

**DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE
SALUD PARA LA UNIDAD MÉDICA DE ESPECIALISTAS DIVINO NIÑO JESÚS
UMED.**

KAREN GISELLE GALINDO MOLINA

**UNIVERSIDAD LIBRE
FACULTAD DE INGENIERÍA
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
BOGOTÁ D.C
2014**

**DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE
SALUD PARA LA UNIDAD MÉDICA DE ESPECIALISTAS DIVINO NIÑO JESÚS
UMED.**

**KAREN GISELLE GALINDO MOLINA
CÓDIGO: 062081017**

Trabajo de grado para optar al título de ingeniero industrial

**DIRECTOR
Fernando González Becerra
Ingeniero Industrial**

**UNIVERSIDAD LIBRE
FACULTAD DE INGENIERÍA
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
BOGOTÁ D.C
2014**

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado “Desarrollo del sistema de gestión de calidad en los servicios de salud para la Unidad Médica de Especialistas Divino Niño Jesús UMED” realizado por la estudiante Karen Giselle Galindo Molina con código 062081017 respectivamente, cumple con todos los requisitos legales exigidos por la Universidad Libre para optar al título de Ingeniero Industrial.

Director del proyecto

Jurado 1

Jurado 2

Bogotá D.C, Marzo de 2014

DEDICATORIA

Este trabajo lo quiero dedicar con todo el corazón a Dios y a la Virgen por darme la fortaleza y salud para luchar en todas las adversidades que se nos han presentado a mi familia y a mí en el camino, por darme la vida y por haberme permitido nacer en un hogar repleto de amor y de valores.

A mi familia por ser mi razón de ser, por apoyarme, impulsarme y tenderme su mano durante el transcurso de mi carrera.

A mi papá por ser un buen ejemplo de padre, por creer en mí, por entenderme, escucharme, consentirme y sobre todo ayudarme en cada etapa de mi vida.

A mi mamá por sus enseñanzas, por ser modelo de fortaleza, lucha, impulso y perseverancia, por inculcarme la importancia del estudio y de adquirir conocimientos para ser cada día mejor persona.

A mi hermana por ser mi única amiga y a mis sobrinos por darme alegría, ternura y amor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que ayudaron, participaron y brindaron todo su conocimiento y tiempo en el desarrollo de este proyecto.

A UMED LTDA, por permitirme ingresar a su organización a realizar aportes e intercambiar conocimientos con profesionales de un área distinta a mi carrera.

A los ingenieros de la Universidad Libre que me aportaron todas las bases y enseñanzas para mi formación como profesional en ingeniería industrial.

RESUMEN

El presente proyecto tiene como objeto Desarrollar el Sistema de Acreditación en salud, su interacción con la resolución 1445 de 2006 y los lineamientos de la norma ISO 9001:2008 en la Unidad médica de Especialista Divino Niño Jesús, con el fin de guiar los procesos hacia la acreditación y de esta manera lograr que la organización mejore continuamente en la atención de los pacientes y sus familias.

Inicialmente se realizó un diagnóstico para analizar la situación de la IPS en sus 20 años de atención al cliente, luego se procedió a desarrollar la documentación necesaria para la organización de acuerdo a las necesidades con ayuda de los médicos especialistas de cada área, a su vez se desarrollaban actividades de capacitación y sensibilización de los funcionarios para buscar estrategias que ayuden al proceso de acreditación, teniendo en cuenta las sugerencias de cada uno ya que ellos son los que mantienen el contacto directo con los usuarios.

Posteriormente se establecieron los procesos a monitorear e indicadores y se determina la capacidad económica de la organización para la implementación del sistema.

PALABRAS CLAVES

Acreditación en salud, estándares, mejoramiento, control, estrategias.

ABSTRACT

This degree project aims to develop the System Accreditation in health of the IPS Unidad Médica de especialistas Divino Niño Jesus UMED LTDA, its interaction with the resolution 1445 of 2006 and the guidelines of ISO 9001:2008, in order to guide the process towards accreditation and therefore achieve a continual improve in the organization which improves the care of patients and their families.

Initially a diagnosis was performed to analyze the situation of the IPS in its 20 years of customer service. Then, the necessary documentation was developed for the organization according to the needs with the help of specialists in each area. The staff of the IPS was involved in training and awareness activities to find strategies that help the accreditation process which will be implemented. These suggestions are taking into account from each part of the staff because they are who keep direct contact with users.

Later, processes to be monitored and indicators were set. Finally is determined the economic capacity of the organization to implement the system.

KEYWORDS

Accreditation in health, standards, improving, check, strategies.

Contenido

INTRODUCCIÓN	18
JUSTIFICACIÓN	19
GENERALIDADES	21
1.1 PROBLEMA	21
1.1.1 Descripción del problema	21
2. DESARROLLO DEL PROYECTO	46
2.1 DIAGNÓSTICO	46
2.1.1 Análisis del estado de la salud en el país	46
2.1.2 Diagnóstico de la localidad Rafael Uribe Uribe	47
2.1.3 Descripción de UMED	56
2.1.4 Análisis del estado de la empresa	59
2.1.5 Desarrollo del plan de implementación del sistema	64
2.2 DOCUMENTACIÓN DE UMED LTDA DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD CORRESPONDIENTE.	65
2.2.1 Directrices	67
2.2.2 Política de calidad	68
2.2.3 Objetivos institucionales	70
2.2.4 Objetivos de calidad	71
2.2.5 Manual de calidad	72
2.2.6 Mapa de procesos	73
2.2.7 Caracterización de los procesos	75
2.2.8 Diseño de manuales de procedimientos y protocolos	76
2.2.9 Documentos y registros soportes de los procesos	79
2.2.10 Formulación de indicadores de gestión	81
2.2.11 Atributos de los indicadores	82
2.2.12 Codificación	83
2.2.13 Indicadores aplicados a UMED Ltda	83
2.2.14 Aplicabilidad de indicadores	88
2.3 DESARROLLO DEL CONTROL ESTADÍSTICO PARA UMED LTDA	104
2.3.1 Hoja de control	107
2.3.2 Diagrama de Pareto	113

2.3.3	Cartas de control	118
2.3.4	Análisis de UMED	136
2.4	ANÁLISIS FINANCIERO	137
2.4.1	Costos de desarrollo e implementación	137
2.4.2	Estudio de la inversión	138
2.4.3	Análisis del promedio móvil	138
2.4.4	Análisis del flujo de caja	139
	CONCLUSIONES	143
	RECOMENDACIONES	144
	BIBLIOGRAFÍA	145
	INFOGRAFÍA	146

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias	22
Tabla 2. Cuadro metodológico	29
Tabla 3. Número de equipamientos de salud por tipo según UPZ	48
Tabla 4. Resultado encuesta localidad 18	51
Tabla 5. Análisis y compromisos	60
Tabla 6. Opinión de los clientes	66
Tabla 7. Opinión de los directivos	67
Tabla 8. Directrices	67
Tabla 9. Simbología de los mapas	78
Tabla 10. Simbología de los indicadores	84
Tabla 11. Indicadores	85
Tabla 12. Indicador clientes vinculados	89
Tabla 13. Indicador clientes que desisten	90
Tabla 14. Indicador PQRS	91
Tabla 15. Indicador de imagen	92
Tabla 16. Facturación por ventas	93
Tabla 17. Productividad laboratorio clínico	94
Tabla 18. Productividad de imágenes diagnósticas	95
Tabla 19. Productividad de medicina general	96
Tabla 20. Productividad de fonoaudiología	97
Tabla 21. Productividad de S.O	98

