, entre 2009 y 2020, según cifras registradas por el DANE (2021) y apropiadas para el Informe análisis de la condición actual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

En orden a la efectividad, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se estableció que este debe buscar: a) cobertura, b) acceso y c) equidad, condiciones que a su vez se

constituyeron en las características, a través de las cuales se evidenciaron, problemas que se clasificaron, como: de primer nivel: obsolescencia tecnológica y de segundo nivel: reducción de las capacidades de infraestructura para la atención de complejidad en salud alta. La cobertura se impactó a partir del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), aunque con este, se amplió la participación de la oferta privada sobre la oferta pública.

Modelo de atención de aseguradores y prestadores de salud. Las anteriores problemáticas no han desaparecido a pesar de la estrategia de la Política de Prestación de Servicios de Salud, establecida como bien se expresó en párrafos anteriores, para el mejoramiento de una oferta eficiente en servicios de salud. La estrategia consistió en implementar un modelo de atención donde confluyeron todos los actores que tienen como objetivo principal el mejoramiento permanente de la atención en el área de urgencias, traducido en la percepción del usuario, reducir costos de atención, así mismo como garantizar el acceso a cualquier servicio requerido por parte de los usuarios y por supuesto no desconocer las necesidades de atención, promoción y prevención.

Sin embargo, el modelo generó mayor oferta de servicios y no la garantía de escenarios óptimos para el sector salud, porque se implementaba sin analizar las condiciones de salud y el estado de atención de la población de la zona, preocupado más por producir número de actividades en servicios de salud que en la consolidación de sus resultados, frecuencia de atención, y la capacidad de resolución de situaciones críticas.

La anterior situación, visibilizó las limitaciones para atender la alta demanda, y a Competencias para la resolución de situaciones de alta y baja complejidad sin descuidar la calidad, la atención integral, como tampoco una atención fluida y sin contratiempos o demoras que experimentan los usuarios, entre otras, que van en contraposición de sus objetivos que es el

de crear programas de mejora en salud y gestionar el riesgo y que, en últimas, que por consiguiente incidieron considerablemente en el Área de Urgencias de los hospitales del país, como se comprende en el análisis que precede.

Área de urgencias frente al objetivo del sistema. En relación con las urgencias de las Institutos Prestadores de Salud (IPS), de mediana y alta complejidad se convirtieron en inserción al sistema de salud provocando la subutilización de los servicios primarios, como resultado del modelo de seguridad social, pues en este se favoreció la prestación del servicio el cual se orientó en la atención de los afanes económicos por los costos de las enfermedades y que golpeaban fuertemente a las familias, posicionando a la enfermedad como el objetivo principal para el cual se adopta el sistema renunciando a los beneficios económicos derivados de esta, lo que conllevó a: a) la congestión de las entradas al área de urgencias con el agravante en los tiempos de atención, b) La concentración de usuarios en las instituciones de alta complejidad, cuando los requerimientos de estos usuarios no requerían atención de mayor especialidad, c) La reducida capacidad de resolución de los servicios primarios, los cuales se convierten en “centros de remisión” a los hospitales de mayor nivel de atención, d) Las limitantes del personal sobre todo las que involucran especializadas médicas. (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2016), estas medidas no respondieron a la Política de atención integral en salud y tampoco a la política nacional de prestación de servicios de salud para el país, como también se analizó y que a continuación se entregan los elementos encontrados que fueron conflicto y que sumaron para la integración del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud para Colombia. En cuanto a la política nacional de prestación de servicios de salud para Colombia, el Ministerio de la Protección Social (2005) en alineamiento con el Sistema General de Seguridad Social en Salud

(SGSS), determinaron la calidad, la eficiencia y la accesibilidad como uno de sus ejes estratégicos, los cuales deben regir la prestación de los servicios de salud, con cubrimiento a la totalidad la población de colombiana, asegurados y no asegurados, buscando la sostenibilidad financiera de las E.P.S públicas y privadas; por lo tanto, es el marco de actuación dentro del cual, la información sobre calidad orienta sus decisiones, permitió la modernización de sus formas de operación, la consolidación y la optimización de recursos, mejorar el acceso al servicio, entre otros y de ahí la importancia que sobre su operación cobró la vigilancia y control que sobre ella ejercen las autoridades competentes que se traducen tanto en auditorías internas como externas que promueve la Secretaría de Salud Distrital o los responsables de la acreditación, en orden a unos de los componentes del SOGCS, como es el Sistema Único de Acreditación (SUA).

Si bien en el anterior devenir, transcurrieron once años, a los tiempos de la reglamentación del SOGSC mediante la sanción del Decreto N° 0780 de 2016 el cual simplifica todas las normas hasta la fecha existentes y cuyo objetivo es estipular las normas que reglamentan el sector. (Ministerio de salud y protección Social, 2016) ; es importante, también, establecer un histórico que presentó la problemática de la prestación de servicios de salud en el año 2005 previo a la política nacional de prestación de servicios de salud para Colombia, establecido a partir de diferentes diagnósticos realizados por entidades competentes, y que permitió su clasificación en dos grupos: 1) problemas acumulados: relacionados con eventos identificados anterior a la implementación del sistema de seguridad social y que siguen vigentes y 2) Surgimiento de nuevas condiciones, que son consecuencia de: a) nuevos retos del sistema de salud en Colombia; b) cambios políticos c) modificaciones en la condición de salud los habitantes. Pero su clasificación según (Ministerio de Salud, 2005) fue un avance significativo

que derivó en leyes, y por último en el decreto 1011 de 2006 y su reglamentario, el decreto 0780 del 2016, este último importante, para la reglamentación del SGOCS.

Política Nacional de Seguridad del Paciente. Tiene como prioridad, “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2008, Pág. 1). Esta política se lidera a través del SOGCS y tiene como principio y prioriza la seguridad del paciente y ante cualquier evento adverso se convierte en una señal de advertencia de las condiciones no seguras que es posible experimentar en cualquier actividad asociada al servicio y que a su vez se convierten en indicador de calidad; además son insumo para iniciar investigaciones para identificar las condiciones que las generan, su recurrencia y determinar las acciones para evitar la reincidencia del evento adverso.

En la siguiente Matriz podemos evidenciar casos de mortalidad infantil y materna, neumonía, desnutrición, entre otros, desde diciembre del 2019 al 2020 el número de casos y el indicador se contrasta con las metas propuestas para establecer si ha existido un avance en las políticas de prevención, reducción y seguridad del paciente, por ejemplo, la matriz nos muestra que en el año 2019 hubo 383 casos de embarazos en mujeres menores de 19 años y para 2020 fueron tan solo 34, lo que indica una reducción en el porcentaje de embarazos en menores es decir la meta fue alcanzada en un porcentaje superior al 6% propuesto. Se hace necesario revisar en qué casos de los ítems propuestos como sífilis compuesta, mortalidad por desnutrición, embarazos en mujeres de 10 a 14 años y otros que muestra la Tabla 1 se cumplen en caso contrario se deben establecer estrategias para la mejora continua del servicio.

Historial de Urgencias – Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E

La tabla relaciona los datos de los recién nacidos y que son categorizados como bajo peso, embarazos en adolescentes, muerte de madres gestantes, mortalidad infantil y perinatal y también muestra la muerte en niños menores a los 5 años por causas asociadas a las Infecciones respiratorias, estos datos son importantes ya que para atención de estas afecciones se hace uso de una sala de sala de crisis.

Tabla 1.

Mediciones de interés en salud Pública

META 2016- 2020	Indicador 2020- 2024	Enero - diciembre 2019		Enero - diciembre 2020	
		Casos	indicador	Casos	Indicador
Mortalidad Materna	Mortalidad Materna	3	46.4	3	44.7
Meta: 25,6 por 100.000 NV	Meta: 21,04 por 100.000 NV				
Mortalidad Perinatal	Mortalidad Perinatal	103	15.7	117	17.2
Meta: 11,65 + por 1.000 NV+Fetales	Meta: 8,64 por 1.000 NV+Fetales				
Mortalidad Infantil	Mortalidad Infantil	56	8.7	47	7.0
Meta: 8,16 por 1.000 NV	Meta: 8,18 por 1.000 NV				
Mortalidad Menor de 5 años	Mortalidad Menor de 5 años	71	11.0	51	7.6
Meta: 9,52 por 1.000 NV	LB: 9,52 por 1.000 NV				
Mortalidad por Neumonía	Mortalidad por Neumonía	3	17.8	3	16.8
Meta: 6,63 por 100.000 Menores 5 años	Meta: 6,5 por 100.000 Menores 5 años				
Mortalidad por IRA	Mortalidad por IRA	2	11.9	1	5.6
LB: 3,8 por 100.000 Menores 5 años	LB: 3,8 por 100.000 Menores 5 años				
Mortalidad por EDA	Mortalidad por EDA	0	0.0	0	0.0
LB: Tasa 0,0 por 100.000 Menores 5 años	LB: Tasa 0,0 por 100.000 Menores 5 años				
Mortalidad Desnutrición	Mortalidad Desnutrición	0	0.0	0	0.0
Meta: 0 muertes por 100.000 Menores 5 años	Meta: 0 muertes por 100.000 Menores 5 años				
Sífilis Congénita	Sífilis Congénita	68	10.4	82	12.1
LB 3,1 la incidencia de sífilis congénita.	Meta: disminuir en 2,4 la incidencia de sífilis congénita.				
Bajo Peso al Nacer	Bajo Peso al Nacer	909	14.1	925	13.8
LB: 13,7% en NV	LB: 13,7% en NV				
Fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	Fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	21	1.9	24	1.9
Meta: disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6% LB: 0,5	Meta: disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres a 0,4				
Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	1,383	109.40	1,341	94.4

Meta: disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6% LB: 29,3

Meta: disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres a 26,3

Nota. Esta tabla muestra la información de los indicadores de eventos trazadores. Fuente.

Tomado de Rendición de cuentas Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE (2020).

Es de anotar, que en el proyecto estratégico Redes integradas de servicios de salud (RISS) del Plan de Desarrollo Distrital, en la línea de acción: Habilitación y Acreditación de Calidad de los Servicios de Salud, se previó la integración de la estructura técnica y operativa de habilitación. Así mismo, en el plan territorial de salud para Bogotá D.C. 2016 – 2020, a través de las estrategias y programas del eje social, se propuso mejorar De manera integral a la accesibilidad al sistema, pero además con altos estándares de atención y altamente eficiente en salud (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C., 2016-2020)⁴.

Salas de Crisis

Las salas de crisis cualquiera que sea u objetivo lo que pretende es funcionar como un escenario concentrador de información ante situaciones complejas y que ameriten una estrategia focalizada dada su incidencia y la dinámica de sus eventos.

Esta información permite definir acciones, determinar insumos y construir alternativas sistemáticas hasta encontrar las rutas más adecuadas para hacer frente a la condición de crisis, como fue el caso del COVID 19, donde fue importante entender la dinámica del virus para tomar decisiones en pro de no solo atención sino de la prevención, para ellos la sala cuenta con 3

⁴ Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

estudios, el primero es la preparación, que crea y da forma a la concentración de la información con base en la situación que detona la emergencia. En segundo lugar, la capacidad de análisis y seguimiento de la condición de emergencia y por último la toma de decisiones de quienes generan las estrategias y el plan o los planes de acción a seguir.

Formulación del Problema

¿Cómo desarrollar de Propuesta de Mejora Continua para el Servicio de Urgencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE Kennedy, 2023?

Sistematización del Problema

Frente a los hallazgos encontrados en las auditorías de los últimos cinco años hasta la fecha surge el análisis crítico de los mismos y en consecuencia la oportunidad del diseño del modelo de mejoramiento continuo con enfoque en el aspecto de talento humano, el cual considera, además, el vacío identificado en orden al autocontrol que deben incorporar este a sus diferentes actividades desarrolladas en el Área de Urgencias, como directriz que debe regir la gestión de los procesos, para el caso proceso Gestión Clínica de Urgencias.

Si la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy- Servicio de Urgencias aplica el plan de mejora en sus procesos y procedimientos para el diseño de la Unidad Funcional del Servicio de Urgencias, el cual permite obtener la calidad y certificación de habilitación, ¿se espera alcanzar el estándar de calidad que los usuarios, tanto interno como externo, como parte fundamental de la filosofía de servicio?

Objetivo General

Desarrollar una propuesta de mejora continua En la unidad de urgencias Ese Subred integrada de servicios de salud Kennedy, que garantice el cumplimiento de los estándares de calidad.

Objetivos Específicos

Caracterizar el servicio de urgencias prestado actualmente en el área de urgencias de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy

Determinar la situación actual de la unidad de urgencias de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy

Identificar las actividades que no generan valor y que causan desperdicio en el proceso de atención al usuario en el área de urgencias de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy.

Establecer acciones que estructuran el modelo de mejoramiento continuo del proceso Gestión Clínica de Urgencias en su estándar talento humano, mediante la metodología Planear – Hacer – Verificar – Actuar (PHVA).

Fases

Caracterizar el proceso del servicio de urgencias

Determinar la situación actual de la unidad de urgencias de la Unidad

Establecer acciones que estructuran el modelo de mejoramiento continuo del proceso

Marco Teórico

El enfoque que se presenta reconoce que la gestión posee tres componentes estructurales: Orientación Estratégica, Procesos y Cultura, los cuales en el medio no han desarrollado las sinergias necesarias para garantizar la efectividad organizacional, teniendo como enfoque los que son intervenidos mediante un conjunto de técnicas como la gerencia por directrices, la gerencia de procesos y la gerencia de la transformación cultural.

Por lo tanto, se presentan a continuación conceptos relevantes para así unirlos al desarrollo operativo del proyecto.

Gerencia Estratégica.

La gerencia estratégica puede definirse más que un rol el conjunto de actividades tendientes a, planear, formular, y evaluar las acciones estratégicas que le permite a las instituciones el logro de sus objetivos. La formulación de estrategias incluye la identificación de condiciones actuales de competitividad, la identificación de las oportunidades y amenazas, la implementación de los objetivos misionales y la implementación de alternativas de mejora permanente.

La puesta en marcha de los objetivos estratégicos exige que la institución implemente y diseñe políticas y sus respectivas metas, el empoderamiento de los actores internos y que desde el punto de vista financieras todas las acciones propuestas puedan ejecutarse con éxito. El seguimiento de los objetivos estratégicos propuestos da fe de los resultados obtenidos en ejecución y formulación (David, 2021).

Gerencia participativa.

La Gerencia participativa es el proceso por el cual se involucra a los subordinados para ser parte activa en la construcción conjunta de acciones, en esta, se enfatiza la participación de

las personas, se aprovecha su experiencia y creatividad para resolver problemas administrativos importantes; se basa, además, en el concepto de autoridad compartida, el cual sostiene que los administradores deben compartir su autoridad administrativa con sus subordinados. Finalmente, procura involucrar realmente a los subordinados en los procesos de decisión importante de la organización y no solo en problemas o intereses tangentes.

Los administradores no disminuyen ni renuncia a su autoridad para tomar decisiones cuando practican la gerencia participativa; la comportan. La pérdida de autoridad para tomar decisiones es probablemente uno de los grandes temores de los administradores y, en consecuencia, una razón por la que no practican la gerencia participativa. (Orellana, 2018)

Calidad Total.

Se entiende por calidad total el hecho de que todos y cada uno de los miembros de una institución sanitaria adopten una nueva actitud para conseguir los objetivos que ellos mismos hayan establecido. La calidad total es una cultura organizacional, el resultado de este proceso llevaría a un trabajo mejor hecho en beneficio del usuario y a una mayor satisfacción del profesional. Para ello es necesario un cambio de cultura en la institución que debe ser potenciado por los órganos gestores y mantenido por todo el personal.

Aunque entrañe mayor dificultad, no se valora la calidad únicamente como calidad de servicios clínicos, ya que implica tanto a los servicios asistenciales como a los no asistenciales (aseo, mantenimiento).

Este el caso del sector del servicio de salud, donde, al ser los errores irreparables, su objetivo debe ser garantizar una asistencia de excelente calidad a cada individuo. (Orellana, 2014)

Calidad en la atención según los servicios de salud

El paciente que llega de a los servicios de urgencias es, por lo general un paciente crítico, ansioso y angustiado que requiere de una atención integral, esta implica, además del manejo técnico de la situación, brindarle seguridad y confianza en la atención. Está comprobado científicamente que un paciente satisfecho acelera su proceso de recuperación.

Es una tarea permanente analizar la satisfacción del usuario e informar a las directivas de los resultados, para contribuir así al diseño de los objetivos estratégicos, la toma de decisiones y el manejo del recurso humano que interviene en el servicio.

Surgen entonces, algunas recomendaciones particulares:

Los volúmenes de pacientes que consultan el área de urgencias pueden canalizarse a través del triage, estrategia importante para seleccionar el paciente en emergencia y para mantener informados adecuadamente a los familiares.

El personal debe conocer minuciosamente los procedimientos administrativos y asistenciales en la cadena sincrónica del servicio, lo que les permite coordinar las acciones de quienes intervienen. Esta coordinación sincrónica permite brindar una atención oportuna al paciente y hacer más eficiente el servicio.

Implantar protocolos de manejo, una herramienta utilizada hoy en día en la mayoría de las instituciones en el nivel tres de complejidad y sobre los cuales se ha desarrollado suficiente literatura, que se encuentra en publicaciones del mercado.

Es imperioso implantar la auditoria médica, como mecanismo para garantizar la calidad asistencial y con la cual se eleva permanentemente la certeza en el tratamiento de los pacientes.

Es necesario poner en práctica políticas de motivación para que el personal de salud ejerza su profesión por fuera de las ciudades capitales en municipios intermedios y pequeños. (Blanco, s.f.)

Administración.

“Cuando una persona se convierte en administrador, toma nuevas obligaciones de índole totalmente administrativa. Entre estas es importante el abandono de la tendencia a realizar las cosas personalmente; su función consiste en utilizar con eficiencia los esfuerzos del grupo”. (Sánchez, P. 2010, Pág. 17)

Hospital.

Los hospitales son instituciones a donde recurren las personas que por sus escasos recursos encuentran una oportunidad de atención, que al igual que las demás instituciones bajo las políticas de salud colombianas cuenta con personal médico altamente calificado y con suficiencia administrativo y financiero, en muchos casos estos servicios se prestan de forma gratuita, dentro de sus objetivos sociales.

Los servicios de urgencias, por tanto, deben diseñarse contemplando desde una adecuada área física, asignación de personal auxiliar y profesional, de tal forma que se pueda garantizar la atención, disponibilidad de servicios de apoyo diagnóstico y terapéuticos de acuerdo con los niveles críticos tendientes a la resolución de dicha situación o para determinar si un paciente debe ser remitido a otras instituciones, “con el fin de garantizar la prestación de un servicio de calidad” (Dorland, 2005).