Tabla 22. Productividad de eventos adversos	99
Tabla 23. Cansancio del personal	101
Tabla 24. Cumplimiento del presupuesto	102
Tabla 25. Cumplimiento de capacitaciones	103
Tabla 26. Métodos estadísticos	105
Tabla 27. Control estadístico de procesos	106
Tabla 28. Análisis de ingreso de pacientes	116
Tabla 29. Tiempos de atención RX	122
Tabla 30. Análisis de control de medias RX	123
Tabla 31. Análisis de control de rangos RX	123
Tabla 32. Tiempos de atención laboratorio clínico	126
Tabla 33. Análisis de control de medias laboratorio	127
Tabla 34. Análisis de control de rangos	127
Tabla 35. Tiempos de control de optometría	130
Tabla 36. Análisis de control de optometría	131
Tabla 37. Análisis de control de rangos de optometría	131
Tabla 38. Análisis de control de medias ecografías	134
Tabla 39. Análisis de control de rangos	134
Tabla 40. Análisis de costos	137
Tabla 41. Análisis promedio móvil	139
Tabla 42. Flujo de caja proyectado	140
Tabla 43. Análisis de inversión	141
Tabla 44. Análisis TIR y VAN	142

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama causa - efecto	23
Figura 2. Mapa de ubicación del proyecto	27
Figura 3. Esquema del modelo EFQM	36
Figura 4. Esquema del modelo FUNDIBEQ	37
Figura 5. Esquema del modelo basado en procesos	38
Figura 6. Conceptualización gráfica de los grupos de estándares	41
Figura 7. Plano de la localidad 18 Distrito Capital	47
Figura 8. Encuesta a la población	50
Figura 9. Organigrama de UMED LTDA.	58
Figura 10. Ruta crítica	59
Figura 11. Diagrama de red	63
Figura 12. Plan de implementación del sistema UMED LTDA	65
Figura 13. Política de calidad UMED LTDA	69
Figura 14. Objetivos institucionales	70
Figura 15. Objetivos de calidad	71
Figura 16. Manual de calidad	72
Figura 17. Mapa de procesos UMED LTDA	74
Figura 18. Formato caracterización de procesos	75
Figura 19. Ficha de ingreso	108
Figura 20. Cotizaciones	110
Figura 21. Entrega de resultados	112
Figura 22. Diagrama de flujo	115

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Análisis de PQRS, primer trimestre de 2012	22
Gráfico 2. Diagrama de Pareto	49
Gráfico 3. Análisis variable 1	52
Gráfico 4. Análisis variable 2	53
Gráfico 5. Análisis variable 3	54
Gráfico 6. Análisis variable 4	55
Gráfico 7. Análisis variable 5	55
Gráfico 8. Clientes vinculados	89
Gráfico 9. Clientes que desisten	90
Gráfico 10. PQRS	91
Gráfico 11. Imagen de la organización	92
Gráfico 12. Facturación	93
Gráfico 13. Productividad laboratorio	94
Gráfico 14. Productividad RX	95
Gráfico 15. Medicina general	96
Gráfico 16. Fonoaudiología	97
Gráfico 17. Productividad S.O	98
Gráfico 18. Eventos adversos	100
Gráfico 19. Cansancio del personal	101
Gráfico 20. Análisis del cumplimiento del presupuesto	102
Gráfico 21. Cumplimiento del presupuesto	103

Gráfico 22. Análisis de causas de ingresos	117
Gráfico 23. Lc de medias de RX	124
Gráfico 24. Lc de rangos de RX	124
Gráfico 25. Lc de medias de laboratorio clínico	128
Gráfico 26. Lc de rangos de laboratorio clínico	128
Gráfico 27. Lc de medias de optometría	132
Gráfico 28. Lc de rangos de optometría	132
Gráfico 29. Lc de medias de ecografías	135
Gráfico 30. Lc de rangos de ecografías	135

LISTA DE FOTOS

Foto 1. Área de laboratorio clínico	57
Foto 2. Área de análisis de muestras	57
Foto 3. Tiempo de ocio de los funcionarios	58

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1: Matriz Dofa
- Anexo 2: Estándares de verificación
- Anexo 3: Plan de implementación
- Anexo 4: Acta de avance semanal de equipo
- Anexo 5: Manual de calidad UMED LTDA
- Anexo 6: Procesos estratégicos
- Anexo 7: Procesos misionales
- Anexo 8: Procesos de apoyo o soporte
- Anexo 9: Manuales desarrollados e implementados
- Anexo 10: Historia médica laboral
- Anexo 11: Encuesta para trabajo en alturas
- Anexo 12: Certificado de aptitud médica laboral
- Anexo 13: Factura de venta
- Anexo 14: Historia de espirómetro
- Anexo 15: Examen de audiometría clínica
- Anexo 16: Visiometría clínica
- Anexo 17: Certificado médico
- Anexo 18: Certificado de optometría
- Anexo 19: Remisión
- Anexo 20: Historia clínica general
- Anexo 21: Certificado médico para manipulación de alimentos
- Anexo 22: Certificado oftalmológico
- Anexo 23: Certificado médico piel y respiratorio
- Anexo 24: Revisión por la dirección

Anexo 25: Acta de reunión de la alta gerencia

Anexo 26: Informe de seguimiento a planes corporativos implementados

Anexo 27: Plan de implementación del sistema

Anexo 28: Acta de avance semanal del equipo

Anexo 29: Registro de capacitación funcionarios

Anexo 30: Registro de solución de problemas

Anexo 31: Acta de actualización y novedades del plan estratégico de alianzas para
UMED LTDA

Anexo 32: Requisitos del cliente y modificación de requerimientos de cliente

Anexo 33: Solicitud de compras y órdenes de compra de insumos

Anexo 34: Plan de auditoria interna

Anexo 35: Hoja de vida de los equipos

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las organizaciones sin importar que tipos de empresas sean, buscan emerger y ser reconocidas, para ello tienen que ser competentes y mantenerse en el mercado, demostrando su potencial y capacidad, siendo sostenibles en el tiempo, satisfaciendo a sus clientes, socios y demás instituciones que dependan de su funcionamiento, por medio de estrategias que cumplan con los objetivos planteados.

Dada esta situación que se evidencia hoy por hoy en la economía del consumismo, en donde el cliente es cada vez más exigente y las empresas son las que crean las necesidades al consumidor, diversos entes tanto privados como gubernamentales trabajan en pro de incrementar la calidad tanto de productos como de servicios y es de suma importancia que cada organización de cumplimiento a los requisitos mínimos exigidos, por lo tanto la Unidad Médica de Especialistas UMED LTDA, observando la problemática que envuelve a nuestro país en cuanto al servicio de salud, en la poca calidad que allí se presenta, la adversidad que se ve a diario y la escasa protección de los derechos y deberes de los ciudadanos que son cada vez más vulnerados, la institución se compromete con el país y con sus usuarios a implementar un Sistema de Gestión de Calidad guiado por el Ministerio de la Protección Social junto con el ICONTEC, con un fiel compromiso de la alta dirección y cada uno de sus colaboradores.

De igual manera replantea los objetivos institucionales, con el fin de prepararse para el proceso de acreditación y de esta manera alcanzar los beneficios que este proceso trae consigo a la empresa en cuanto a factores económicos, rentables, de compromiso con la sociedad, y eficiencia para lograr un mejoramiento continuo.

JUSTIFICACIÓN

La salud ha sido un derecho que consagra la constitución política de Colombia de 1991, bajo los principios de “eficiencia, universalidad y solidaridad”¹. Los preceptos que en su momento, buscaban crear una democracia y una nación estable en todas sus instancias, con equidad social y un buen discernimiento en la elección de los gobernantes, con desdeño se comprueba 20 años después, que las condiciones de salubridad de los colombianos son lamentables. La ética médica, tan promulgada en las facultades de medicina por su estímulo a la humanización en el trato de los pacientes y sus dolencias, parece devaluada ante la precariedad y los servicios insuficientes e inhumanos en algunos casos, que se dan a usuarios de Entidades Promotoras y/o prestadoras de servicios de Salud.

El Estado destina en cada presupuesto anual, miles de millones de pesos a favor de la salud, especialmente por aquellas personas que no se encuentran amparadas por una EPS, por ser desempleados, habitantes de la calle, refugiados y demás población marginal a través del llamado SISBEN (Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los programas sociales). En el inicio de su mandato, el presidente Juan Manuel Santos, a través de los organismos de control existentes, intervino algunas Entidades Promotoras de Salud, por sus fraudulentos manejos de dineros, las irregularidades y descuidos presentados en la atención de los servicios de salud de urgencias, tratamientos para enfermedades rutinarias y terminales. Sin embargo no solo estas entidades son las que fomentan que se presente ésta problemática en el país, pues se puede evidenciar que algunas empresas al realizar exámenes de ingreso o periódicos a sus empleados, no validan la información pertinente de los centros médicos que contratan para este tipo de requerimientos, con el fin de evitar en muchas ocasiones altos costos sometiendo a sus empleados a soportar el gran lastre de lugares clandestinos en donde se practican procedimientos lejanos de todo conocimiento científico y de sensibilidad humana.

La opinión pública, percibe que la situación de la salud en Colombia se encuentra en cuidados intensivos, y que si bien, hay muchos establecimientos que poseen certificaciones de calidad en prestación de servicios de salud, en la gran mayoría de casos, solo hacen parte de un gran mosaico de diplomas y certificaciones, que embellecen el mobiliario, aunque con un oscuro y difícil panorama presente y futuro, y que, de ninguna manera, legitiman su validez.

Para UMED Ltda., se fundamenta el sistema de gestión de calidad titulado “Acreditación en Salud”, como una oportunidad para conjugar la investigación con principios de eficiencia, oportunidad, seguridad, equidad, efectividad, y atención enfocada en el paciente, estableciendo logros basados en la prestación de servicios de salud de alta

¹ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, Artículo 48; 1991

calidad, mediante el planteamiento de estrategias y acciones ambiciosas, coherentes, medibles y adaptables a las condiciones actuales, tendientes a difundir, concientizar, y presentar una alternativa emprendedora ideal, haciéndola sostenible en el tiempo, generando condiciones de confiabilidad y dignidad hacia la población.

GENERALIDADES

1.1 PROBLEMA

1.1.1 Descripción del problema: Los servicios de la salud son de vital importancia en la calidad de vida de los colombianos, siendo su principal propósito promover, mejorar y atender a los usuarios en forma integral, trabajando en la prevención y controlando problemas de salud.

La Unidad Médica de Especialistas Divino Niño Jesús (UMED), cuenta con un amplio portafolio de servicios inscritos ante la secretaria de salud: Laboratorio clínico, toma de muestras de citología, fonoaudiología, terapia de lenguaje, radiología e imágenes diagnósticas, ultrasonido, medicina general, neumología, psicología, salud ocupacional, servicios de medicina interna, optometría y fonoaudiología en salud ocupacional, fisioterapia física, respiratoria, ortopedia y panorámico.

La entidad actualmente posee alianzas estratégicas con nueve organizaciones de servicios en el sector privado, entre las cuales se encuentran jardines infantiles, colegios, empresas de confección, entre otras, que representan aproximadamente el 50% de los ingresos de la institución, con la función de realizar la valoración de salud de los empleados y estudiantes, los cuales esperan un servicio especializado que implícitamente tenga altos niveles de excelencia, siendo lo mencionado anteriormente, una razón de peso para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, documentando correctamente todos y cada uno de los procesos, que generan valor agregado en actividades que competen a la salud.

Si bien, los servicios prestados a la comunidad, son pertinentes y adecuados, existen factores que requieren una transformación, determinada por la dinámica suscitada derivada de la situación socioeconómica del país, la cual exige que cada uno de los procesos internos y externos cumplan con los requisitos estipulados por las entidades reguladoras, mediante la actualización y retroalimentación periódica de los mismos.

UMED LTDA, requiere definir y precisar políticas establecidas de salubridad, manejo de residuos hospitalarios, ética médica e institucional, seguimiento y control a la reducción de errores que derivan en no conformidades y sanciones, las cuales en los dos últimos años se pueden evaluar en erogaciones extraordinarias, por cerca de \$20.000.000, causadas por la no actualización de procesos y procedimientos adecuados para la prestación de un pertinente y digno servicio a los usuarios, lo cual se ve reflejado en la recepción de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias o más conocidos como PQRS, representando un riesgo para la sostenibilidad, la homologación y alianzas estratégicas

con entidades públicas y privadas, limitando el normal funcionamiento del establecimiento.

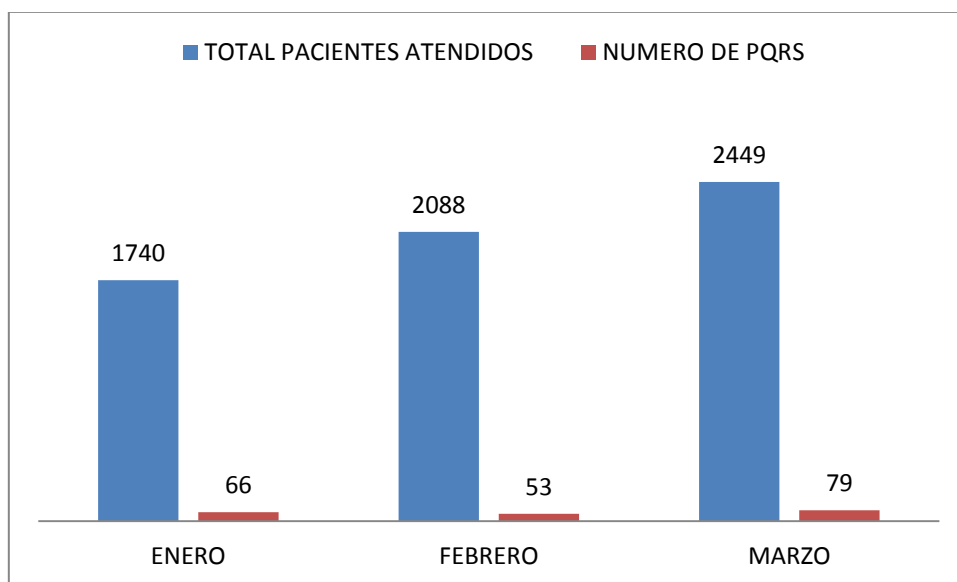
A continuación se relaciona un indicador del porcentaje de reclamos del primer trimestre del 2012 (*Ver tabla 1*), con su respectivo gráfico (*Ver gráfico 1*), en donde se puede evidenciar el aumento de quejas de pacientes, y el diagrama de causa–efecto para visualizar los posibles factores del problema (*Ver figura 1*).