Desarrollo Administrativo y organizativo de los servicios de urgencias:

Las líneas de acción para desarrollar serán las siguientes:

Fortalecimiento de las instituciones para aumentar la capacidad de atención para en las áreas de urgencia en diferentes niveles de intervención para llevar a cabo una gestión eficiente y eficaz.

Lograr que todos los niveles del sector salud y los niveles asistenciales, cuenten con recurso humano específico para la función de administración, planeación, organización y evaluación del servicio de urgencias; teniendo en cuenta las fases prehospitalarias e intrahospitalarias. La red de urgencias dentro su estructura organizativa requiere de una fundamentación acorde con los niveles del sistema de salud en armonía con elementos que garanticen una agilidad administrativa.

Un sistema de atención de urgencias, dada la importancia que tiene dentro del contexto asistencial requiere de una estructura administrativa representada por un equipo responsable de la proyección, programación y planeación de sus acciones en su nivel. Las entidades de nivel II y III dentro de su estructura básica contarán con un Área de Urgencia con igual nivel jerárquico que los departamentos de los servicios tradicionales y apoyados con la asistencia administrativa.

El asistente administrativo dependerá funcionalmente del Gerente del Área de Urgencias y en línea directa del administrador general del hospital

El Sistema Integral de Referencia y Contra referencia - SIRC

Es el conjunto de recursos (humanos, tecnológicos, financieros, físicos, entre otros), procesos, procedimientos, instrumentos y normas técnico - administrativas para garantizar la atención oportuna, eficaz y eficiente a los usuarios beneficiarios de subsidio por parte del Fondo Financiera Distrital de Salud El SIRC Constituye los nexos entre las diferentes instituciones

públicas y privadas que hacen parte de la red distrital de salud, para así cumplir con los estándares de calidad en la atención, según la complejidad y capacidad de respuesta requerida.

La red de urgencias dentro de su estructura organizativa requiere de una fundamentación acorde con los niveles del sistema de salud en armonía con los elementos que garanticen una agilidad administrativa, que permite gestionar las atenciones en salud entre las instituciones de la red adscrita, bajo términos de atención oportuna, facilidad de acceso, atención pertinente y ajustada a los requerimientos de los usuarios.

Un sistema de atención de urgencias, dada la importancia que tiene dentro del contexto asistencial, requiere de una estructura administrativa representada por un equipo responsable de la proyección, programación y planeación de sus acciones en su nivel. Secretaria Distrital de Salud- Sistema de Referencia y Contra referencia

Las entidades del nivel II, III y Universitarios dentro de su estructura básica contarán con un Departamento de Urgencias, con igual nivel jerárquico que los departamentos de servicios tradicionales y apoyado con asistencia administrativa. Los asistentes administrativos dependerán funcionalmente del jefe del departamento de urgencias y en la línea directa del administrador general del hospital.

Se sugiere que el jefe de los Departamentos de Urgencias a nivel asistencial, los encargados de los programas en los diferentes niveles sean profesionales del área de la salud preferiblemente con estudios de administración en salud, salubristas y/o medicina de urgencias, con dependencia de la división de atención médica. (Castell-Florit, 2017).

Marco conceptual

Los Servicios de Salud Sur Occidente Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy, en su proceso de mejora de la condición actual de las capacidades instaladas para una

prestación de servicios de calidad y precisando estas condiciones encaminadas hacia su excelencia, consciente de lo ineludible de su compromiso social y de la responsabilidad con el usuario y con el sistema General de Salud, continúa ofreciendo servicios de salud altamente especializados, así como, programas especiales, que suplen las necesidades más sentidas en salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS, se orienta a el mejoramiento de las acciones que permitan los mejores resultados con enfoque hacia el usuario, con el fin de hacer seguimiento a las mejores prácticas de atención durante la prestación de servicio.

Por otro lado, Debe cumplir con las características en términos de atención oportuna, facilidad de acceso, atención pertinente y ajustada a los requerimientos del usuario según su consulta, y continuidad así mismo con los siguientes aspectos: “Sistema Único de Habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el sistema de información para la calidad y SUA” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008, p. 147), que determina los procesos y el conjunto de aplicaciones a implementar en IPS, EPS, ARL y los propios de la salud ocupacional, para hacer aplicados al mejoramiento de urgencias en la unidad de servicios de Salud Occidente Kennedy, para lo cual se debe tener en cuenta los requerimientos de la NTC ISO 9001 2015 “El Decreto No. 903 de 2014 que procura la modernización y actualización del Sistema Único de Acreditación que hace parte de los factores del SOGC, a propósito de su reglamentación desde el año 2002, como uno de los compromisos a cumplir con; accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, componentes del SOGC, con la Resolución 1774 2020; se modificó con la Resolución 1445 de 2006 y 123 de 2012 este decreto se establece

como pilar de los estándares de calidad superior para la atención en salud (ABC Sobre el sistema único de acreditación en salud, 2006)

Unidad Funcional de Urgencias

Las áreas de urgencias se ocupan de implementar acciones de prevención de las condiciones que deriven a eventos críticos, desarrollando actividades de investigación y docencia asistencial.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), la urgencia es “la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto o su familia”. Según la Asociación Médica Americana (A.M.A.) urgencia es “toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia inmediata. La emergencia es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano”.

la práctica médica de urgencias es considerada una actividad multifacética que a pesar de la falta de reconocimiento tiene como función ser el punto de contacto crítico entre el usuario, su patología y los servicios médicos hospitalarios, donde se emplean al máximo las disciplinas asociadas al saber médico aplicado en un tiempo de resolución corto.

Como bien se ha establecido el concepto de urgencia médica se refiere a la necesidad prioritaria ante un evento que puede atentar con la salud permanente de un paciente o por el contrario terminar con la vida de este.

Razón por la cual desde hace muchos años atrás, fue necesaria la creación dentro de los hospitales un área encargada de esa atención primara que lograra estabilizar los signos vitales

mediante el uso de técnicas, herramientas y protocolos de actuación establecidos para ordenar de forma sistemática esa atención.

Lo que se sabe es que las áreas de urgencia nacen en la necesidad por parte del Estado de hacerse cargo de las condiciones en las que los pacientes acudían a los hospitales y como estrategia de intervención era la de clasificar esas patologías para poder direccionar a los pacientes de forma más efectiva hacia los servicios que realmente requería y de esta manera descongestionar los hospitales en donde todo se trataba por igual.

Las áreas de urgencias datan de 1964 debido a la falta de una infraestructura definida en la que existieran protocolos claros de atención y clasificación de pacientes, buscando así la atención oportuna, eficiente, en su momento la atención la hacían aquellos médicos e investigadores más sobresalientes e la época y poco a poco se cambió a la figura que hoy conocemos como médicos residentes.

Garantía de La Calidad

Con la promulgación de la Ley 100 de 1993 y del Decreto 2309 de 2002 se estableció el direccionamiento de un sistema de calidad para el país. En ella se delimitaron los instrumentos necesarios y mínimos así mismo como los de infraestructura considerados prioritarios para la calidad en atención sobre todo en las áreas de urgencias, que permita una prestación oportuna y eficiente. Los procesos de acreditación se convierten en el mecanismo que garantiza la máxima calidad como esencial para la búsqueda del mejoramiento permanente de las instituciones del país y sus servicios y un sistema de información a los clientes como elemento soporte. Una recopilación conceptual de todos los antecedentes de la acreditación de IPS en Colombia.

Garantía de la calidad es un término relativamente nuevo que viene del inglés “Quality Assurance”, es un constructo propio del español.

Una de las definiciones de Calidad en salud más aceptada, que recoge un largo proceso nacido desde antes de la década de los cincuenta, es la del doctor Avedís Donabedian, una de las personas más reconocidas mundialmente en el tema. Se refiere a la calidad como una propiedad médica, y la define como: “lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos”. (Donabedian, 1980, Pág. 203) Esta definición agrupa, además, una serie de factores que deben tenerse en cuenta para su evaluación bajo la trilogía estructura –proceso - resultado.

Usando esta definición resulta claro que la construcción de un sistema que garantice la calidad en la atención de usuarios de salas de urgencias conlleva a la creación, en el planteamiento de estrategias y planes de acción en la prevención y que se actúe de forma resolutiva en aquellas condiciones que puedan ser negativas, que por el contrario se logre cada vez una satisfacción mayor.

Mejoramiento Continuo de La Calidad (MCC)

Los procesos de mejora continuo, involucran una serie de principios y de estrategias que eleven a un nivel de calidad superior, cualquier proceso tendiente a mantener o asegurar actividades de asegurabilidad hacia la calidad, pero también tienen una alta necesidad de procesos de construcción de esos mismos estándares en las que deben estar involucrados tanto el personal asistencial de los hospitales como la capacidad de la misma comunidad de autorregular sus condiciones de vida, asumiendo una actitud positiva en los procesos de prevención.

El objetivo de la estrategia de mejora continua ha sido la implementación de herramientas e instrumentos de evaluación y puesta en marcha de actividades que procuren una tendencia positiva en la atención en salud (Imai, 2001), el cual se puede establecer como filosofía institucional en la que el mayor gasto en su concepción y aplicación es el aporte que cada actor

del sistema le aporta a que las cosas cada vez se hagan mejor, finalmente es un esfuerzo colectivo.

Conseguir la mejor calidad posible a lo largo del todo el proceso del sector de servicios de salud, donde al ser los errores irreparables, el objetivo debe ser el de garantizar una asistencia de excelente calidad a cada individuo.

Administración: Terry (1956) Expone que la administración implica el logro de objetivos por parte de personas que aportan sus mayores esfuerzos de acuerdo con acciones preestablecidas. La tarea del Administrador consiste esencialmente en utilizar con eficiencia los esfuerzos del grupo.

Políticas Públicas: La Política Pública es la acción del Estado, es el planteamiento de iniciativas innovadoras que el Estado pone a disposición de las instituciones que les permita llevar todas condiciones adversas o que permitan regular la actividad social a niveles sostenibles (Vargas, 1993).

La formulación de políticas es el resultado de múltiples interacciones de individuos y organismos públicos y privados; es también un proceso por el que las sociedades identifican problemas y toman decisiones sobre ellos, seleccionan metas e intervenciones, y asignan recursos para alcanzar los propósitos enunciados. Si bien los gobiernos proporcionan una orientación general para la formulación de políticas, proceso en el que participa también el sector privado, resulta esencial que asuman la obligación de asegurar que las decisiones respondan al interés público.

Una de las funciones principales del sector público es asegurar la prestación de los servicios esenciales con la calidad y en la cantidad adecuadas, bien sea a través de instituciones públicas o mediante el apoyo del sector privado.

Toda intervención pública concreta engendra una alteración del estado natural de las cosas en la sociedad y puede unirse a uno o varios efectos o impactos. La política pública une las realizaciones a las finalidades externas, constituye un ámbito abierto por excelencia a los aportes y al conocimiento ofrecido por las ciencias sociales, en última instancia el objetivo no es otro que el cambio social.

Sistema Integral de Atención de Urgencias y Emergencias Médicas:

Se define como una serie de actividades secuenciales y complejas organizadas en un proceso coordinado, cuyo fin es la optimización de la atención al paciente desde el momento de la aparición de la urgencia, hasta que se resuelva el problema. (Perales, 1990, P.260).

Tiene como objetivo principal garantizar el acceso a servicios médicos prehospitalarios y hospitalarios, a toda la población desde el momento en que se inicia a la condición de urgencia, emergencia o desastre, hasta su tratamiento definitivo en la institución de salud más eficaz para su condición.

Según la OMS (1998), Los sistemas de urgencias deben dirigir su actividad a la atención de todo tipo de urgencia y deben estar preparados para hacer frente a ellas, ofreciendo la máxima calidad, con una máxima eficiencia en el manejo de los recursos públicos, de atención primaria y especializada, de manera sectorial e intersectorial.

Los objetivos primordiales de un sistema de servicios de urgencia médica son:
Garantizar en cooperación con otros organismos sociales afines, una respuesta inicial altamente calificada en caso de urgencia médica o desastre, a la población en general.

Educar y mantener a la población sensibilizada en cuanto a lo importante que tiene la prevención de eventos críticos y factores de riesgo, y la función auxiliar que debe cumplir la comunidad en caso de urgencia.

Establecer y coordinar la red de comunicación de llamadas de urgencia, y movilizar los recursos del sistema de manera eficiente y eficaz.

Los servicios de urgencia constituyen la unidad básica de preparación y mitigación de los efectos adversos que sufre la población en momentos de crisis. Por ello, el componente fundamental en el desarrollo de estos sistemas es la comunidad, que debe ser orientada siempre hacia el incremento gradual de su capacidad de manejo de situaciones críticas, con miras a reducir su vulnerabilidad frente a ellas.

La información es la base de la planificación del sistema de servicios de urgencia médica, de forma tal que su desarrollo exige la existencia de un servicio de vigilancia epidemiológica, como fuente confiable y permanente de información sobre morbilidad y mortalidad que permita identificar los grupos en riesgo y sus necesidades.

El sistema de atención de urgencias, involucra las etapas pre hospitalaria y hospitalaria, siendo de suma relevancia la coordinación y comunicación eficiente de los servicios pre hospitalarios y hospitalarios, y se consideran relevantes los siguientes componentes: Área definida de operaciones, recursos humanos suficientes, calificados y actualizados, sistema de comunicación, sistema de transporte, infraestructura física, suministros e insumos, coordinación y enlace con los organismos de seguridad pública, participación activa y coordinada de la comunidad, sistema de información único, mecanismos de articulación con otras redes, sistema de control de los procesos de atención de urgencia, de indicadores que evalúen las tasas de morbilidad y mortalidad, así como de la oportunidad, eficiencia, suficiencia y calidad de los servicios.

El sistema debe por tanto organizarse teniendo en cuenta:

Articulación y coordinación de esfuerzos con los organismos de servicio social y seguridad pública, por medio de las entidades administrativas nacionales y distritales creadas con ese fin.

Asesoría, apoyo y articulación con los diferentes actores de la red, principalmente en logística y capacitación para realizar la evaluación rápida de los daños y las necesidades médico-quirúrgicas, suministro de medicinas y equipo médico, transporte de pacientes y personal paramédico, Autoría de planes comunitarios para la atención médica mediante el análisis de riesgo de la comunidad y elaborar planes hospitalarios para los casos de desastres.

Estructuración y actualización periódica de los objetivos estratégicos y de los Sistema de información, para situaciones de urgencia colectiva, tales como vigilancia epidemiológica, saneamiento ambiental, suministro de agua potable, provisión de albergue, vigilancia de la salud mental, control de vectores, enterramiento de cadáveres, vacunación.

Evaluación de los recursos con los que cuenta el sistema de servicios de urgencia médica, y el fortalecimiento de las áreas más vulnerables.

Asignación de prioridades y responsabilidades entre el personal y las instituciones que integran la red.

Organización de los subsistemas de suministros, transporte, comunicación e información.

Integración de la comunidad como actor fundamental en la red, con programas masivos de información, educación, participación y entrenamiento.

Específicamente, en casos de desastres la participación implica:

Prestación de atención de primeros auxilios y atención médica quirúrgica de emergencia.

Asistencia en las labores de búsqueda y rescate de personas, y el traslado y evacuación de heridos y enfermos a lugares preseleccionados.

Asistencia en el proceso de rehabilitación de personas lesionadas.

Preparación de hospitales para recibir la carga anticipada de víctimas.

Constatación del tratamiento definitivo del paciente en el centro de salud u otra institución previamente designada.

Atención pre – hospitalaria (APH): Es la atención que se brinda en el lugar de la emergencia y durante el traslado al hospital, concentrada en el mantenimiento de la vida del paciente.

La atención prehospitalaria es el primer eslabón de la red de atención de urgencias, siendo necesarias una efectiva coordinación intra e interinstitucional. Comprende todas las acciones de rescate, salvamento y atención médica in situ y posterior traslado de un paciente. La secuencia en el programa de APH se describe de la siguiente forma:

Detección y ubicación del sitio del accidente o de la urgencia.

Clasificación del tipo de problema a cargo del médico de turno, en la central de radio o en el hospital del área de influencia.

Respuesta a la solicitud: asesoría médica, envío de ambulancia y personal capacitado en APH si es necesario.

Información del estado del paciente por parte del equipo de APH al médico regulador del Centro Regulador de Urgencias.

Estabilización del paciente por parte del equipo de APH.

Traslado del paciente al centro asistencial correspondiente para su tratamiento.

Atención Urgente en el Ámbito Hospitalario: Es la atención que se brinda al paciente cuando ingresa a la institución de salud, dirigida a estabilizar su condición y a su tratamiento definitivo posterior dentro del mismo hospital, o su referencia y traslado a otra institución de salud.

Las urgencias que se presentan en un hospital son previsibles. La situación de urgencia debe dejar de serlo en el momento que llegan a un servicio de urgencias bien organizado, ya que la actuación, la rutina asistencial, debe estar prevista y preparada. Los servicios de urgencias deben estar organizados para responder con eficacia a las demandas que reciban, para lo cual es imprescindible definir los diferentes grados de la urgencia, ya que éstos ofrecen criterios de prioridad para utilizar los recursos, los usuarios del área de urgencias deben ser clasificados inmediatamente, la clasificación objetiva, explícita y formalizada es uno de los mejoramientos posibles en las áreas de atención de urgencias.

A pesar de que las áreas de urgencia no gozan del mejor prestigio en los hospitales genera fuerte atracción, en ocasiones, en gran volumen de eventos atendidos en hospitales de alta complejidad no requerirían un dispositivo tan sofisticado para la atención. Los servicios de urgencias deben contar con criterios básicos que orienten la organización y funcionamiento de las diferentes áreas ya sea por niveles de atención y/o grados de complejidad.

El Servicio de Urgencias hospitalario está influenciado por aspectos, tales como: la capacidad de respuesta de atención primaria, la atención de urgencias extra-hospitalarios, los tiempos de espera en la consulta externa especializada, el grado de atracción del hospital, su situación geográfica, la educación en salud y los hábitos de la población. (Perales, 2012).

Urgencia: Resolución 5261, de 1994, reza que es una “Alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica de una persona, causada por trauma o por enfermedad de cualquier etiología, con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud”, para evitar riesgos posteriores.

Martínez, M. & Gonzales, M (1990) define la urgencia como una situación crítica de aparición imprevista, que obliga a poner rápidamente en marcha acciones prioritarias y excepcionales para estabilizar la situación.

El carácter urgente de la situación viene determinado por quién demanda la asistencia, por tanto, tiene inicialmente carácter subjetivo. Sin embargo, esta carga subjetiva no es razón para que no se atienda la totalidad de las demandas, a pesar de que un importante porcentaje de estas no se considere urgencia cuando se analizan desde una óptica estrictamente médica.