Tabla 1 Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias

MES	TOTAL PACIENTES ATENDIDOS	NÚMERO DE PQRS	% DE PQRS	PQRS DIARIOS APROXIMADOS
ENERO	1740	66	3,79	2,2
FEBRERO	2088	53	2,54	1,83
MARZO	2449	79	3,23	2,55

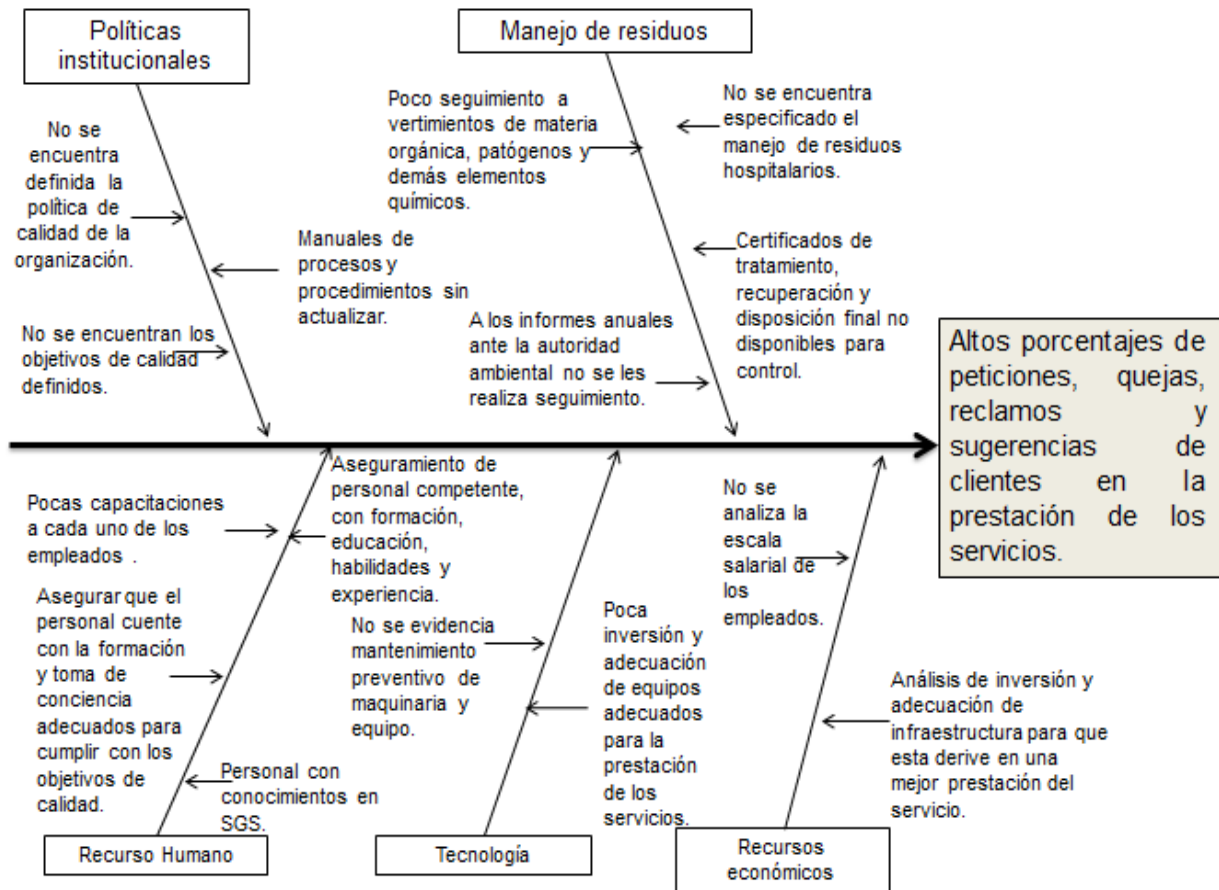
Fuente: Archivo UMED LTDA, mayo 2012

Gráfico 1. Análisis de PQRS, primer trimestre de 2012



Fuente: Archivo UMED LTDA, mayo 2012

Figura 1. Diagrama causa - efecto



Fuente: Archivo UMED LTDA, mayo 2012

1.1.2 Formulación del problema: ¿Mediante que herramienta de calidad puede la unidad médica de especialistas Divino Niño Jesús (UMED LTDA) reducir los porcentajes de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), los pagos de multas y sanciones por el mal manejo de los residuos hospitalarios, y determinar los procedimientos adecuados, que conduzcan a establecer alianzas estratégicas con otras entidades y mejorar la prestación de los servicios?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 General: Desarrollar el Sistema de Acreditación en salud y su interacción con la resolución 1445 de 2006 y los lineamientos de la norma ISO 9001:2008.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Diagnosticar la situación general de UMED LTDA en cuanto al desarrollo del Sistema de Acreditación en Salud.
- Documentar a UMED LTDA de acuerdo con los lineamientos establecidos por la normatividad correspondiente.
- Desarrollar el control estadístico de la calidad en los diferentes procesos de UMED LTDA.
- Formular los indicadores de gestión de calidad que permitan monitorear el comportamiento del sistema de Acreditación en Salud.
- Realizar el estudio financiero y de viabilidad del proyecto.

1.3 DELIMITACIÓN DEL PROYECTO

Se define como finalidad fundamental, encaminar al centro médico hacia los altos estándares de calidad, con el propósito de incrementar su rentabilidad y sostenibilidad, que posibilite un crecimiento económico y social, con el precepto de proporcionar una digna atención, en las condiciones y tiempos debidos.

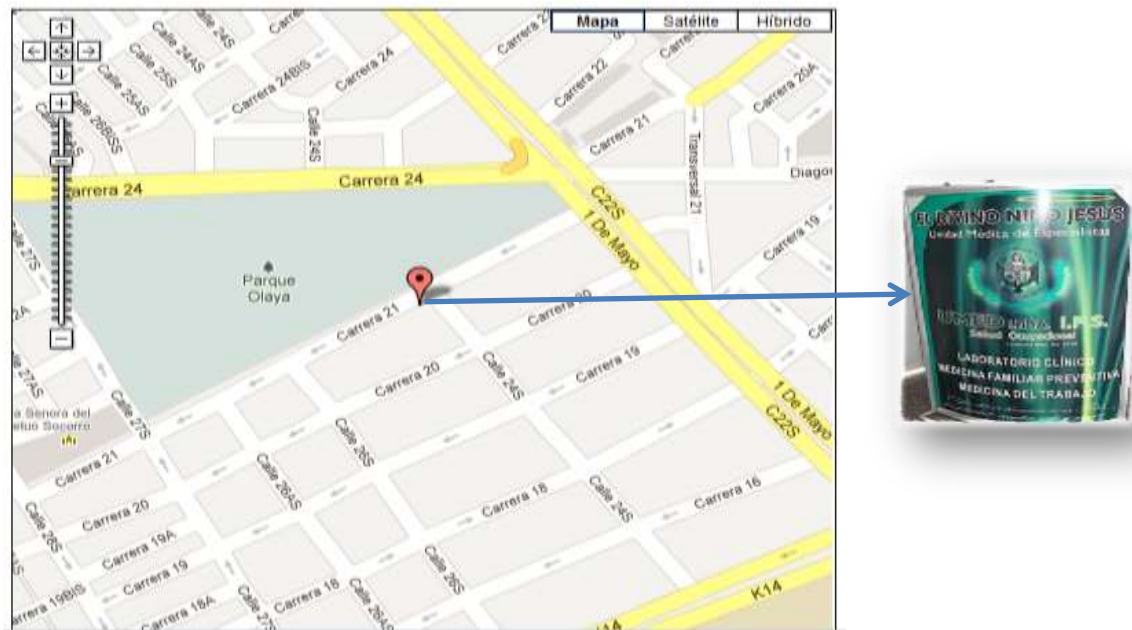
Su posicionamiento en el mercado, e identificar el diferenciador con respecto a los restantes centros de salud de la zona, permitirá que se obtenga un reconocimiento, no solo por los habitantes del barrio Olaya de la localidad Rafael Uribe Uribe, sino de la ciudadanía en general y empresas interesadas en contratar servicios de salud, tomando como efecto de oportunidad, que en dicha zona de la ciudad de Bogotá se agrupan centros médicos, tomando como referencia el nivel de servicio.

Bajo el marco de la Resolución 1445 de 2006, y de acuerdo al tipo de entidad, se aplicarán los siguientes manuales de estándares del sistema único de acreditación: Manual de estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud ambulatorias, manual de estándares de acreditación para los laboratorios clínicos, manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de imagenología.

Este proceso se llevará a cabo en las instalaciones del Centro Médico de Especialistas Divino Niño Jesús ubicado en la Kra 21 No 25 – 00 sur barrio Olaya Herrera de la localidad Rafael Uribe Uribe (*Ver figura 2*).

El proyecto se realizará bajo un manejo estricto y reservado de la información, soportado por inversión financiera simultánea y pertinente con el desarrollo y documentación que sean llevados a cabo eficazmente durante el progreso del mismo, contando con un tiempo estimado de doce meses partir de la aprobación por parte de la gerencia de UMED LTDA.

Figura 2. Mapa de ubicación del proyecto



Fuente: <https://maps.google.com/maps?hl=es&ie=UTF8&q=buscar+direcciones+en+bogota&fb=1&gl=co&hq=direcciones&hnear=0x8e3f9bfd2da6cb29:0x239d635520a33914,Bogot%C3%A1&ei=ynwBUoG6K5HK9gSq-4HwAQ&ved=0ClOBELYD>

1.4 MARCO METODOLÓGICO

1.4.1 Tipo de investigación: La investigación a desarrollar es mixta (Cualitativa y cuantitativa),

Se aplicara la investigación cualitativa en razón a la revisión de la situación actual de la empresa, antecedentes, estudio del mercado y de la competencia, repercusiones de la no acreditación y la ventaja comparativa de poseerla, análisis de la normatividad vigente en contratación con empresas del estado y privadas, evaluación de las necesidades de la población usuaria, en cuanto a servicio calidad, accesibilidad y confiabilidad.

En cuanto a la investigación cuantitativa ésta será basada en los indicadores estadísticos de calidad pues es un eje transversal de la empresa de estudio, que implica revisar mediante cifras históricas de la empresa, actuales, reales y proyección futura todas las instancias internas involucradas, tales como: Comparativo de ventas, cotización y justificación de la escogencia de proveedores, partiendo de principios, de precio, oportunidad y garantía; escala salarial de acuerdo a categorización de cargos y la competencia individual en el desempeño de las funciones; valorización de instalaciones, pertinencia y adecuación de las mismas.

El manejo, estudio, viabilidad y puesta en marcha de los factores descritos anteriormente, en la investigación de tipo mixto (Cualitativo y cuantitativo), debe generar las bases necesarias para facilitar un adecuado y oportuno estado, que posibilitará la competitividad y colocar a la Unidad Médica Divino Niño Jesús, en la elite de la calidad en prestación de servicios médicos, homologando los requerimientos y exigencias de la ciudadanía local y nacional.

1.4.2 Cuadro metodológico

Dado el sector y ubicación de UMED, y acorde a los lineamientos dados por la gerente de la empresa se establecieron acciones con el fin de recolectar la información necesaria y de esta manera así contribuir al desarrollo del proyecto encaminado a la mejora en la prestación de los servicios de salud de la organización; también se estipularon las actividades y metodologías a seguir como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 2. Cuadro metodológico

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Diagnosticar el estado de UMED LTDA en cuanto al desarrollo del Sistema de Acreditación en Salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del plan de implementación del sistema. - Implementación de guías de trabajo. - Realización de entrevistas, check list, diagrama de procesos. - Recopilación de información. - Revaluación de la estructura organizacional y administrativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolección de información. - Análisis de información. - Determinación del estado de la empresa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas - Encuestas - Visitas a Alcaldía local, Secretaria Distrital de Salud, entre otras. - Grabaciones y videos. - Aplicación de diagrama DOFA.
Documentar a UMED LTDA de acuerdo con los lineamientos establecidos por la normatividad	<ul style="list-style-type: none"> - Estructuración de la política de calidad de la organización, con un enfoque basado en procesos. - Identificación, desarrollo y categorización de los procesos de la organización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolección de información. - Análisis de necesidades de documentos y controles. - Implementación de documentación. 	<ul style="list-style-type: none"> Investigación y consulta en: - ICONTEC - Ministerio de Salud y de la Protección Social. - Organizaciones del sector certificadas. - Entrevistas

correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamiento del mapa de procesos. - Diseño del manual de calidad. - Diseño de los manuales de procedimientos, protocolos y de funciones de la organización. - Establecimiento de los registros y documentos para cada etapa del proceso. 		<ul style="list-style-type: none"> - Consultas - Cuestionarios.
Desarrollar el control estadístico de la calidad en los diferentes procesos de UMED LTDA.	<ul style="list-style-type: none"> - Determinación de las características de calidad a inspeccionar y mejorar. - Determinación del AQL para cada característica. - Aplicación de los diagramas de Pareto, gráficos de control y gráficos de atributos en cada uno de los procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolección de información. - Interpretación y análisis de la información. - Identificación de diagramas a utilizar en los procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas con entidades del sector certificadas. - Investigación de bibliografía relacionada.
Formular los indicadores de gestión de calidad que permitan monitorear el comportamiento del sistema de Acreditación en Salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Definición del indicador que se debe establecer para cada uno de los procesos. - Estructuración de la composición del indicador. - Definición de la naturaleza del indicador. - Definición de la vigencia del indicador. - Análisis del valor del indicador. - Determinación del estado, umbral y rango de gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolección y análisis de información. - Generación de un cuadro de mando integral. - Seguimiento y medición continúa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Herramientas de apoyo tecnológicas. - Bibliografía relacionada. - Entrevistas y consultas.
Realizar el estudio financiero y de viabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Generación de un diagnóstico financiero. - Realización de estudio de mercados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de origen de ingresos y fuentes de financiación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas. - Observaciones. - Trabajo de campo.

del proyecto.	- Determinación del capital de trabajo necesario para el proyecto.	- Elaboración del plan de costos y gastos para la implementación y desarrollo del proyecto.	
----------------------	--	---	--

Fuente: El Autor, año 2012

1.5 MARCO LEGAL Y NORMATIVO

ISO 9001 vs 2008: Es la que especifica los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de calidad, que puede utilizarse por cualquier organización a nivel mundial para demostrar la calidad de sus servicios o productos.

DECRETO 1011 DE 2006: Establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en Colombia.

RESOLUCIÓN 1445 DE 2006: Define las funciones de la Entidad Acreditadora y adopta disposiciones como estándares de acreditación, escalas de calificación, conformación de la junta de acreditación, otorgamiento de la acreditación, vigencia y derogatorias. También establece 2 anexos técnicos que especifican, la filosofía, estrategia y procedimientos de autoevaluación interna y evaluación externa, y manuales de acreditación en salud.

RESOLUCIÓN 1043 DE 2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

LEY 872 DE 2003: Crea el sistema de gestión de calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en entidades prestadoras de servicio, la cual fue desarrollada para dirigir y evaluar el desempeño en términos de calidad

LEY 100 DE 1993: Es la ley por la cual se crea el sistema de seguridad social integral Colombia, junto con otras disposiciones como el sistema general de pensiones, el régimen de prima con prestaciones, régimen de ahorro individual, entre otros.

1.6 MARCO REFERENCIAL

1.6.1 Marco teórico

El Sistema Único de Acreditación, es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina prepagada, que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación.²

Cada organización que tome la decisión de asumir el reto de implementar este sistema de gestión de calidad, adquiere de manera inmediata una oportunidad de ser una entidad más competitiva tanto en el ámbito nacional como internacional, pues no solo compete en la prestación de servicios de salud, también adquiere un compromiso con los usuarios de otorgar un mejor nivel de servicio, atención con calidad, mayor cobertura y disponibilidad de recursos.