Atención Inicial de Urgencias (AIU) Se configura cuando todas las acciones medicas en el área de urgencias son aplicadas sobre una persona y que tienden a restablecer y estabilizar todos sus signos vitales, además definir todo el protocolo de atención que requiere según la patología diagnosticada, dicho proceso implica la ocupación de personal humano capacitado e idóneo, así mismo como los insumos necesarios para lograr el objetivo

Red de Urgencias: Es la red de salud que de acuerdo con sus niveles de atención pueden dar solución pronta a las urgencias o complejidades que requieran de tates unidades de atención, tales como: laboratorios, imágenes, transporte, insumos médicos, bajo los criterios de eficiencia, calidad y equidad, apoyados en las condiciones técnicas emanadas por el ministerio de salud.

Emergencia: Es toda situación o evento de aparición súbita que altera las condiciones normales de una comunidad pero que se puede ser atendida con todos los dispositivos instalados del sistema de salud de la región y no requiere ayuda de otras regiones.

Desastre: Situación causada por un fenómeno de natural o por efecto de las actividades del hombre que significa que se provoquen cambios significativos en personas, los bienes, los servicios incluso medio ambiente, en un área geográfica determinada, que requiere la atención de las entidades del Estado y de las demás instituciones que tiene el carácter social y de atención

humanitaria, porque la capacidad de respuesta del sistema local es insuficiente para atenderlo y requiere de ayuda de otras regiones. El desastre se diferencia de la emergencia en el volumen de población afectada, la situación geográfica del evento y la gravedad de los daños, lo que determina organización diferente en la atención.

Marco Legal Colombiano

Tabla 2.

Relaciona los decretos/resoluciones/leyes que son importantes para reconocer los entes reguladores y acreditadores

Entidad	Ley / Decreto / Resolución	Objetivo de la Ley / Decreto / Resolución
Ministerio de la Protección Social	Resolución 003557 del 19 de noviembre de 2003	Designación de ICONTEC como entidad acreditadora para el SUA
	Decreto 0903 de (2014) modificó con la Resolución 1445 de 2006 y 123 de 2012	El Decreto tiene como fin fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud.
	Resolución 2082 de (2014)	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.
	Resolución 2427 del 17 junio 2015	Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud.
	Decreto 1011 de 2006.	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud – SOGCS.
	Resolución 123 de 2012 Resolución 1474 de 2002	Estándares Y Criterios Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.
	Resolución 3960 de (2008)	Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006.
	Resolución 123 de 2012	todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia Manual de acreditación Ambulatorio y Hospitalario.
	Resolución 0256 de 2016;	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
	LEY 1751 DE 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1438 de 2011	En desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud establecido en la presente ley, y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados
La ley 100 de 1993 artículos 186 y 227	Establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud.
Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002	Establece parámetros de atención con “accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad” bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
Resolución No. 2082, del 29 de mayo de 2014, modificó el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 3960	Con el propósito de adicionar el Manual de Estándares de Acreditación dirigido a las Direcciones Territoriales de Salud.
La Resolución No. 3960 y su Anexo Técnico	En el que se encuentra el Manual de Estándares de Acreditación para las Direcciones Territoriales de Salud.

Nota. La tabla relaciona los decretos/resoluciones/leyes que son importantes para reconocer los entes reguladores y acreditadores. *Fuente.* Autoría propia

Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social Respecto a Acreditación de Calidad en Salud.

Tabla 3.

Relaciona los decretos/resoluciones/leyes Respecto a Acreditación de Calidad en Salud.

Entidad	Ley / Decreto / Resolución	Objetivo de la Ley / Decreto / Resolución
Ministerio de la Protección Social	Ley 10 DE 1990.	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
	Ley 715 DE 2001	Normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (acto legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política).
	Ley 721 DE 2001	Modifica la Ley 75 de 1968 sobre el proceso para establecer la paternidad o maternidad).
	Ley 756 DE 2002	Modifica la Ley 141 de 1994, sobre el Fondo Nacional de Regalías)
	Ley 828 DE 2003	Normas para el control a la evasión del Sistema de Seguridad Social)
	Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 Nivel Nacional;	Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fija su campo de aplicación, el sistema obligatorio de garantía de calidad para IPS indígenas. Establece las características, sus componentes, las entidades responsables

de su funcionamiento y actualización de los estándares de SOGCS (Artículo 2.5.1.1.1 al 2.5.1.2.4).

Decreto 2309 de 2002 sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, art. 1.

Prestadores de servicio de salud, art. 2. Calidad de la atención de salud, art. 3 a 4. Organización del Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, art. 5 a 8. Sistema de habilitación, art. 9 a 30. Habilitación de entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado, entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, art. 31 a 35. Procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, art. 36 a 45. Sistema único de acreditación, art. 46 a 50. Sistema de información para la calidad, art. 51. Disposiciones transitorias, art. 52.

Resolución 1446 de 2006 Ministerio de Salud y la Protección Social;

Define y establece las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud; y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Nota. La tabla relaciona los decretos/resoluciones/leyes que son importantes para reconocer los entes reguladores y acreditadores. *Fuente.* Autoría propia

Diseño metodológico

Tipo de Estudio

Tipo de estudio, mixto: cualitativa y cuantitativa. Aplicará técnicas como el análisis administrativo, observaciones y participativa porque vinculará mediante entrevistas al personal con responsabilidad al interior de la investigación. Por lo tanto, el nivel de la investigación será deductivo – inductivo; esto con el fin de Establecer el diseño del modelo de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de seguridad Social en Salud en cumplimiento de requisitos del Sistema único de Acreditación en Salud; que permita a la red seguir mejorando su imagen corporativa a nivel Distrito, como la institución prestadora de servicios de salud que apunta a satisfacer los requerimientos de la población residente para la Unidad Funcional del Servicio de Urgencias para la ESE Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente - Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy.

Método de investigación

La metodología que se aplicara en la investigación es; El método es deductivo – inductivo porque va de lo general a lo particular. Esto indica que se apropia la normativa requerida para el diseño del modelo y se aplica al caso concreto a la red sur Occidente de la unidad de servicios de urgencias de Kennedy.

Método Gerencial Ciclo PHVA

Este ciclo es el método gerencial básico que aprovecha el método científico, permitiendo ajustar en medios a los objetivos organizacionales. Y parte de la capacidad de razonar que poseen todas las personas de la organización es transversal a los componentes de una organización basada en información, que permite gerenciar integralmente un proceso, o una

institución, al planear, hacer, verificar y ajustar. Se aplica tanto al gerenciamiento estratégico macro, como a mejorar y mantener los procesos. Es de Resaltar que se aplican los ciclos con énfasis a la planeación, en cuanto al hacer, verificar y actuar y quedarán establecidos los procedimientos requeridos para entrenar, capacitar y la ejecución de tareas y recolección de datos asociados a los indicadores de gestión; pero no se verificarán en razón a que este proyecto aplicado se enfoca en el diseño del modelo para el mejoramiento de procesos de la unidad Funcional Del Servicio De Urgencias de la Subred Kennedy.

Las actividades de auditoría para asegurar los procesos de calidad institucional, cuando se gestiona de forma adecuada, permiten establecerse como unos de los Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad ya que su finalidad es la de evaluar y hacer seguimiento de los procesos que postularon, de tal forma, que cumplan el objetivo de calidad previsto, procurando alcanzar los niveles de atención enfocado en el derecho de los pacientes, y las buenas prácticas médicas tendientes a fortalecer las acciones de la institución.

Fase de Planeación.

Dentro del marco del ciclo PHVA, se encuentra en el primer cuadrante esto permitió de manera eficiente encontrar los objetivos propuestos para el proyecto y definir las vías que se proponen para lograr el cumplimiento de dichos objetivos.

Esta etapa inicial tiene como objetivo, preparar a la institución para la evaluación y auditoría de calidad aplicando los siguientes pasos:

Primer paso La adopción institucional de los compromisos que se han direccionado con la actualización del sistema de información para la calidad.

Todas las entidades que precisen realizar el trámite de acreditación deben establecer la pertinencia de entrar en este proceso conforme a sus objetivos estratégicos, sus objetivos

misionales, para dicho proceso, los líderes de las organizaciones necesitan contestar las siguientes preguntas:

¿Es pertinente para la condición actual de la institución?

¿El proceso de acreditación hará parte del proceso de mejora continua de la institución?

¿Existe el clima y compromiso organizacional para asumir un proceso de acreditación?

¿Se cuenta con el personal calificado y suficiente para asumir las tareas previas a la certificación?

¿Cuál es el significado que tiene para el Recurso Humanos de la institución, la expresión, “estrategia centrada en el usuario”?

¿Es claro para la institución los costos que se deben asumir (es más que el valor de aplicación ante la entidad acreditadora)?

El segundo paso Determinar los objetivos y resultados de calidad esperados conforme a lo establecido por la institución.

El tercer paso Establecer de forma sistemática la ruta a seguir para implementar los factores que permitan el seguimiento y evaluación constante de las acciones tendientes al mejoramiento de la calidad.

El cuarto paso poner en marcha la estructuración de los equipos de trabajo, así mismo como las áreas de apoyo que son fundamentales para dar alcance a los indicadores de calidad establecidos.

El quinto y último paso Depurar los datos recogidos y prepararlos como insumo para las siguientes etapas: preparación para el cumplimiento de la norma institucional.

Segunda etapa de la Fase de Planeación: Preparación para el levantamiento de información: Se comprende de la consolidación de los insumos y datos que previamente fueron

recogidos que garanticen la elaboración con el mínimo de errores el informe o los informes que se requieran por parte de la institución.

¿Cuáles son las temáticas priorizadas para el mejoramiento continuo de la calidad?

¿Qué fuentes de información serán utilizadas para el cálculo de la información?

La Organización Mundial de la Salud sugirió seis áreas o dimensiones de la calidad, y se relacionan así:

Efectividad: Actividades médicas de atención a pacientes basados en las evidencias comprobadas científicamente y que como resultados de la implementación de dichos protocolos dio como resultado la mejora en la salud del paciente.

Eficiencia: Uso y disposición eficiente de los recursos necesarios en la atención sin que se generen desperdicios innecesarios.

Accesibilidad: Se refiere a la atención médica oportuna y equidistante de forma razonable para que los pacientes puedan llegar a tiempo para su atención.

Atención centrada en el paciente: Se refiere a la atención de calidad necesaria de según las necesidades y patologías con las que los pacientes ingresan y esperan ser atendidos según sus expectativas.

Equidad: Atención médica sin distinción alguna de raza, religión, o cualquier otra condición propia de las decisiones personales.

Seguridad: La atención se ofrece con la aplicación de los protocolos correctos y necesarios que eviten otros riesgos u otras complicaciones.

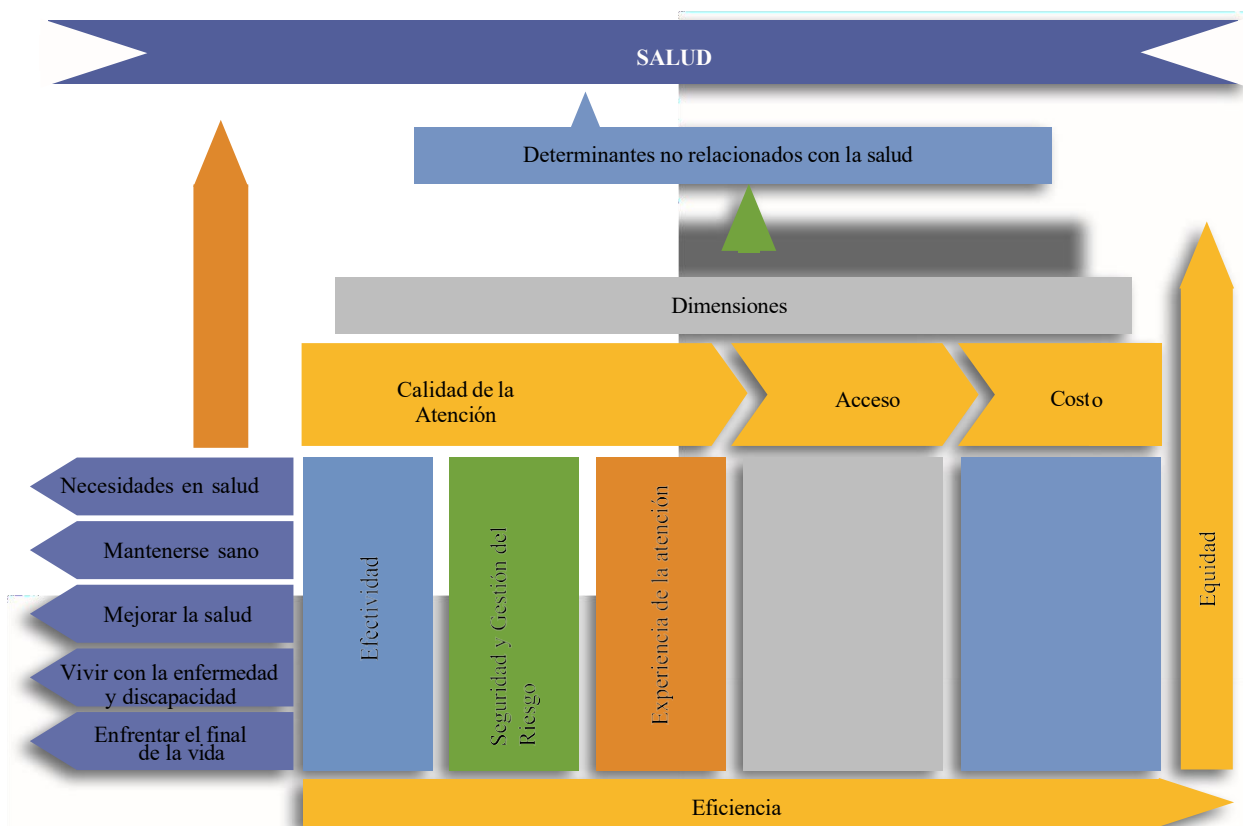
El Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 1011 de 2006, en el cual definió como servicio de calidad; “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en

cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”.

La decisión de calidad, parte de que "el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones" y "conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado", (RAE 2016) Por lo tanto, los resultados del sistema de salud y atención a usuarios son el reflejo de las estrategias implementadas por los actores de ese mismo sistema, tanto internos como externos.

Figura 1.

Ciclo PHVA. Marco conceptual.



Nota: tomada y adaptada de INCAS 2009: Kelley. Hurst. J. (2006) “Health care quality indicators protect. Conceptual framework” (OCDE) Health working papers n° 23. Paris, France. OEC.

Efectividad de la atención: “tiene como finalidad valorar si los servicios de salud que se proveen cuentan con la calidad requerida para que la atención en salud produzca una mejora en el estado de salud de las personas” (Ministerio de la Protección Social, 2016).

“Por lo anterior, los indicadores trazadores definidos en este dominio son indicadores de resultado y algunos de proceso, en función de resultados” (MPS. 2016).

Gestión del riesgo: “Propiciar entornos saludables, desarrollar capacidades y disminuir la probabilidad de aparición de nueva morbilidad” (MPS 2018. Pág. 17) Con el fin de reducir la

ocurrencia de situaciones no deseadas que puede traducirse en malas condiciones incluso extremas de salud y de la cual se demanden cada vez mayores insumos y servicios en su atención (Torres, Colorado 2020).

Seguridad de la atención: “Fundamentalmente en un atributo específico la seguridad del paciente. La efectividad pierde sentido si se logra sin alcanzar la mayor seguridad posible en la atención” (Ministerio de la Protección Social, 2016).

Experiencia de la atención centrada en el paciente/usuario: Es el conjunto de actividades tendientes a evaluar las expectativas de los usuarios así mismo como la comprensión de las necesidades de estos y quienes las perciben como acciones que están dentro de las obligaciones propias de las instituciones y las que consideran ideales en la atención (OCAS, 2016, Pág. 18).

Fase de Capacitación - Hacer

Una de las premisas que maneja calidad es que las personas implicadas en el proceso de aprendizaje deben manejar dos aspectos claves dentro del esquema del ciclo gerencial PHVA. La primera de ellas es la capacitación y la segunda en entrenamiento, enmarcadas dentro del cuadrante de HACER.

Como resultado, los funcionarios accederán al uso de herramientas de Gerencia de Procesos, dentro de lo cual homologarán con el significado de proceso y producto y adquirirán herramientas para el despliegue de la calidad, fijarán su atención en la importancia que tiene la cadena cliente – proveedor e indicadores. A partir de ello apropiaran el conocimiento suficiente para poder escuchar las necesidades y expectativas del cliente interno.

Como resultado, se pretende que el equipo de Urgencias escuche las necesidades de sus clientes internos y generará métodos apropiados para definir cuáles de los procesos deben ser estandarizados y cuáles no.

Fase de identificación en los procesos críticos.

Levantamiento de procesos.

Se inicia esta etapa del proyecto llevando los procesos a través de un flujograma general y un detallado de cada uno de los procesos de urgencias. Su alcance: desde la portería (llega del paciente a la institución), siguiendo por el triage, trabajo social, autorizaciones, admisiones, consulta de urgencias, observación, Unidad Cuidado Crítico (UCC) de urgencias, ortopedia, servicios de apoyo (laboratorio clínico e Imágenes diagnósticas), hasta las ventanillas integrales.

A cada uno de los pasos de la cadena de procesos mencionados se le ubica una función del proceso, el producto su (s) proveedor (es), su (s) cliente (s), documentos que se reciben o entregan con el anterior o el siguiente paso y el KPI de gestión.

Medición de Tiempos de los Procesos de urgencias - Verificar

La medición de tiempos se ve enmarcada en el tercer cuadrante del ciclo gerencial PHVA es el cuadrante de verificar. Es allí en donde el Hospital ha logrado asimilar su propio conocimiento y se puede ver que es necesario apropiarse de sus indicadores.

Medición de tiempos

Se establecieron fechas para las mediciones, las cuales incluían mañana, tarde y noche durante la semana y fines de semana y una quincena.

Las fechas de mediciones fueron las siguientes: noviembre 30: de las 19:00 a las 23:00 horas; diciembre 5: de las 8:00 a las 13:00 horas; diciembre 10: de las 13:00 a las 17:00 horas;

diciembre 13: de las 13:00 a las 17:00 horas; diciembre 16: de la 1:00 a las 5:00 horas, diciembre 18: de las 12:00 a las 16:00 horas.

Para la toma de tiempos, se establecieron los siguientes puntos clave de medición: portería, triage, trabajo social, autorizaciones, admisiones, consulta de urgencias, sala de reanimación, interconsulta con especialistas, laboratorio clínico, imagenología, cirugía, farmacia, hospitalización, UCI y ventanillas integrales.

Fuentes y técnicas de recolección

Las fuentes de información como base para el desarrollo de la investigación son de tipo primario tanto cualitativas como cuantitativas pues se recopiló información a través de entrevistas, observaciones y reuniones de grupo con los funcionarios del Servicio.