En Colombia, el Sistema de Salud, se ha venido deteriorando por diversas dificultades de índole político y económico, sin embargo, el gobierno plantea, a través de la ley 100 de 1993, incrementar los niveles de calidad en el sector de la salud; sin embargo, el conflicto de intereses demostrado por los organismos prestadores de salud, es cada vez más notorio, y dificulta la prestación de un servicio adecuado y oportuno.

El gobierno dio paso a un Sistema Único de Acreditación en Salud el cual es avalado por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y por el ICONTEC como parte evaluadora; este tiene como componentes el sistema único de habilitación (SUH), la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC), el sistema único de acreditación en salud (SUA), y el sistema de información para la calidad (SIC); estos componentes se interrelacionan de manera continua y el cumplimiento de los estándares de implementación y habilitación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud son un pre-requisito para presentarse a la acreditación en salud ante el ICONTEC. La Acreditación en Salud, es un sistema específico para evaluar la calidad de la atención en salud y una herramienta para promover el mejoramiento continuo y la atención centrada en los usuarios de los servicios de salud y su familia.³

El autor del libro *Understanding Accreditation in laboratory Medicine*⁴, especifica la importancia de la acreditación en procesos como el laboratorio clínico, sin embargo en

² <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?ldSub=118&ldCat=29>. 2012

³ <http://www.icontec.org.co/index.php?section=27>. 2012

⁴ BURNETT David. *Understanding Accreditation in laboratory Medicine*. Acreditación del laboratorio clínico. Formely Consultant Clinical Biochemist. Editorial reverté, SA. 1998.

la vida cotidiana se sabe que estos aspectos son relevantes no solo para un proceso de laboratorio clínico, sino que se pueden aplicar a otros procesos, el autor indica en su libro el reconocimiento que se puede tener así:

La acreditación puede reconocer:

- La capacidad de una persona para llevar a cabo una tarea en particular.
- Una prestación o servicio en sanidad adecuado para conseguir los objetivos docentes.
- Una prestación en sanidad que cumple el estándar requerido para llevar a cabo una función prescrita.

De igual manera nombra algunas características, y elementos que según él hacen parte del proceso de acreditación, y sus respectivos elementos:

CARACTERÍSTICAS DE LA ACREDITACIÓN

En el desarrollo de los primeros sistemas de acreditación, los profesionales se reúnen voluntariamente para formular una serie de estándares que se consideran representativos de los distintos puntos de vista habituales de la buena práctica. Una parte importante de actividad se ve como formativa, y los servicios se someten voluntariamente a la evaluación o medida para comprobar si cumplen los estándares, si se observa que el servicio cumple substancialmente los estándares, se da entonces el reconocimiento oportuno dentro del marco profesional.

En países donde la conducta del especialista clínico está cada vez más sujeta a la legislación, algunas de estas características pueden correr el riesgo de perderse a causa de una legislación excesiva. En particular, los aspectos voluntarios y formativos pueden ser desplazados fácilmente por el énfasis puesto en la inspección y la conformidad. Sin embargo, los gobiernos reconocen con frecuencia las organizaciones originales como organismos de acreditación y certificación, protegiendo así la estimable contribución que hacen estos para mejorar las normas.⁵

ELEMENTOS DE UN SISTEMA DE ACREDITACIÓN

Un sistema de acreditación tiene tres elementos básicos. El primero es una junta de acreditación, formada típicamente por representantes de los cuerpos profesionales y

⁵ Ibíd. 4.

organizaciones sanitarias junto con observadores gubernamentales. En algunos países como Holanda los intereses de los consumidores están representados directamente. Sin duda ello es importante para la credibilidad del proceso de acreditación, ya que evita la crítica que se hace a veces de que los profesionales organizan la acreditación para su propio interés. Este organismo es el que concede la acreditación y es el responsable de la conducta de la organización.

El segundo elemento está constituido por la serie de normas y su documentación de soporte. Están generalmente escritos para reflejar y representar la mejor práctica y son revisados continuamente por especialistas expertos en el área. Un laboratorio puede no conseguir la acreditación o bien puede conseguir una acreditación completa o una condicional. En el caso de acreditación condicional, se hacen recomendaciones de mejora y se especifica un plazo de tiempo para demostrar la conformidad.

Además, existe un mecanismo formal de recurso en caso de que un laboratorio no esté de acuerdo con las recomendaciones realizadas después de la visita de inspección. Estos elementos pueden ser más difíciles de conseguir en países como los Estados Unidos de América, Canadá y Australia, que tienen una estructura federal y una legislación compleja, y donde los estados constituyentes o provincias conservan una importante autonomía. Donde se ha desarrollado una actividad con reglamentos y permisos, la concesión de la acreditación puede quedar disminuida por dicho permiso o por conseguir el reconocimiento para recibir retribuciones del gobierno o fondos privados de planes de seguros sanitarios.⁶

Una vez analizadas las características y los elementos que el autor Burnett David se puede decir que el reconocimiento que se otorga a las instituciones por sus buenas prácticas, es cada vez más complejo pues el nivel de exigencia cada día es mayor.

La calidad en las instituciones de servicios de salud, durante toda la historia siempre se ha considerado como algo muy difícil de implementar, ya sea por la inversión tanto económica como humana, pero en la actualidad es un factor relevante para el desarrollo de cualquier país, algo a tener en cuenta es que para empezar cualquier proceso de acreditación, es fundamental entender el concepto de calidad, se puede señalar la definición dada por el autor Avedis Donabedian de la Escuela de Salud Pública de Michigan, quien ha sido el pionero de este tema en el contexto de la salud y sus conceptos han tenido gran influencia en América Latina.⁷

“Calidad en los servicios de Salud es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles,

⁶ Ibíd. 5.

⁷ ÁLVAREZ HEREDIA Francisco, MD, MSP: Instrumentos de auditoría médica. Bogotá, Ecoe ediciones, 2006.

con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos y a los valores sociales imperantes con que se cuentan para proporcionar la atención”.

Pero no solo se puede hablar de calidad en el sector salud, pues en la actualidad toda organización busca el crecimiento, estabilidad, liderazgo y posicionamiento en el mercado para arrasar con su competencia, y brindar un mejor servicio a sus clientes, y que mejor oportunidad que una certificación para demostrar que se tiene al mejor personal adecuado y capacitado en el manejo de herramientas que brindan una transformación de materias primas e insumos con la mayor calidad, para ofrecer un excelente servicio o producto.

Para hablar un poco de la historia y entender la evolución, el desarrollo de la calidad en diversos procesos y comprender adecuadamente los criterios de los autores mencionados anteriormente, se tomará como base la teoría indicada por los directores del libro *Gestión de la Calidad en el Laboratorio Clínico*⁸, quienes citan definiciones y modelos adecuados para la aplicación del sistema de gestión de calidad. Hacia los ochenta los conceptos Japoneses arraigan en Occidente y sigue la evolución y desarrollo de los criterios de calidad hasta llegar a lo que hoy día se conoce como gestión integral de la calidad o TQM (Total Quality Management), que se puede definir como el conjunto de técnicas y tácticas de una organización con el objetivo de definir, crear, fomentar y apoyar las características de productos o servicios de la más alta calidad posible, más allá de los requisitos o expectativas del cliente.

Su filosofía ha dado lugar a la autoevaluación de la calidad sin atenerse a norma o directriz alguna, sino valorando los puntos fuertes y los puntos de mejora de cada uno de una serie de valores clave, definidos por las asociaciones de la calidad norteamericana, japonesa y europea, bastante comunes y con ciertas diferencias en su valoración.

Con esa base, a principios de los ochenta, se crea en EE.UU. el Premio Malcom Baldrige para promover la calidad en la industria norteamericana.