Población

El área de influencia del Servicio de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy es de 2.404.766 habitantes distribuidos en Kennedy, Fontibón, Puente Aranda y Bosa.

Universo

La ESE Occidente de Kennedy III Nivel, es un establecimiento público del orden Distrital, con autonomía administrativa y patrimonio independiente, otorgado mediante el Acuerdo 17 del Consejo de Bogotá, se caracteriza por presencia de médicos generales, especialistas básicos y subespecialidades.

Tamaño de la muestra

Se realizó un estudio previo que permitió determinar el tamaño y la calidad de la muestra, donde se analizó la dinámica de las demandas de servicio en el área de urgencias para el periodo de enero a diciembre de 2021 fue de (125.220), el tamaño de la población es finita, con un

margen de confianza del 95%, el margen de error de más o menos 5%, donde se desconoce la probabilidad del evento quedando la muestra determinada de la siguiente forma:

Muestra

Tamaño de la Muestra: 211 encuestas

Instrumentos - Encuestas

Se realizaron encuestas de satisfacción del usuario y encuestas a los funcionarios del Servicio dependiendo de las funciones, procesos a cargo o actividades y tareas.

Tratamiento y Análisis de la Información de la Investigación

Para realizar el análisis del servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel Empresa Social del Estado se realizaron encuestas, cuestionarios y lluvias de ideas, se aplicaron tanto al cliente externo e interno. Se realizaron varios métodos para obtener información acerca del clima organizacional las cuales fueron:

Cliente Interno.

Los métodos utilizados fueron la lluvia de ideas y cuestionarios. Debido a la complejidad de la patología presentadas por los usuarios asistentes al área de urgencias y la prontitud en la atención que requieren no fue posible realizar la lluvia de ideas lo que fue una limitante crítica para la aplicación del instrumento.

Lluvia de ideas.

Se tomaron los diferentes turnos que existen en el servicio de Urgencias, donde interviene personal multidisciplinario tales como: médicos de turno, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, camilleros; las lluvias de ideas se realizaron en el turno de mañana y tarde donde intervinieron 22 funcionarios que corresponde al 20% del total de funcionarios del servicio de urgencias repartidos así:

Primera jornada:

Una Enfermera profesional

Dos auxiliares de enfermería

Dos médicos, Un camillero

Un auxiliar de ambulancia

Segunda jornada:

Una enfermera profesional

Tres auxiliares de enfermería

Un médico

Una auxiliar de trabajo social

Un Vigilante

Tercera jornada:

Una enfermera profesional

Tres auxiliares de enfermería

Un médico

Un auxiliar de estadística

Una trabajadora social

Cuestionarios.

Se aplicaron cuestionarios que incluían tres problemas, tres posibles causas y soluciones relacionadas con el servicio de urgencias. El cuestionario completa la lluvia de ideas que debían responder en forma escrita, algunos de los participantes de la lluvia de ideas. La muestra representó el 32% del total de participantes. Cuestionario a servicio o departamentos relacionados directamente con urgencias fueron:

Laboratorio clínico: se entrevistó al jefe del servicio

Estadísticas: Se entrevistó al jefe de estadística

Cuidados intensivos: Se entrevistó al jefe del servicio

Servicios generales: Se entrevistó al jefe de servicios generales

Las encuestas fueron aplicadas a usuarios, familiares de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias.

Además, se aplicó el mismo cuestionario a los servicios o Departamentos relacionados con urgencias, como fueron: Laboratorio Clínico, Estadística, Nutrición, Cuidados Intensivos y Servicios Generales.

Tabla 4.

Resultados De Encuestas - Cliente Interno Lluvia de ideas.

Resultados	Porcentaje
1. No Se Conoce El Organigrama, Ni El Plan Estratégico Del Hospital Occidente De Kennedy	100%
2. No Existen Manuales De Procedimientos Normatizados	95%
3. Existe Conciencia De La Trascendencia Del Cargo	100%
4. Las Rotaciones Del Personal De Urgencias No Son Consultadas Previamente	82%
5. No Hay Capacitación De Educación Continuada, La Que Se Realiza Actualmente Es Por Iniciativa Y Cuenta Propia	85%
6. Conocen El Plan De Emergencia Del Hospital	90%
7. La Estancia Es Prolongada En El Servicio De Observación De Pacientes	64%
8. No Hay Agilidad En La Hospitalización Y Evacuación De Pacientes	66%
9. Falta De Suministros	100%
10. Existe Burocracia Por Parte De La Secretaría Distrital De Salud Y El Hospital	32%
11. Existe Insatisfacción Con El Sistema Por Falta De Estímulos	100%
12. Hay Inconformidad Porque Se Exige Calidad Sin Contar Con Los Recursos Mínimos Necesarios	90%
13. Necesidad Fundamental De Ampliar La Planta Física Y De Personal	100%
14. No Existe Recursos Para Supernumerarios	40%

Nota. Muestra los resultados de la encuesta realizada al personal interno de la institución

Fuente. Autoría propia

Tabla 5.

Cuestionario

Cargo	Cantidad
Enfermeras jefe	3
Auxiliares De Enfermería	8
Camilleros	1
Aseadoras	2
Radio-Operador	1
Médicos	1
Conductor De Ambulancia	1
Portero	1
Estadística	1
Total	22 funcionarios

Nota: Número de funcionarios según su cargo en urgencias y a quienes se les aplicó el cuestionario. *Fuente.* Autoría propia

Además, se realizó el mismo cuestionario a los servicios o departamentos relacionados con urgencias, como fueron: Laboratorio Clínico, Estadística, Nutrición, Cuidados Intensivos y Servicios Generales, los cuales se mostrarán en la siguiente tabla.

Tabla 6.*Resultados de los cuestionarios*

Problema	Número	Porcentaje
Falta De Suministros	13	26%
Planta Física Inapropiada	8	16%
Falta De Personal De Planta	7	14%
Estancias Prolongadas	5	10%
Excesiva Demanda Del Servicio	3	6%
Falta De Colaboración De Enfermería Con Respecto A Las Dietas	3	6%
Falta De Consultorio Filtro	2	4%
Agresividad Por Parte De La Familia	2	4%
Pérdida De Ropa En Los Turnos	2	4%
Oportunidad De Respuesta Por Parte De Referencia Y Contra Referencia	1	2%
Oportunidad De Consultas	1	2%
Falta De Garantías En Lo Que Se Refiere A La Seguridad Del Personal Que Labora En El Servicio	1	2%
Falta De Sub-Especialidades	1	2%
No Se Cumplen Las Normas De Bioseguridad	1	2%
Total	50	100%

Nota. Muestra los porcentajes obtenidos en cada una de las respuestas por pregunta.

Fuente. Autoría propia.

De las entrevistas realizadas, se detecta lo siguiente:

Demora en el traslado de las muestras del laboratorio.

Técnica deficiente en la toma de paraclínicos.

Pérdida del reporte de exámenes.

Análisis de las causas.

Falta de suministros

Manejo político inadecuado.

Desconocimiento y desinterés de quienes deciden el gasto y las prioridades de los insumos.

Presupuesto insuficiente.

Planta física inadecuada

Inadecuada distribución de la planta física.

Construcción insuficiente para la demanda actual.

Falta de personal

Imposibilidad legal y presupuestal para ampliar la planta de personal.

Estancias prolongadas en el servicio

Respuestas inadecuadas en el servicio de apoyo a diagnósticos.

Respuestas de las interconsultas de las distintas especialidades.

Aumento en la demanda del servicio

Deficiencia en el sistema de referencia y contrarreferencia.

Falta de colaboración de enfermería en dietas

No hay colaboración ni compromiso por parte del personal de enfermería.

Falta personal de enfermería.

Falta de consultorio filtro

No se ha previsto por tanto no se ha asignado ni planta física ni recurso humano.

Agresividad del familiar

Bajo nivel sociocultural de la familia.

Deficiente información sobre el estado de salud de los pacientes.

Pérdida de ropa en los turnos

Mecanismos inadecuados de control del flujo de ropa.

Cliente Externo.

Análisis de Resultados Encuestas de satisfacción

Tamaño de la Muestra: 211 Encuestas

La encuesta de satisfacción que se ha realizado se divide en diez (10) atributos, los cuales miden la satisfacción de los usuarios en el Servicio de Urgencias.

Resultados encontrados: Para el análisis de este trimestre se realizó la comparación con los resultados del trimestre anterior.

Tabla 7.

Resultados encontrados de la encuesta de satisfacción

ITEM	VALOR PORCENTUAL
Proceso de atención	81,25%
Admisión	62,50%
Instalaciones	62,55
Atención del personal medico	81,25%
Atención del personal de enfermería	75%
Horarios y tramites	62,50%
Proceso de facturación	68,75%
Proceso de pago	75%
Percepción general del servicio	75%
Lealtad a la institución	75%

Nota. Muestra los porcentajes obtenidos según los niveles de satisfacción. *Fuente.* Autoría propia

En la red Hospitalaria y especialmente en la sección de urgencias en el proceso de atención admisión, capacidad instalada, percepción general del servicio entre otros por considerarse un punto neurálgico dentro de la atención hospitalaria y de suma importancia para la vida los porcentajes de atención deben ser elevados, por tanto, quedarían registrados de siguiente manera 0 a 40 deficiente, 40-80 Regular, 80-90 Bueno 95 a 100 Excelente.

Proceso de Atención: Es importante mejorar en la actitud del vigilante, calidad y claridad en la información suministrada y amabilidad de la persona que brinda la información.

Admisión (Ingreso): Se debe mejorar en la disposición, amabilidad, tiempo de autorizaciones de los servicios, tiempos de espera y trámites que se deben realizar para ser atendido.

Instalaciones: Durante la realización de la encuesta se adelantaban mejoras locativas y al momento de aplicarlas los usuarios tuvieron una imagen negativa, debido a la incomodidad presentada para poder prestar los servicios.

Atención del personal médico Especialista: Es el ítem con mayor porcentaje de satisfacción, la información suministrada y el tiempo que se dedica en la atención a cada paciente, por supuesto es válido implementar acciones de mejora para superar esos estándares.

Atención del personal de Enfermería: Los resultados obtenidos determina que se deben implementar acciones de mejora ya que existe cierta apatía del personal frente a las condiciones en las que los usuarios acuden al área de urgencias.

Horarios y trámites: Al respecto se logró percibir que es importante mejorar en horarios y prestación de alimentos, trámites de visitas, horarios de egreso hospitalario y tiempos de espera para exámenes especiales.

Proceso de Facturación: Se determinó que se debe mejorar la atención en cuanto la amabilidad y oportunidad en este proceso.

Proceso de pago: Se debe mejorar la atención en cuanto a la facilidad, amabilidad, oportunidad e información en este servicio.

Percepción general del servicio: Este es el ítem con menor porcentaje de satisfacción en esta medición, es preocupante este resultado si se tiene en cuenta que se está evaluando la amabilidad del servicio recibido y la oportunidad en el mismo.

Lealtad a la institución: Es significativo tener en cuenta que de la calidad y oportunidad del servicio que se brinde a los usuarios, depende de la lealtad que estos tengan con la Institución.

Tabla 8.

Media- Tabla de Datos. Media de satisfacción

URGENCIAS	
Periodo encuestado	71,88

Nota. Muestra la media de satisfacción que se ha determinado entre el 70% y el 75%. *Fuente.*

Autoría propia

Resultados encontrados:

Para el análisis de estos datos, los resultados dependen de los factores antes analizados, es decir que, es importante tener en cuenta los diez (10) factores de satisfacción antes mencionados, que son los que van a influir en la calificación final.

El servicio con una media de satisfacción entre el 70% y el 75% se puede clasificar con un nivel de satisfacción medio.

El nivel de satisfacción muestra que se deben aplicar medidas de mejoramiento inmediatas en el servicio, que optimicen la percepción positiva en la atención de los usuarios.

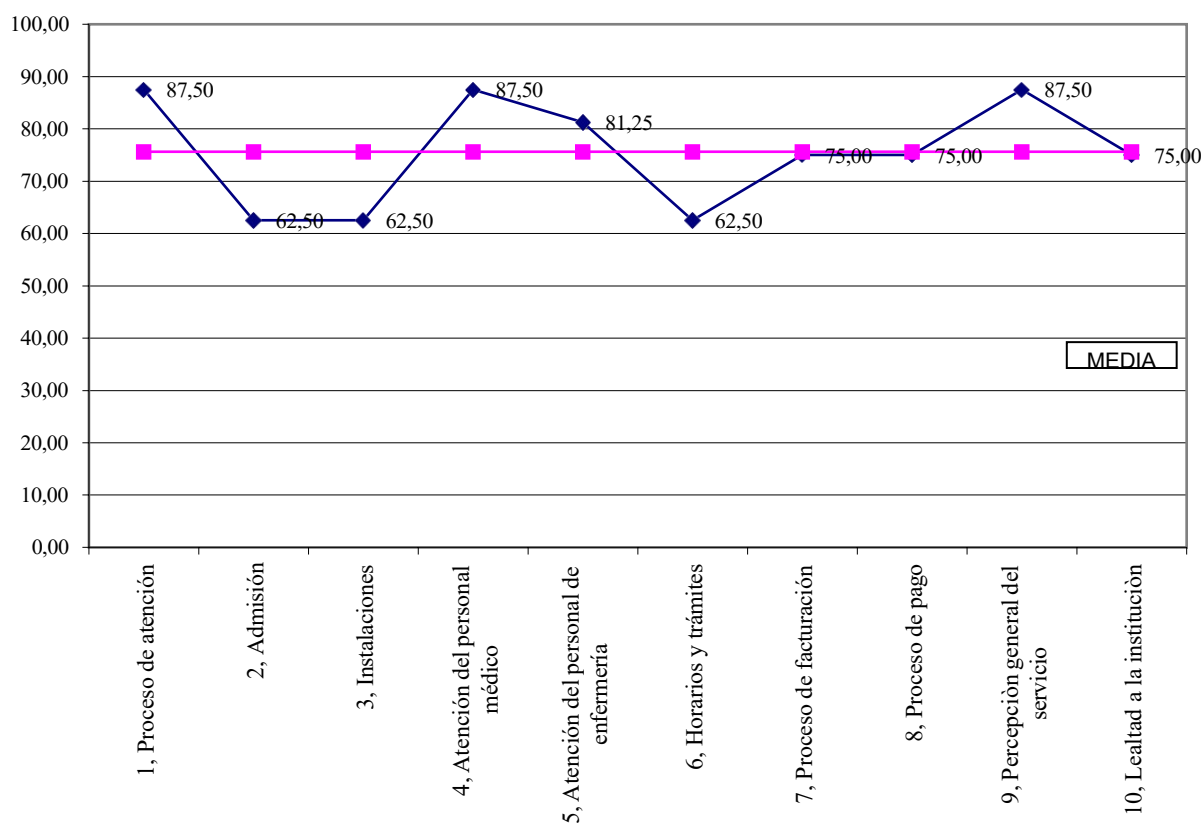
Realizar socialización de los resultados obtenidos para que se realice un plan de mejoramiento al respecto.

Se debe aplicar un plan de mejoramiento donde se involucre a todo el personal del servicio tanto asistencial como administrativo, en el cual se establezcan claramente todas las

necesidades del usuario y que por medio de este se puede llegar a cubrir dichas necesidades en pro de brindar una mejor atención en los servicios que presta la institución y así poder llegar a un nivel de satisfacción del 90% al finalizar el año 2023

Figura 2.

Encuestas de satisfacción usuarios servicio de urgencias, oficina de calidad y atención al usuario I trimestre 2019.



Fuente. Autoría Propia

Tabla 9.*Media- Tabla de Datos según la percepción en la atención en el área de urgencias*

										EXPECTATIVA		LEALTAD	
	5	4	3	2	1	NC	SUMA	NOTA	VN	Valor Porcentual	Relación a la expectativa	Valor Porcentual	Relación a la expectativa
1.PROCESO DE ATENCIÓN (RECEPCIÓN).								4,42					
1.1. Actitud del vigilante	30	33	16	5	7	0	91	3,81					
1.2. Calidad y claridad en la información suministrada	70	14	4	3	0	0	91	4,66	4,5	87,5	Excelente deseable	87,5	Alta promotor
1.3. Amabilidad de la persona que le brindó información.	77	11	1	2	0	0	91	4,79					
2. ADMISIÓN (INGRESO)								3,69					
2.1. Disposición y amabilidad para atenderlo.	41	30	10	4	6	0	91	4,05					
2.2. Tiempo en la autorización de servicios por parte de su E.P.S o A.R.S	31	29	8	7	15	1	90	3,6	3,5	62,5	Inaceptable En camino a la crisis	62,5	Baja con tendencia a ninguna
2.3. Tiempo que debió esperar para ser atendido.	26	25	9	12	19	0	91	3,3					
2.4. Tramites que debió realizar para ser atendido.	34	30	12	4	11	0	91	3,79					
3. INSTALACIONES								3,51					
3.1. Estado del área en que fue atendido	25	26	26	7	7	0	91	3,6					
3.2. Limpieza y orden del área en que fue atendido	28	28	17	12	5	1	90	3,69					
3.3. Señalización que le guio dentro del Hospital	20	22	23	12	13	1	90	3,27	3,5	62,5	Inaceptable En camino a la crisis	62,5	Baja con tendencia a ninguna
3.4. Estado de iluminación y ventilación de las áreas	26	23	25	7	8	2	89	3,58					
3.5. Privacidad para su atención	20	23	21	10	16	1	90	3,23					
3.6. Disponibilidad de elementos	32	20	19	7	8	5	86	3,71					

7. PROCESO DE FACTURACIÓN									4,15					
7.1 Amabilidad del servicio recibido.	32	26	9	3	2	19	72	4,15						
7.2. Oportunidad del servicio recibido.	33	25	8	3	2	20	71	4,18	4	75	Bajo No hay diferencial perceptible	75	Media Esta atento a otras propuestas Tiende a asumir actitud mercenaria porque sabe que es posible algo mejor	
7.3. Percepción general de la atención.	31	28	7	5	2	18	73	4,11						
8. PROCESO DE PAGO.									4,23					
8.1. Facilidad para el pago en cajas	38	24	5	7	1	16	75	4,21						
8.2. Trato brindado por el personal de caja.	39	20	10	6	0	16	75	4,23	4	75	Bajo No hay diferencial perceptible	75	Media Esta atento a otras propuestas Tiende a asumir actitud mercenaria porque sabe que es posible algo mejor	
8.3 Si requirió alternativa de pago, información y orientación recibida.	38	23	6	7	0	17	74	4,24						
9. PERCEPCION GENERAL DEL SERVICIO.									6,34					
9.1 Amabilidad del servicio recibido por parte del Hospital.	40	32	6	6	0	7	84	4,26	4,5	87,5	Excelente deseable	87,5	Alta promotor	
9.2 Oportunidad en el servicio.	41	26	4	6	4	10	81	4,16						
10. LEALTAD A LA INSTITUCION.									4,2					
10.1 Volvería a utilizar nuestros servicios?	48	22	10	4	4	3	88	4,2	4	75	Bajo No hay diferencial perceptible	75	Media Esta atento a otras propuestas Tiende a asumir actitud mercenaria porque sabe que es posible algo mejor	

Nota. Muestra la calificación de 1 a 5 la precepción en la atención en el área de urgencias. *Fuente.*

Autoría propia

Desarrollo de la investigación

Caracterización del Proceso de Urgencias

Se caracteriza por una Unidad Funcional del Servicio de Urgencias de la Subred Sur Occidente E.S.E Kennedy, y cumple, requisitos del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), como medio para encontrar la eficiencia socioeconómica del sistema y el afianzamiento de su seguridad jurídica. El SOGCS se reglamentó a través del Decreto 0780 del 6 de mayo de 2016, parte 5.