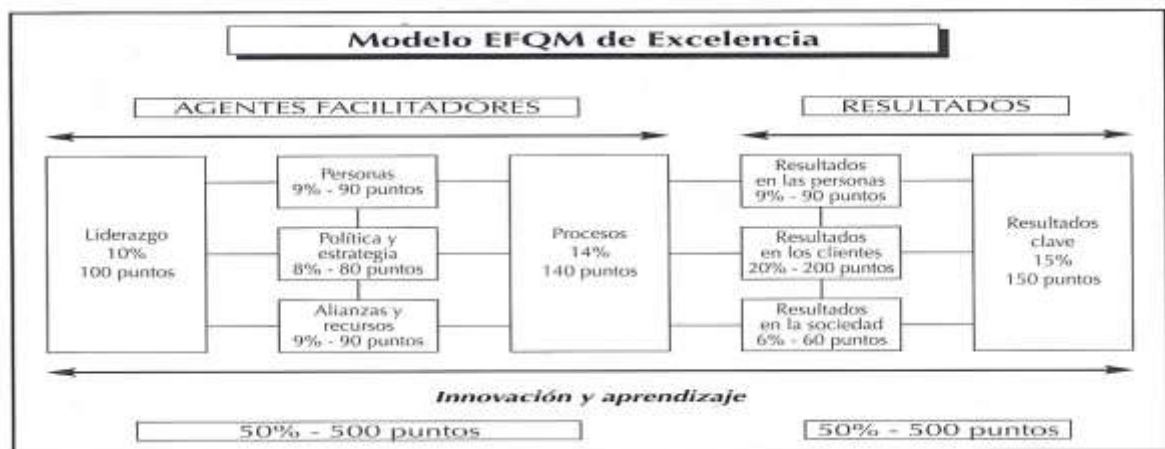
Define como valores clave: La calidad orientada al cliente, el liderazgo, la mejora continua, la participación y el desarrollo del personal, la respuesta rápida al mercado, el diseño y la prevención de calidad, la visión a largo plazo, la gestión basada en datos, el desarrollo de cooperaciones internas y externas y la responsabilidad corporativa y ciudadana.

⁸ FERNÁNDEZ Espina Camilo; MAZZIOTTA Daniel. *Gestión de la calidad en el laboratorio clínico*, confederación latinoamericana de bioquímica clínica. Editorial médica panamericana.2005.

En 1987 aparece la serie de normas ISO 9000, la cual reúne el trabajo de la ISO (Organización Internacional de Normalización) en aseguramiento de la calidad desde 1979. Su enfoque: la calidad del producto fabricado.

En 1988 se crea el modelo EFQM (Ver figura 4) de «excelencia», con la misma filosofía que el M. Baldrige. Tiene como valores clave la satisfacción del cliente, la de los empleados y un impacto positivo en la sociedad; que se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia, una acertada gestión de personal, el uso eficiente de los recursos y una adecuada definición de los procesos, lo que conduce finalmente a la «excelencia» de los resultados empresariales. Este modelo, amplía la noción de la calidad, al ir más allá de lo que es la propia empresa e incorporar la responsabilidad social como un criterio de la gestión empresarial.

Figura 3. Esquema del modelo EFQM



Fuente: FERNÁNDEZ Espina Camilo; MAZZIOTTA Daniel. Gestión de la calidad en el laboratorio clínico, confederación latinoamericana de bioquímica clínica. Editorial médica panamericana, 2005.

En 1998 se crea el modelo FUND1BEQ de la Fundación Iberoamericana para la gestión de la calidad, cuyos valores clave son el liderazgo y estilo de gestión, política y estrategia, desarrollo de personas, recursos y asociados, clientes, resultados de clientes, resultados del desarrollo de personas, resultados de sociedad y resultados globales, como se puede observar en la figura 5.

Figura 4. Esquema del modelo FUNDIBEQ



Fuente: FERNÁNDEZ Espina Camilo; MAZZIOTTA Daniel. Gestión de la calidad en el laboratorio clínico, confederación latinoamericana de bioquímica clínica. Editorial médica panamericana, 2005.

La ISO 9001:2000 crea un nuevo modelo SGC (*Ver figura 6*) basado en procesos aplicable a todo tipo de organizaciones, ya sea de producción o de servicios, asume en gran parte los nuevos conceptos de la calidad: Gestión de la calidad, orientación a los requisitos del cliente y a su satisfacción, enfoque por procesos, medida de la calidad y mejora basada en datos cuantitativos, etc. En definitiva, la calidad que en un principio se entendió como calidad del producto, ha acabado insertándose en la gestión de la organización, de esta manera se puede afirmar que la calidad del producto final se ha evolucionado a la calidad de la organización, donde rige y cuenta como una herramienta más de gestión.

Al enfocar estos antecedentes teóricos a organizaciones prestadoras de servicios, se ven en la práctica diversificados de forma tal, que en muchas organizaciones sino en la mayoría no existe un enfoque al trabajo por procesos, pues en Colombia a nivel salud no se evidencia ni un 30% de entidades certificadas en calidad, tal vez se considera que no es necesario, pero esa idea errónea hay que cambiarla, es de suma importancia que cualquier Entidad Prestadora de Salud se enfoque a prestar servicios y atención a sus usuarios con calidad, que en similitud las partes directivas, administrativas y médica realicen sus actividades con el propósito de generar una mejora continua que permita conducir a procesos de calidad en la atención médica.

Figura 5. Esquema del modelo basado en procesos



Fuente: FERNÁNDEZ Espina Camilo; MAZZIOTTA Daniel. Gestión de la calidad en el laboratorio clínico, confederación latinoamericana de bioquímica clínica. Editorial médica panamericana, 2005.

En el país se cuenta con diferentes entes reguladores de la salud como lo son, el Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, pero estos organismos no se hacen presentes aún en muchas instituciones que prestan los servicios a los colombianos, promocionando herramientas de gestión en calidad para aumentar el nivel de servicio a través de entidades certificadoras como el ICONTEC, o el S.G.S COLOMBIA. Sin embargo hay que tener en cuenta que cada una de las instituciones que prestan los servicios de salud a los colombianos son responsables individualmente de comprometerse con mejorar sus servicios y procedimientos, también actualizando a cada integrante del equipo de trabajo por medio de herramientas que promuevan la seguridad del paciente.

Es de importancia mencionar que el Ministerio de la Protección Social creó el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud (OCS), éste fue establecido con el propósito de convertirse en una herramienta para la consolidación del sistema obligatorio de garantía de calidad⁹. Su actividad es tomar información y herramientas que existen actualmente en el sistema obligatorio de garantía para difundirla al país

⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL; Uso y funcionalidades del observatorio de la calidad de la atención en salud; Boletín número 5. 2011

como medio de consulta de la gestión de la calidad. En este portal se pueden realizar consultas relacionadas tales como indicadores, investigaciones, información al usuario, tecnología entre otras.