Según la caracterización del proceso objeto de estudio, su objetivo se enfoca a la prestación del servicio de salud en el contexto de la atención de urgencias a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy Suroccidente, priorizando la atención al usuario según la condición de salud, de forma oportuna, mejores estándares de acceso y seguridad, con una atención humanizada y óptima utilización de recursos, que permitan fortalecer los procedimientos y así mejorar la condición de salud del usuario.

Pero en orden al tiempo y en función de la viabilidad del presente proyecto, se identificó el eje estratégico gestión del talento humano planteado por la entidad 2019 en el *plan estratégico de gestión del talento humano*, como el idóneo para aplicar el diseño de mejoramiento continuo al proceso estratégico: “Construir una cultura organizacional orientada al servicio humanizado mediante el fortalecimiento de las competencias del talento humano que contribuya a la cadena de valor del servicio integral en salud” porque busca para el 2023 contar con el 80% del talento humano, formado y capacitado para fortalecer una ruta de atención óptima en materia de salud y esto repercute en el mejoramiento de la atención del usuario, disminución de PQRS, humanización del servicio y por ende, la satisfacción del usuario del servicio de salud de Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, área de Urgencias.

Situación Actual de la unidad urgencias

El modelo de Prestación de Servicios de Salud desarrolla acciones y se fundamenta en la atención básica y primaria, esa así desde el orden clínico y con pertinencia al direccionamiento estratégicos de la política nacional para la atención en salud, los servicios de urgencias deben ser de calidad, prestarse en un ambiente empático, seguro y con mínimos niveles de riesgo en salud. A él deben acceder con oportunidad todos los colombianos. En ese sentido, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy gestiona de forma oportuna, con mejores estándares de acceso y seguridad, con una atención humanizada y óptima utilización de recursos según la complejidad de la atención.

En consecuencia, en el marco del Plan de Desarrollo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, en su objetivo misional: “Prestar servicios integrales de salud con enfoque de riesgo, calidad, procesos de investigación e innovación que identifiquen y respondan las necesidades del usuario, familia y comunidad, que generen resultados positivos en salud” (E.S.E Sur Occidente 2018. Pág. 23)

Esta Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, cuenta con:

Tabla 10.

Capacidad Instalada en unidades de servicio de la red

	Uss Kennedy		Uss Bosa		Uss Fontibón		Uss pablo vi		uss Sur		
Sedes (unidades de servicios de salud)	4		2		9		11		19		
Consulta externa	56		13		41		47		50		
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	33		10		25		28		39		
Protección específica y detección temprana	6		3		56		97		174		
Servicio de urgencias	2		1		1		1		2		
Internación	15		3		5		0				
Quirúrgicos	21		5		7		0		0		
Proceso de esterilización	1		1		6		9		16		
Transporte asistencial básico	1	3	1	3	1	6	1	4	1	1	
Transporte asistencial medicalizado	1	1			1	2	0		0		
Otros servicios							1				
Ambulatorio móvil domiciliario							0				
Otros Servicios (atención domiciliaria)	0		0		4		1		0		
Modalidad móvil	1		0		9		9		1	2	1
Total servicios habilitados	137		38		156		194		284		

Nota. Esta tabla refleja la caracterización de estructura actual de la red de servicio Sur

Occidente. *Fuente.* Informe rendición de cuentas 2018.

Proceso Gestión Clínica de Urgencias es un proceso misional.

El Sistema de Gestión de Calidad (SIG) se encuentra entre los cinco misionales establecidos para que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy desarrolle su misión. En la figura 3 se visualiza su ubicación

Figura 3

Mapa de procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy.

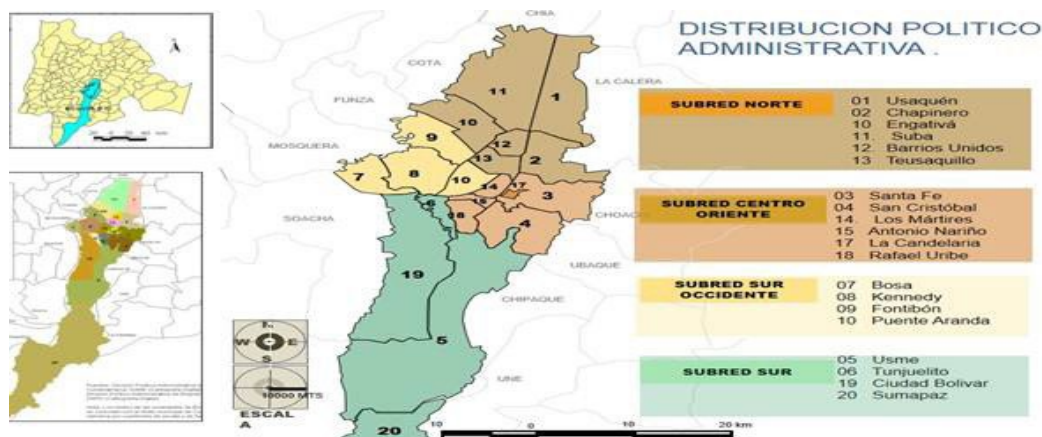


Fuente: Rendición de cuentas Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, 2021.

Macro contexto del proceso Gestión Clínica de Urgencias. La Unidad Funcional del Servicio de Urgencias Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy (proceso Gestión Clínica de Urgencias) se encuentra suscrita a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy y se articula a la Red Integrada de Servicios de Salud Distrito Capital, Bogotá según Acuerdo 641 de (Concejo de Bogotá, D.C., 2016); conformada por cuatro Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy que se identifican en la figura 4. Como: a) Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E Kennedy, b) Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy; c) Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E Kennedy. d) Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E Kennedy. Su distribución política administrativa se visualiza en la figura 4, con 30 Unidades de Planeación Zonal (UPZ) y 644 barrios.

Figura 4.*Estructura Red Integrada Servicios Salud en Distrito*

Fuente: Autoría Propia

Figura 5.*Distribución Político-Administrativa*

Fuente: Documento Técnico para Implementación del Modelo de Fortalecimiento de la Especialización de las Empresas Sociales del Estado de la Red Pública del Distrito Capital. “Redes Especializadas Altamente Resolutivas” (REAR 2015. Pág. 17)

Contexto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, adscrita a la Secretaría de Salud de Bogotá, se ubica en la Avenida Primero de Mayo No. 75 A-19 sur, en la Localidad Octava (8ª) de Bogotá, D.C., siendo este un lugar estratégico con facilidad de acceso porque esa Avenida es eje vial en la ciudad que se comunica con: la Avenida Boyacá, Avenida 68, Carrera 30 y Avenida Ciudad de Cali. Esa localización permite el acceso desde cualquier punto de la ciudad. Así mismo, abarca las localidades de Bosa, Fontibón, Puente Aranda y Kennedy. Esta Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy nace en la fusión de las Empresas Sociales del Estado, según Acuerdo 641 de 2016, emitido por el Concejo de Bogotá, D.C. para cumplir con las siguientes obligaciones: a) La atención integral sin discriminación del nivel de complejidad; b) desarrollar la central de urgencias que responda requerimientos de los usuarios en servicios y a la accesibilidad geográfica; c) adelantar programas de prevención y promoción, brindando una atención integral a los usuarios; d) Promover hábitos de vida saludable mediante el fomento de acciones de autocuidado y mutuo cuidado; e) Rendición de cuentas conforme a la normatividad, ante la población residente y beneficiaria, buscando la participación ciudadana y la mejora de los servicios de salud.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy representa la fusión de los Hospitales: Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy. Como Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, organizó los servicios ambulatorios y hospitalarios, buscando con esto la mejora en la eficiencia y la efectividad de la atención en salud, por mandato del Decreto 0780 del 6 de mayo de 2016 que reestructuró la prestación del servicio de salud en el Distrito Capital, Bogotá. En cuanto a su nivel estratégico, el gerente de la E.S.E., es parte del Comité Directivo de Red, junto con el secretario Distrital de

Salud, gerente de Capital Salud EPS y el gerente de la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica para ejercer la coordinación y articulación de la Red Integrada de Servicios de Salud Distrito Capital, Colombia. (Acuerdo 641, art. 25, párrafo, 2016)

Así mismo, a partir del anterior Acuerdo, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy estableció su Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2016 – 2020 (Alcaldía de Bogotá y Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy Occidente, 2017), considerando la siguiente estructura: a) modelo de atención para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy pertinente al modelo integral de salud definido para la Nación y el Distrito; b) mapa de procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy según nueva estructura organizacional; c) metas organizacionales de acuerdo a los modelos de atención; d) orientación de las metas del Plan de Desarrollo para el fortalecimiento de los procesos

Los siguientes puntos críticos permiten identificar a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, así:

Modelo integral de atención para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy. El modelo bajo el cual opera la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana para la Salud (OPS) para las Empresas Sociales del Estado colombiano. La base del modelo lo constituye como estrategia para mejorar en los cuatro ejes principales, Calidad de vida, calidad en atención, salud financiera institucional.

En la figura 6. se visualiza el modelo propuesto en el cual se identificaron las rutas integrales de atención para asegurador y para prestador, como: a) fomento de la salud, b) protección específica, c) detección temprana, d) diagnóstico oportuno y creación del protocolo de

atención; e) Atención especializada y f) Rehabilitación integral. Para las redes integrales de servicios de salud se determina la atención integral de la persona sana a partir de Unidades básicas ambulatorias y con Unidades complementarias hospitalarias para la atención integral de persona enferma. En relación con la salud urbana, toma los siguientes referentes: poblaciones sanas y poblaciones enfermas para: prevención primaria, secundaria y terciaria.

Figura 6.

Modelo de atención integral en salud para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy



Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2017)

El cuerpo del modelo lo determinó la siguiente normativa: Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, la Ley 1438 de 2011, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 y Ley 1753 de 2015 (Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018), las cuales fueron creadas y sancionadas con soporte en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud – OMS y la Organización Panamericana de la Salud – OPS

Plataforma estratégica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy.

Los derechos y obligaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, son determinantes para el planeamiento de la Subred, toda vez que se establecieron a partir del Acuerdo N° 11 (Alcaldía de Bogotá D.C, 2016), como acciones de la Junta Directiva, esta tiene a cargo la aprobación de los ajustes presupuestales, la determinación de la estructura institucional, la asignación del recurso humano, la aprobación estatutaria, la reglamentación interna, el manual de función según los cargos establecidos y el procedimental.

Así mismo, el planteamiento de los objetivos estratégicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy se desarrolló siguiendo lineamientos establecidos en otras normativas legales, tales como la Ley 909 de 2004 a través de la cual se provee la estructura organizativa y planta de personal. Para el control interno, se siguen los lineamientos de la Ley 87 de 1993 el cual establece un modelo estándar de control interno a aplicar a las plataformas estratégicas de las Entidades públicas, la definición de objetivos, los planes que incluyan los recursos presupuestados necesarios con sus estrategias necesarias para el logro de estos.

De acuerdo con el Decreto 1083, 2015, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, desarrolló su planeación como herramienta gerencial que articula y direcciona los ejes estratégicos de la entidad, enunciados en su misión, visión y los valores y principios corporativos y es a partir de esta estructura jurídica que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, adoptó su plataforma estratégica y con ella el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno.

Como componentes que configuran la plataforma estratégica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy se encuentran:

Visión: “Brindar servicios de salud con altos estándares de calidad, a través del Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria en Salud, gestión asistencial excelente, segura, humanizada, eficiente, promoción de la docencia, investigación e innovación con talento humano íntegro para contribuir al bienestar y calidad de vida de la población”. (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E)

Misión: “En el año 2030, la Subred Sur Occidente será reconocida a nivel nacional por su modelo de atención con enfoque diferencial, de género, territorial y participativo, logrando estándares superiores de calidad, promoviendo la docencia, investigación e innovación, auto sostenibilidad y gestión ambiental, fomentando el bienestar de los colaboradores de tal manera que impacté positivamente en la calidad de vida de la ciudadanía”. (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E)

Principios. A continuación, en la tabla 6 se describen los que orientan su ética en la actuación:

Valores. Los valores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, se describen en la siguiente tabla 6,

Tabla 11.*Principios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy*

Principios	Descripción
Transparencia	Obrar y actuar en virtud del debido respeto a lo público como bien de todos; con rectitud en representación de la sociedad; gestión honesta en el manejo de recursos.
Excelencia	Articular acciones para dar respuesta positiva y oportuna a las necesidades en salud de los usuarios a través de la prestación de servicios integrales, con calidad técnica, científica y humana.
Servicios humanizados y seguros	Entender que la manifestación de la vocación de servicios de colaboradores en su actuar diario, expresado a través del comportamiento que respete la dignidad humana, fortalezca el trabajo en equipo, cumpla normas de seguridad y minimice riesgos en la prestación del servicio, genere valor social y ambiental en los grupos de interés.
Respeto por la dignidad humana	Manifestar en todos los niveles, proyectos y compromisos de la organización. Considera que los derechos de las personas son propios y en consecuencia inaplazables y no negociables.

Nota. Relaciona los Principios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Occidente E.S.E Kennedy. *Fuente.* Tomado de Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Occidente E.S.E)

Tabla 12.*Principios y valores que rigen la humanización del servicio E.S.E Kennedy*

Valores	Definición
Respeto	Tratar humanamente a las personas; reconocer al otro, como un ser real, semejante a la vez, considerado como individuo diferente.
Trabajo en equipo	Coordinar e integrar los esfuerzos entre los colaboradores, para lograr un mismo resultado, de acuerdo con las habilidades, destrezas individuales. Ninguno es más capaz que todos juntos.
Compromiso	Tomar conciencia de una forma libre y congruente en la importancia que tiene el cumplir el desarrollo del trabajo con profesionalismo, responsabilidad y lealtad para lograr un servicio de alta calidad y que supere las expectativas de clientes internos y externos.
Vocación de servicio	Es el rol del servidor de forma espontánea y con actitud permanente de colaboración hacia los demás, trasladado a todos los ámbitos de la vida y trabajo
Disciplina	Modelar y perfeccionar el accionar, fortaleciendo los buenos hábitos, organizando el tiempo y generando credibilidad ante los demás, para alcanzar actividades, metas y objetivos.

Nota. Relaciona las definiciones de los principios y valores definidos por la entidad.

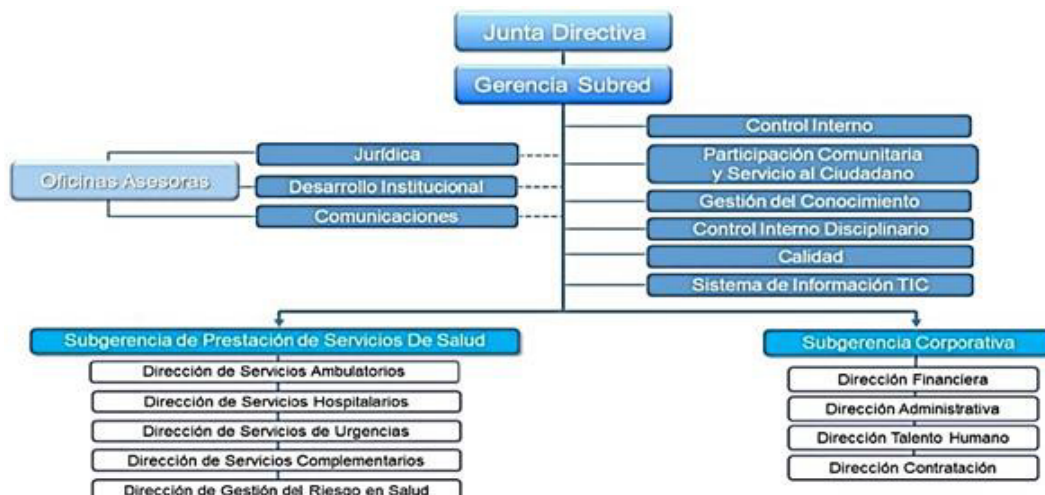
Fuente. Tomado de Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E)

Organigrama Institucional.

Según el Acuerdo 17 de 2017, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy crea su estructura orgánica, ver figura 7, la cual “está conformada por la Junta Directiva, la Gerencia, tres oficinas asesoras, denominadas: a) Desarrollo Institucional; b) Jurídica y Comunicaciones. Seis oficinas: a) Control Interno; b) Control Interno Disciplinario; c) Participación Comunitaria; d) Atención al Ciudadano; e) Calidad; f) Gestión del Conocimiento y Sistemas de Información – TICS. Dos Subgerencias: a) De Prestación de Servicios de Salud con cinco direcciones a su cargo (Servicios Ambulatorios, Servicios Hospitalarios, Servicios de Urgencias, Servicios Complementarios y Gestión del Riesgo en Salud) y b) Corporativa, con cuatro direcciones (Talento Humano, Administrativa, Financiera y Contratación).”

Figura 7.

Estructura Organizacional Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy.



Fuente. Extraído de rendición de cuentas Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, 2021.

Al interior de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, existen Redes de Atención ⁵ según tipo de sede, detalladas en la tabla 9.

Tabla 13.

Atención urgencias según sede integrada E.S.E Kennedy

Sede tipo Hospital	CAMI	UBA	UPA	CAD	CAP	CDPH	CSDH	Unidad Móvil	Total
3	6	11	31	1	0	0	4	3	59
Definiciones									
CAMI: Centro de Atención Médica Inmediata					CDPH: Centro de Desarrollo del Potencial Humano				
UBA: Unidad Básica de Atención (Fija).					CSDH: Centro de Salud y Desarrollo Humano				
UPA: Unidad Primaria de Atención					Unidad Móvil: Unidad Básica de Atención, que presta servicios de manera itinerante en una o varias localidades				
CAD: Centro de Atención a Drogodependencia									

Nota. Unidades de urgencia por sede integrada a la ESE Kennedy. *Fuente:* Registro

Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)- IPS.

Por otro lado, los pronósticos de crecimiento de población realizadas por el DANE, para el año 2021 ver figura 8, dan cuenta del impacto que tendrá la prestación del servicio de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, así: a) 38.76% corresponde a la población de la Red Norte con 297.9275; b) 31.28% a la Red Sur occidente con 240.4766; c) 16% a la Red Sur con 122.6942 y; d) el 14% a la Red Oriente 107.6308

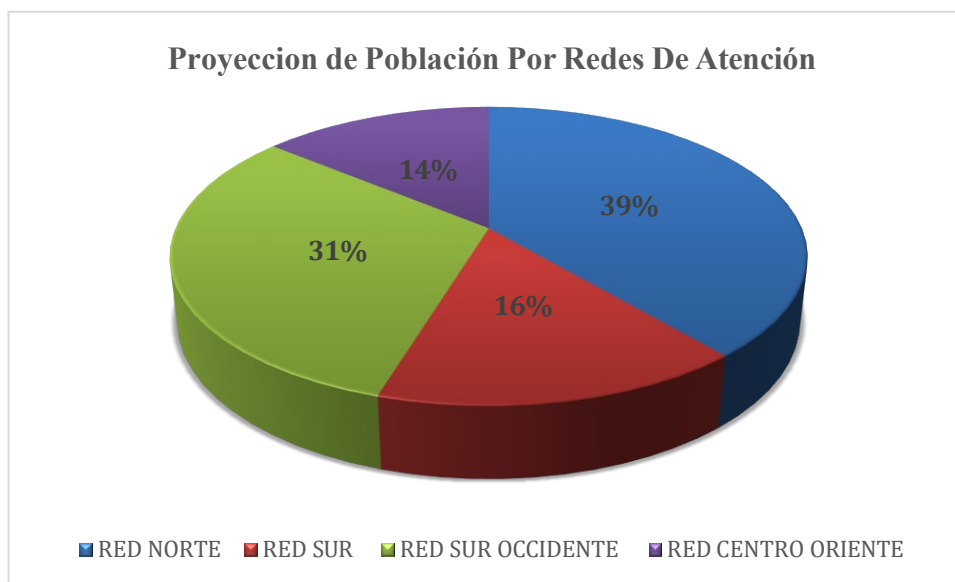
Si bien, en el anterior registro se identifica una gran población para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, en ella existen condiciones sociodemográficas diferenciadoras de acuerdo con el tipo de población que se encuentra en cada

⁵ Las Redes de Atención, en el contexto de la Ley 100 de 1993 o Sistema de Seguridad Social Integral / Sistema General de Seguridad Social en Salud, Art. 153 Numeral 9. son conjunto organizado de entidades e instituciones públicas y privadas, de organizaciones sociales, de mujeres y hombres, que se articulan en función de favorecer la calidad de vida y el bienestar de la población usuaria, garantizado el acceso y la integridad de los servicios de salud, (...).

una de las localidades que la componen, a saber: Bosa, Fontibón, Puente Aranda y Kennedy y que a continuación se detallan:

Figura 8.

Proyecciones de Población Por Redes De Atención



Fuente: Autoría Propia a partir de datos del DANE 2021

Bosa

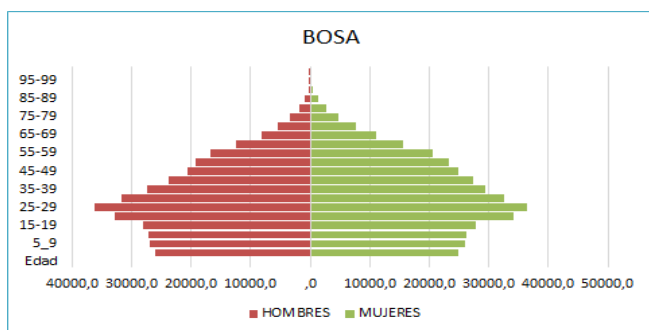
Composición de la localidad. Esta localidad está compuesta por 300 barrios, de los cuales, 222 se encuentran legalizados y 78 sin información; el 30% no posee redes domiciliarias de agua potable legalizadas y el 10% no tiene servicio de agua potable. En total, el 30% de los barrios presentan problemas de instalación total o parcial de redes domiciliarias de agua potable y las que existen en la actualidad son de contrabando. Además, de los 300 barrios, 26 pertenecen al estrato 1, 258 son de estrato 2 y 15 son de estrato 3. Los habitantes en su mayoría son de estrato bajo, con alta presencia de inquilinatos en donde conviven 2 o 3 familias con índice de miseria

que asciende al 27% de los hogares; el 18.41% de las personas se encuentran sin atención de necesidades primarias, el 16.50% viven en pobreza y el 1.91% en miseria.

Densidad poblacional. La localidad de Bosa, presenta una densidad mayor que el promedio de la ciudad. Mientras que la densidad neta de la población para la ciudad es de 180 habitantes/ha. En esta localidad, es de 312.239 habitantes/ha. La tasa de crecimiento es de 2.8%. Una de las causas de este crecimiento puede ser el fenómeno de expansión urbanística de los últimos años, generada por el desplazamiento de habitantes de otras ciudades en busca de mejores oportunidades o por el desplazamiento forzoso originado en los procesos de violación de derechos humanos y violencia. Para el año 2022 se espera una población de 726293 habitantes, de los cuales el 48.11% serán hombres y el 51.89% mujeres (Ver figura 9).

Figura 9.

Pirámide poblacional proyección 2022 según edad y sexo, localidad de Bosa



Fuente. Autoría Propia a partir de datos del DANE Proyecciones de población desagregadas por localidades 2018-2035 y UPZ 2018-2024

Delimitación geográfica. La localidad de Bosa, sector centro, se encuentra limitada por la Autopista Sur y el río Tunjuelito, y mantiene una alta densidad poblacional con alta vulnerabilidad por fragilidad en las conexiones viales. Bosa occidente tiene un alto crecimiento y

áreas de desarrollo amenazadas por riesgo de inundación y una deficiente estructura vial y servicios de salud, teniendo que utilizar los servicios de Bosa Centro, sometiéndose a retrasos por el río Tunjuelito, afectando en mayor parte la cobertura de Bosa Nor-occidental.

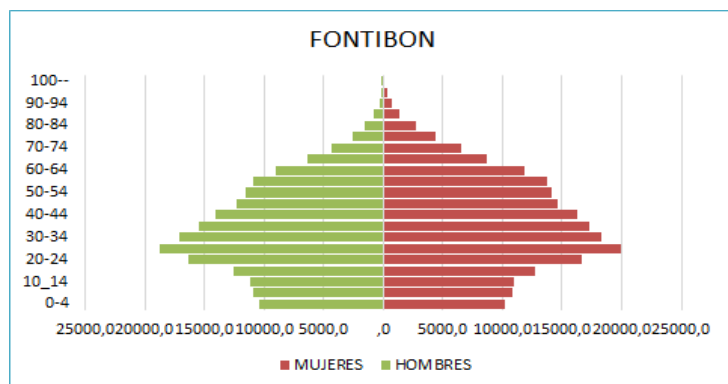
Fontibón:

Composición de la localidad. Fontibón está compuesta por 105 barrios, entre los estratos 2,3,4,5, de los cuales 46 son de estrato 2, 44 estrato 3, 9 estrato 4 y 6 de estrato 5. Presenta un crecimiento del 2.51%, de los cuales el 13% se encuentra con necesidades básicas insatisfechas, el 9% vive en pobreza y el 4% en miseria.

Densidad poblacional. Existen 72.5 habitantes por hectárea. Las áreas donde existe mayor concentración de personas, es el complejo urbanístico de Ciudad Salitre la zona centro de la localidad, ubicada sobre la calle 13. La distribución de la población es urbana, con participación de una población flotante del sector industrial y comercial. La proyección para el año 2022 de 399.020 habitantes, refleja la transición demográfica e implica un cambio profundo en la composición etérea, reflejada en el grupo de 44 – 59 años y especialmente en el de 60 años y más Ver figura 10.

Figura 10.

Pirámide poblacional proyección 2022 según edad y sexo localidad de Fontibón



Fuente. Autoría Propia a partir de datos del DANE Proyecciones de población desagregadas por localidades 2018-2035 y UPZ 2018-2024

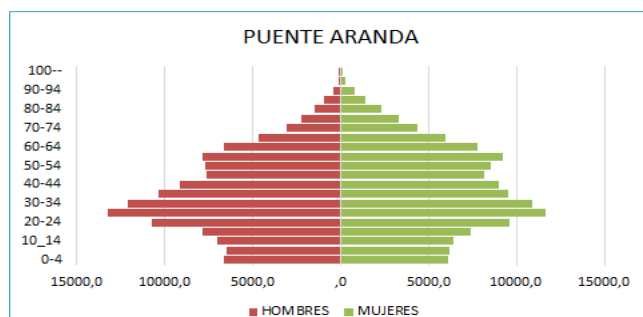
Puente Aranda

Composición de la localidad. La localidad de Puente Aranda está compuesta por 40 barrios, con una población total de 253.367 habitantes, la cual representa el 6% de la población de Bogotá. Socioeconómicamente no hay población en los estratos 1 y 6, en el 2 está el 5.6%, en el 3, 82,8%, en el 4, 10,8% y en el estrato 5, el 0,8%. La mayor cantidad de personas son de estrato 3, estimándose en promedio 25.830 personas con necesidades básicas insatisfechas, 25.766 en pobreza, 64 en miseria, para un total de 51.660 en riesgo social.

Densidad poblacional. La localidad cuenta con 206.52 habitantes por hectárea, además del total de población de la localidad el 47.5% son hombres y el 52.4% son mujeres, 11% corresponde a menores de 5 años, 21% menores de 15 años y 5.7% a mayores de 65 años. Es importante resaltar que la población menor de 15 años es cinco veces mayor que la población de 65 años. La tasa de crecimiento es del 1.46, se espera para el año 2022, una población de 255.124 habitantes proyectada por género 49% hombres y 51% mujeres Ver figura 11.

Figura 11.

Pirámide poblacional proyección 2022 según edad y sexo localidad Puente Aranda



Fuente. Autoría propia a partir de datos del DANE y proyecciones de población desagregadas por localidades 2018-2035 y UPZ 2018-2024

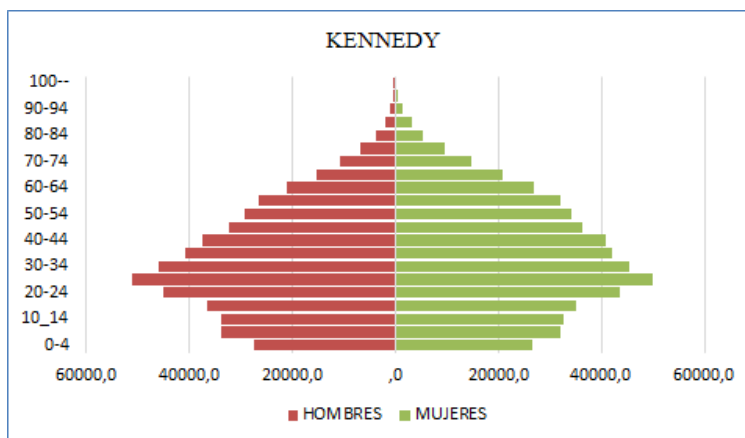
Kennedy

Composición de la localidad. Compuesta por 165 barrios, correspondiendo la mayor densidad poblacional al sector de Patio Bonito, el Tintal, Casa Blanca y las Supermanzanas. En la localidad de Kennedy, habitan aproximadamente 1.273.390 habitantes, en condiciones diversas: desplazados por la violencia, reinsertados, militares urbanos, comunidades en alto riesgo, obreras, técnicas, profesionales, comerciales, industriales, líderes comunitarios, políticos y comunidades de pensionados. Alrededor del 58% de la población se encuentra en estrato 3, 38% en estrato 2 y alrededor del 4%, en estrato 1.

Densidad poblacional. La localidad de Kennedy tiene una tasa de crecimiento del 3.5%. Esta tasa es comparativamente superior a la observada para la capital, que es del 2.97%. Para el año 2022 se espera un crecimiento de 1.034.293 habitantes, de los cuales el 48% serán hombres y 52% mujeres Ver figura 12.

Figura 12

Pirámide poblacional proyección 2022 según edad y sexo localidad Kennedy



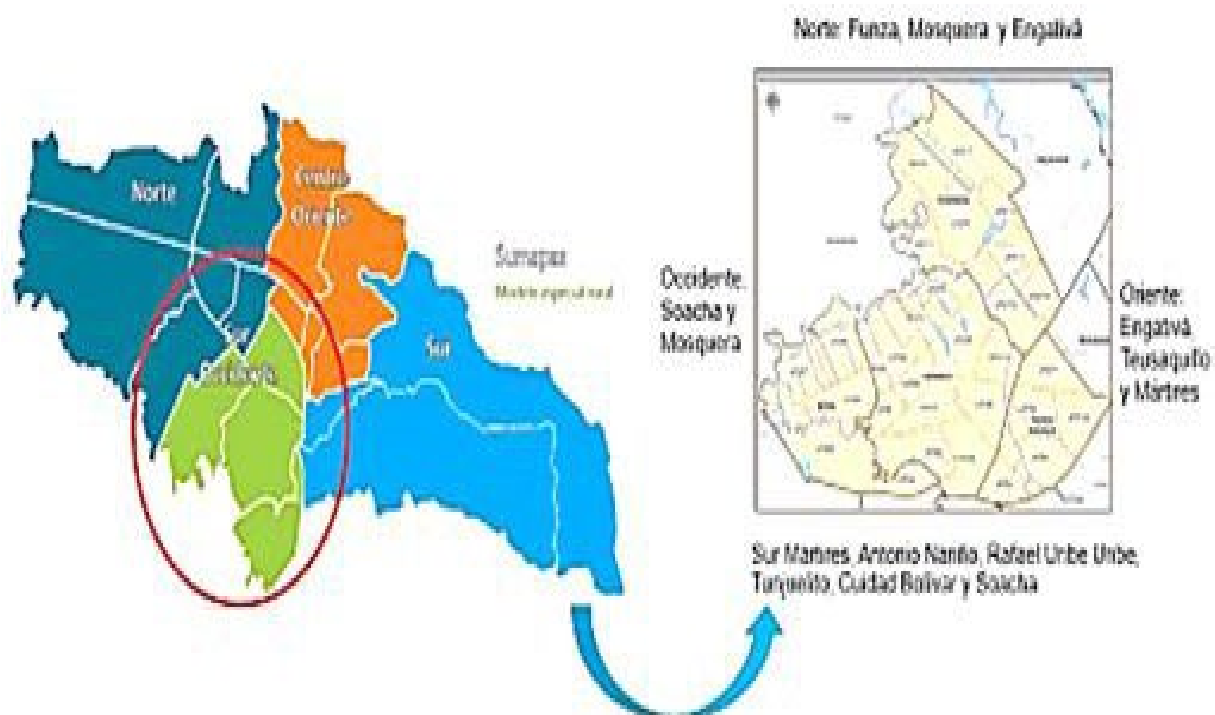
Fuente: Autoría Propia a partir de datos del DANE Proyecciones de población desagregadas por localidades 2018-2035 y UPZ 2018-2024.

Población de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Kennedy. La mayor cantidad de población de la Red se encuentra en la localidad de Kennedy, ubicada al Sur Occidente de la ciudad de Bogotá. Se extiende en 22.596 ha. De las cuales el 92% son zona rural y el 8%, área urbana; la Red conformada por las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, cuyo espacio geográfico se visualiza en a figura 13, cuenta con una población a de 2.404.766 habitantes; es decir, el 30.69% de la población de Bogotá con una razón de 1.14 mujeres por cada hombre.

Figura 13.

Mapa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy



Fuente. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2017)

Tabla 14.

Censo poblacional del Régimen Contributivo y subsidiado en salud

Localidad	Contributivo	Régimen Subsido	Régimen Excepcional	No Afiliados	Población Total	Movilidad
Bosa	520.142	13.599	13.608	3.591	673.940	19.387
Fontibón	358.314	25.535	15.955	1.206	401.010	21.570
Kennedy	937.411	132.653	36.146	5.788	1.111.998	4.011
Puente Aranda	18.509	19.723	6.109	1.088	213.429	2.976
Total	2.002.376	314.510	71.818	11.673	2.400.377	47.944
	%	83,42%	13,10%	2,99%	0,49	100

Nota. Muestra la composición en número de personas según el régimen por red integrada.

Fuente. Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Aseguramiento, (diciembre 2018)

Con respecto al aseguramiento, se evidencia que el 2.002376 % de la población se encuentra en la subred sur Occidente E.S.E pertenece al régimen contributivo, seguido por el régimen subsidiado con 83.42%, el régimen excepcional con un 13,10% y con una baja participación se encuentra los no afiliados con el 2,9% de la población.

Tabla 15.

Consultas Urgencias General / Respiratoria

	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
General	7.131	7.572	7.634	6.981	7.611	8.305	10.104	9.797	9.422
Respiratoria	572	716	618	1.100	889	665	819	298	751

Nota. Muestra las estadísticas mes a mes de atención por afectación en el sistema respiratorio. *Fuente.*

Rendición de cuentas Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE (2020).

Identificación de la Situación Actual de la Unidad de urgencias

Debido al conflicto armado, político y económico por el que Colombia atraviesa, se presentan hechos intencionales (violencia) y no intencionales (accidentes), que constituyen un creciente problema de salud pública, generando enormes costos a la sociedad al aumentar el gasto en salud y propiciar una gran demanda de servicios de urgencias, lo cual afecta su calidad, cobertura, y gastos de operación.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario replantear la estructura hospitalaria en cuanto a los servicios de urgencia se refiere, con el finde brindar las garantías en la prestación de servicios a los usuarios con la promesa de valor ofrecida; es así como el Modelo de Prestación de Servicios de Salud, está basado en la Atención básica, la Gestión del Riesgo en salud y los referentes en lo clínico en el área de urgencias. “Prestar servicios integrales de salud con enfoque de riesgo, calidad, procesos de investigación e innovación que identifiquen y respondan las necesidades del usuario, familia y comunidad, que generen resultados positivos en salud” (E.S.E

Sur Occidente 2018. Pág. 23) y desde el punto de vista operacional de la Clínica en la atención de urgencias, se orientan algunos factores que son necesarios para dar respuesta a estos objetivos tales como: “Oportunidad de la Atención, Porcentaje Ocupacional y Resolutivita en los servicios de urgencias” (E.S.E Sur Occidente 2018. Pág. 23).

En la actualidad la medicina está dirigida a disminuir la mortalidad por eventos catastróficos de aparición súbita o accidentes con lesiones severas, llevando la atención fuera de los establecimientos médicos para llegar y beneficiar directamente al paciente, por ello, la atención emergencias debe concebirse como parte de un proceso que se inicia desde el primer contacto, hasta el egreso o definición de conducta.

El Sistema de Urgencias actual presenta las siguientes fallas principales:

Carencia de coordinación interinstitucional para la atención de urgencias.

No existe una red de radiocomunicación sistemática.

Infraestructura física deficiente.

Falta de personal.

Falta de adherencias a los procesos institucionales por parte de los colaboradores.

Existen barreras de acceso evidentes como es el pagador del usuario.

Ausencia de un sistema estructurado de triage.

Mediante la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se establece un marco de actuación con énfasis en la Atención Primaria en Salud (APS) de las familias y las comunidades, así mismo un marco estratégico mediante el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)⁶

⁶ Establecido a nivel nacional, a través de la Resolución 429/2016

Supone la implementación de todos los aspectos técnicos, que Según Tejada (2020) “permiten garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad” (Pág. 33).

El modelo de prestación de servicios fundamenta su estructura en las acciones de mitigación del riesgo siendo un punto álgido para quienes están y para quienes acuden a las áreas de urgencias.

El proceso de Gestión Clínica en la ESE Subred Integrada de Servicios de Salud Kennedy prioriza de acuerdo al modelo, los usuarios que presentan condiciones críticas en su salud y que suponen un riesgo la vida y la integridad del paciente, calificando el nivel de gravedad por supuesto priorizando las de más alto impacto sobre el paciente y que requiera un nivel alto y especializada en la atención, con información pertinente al usuario o acompañante sobre la situación real de salud, comunicación con alto sentido de empatía y humanización frente a la situación.

Consultas de urgencias

De acuerdo con el informe de la Red Salud Sur Occidente ESE (2021), la tendencia en la atención de consultas de urgencias del 2021 refleja una desviación negativa de 0.5% (461), en abril se inició con las consultas generales vs respiratorias con (125.220) realizadas en el periodo de enero a diciembre, el 53% (59.310) son de patologías comunes y 27% (30.749) a patologías. El número de pacientes diagnosticados con COVID 19 es del 34% (85), con mayor número de ingresos estableciendo y se presenta en la USS Kennedy.

Tabla 16.*Indicadores de consultas por Urgencias*

	Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III	Trimestre IV	Total
2021	26842	28755	32852	36771	125.220

Nota: Esta tabla muestra el comportamiento de las atenciones de consultas de urgencias del 2021. *Fuente.* Rendición de cuentas Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE (2021)

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), marcaron un cambio significativo en la concepción de la Medicina de Urgencias, se propuso a las Administraciones públicas Sanitarias, corregir las situaciones de las asistencias atendidas, lo que conllevó a dotar a los hospitales de personal médico específico cuya actividad se desarrolle únicamente en este ámbito. Por ello se crea en el año 2014 la categoría profesional de médicos de urgencia hospitalaria, a la vez que se regulan de forma específica las funciones que deberán desempeñar estos profesionales, los requisitos de acceso a la misma, así como aquellas cuestiones que resultan necesarias a la hora de establecer una nueva categoría y modalidad estatutaria.

Según Domínguez, Ciprés (2020) citando lo conceptualizado por la OMS define urgencia como “la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema, de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” (Pág. 53)

Identificación de las actividades que no generan Valor denominados Desperdicios en el área de urgencias de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy.

En salud se entiende por desperdicio todo aquello que puede suprimirse sin afectar poner en riesgo la atención de calidad y no solo tienen importancia en la ineficiencia si no con su interferencia en la ejecución de procedimientos sus resultados, los costos y el trabajo de las personas. Esta área en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy presenta las siguientes condiciones en cuanto a capacidad instalada dotación; de infraestructura y respecto a estructura física.

Capacidad instalada dotación. El servicio de urgencias se inició su prestación al público, el 30 de junio de 1984. Se ubica en el primer piso de la institución; su cobertura corresponde a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy de la capital del país; la estructura física de este servicio ha sido modificada a través del tiempo, con el ánimo de ampliar sus instalaciones y de dar respuesta al aumento progresivo de la demanda que se ha venido presentado. Cuenta con capacidad instalada que se visualiza en la tabla 12 (capacidad instalada dotación).

Tabla 17.

Estructura y dotación del área de urgencias de la Subred E.S.E Kennedy

Descripción	Unidad	Cantidad
Cubículo de información ubicado en la sala espera con atención al público 12 horas	Unidad	1
Sala de espera que cuenta con ventanillas integrales de atención	Unidad	1
Sala de observación con	Camillas	132
Sala general – servicio para adultos	Camillas	70
Sala pediátrica- rehabilitación para niños	Camas	5
	Consultorio	3
Consultorios de atención médica	Sala procedimientos	2
Consultorio de maxilofacial	Consultorio	1
Sala de yesos	Sala	1
Ambulancias (1 mecanizada y 1 básica)	Ambulancias	5
Salas reanimación (1 adulto y 1 pediátrica)	Salas	2
Consultorios Triage	Consultorio	3
Consultorios urgencias medicina general	Consultorio	5
Consultorios urgencias medicina especializada	Consultorio	5

Nota. Muestra la capacidad instalada en cantidad de insumos y estructura para atención en áreas de urgencias de la red. *Fuente.* Autoría propia, según informe de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, (2019)

Tabla 18.

Dotación y capacidad a 2021 de la Sub-Red E.S.E Kennedy

Característica	Número
Ambulancias	228
Camas	131
Salas	734
Sillas	47
Total, general	1140

Nota. Muestra la capacidad instalada en cantidad de insumos y estructura para atención en áreas de urgencias de la red en el año 2021. *Fuente.* Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy, Aplicativo Almera.

Tabla 19.

Capacidad instalada infraestructura E.S.E Kennedy

Servicio	Consultorios de Triage	Urgencias	Camillas de Observación
Nº de consultorios	9	22	222

Nota. Muestra la capacidad instalada en número de consultores de la red para la atención de

urgencias. *Fuente.* Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E Kennedy

Integrada d Servicios de Salud Sur Occidente ESE, (enero 2019)

Es así, que la Unidad de Servicios Occidente de Kennedy, está distribuido en distintas áreas de atención, así como áreas destinadas como sala de espera para pacientes, de acuerdo con la función que se desarrolla en cada una de ellas. En la actualidad y debido a las obras de reforma integral del servicio, existe una reducción del espacio disponible en las distintas áreas, así como una diferente ubicación de estas respecto a la situación definitiva, pero sin cambios en cuanto a la función de estas, Estas áreas son:

Área de Admisión: Es el área administrativa encargada de realizar la admisión administrativa al 100% de los pacientes, caracterizando el paciente de forma eficiente.

Área de Clasificación (triage): es la zona donde el paciente tiene el primer contacto con el personal médico, el cual asigna una prioridad al paciente según la gravedad del cuadro que presenta y además se ubica a dicho paciente en las diferentes áreas de atención o de espera. Dispone de una o dos salas para realizar esta labor y es atendido por un médico y un Auxiliar de Enfermería.

Unidad de Consulta Rápida (UCR): dependiente del área de clasificación, atendida por un médico y destinada a la asistencia de aquellas patologías menos urgentes que no precisan pruebas diagnósticas.

Área de Asistencia-Reconocimiento: donde se ubican las salas destinadas a la asistencia de las diferentes patologías, diferenciando entre estos los siguientes puntos de atención:

Sala General: En este sector se ubican los pacientes, los cuales su diagnóstico se encuentran en espera de toma de exámenes o resultados y revaloración para definir conducta.

Sala de Reanimación: en el que se presta la asistencia de las “emergencias”, ya sean médicas o traumatológicas.

Sala de Traumatología: dispone de dos (2) salas para la atención de la patología traumatológica, incluyendo una sala para la realización de procedimientos y la sala de ortopedia.

Sala de Inmovilizaciones

Sala de procedimientos

Sala de observación: donde se presta la asistencia del resto de la patología médica.

Sala de Enfermería: destinado a la extracción de análisis, tratamientos parenterales y curas, además de otras funciones.

Área de Observación: Se ubican los pacientes que por su condición clínica se encuentran en tratamiento a la espera de ubicación de cama en el servicio de hospitalización de la especialidad tratante, lugar para garantizar los máximos cuidados post-quirúrgicos durante el ingreso ambulatorio. Transcurridas unas horas y una vez que el profesional lo valore, el paciente recibe el alta médica.

Unidad de Alta Resolución de Urgencias (UARU): dependiente del área de observación y que asume la asistencia de aquellas patologías en las que se prevea una resolución en dicha área sin necesidad de hospitalización y además sirve de ubicación para los pacientes destinados a tres unidades funcionales:

Salas de espera: se diferencian dos espacios destinados a la espera de pacientes:

Sala de espera de pacientes válidos: es la sala de espera que está ubicada al lado del Área de Admisión y está externa a las salas de reconocimiento.

Sala de espera de pacientes no válidos: destinada a aquellos pacientes que por sus características (encamados, mayor edad) necesitan esperar en camillas o sillones. Situada junto a salas de reconocimiento y cercano al personal sanitario.

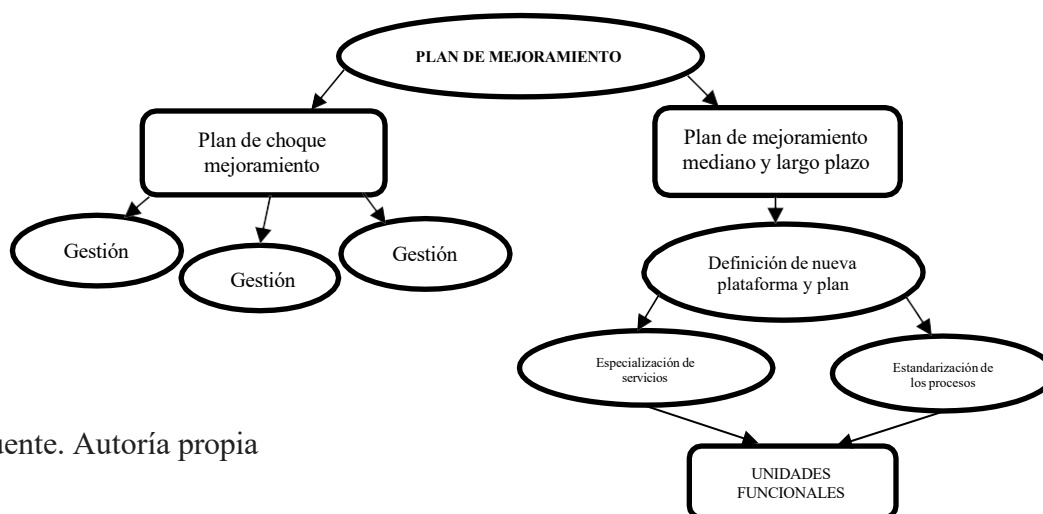
Plan De Mejoramiento Para El Diseño De La Unidad Funcional De Urgencias - Fase De Actuar.

El cierre del ciclo PHVA, implica actuar correctivamente se deben reunir todos los elementos y generar un plan de mejoramiento para el servicio, a través de un esquema de aprendizaje institucional que posibilita un mejoramiento continuo.

Objetivo: Optimizar de forma eficiente los recursos necesarios para una correcta atención a los usuarios que ingresan por urgencias estableciendo responsabilidades, creando conciencia sobre el éxito de las operaciones y mejorando la eficiencia del servicio (tiempo, costo y calidad).

Figura 14.

Plan de mejoramiento



Fuente. Autoría propia

Unidad Funcional de Urgencias

Esta figura se encarga de asumir la misión, objetivos y responsabilidad del proceso, mantener la interrelación con los demás, asegurarse de que está adecuadamente documentado y gestionar los resultados.

Los organigramas son verticales mientras que la atención a nuestros usuarios es horizontal, ya no basta pensar en funciones o departamentos, sino que hay que pensar en "procesos", en procesos de negocios.

Al pensar en términos de procesos se dice que modifica la actitud a favor del cambio, nos muestra qué actividades son más lógicas, y qué actividades son innecesarias. Aprender los procesos es la manera simple de diseñar las cosas. Es la mejor forma de tener flexibilidad, de pensar en el usuario.

Entre las muchas bondades que tienen las auditorías está la verificación de condiciones de calidad y el direccionamiento por parte de la entidad de las acciones, cuantas veces fuere necesario, de los planes de mejora hasta el punto de optimizar el proceso que brinde los más altos estándares de atención al usuario

Gerencia de Procesos.

Los procesos organizacionales son la estructura encargada de direccionar las actividades que se establecen en una institución y determinantes para evitar eventos o actividades improductivas y que por el contrario optimice todos los mecanismos implementados para el correcto funcionamiento de una entidad; los cuales en un 80% deben ser predictibles y su desempeño ajustado a lo esperado.

Para intervenir y direccionar los procesos, se aplica el modelo de gerencia por procesos; la cual busca en los procesos repetitivos en el cual se logran alcanzar alta capacidad en el manejo

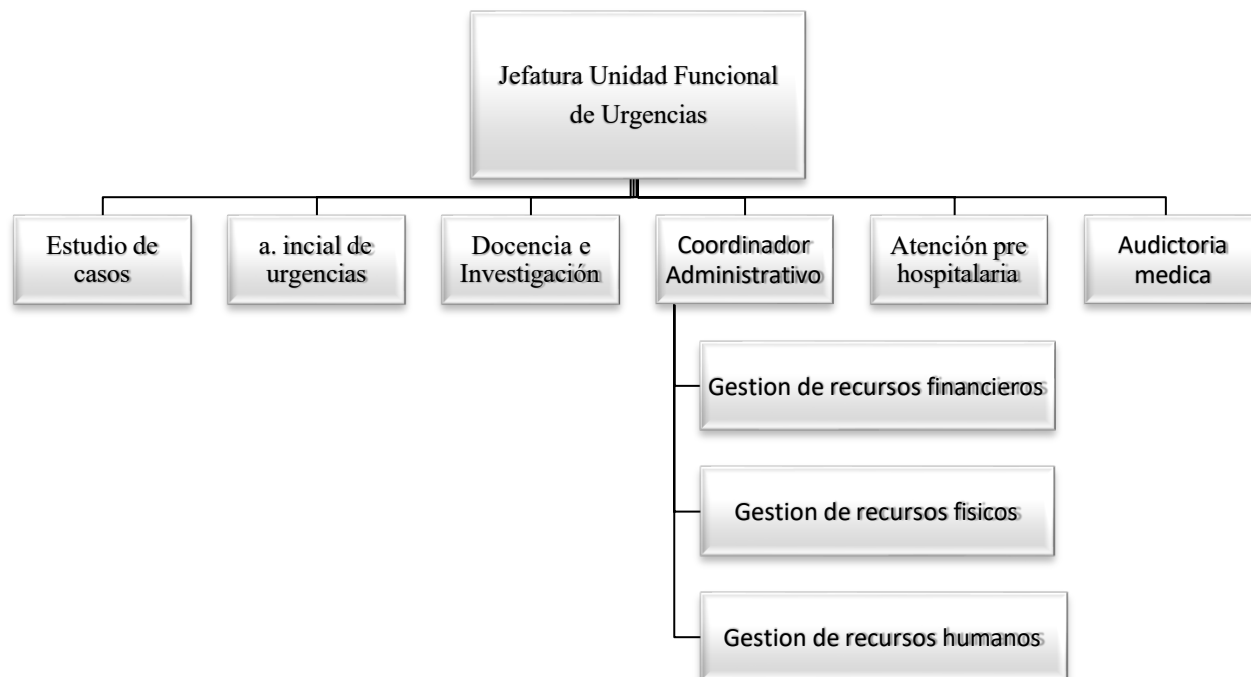
tecnológico de la institución, implementando las mejores prácticas en la generación de datos dinámicos, sin alterar la función normal de las áreas funcionales de la clínica.

La gerencia de procesos es la implementación del ciclo gerencial básico o Ciclo PHVA, decir, planear, hacer, verificar y actuar; comprendiendo que cada cuadrante se ejecuta a través de circuito que permite la realización de estos. Esta técnica, lo que busca es darle una dinámica más cooperativa y colaborativo entre quienes ejercen los cargos directivos como quienes se encargan de operativizar todo el sistema, de esta forma la gerencia de proceso enfocara mejor sus esfuerzos en las actividades propias del rol como la búsqueda de proyección institucional, según Ferrada D. Ricardo se debe establecer claramente que su propósito es:

Diagnosticar y proporcionar el tratamiento inicial a los pacientes con enfermedad aguda y crítica que requieren internación al hospital.

Diagnosticar y ordenar tratamiento a los pacientes que padecen enfermedades agudas, pero no críticas que pueden ser manejadas en forma ambulatoria.

Liderar la atención en situaciones de desastre y participar en su manejo en conjunto con los demás Servicios de Urgencias de la comarca.

Figura 15.*Unidad funcional de urgencias**Nota:* Autoría propia**Servicios ofertados especialidades disponibles 24 horas presénciales**

Anestesiología

Cirugía general

Medicina interna

Pediatria

Ortopedia

Radiología

Disponibles de llamada

Cirugía infantil

Hemato-oncología

Intervencionismo radiológico

Neurocirugía

Oftalmología

Gastroenterología

Triage

El paciente es evaluado rápidamente por un médico entrenado, quien prioriza la atención, con el triage, brindando así un direccionamiento más oportuno hacia los servicios más ajustados a su patología

Tabla 20.

Cargos y perfiles de los puestos de trabajo de la Unidad Funcional de Urgencias

CARGO	TIEMPO	JORNADA	No. Personas	PERFIL BASICO	PERFIL ADQUIRIDO
Jefatura	8 horas	día	1	Médico Especialista	Experiencia Mínima 1 año Cursos
Coordinador Administrativa	8 horas	día	1	Médico o Enfermera	Experiencia en Administración de Servicios Asistenciales
Médico Urgencias	24 horas	Mañana, tarde, noche	24	Médico General	Cursos referentes al desempeño de su cargo y experiencia mínima de 1 año
Médico APH	24 horas	Mañana, tarde, noche	8	Médico General	Cursos referentes al desempeño de su cargo y experiencia mínima de 1 año
Enfermera	24 horas	Mañana, tarde, noche	12	Enfermera Profesional	Cursos referentes al desempeño de su cargo y experiencia mínima de 1 año
Trabajo Social	24 horas	Día Noche	2	Profesional en Trabajo Social	
Auxiliar de Enfermería	24 horas	Mañana tarde noche	40	Auxiliar de Enfermería	Experiencia mínima de 1 año en el desarrollo de actividades en el servicio de urgencias

Auxiliar de Enfermería APH	24 horas	Mañana tarde noche	8	Auxiliar de Enfermería	Experiencia mínima de 1 año en el desarrollo de actividades en el servicio de urgencias
Auxiliar Administrativo	24 horas	Mañana tarde noche	12	Bachiller	Conocimiento en Manual Tarifario SOAT, POS y NO POS, cursos de sistemas básicos de información
Guía integral del Usuario	8 horas	día	2	Bachiller	Conocimiento en Manual Tarifario SOAT, POS y NO POS, cursos de sistemas básicos de información
Secretaria	8 horas	día	1	Bachiller	Conocimiento en técnicas administrativa y sistemas Básicos de información
Técnico	8 horas	día	1	Técnico	Conocimiento en técnicas administrativa y sistemas Básicos de información
Total			112		

Nota. Muestra el perfil de cargos y cualificación de esos perfiles. *Fuente.* Autoría propia

Procesos.

La existencia de una organización está vinculada a la caracterización formal o informal del conjunto de prácticas, que deben ser repetibles y permanentes en el tiempo de forma regular. La rutina es la agrupación social de este conjunto de actividades en el tiempo, expresado por comportamientos y supuestos que garantizan la supervivencia. Tradicionalmente se expresa con frases como aquí siempre lo hacemos así, eso nos funciona.

Se establece claramente que los procesos son una estructura sistemática y de orden lógico que se establecen como ruta hacia la situación que se desea abordar y con el cual se espera el mejor resultado posible, siempre integrando las capacidades totales de la institución en el desarrollo de las mejoras continuas.

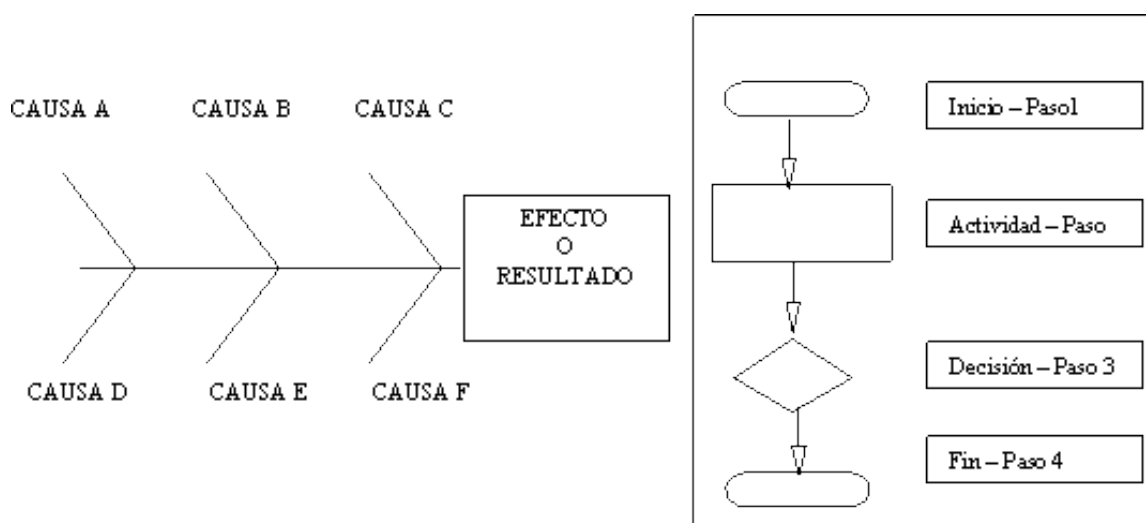
Los procesos deben responder a los propósitos organizacionales y debe haber información que ayude a monitorear que estos generen los resultados esperados.

Los procesos son una estrategia que permite asignar labores específicas a personal específico idóneo y capacitado para abordarlos con suficiencia; esta estrategia ha resultado

efectiva y comenzó a ser utilizada en algunas empresas del sector químico y siderúrgico que se organizaban de acuerdo a las exigencias de las acciones de producción, en los años cuarenta los teóricos de la administración Koontz y O'Donnell planteaban la posibilidad de crear estructuras administrativas por proceso; en los esquemas de gestión japonesa se han establecido estructuras por proceso con referente funcional, lo cual ha permitido impulsar la polivalencia y la rotación de las personas en las organizaciones.

Figura 16

Representación de procesos



Fuente. Autoría Propia

Instituciones dadoras y receptoras de la Información

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

Entidad de gobierno que se encarga de direccionar el sistema de salud dentro del distrito capital, a través de esta, se orienta la prestación de los Servicio de salud obligatorios y se instituyen los procedimientos para la aprobación, renovación y cancelación de las plazas para su

cumplimiento. De ahí que, a través de esta Institución se obtuvieron los datos pertinentes a los hospitales de la red de hospitales.

Ministerio de la Protección Social

El Ministerio de la Protección Social según lo establecido en el decreto 4107 de 2011 establece que es el;

Ente regulador y fija normas y directrices en materia de Protección Social, el cual tiene como objetivos primordiales la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de la Protección Social, dentro de las directrices generales de la ley, los planes de desarrollo y los lineamientos del Gobierno Nacional.

Las políticas públicas del Sistema de la Protección Social se concretan mediante la identificación e implementación, de ser necesario, de estrategias de “reducción, mitigación y superación de los riesgos que puedan provenir de fuentes naturales y ambientales, sociales, económicas y relacionadas con el mercado de trabajo, ciclo vital y la salud” en el marco de las competencias asignadas al Sistema de la Protección Social integra en su operación el conjunto de obligaciones; “instituciones públicas, privadas y mixtas; normas; procedimientos y recursos públicos y privados destinados a prevenir, mitigar y superar los riesgos que afectan la calidad de vida de la población e incorpora el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, el Sistema General de Seguridad Social Integral y los específicamente asignados al Ministerio” (MPS. decreto 4107 de 2011, Art. 2).

En la Autoría del proyecto, este Ente brinda toda la normatividad vigente en lo que respecta al montaje y funcionamiento de las IPS y el manejo de su estructura organizacional a través de Unidades Funcionales.

Departamento Administrativo Nacional Estadística (DANE)

El DANE según el DECRETO 262 28/01/2004 es la “entidad responsable de la planeación, levantamiento, procesamiento, análisis y difusión de las estadísticas oficiales de Colombia” (Cap. 1, Art. 2). Y que está integrada al poder ejecutivo en Colombia, brindando calidad y pertinencia de la información estadística de la nación.

Las actividades de esta entidad junto con todas las implementaciones tecnológicas al servicio de la estadística le dan al DANE la fortaleza necesaria para obtener información suficiente y de calidad para que esta sirva de insumo para establecer las políticas necesarias para mitigar o resolver problemas sociales complejos basado en el análisis de información y toma de decisiones.

A través de esta Institución, se recolectó toda la información concerniente a la estadística poblacional para el área de influencia.

Aspectos administrativos de la investigación

Presupuesto de Investigación

Este es un componente de suma importancia dentro de cualquier proyecto de investigación que se realice, puesto que permite visualizar un panorama completo de la inversión que se efectúa durante el tiempo en que se elabora la propuesta. Es pertinente mencionar que, este presupuesto puede ser requerido por parte del patrocinador de la investigación, razón por la cual debe elaborarse con datos reales y de ser posible con soportes.

En esta investigación se realiza el presupuesto contando el tiempo desde su inicio y hasta la fecha, empleando dos clases de costos, como lo son: Los costos generales y los asociados a servicios de personal.

Tabla 21.

Costos Generales

Ítem	Observaciones	Valor
Horas De Consulta En Internet (125 Horas Total)	Valor Hora \$800.00	\$ 100.000
Transportes (75 Recorridos)	Valor Recorrido \$50.000.00	\$ 3.750.000
Fotocopias (327 Hojas)	Valor Fotocopia \$50.00	\$ 16.350
Compra Libros, Folletos Y Cartillas		\$ 95.000
Alimentación Total (2 Personas)		\$ 250.000
Impresión (500 Hojas)	Valor Hoja \$1.200.00	\$ 600.000
Empastes Ejemplares (6 Unidades)	Valor Unitario \$3500.00	\$ 17.400
Gastos De Representación Almuerzo Con El director De Urgencias Del Hosken		\$ 70.000
Servicio Telefónico		\$ 20.000
Servicio De Energía		\$ 20.000
T O T A L		\$ 4.938.750

Nota: Relación de gastos asociados al proceso de investigación del proyecto. *Fuente.*

Autoría propia.

Tabla 22.*Costos Servicios de Personal*

Ítem	Observaciones	Valor
Encuestador	Una Persona	\$175.000.00
Colaboración Externa		\$50.000.00
	T O T A L	\$225.000.00

Nota: Relación de gastos asociados al personal de apoyo para la investigación. *Fuente.*

Autoría propia.

Conclusiones

Con este Diseño de Unidad Funcional de Urgencias, se logrará identificar que las instituciones hospitalarias necesitan de sistemas dinámicos, que plasmen las maneras de operar los procesos, sistemas que sean de naturaleza dinámica, que se renueven con el tiempo, que se mejoren y permitan la mejora de los procesos, a través de la estandarización de los mismo.

Dentro del sistema de estandarización, cada uno de los servicios del hospital tendrá que construir flujogramas de cada una de las tareas, levantándose de acuerdo con la realidad y no a lo ideal.

Con la investigación se logrará establecer que el Hospital debe dejar de gestionarse por el organigrama y empezar a hacerlo por procesos.

Una empresa que no tenga una mentalidad abierta al cambio no tiene norte, ya que deben evaluarse constantemente con el fin de detectar sus debilidades y saber cómo combatirlas con sus fortalezas, para no desaparecer del mercado.

Con base en el problema planteado, se realizó un análisis del proceso actual para el Servicio de Urgencias y se buscó el planteamiento del nuevo proceso para la Autoría de este de una manera más sistematizada (Unidad Funcional), con el fin de permitir que no se generen pérdidas de información, tiempo y dinero que son muy valiosos para el Hospital.

Se logrará evidenciar que no existe fácil acceso desde la consulta externa con el área de urgencias, lo que dificulta el desplazamiento de los profesionales de la salud cuando no se encuentra de turno en el servicio de urgencias el médico especialista, ocasionado de esta forma demora en la prestación del servicio.

Se debe diseñar un sistema de indicadores gestión que apoye la Unidad de Urgencias a controlar la producción vs facturación,

Los hospitales deben ser el epicentro de las atenciones necesarias y donde los pacientes encuentren cura a sus patologías o por lo menos los tratamientos más adecuados.

Capacitación gerencial para poder ejercer un control adecuado y hacer frente a nuevos riesgos legales que acarreen a los funcionarios

Falta de capacitación profesional, educación continua y desarrollo del personal que labora en urgencias para un mejor desempeño en su actividad.

Recomendaciones

Realizar campañas educativas a la comunidad encaminadas a prevenir los accidentes de trabajo, en el hogar y en general todos aquellos temas que orienten al público en la forma cómo pueden participar en el cuidado de la salud y prevenir en esta forma algunas de las condiciones médicas más frecuentes que se diagnostican en el área de urgencias.

Realizar campañas educativas para enseñar a utilizar los servicios de urgencias en una forma más racional.

Fortalecimiento del sistema de atención específicos para los servicios de urgencias.

La implementación de un sistema que permita monitorear las condiciones epidemiológicas de la población

Desarrollo de la integración funcional y docente asistencial para los servicios de urgencias

Referencias Bibliográficas

ABC Sobre el sistema único de acreditación en salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abc-suas.pdf>

Abello, Llanos R. y Pardo, Sánchez K. (2014). Modelos de investigación y desarrollo en instituciones de educación superior en Colombia: el caso de la Universidad del Norte en la región Caribe de Colombia. *Investigación y Desarrollo*, 22(2). Pp 187-211.

<http://www.scielo.org.co/pdf/indes/v22n2/v22n2a02.pdf>

ABC Sobre el sistema único de acreditación en salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abc-suas.pdf>

Acuerdo No. 35 de 2017, J. D. (s.f.).

Arias, L. (2018). ¿Quién es el estudiante universitario actual? ASES: Una estrategia para el acompañamiento y seguimiento estudiantil. Cali, Colombia: Editorial de la Universidad del Valle. En impresión.

Altred E. (1994) *Sistemas Integrales de Urgencias y Emergencias*.

Acuerdo 16 de 1991 del Concejo de Bogotá

Arnold, M. y Osorio, F. (1998). *Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas*. Universidad de Chile. Cinta de Moebio (3).

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10100306>

ASES (2018). Avance de informe de gestión del primer semestre de 2018. Estrategia de acompañamiento y seguimiento estudiantil ASES Universidad del Valle. Documento interno de trabajo.

Aseguramiento, S. O. (mayo 2017). Población Subred Integrada de Servicios de salud Sur Occidente E.S.E. Bogotá.

American Medical Association [en línea] [consultado el 020/06/2022]. <http://www.ama-assn.org/ama> [Links]

Concejo de Bogotá, D.C. (9, junio 2016). Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas y Plan Plurianual de Inversiones de Bogotá D.C. para el período 2016 – 2010: Bogotá Mejor para Todos. [645].

http://www.ipes.gov.co/images/informes/Acuerdo_645_de_2016_plan_de_desarrollo_2016-2020.pdf

DANE-SDP, C. B. (s.f.).

Decreto 2309 de 2002 sistema obligatorio de garantía de calidad en salud

Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Decreto 0903 de (2014), Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud Sistema Único de Acreditación en Salud.

Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 Nivel Nacional; establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud – SOGCS

Domínguez, A. Ciprés, E. (2020) Los sistemas de triaje en los servicios de urgencias. Revista Sanitaria de Investigación [en línea]. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/los-sistemas-de-triaje-en-los-servicios-de-urgencias/>

Fred R. David. La Gerencia Estratégica. Editorial Legis,

<https://juliangiraldo.wordpress.com/gerencia/gerenciaestrategica/>

Ferrada D. Ricardo. Administración de un servicio de urgencias. Memorias Seminario Taller Latinoamericano de Urgencias en Salud. HUSV de P, Medellín 1.993

George R. Terry. (1971) Principios de Administración. Editorial el Ateneo Hospital General. La Paz, Manual de Urgencias Médicas: Madrid. Instituto SER. Memorias del tercer seminario para la definición de paquetes tecnológicos para servicios de urgencias para hospitales de I y II Nivel de Atención

ISQUA, ICONTEC (2016). <http://www.acreditacionensalud.org.co/Paginas/Isq.aspx>

J.L Temes y otros. Manual de Gestión Hospitalaria. Editorial Interamericana – Mc Graw Hill.

Ley 10 DE 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 100 de 1993 sistema de seguridad social integral. El Sistema General De Seguridad Social En Salud Art 153 Numeral 9.

https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf

LEY 1751 DE 2015; Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones

Martínez Almoyna M. (1990). La Urgencia. - Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina.

Ministerio De La Protección Social, Resolución número 3557 de 2003 (noviembre 19).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203557%20DE%202003.pdf

Ministerio De La Protección Social, Decreto 780 (mayo 2016).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

f. Pág. 147

Ministerio De La Protección Social, Resolución número 3557 de 2003 (noviembre 19).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203557%20DE%202003.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo (2014), Dirección Nacional de Planificación Sanitaria.

Ministerio de Salud. (2016). Marco Legal Colombiano.

<http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/Marlegcol.aspx>

OMS. (1998) Grupo de trabajo de expertos en políticas de Desarrollo de sistemas nacionales de servicios de urgencias médicas. Informe de reunión de expertos.

Occidente, I. R. (2017). Estructura Organizacional. Bogotá.

OPDI - Institucional, O. d. (27 de septiembre de 2017).

http://paginasweb.univalle.edu.co/~planeacion/Analisis/Documentos/UVCifras/uv-cifras_2016-I.pdf. Obtenido de univalle educ.o

Perales. V (1990). Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Madrid, España: Díaz de Santos

Perales. V. (2012). Estrategia comunitaria ante accidentes de tráfico.

Plan de Desarrollo Institucional (Bogotá, agosto 2017) Sub Red Integrada Servicios De Salud Sur Occidente E.S.E 2017-2020. [12, 186],

http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf

Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020. 9 de junio de 2016. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.

http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf

Preliminares. Actualizado 2016 -19-09-2016 (Corte 15-09-2016). Septiembre de 2016 Bases con fecha de descarga el 03/10/2016 datos Preliminares fuente applicativa RUAF-ND Subred

Sur Occidente. El año 2015 Ajustado 22-01-2016 bases preliminares SDS y RUAF-ND
(Corte 18-01-2016).

Propia, A. (s.f.).

Proyecto del Plan de Desarrollo 2016-2019. Bogotá Mejor para todos.

http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/20160429_proyecto_pdd.pdf

Resolución 5261, de 1994 ART 9 del Ministerio de Salud. Colombia

Resolución 1446 de 2006 Ministerio de Salud y la Protección Social

Resolución 123 de 2012 Resolución 1474 de 2002 Estándares Y Criterios Por la cual se definen
las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del
Sistema Único de Acreditación.

Resolución 2427 del 17 junio 2014. Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de
Acreditadores en Salud.

Resolución 2082 de (2014). Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema
Único de Acreditación en Salud.

Resolución 0256 de 2016; Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de
Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la
calidad en salud.

Secretaria Distrital de Salud- Sistema de Referencia y Contrarreferencia,

<https://app.saludcapital.gov.co/sirc2/>

SDP - Dirección de Estudios Macros Serie poblacional 1985-2020. (2018). Autoría propia a
partir. Bogotá.

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, O. d.-G. (enero 2018). *Estructura
Física*. Bogotá.

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE. *Informe de rendición de cuentas*. (septiembre 2018). <https://fdocuments.co/document/subred-integrada-de-servicios-de-salud-sur-a-sites-a-default-dane-de-2626628.html?page=1>. Bogotá.

Subred Integrada de Servicio de Salud, Institucional, Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, Mercadeo. (enero 2018). Aseguramiento. Bogotá.

Universidad Nacional Diario Oficial 40.700. (29 de 12 de 1992). Obtenido de <http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Normal.jsp?i=34632>

Vagas V Alejo, (1993) El Estado Y Las políticas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia

Morales-Sánchez, Luis G. y García-Ubaque, Juan Calidad percibida en el servicio del sistema público de salud de Bogotá. *Revista de Salud Pública* [online]. v. 21, n. 1 [Accedido 18 octubre 2021], pp. 128-134.

<https://doi.org/10.15446/rsap.V21n1.83138>.

Observatorio Nacional de Calidad de la Atención en Salud, (2016). Guía Metodológica.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-metodologica-observatorio-calidad>.

Real Academia Española. (2016). Real Academia Española. 5 de Febrero de 2016, <http://www.rae.es/>.

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, (marzo 2022). *Informe de rendición de cuentas*. Bogotá.

<https://subredsuoccidente.gov.co/planeacion/INFORME%20DE%20GESTIO%CC%81N%20RENDICIO%CC%81N%20DE%20CUENTAS%20vigencia%20%202021%20SUBRES%20SUR%20OCCIDENTE%20ESE.pdf>

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, (agosto 2017). *Informe de auditoría.*

Bogotá.

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, (marzo 2018). *Plan Nacional de*

Capacitación. Bogotá.