También, como medio de consulta y apoyo el Ministerio de la Protección Social desarrolló en el presente año el Manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria, que simplifica la Resolución 1445 del 8 de mayo de 2006, en la cual acopla en uno solo el manual de estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarias con el manual de estándares para entidades ambulatorias, y especifica conceptos como:

Clasificación y delimitación de los estándares¹⁰

La salud, partiendo de principios fundamentales y humanitarios de atención focalizada en el usuario y sus necesidades, precisa posibilitar un análisis integral de aplicación en calidad, buscando la integración de elementos asociados a la tecnología, pertinencia, destinación y cobertura de sedes prestadoras de servicios de salud, a través de elementos de humanización, promoción y prevención en los servicios prestados. Por su parte, la institución, a sabiendas de todo lo anterior, tendrá la obligación y el deber, como prestador de servicios de salud, de realizar un diagnóstico relacionado con la percepción, cobertura, oportunidad, el cual permitirá aterrizar la situación histórica, la actual y su visión hacia el futuro, que seguramente demandará una alta exigencia, inversión y optimización de recursos de todo tipo, en función de encontrarse en sintonía, con parámetros de calidad internacionalmente reconocidos, aceptados y de obligatoria aplicación. El Proceso de atención al cliente asistencial, posee dos subgrupos: El primero se encarga de garantizar y propender por los derechos, la seguridad, registro, evaluación y atención, planificación de la atención, puesta en marcha, retroalimentación, salida y seguimiento del paciente, su núcleo familiar, y un estudio detallado de su situación socioeconómica y su perfil laboral y psicológico. El rédito económico para la institución es el que permitirá hacer sostenible el proceso de acreditación, sin embargo, tratándose de un servicio de salud, el cual es una necesidad primaria universal del ser humano, debe priorizarse la atención oportuna e integral, facilitando el acceso y mejorando la percepción. El segundo subgrupo son las Sedes Integradas en red, que trabajan en la uniformidad de parámetros de calidad, tomando como referencia la acreditación en servicios de salud. Una infraestructura física y tecnológica adecuada y empleada óptimamente, tendrá como resultado, la confianza de los usuarios, cobertura zonal, y reconocimiento de las entidades.

Un segundo estándar, se encarga de evaluar los procesos administrativos gerenciales, con el propósito de dar soporte a los procesos asistenciales. Divido en seis grupos:

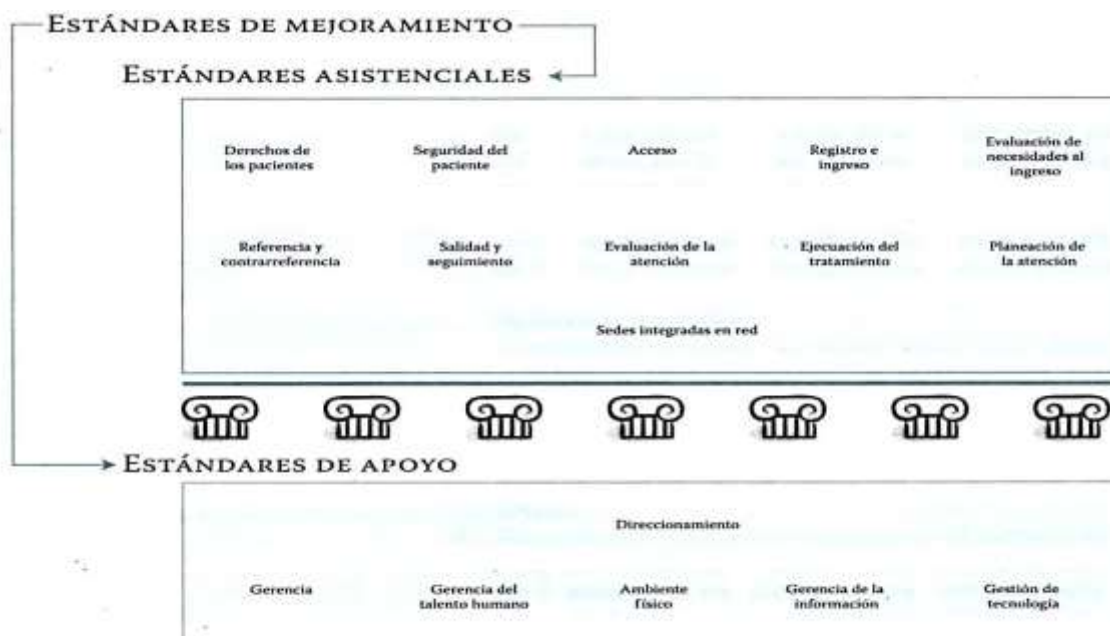
¹⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL; Manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria; versión 003.2012

- **Direccionamiento:** Planeación estratégica y determinación de roles, responsabilidades de la organización: planteamiento de valores corporativos.
- **Gerencia:** Funciones determinantes en las áreas existentes, lo cual definirá la razón de ser y rumbo de la organización.
- **Gerencia de talento humano:** Proceso de seguimiento de competencias, perfil, aportes a la entidad, crecimiento, y desarrollo integral en la trayectoria individual.
- **Gerencia de información:** Interacción entre la información administrativa y la información clínica, para la toma de decisiones en cualquier nivel e instancia.
- **Ambiente físico:** La estructura de la organización debe ser coherente con el funcionamiento y el éxito de los procesos, por lo cual es importante generar una identidad con las actividades y la importancia de las mismas.
- **Gestión de la tecnología:** Pertinencia de utilización de instrumentos tecnológicos, adquisición, optimización y renovación de nuevos recursos.

El tercer estándar determina la importancia del mejoramiento de la Calidad, que debe estar implícita en todos los procesos asistenciales y de apoyo.

Los estándares mencionados cumplen con la función primordial, de suministrarle las bases esquemáticas a las entidades, para realizar un ordenamiento coherente, distribución de funciones y estrategias a tener en cuenta para entregar un cumplimiento total de los parámetros citados, para los cuales se dictaminaran fortalezas y debilidades a partir de una evaluación de desempeño organizacional, en la figura 7 se ve resumido claramente cada uno de los estándares y las funciones implícitas de su proceso.

Figura 6. Conceptualización gráfica de los grupos de estándares



Fuente: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL; Manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria; versión 003.2012

Caracterización de los estándares

El desempeño de la entidad de salud, que opta por una certificación de sus servicios prestados, traza su finalidad en los resultados, los cuales deben ser la repercusión de la organización e idealización de estructuras y procesos; dicho tipo de evaluación, se orienta a los resultados con vista al paciente.

Los elementos medibles permitirán realizar evaluación, retroalimentación y mejoramiento de las condiciones que posibiliten cumplimiento de los estándares. Otro factor a evaluar es la manera como se está realizando la adaptación de los procesos dentro de la organización, realizando las actividades pertinentes de acuerdo a su dimensión física, organizacional y capacidad económica. El ciclo de atención de un usuario y el desempeño y funcionamiento de cada uno de los factores en cumplimiento de los estándares, permitirá una evaluación más objetiva, a través de recursos como la revisión de la información, valoración de instalaciones físicas, entrevistas con los

colaboradores y con los usuarios, análisis de la competencia, y reuniones periódicas con los equipos de trabajo y el grueso de la organización¹¹.

1.6.2 Marco conceptual

Colombia en la actualidad atraviesa la crisis más grande en el sector salud de los últimos 20 años, poniendo en riesgo la vida de todos los usuarios por el ineficiente e inadecuado manejo de los recursos destinados, sin embargo a pesar de los constantes esfuerzos del gobierno esta crisis aumenta hasta el punto de presenciar el cierre de importantes organizaciones prestadoras de salud del régimen subsidiado, algunos ejemplos de estas son Colsubsidio en Bogotá, Ecoopsos, Caprecom, pues no cuentan con recursos para asumir sus obligaciones, y cerca de 238.000 afiliados tienen la necesidad de buscar nueva EPS para suplir sus necesidades de atención.

De acuerdo con voceros del sector, la situación del subsidiado es insostenible; en otras palabras, representa pérdidas tanto para las EPS que lo administran como para la cadena de prestadores de servicios¹². Sin embargo, a pesar de ser traumático para el sistema de salud colombiano, y para el régimen subsidiado, esta situación puede ser una oportunidad para las entidades privadas, en la medida en que pueden ponerse al día con la actualización e implementación de procedimientos y tecnología, para promover estrategias de seguridad en la atención del paciente y optimizando de una manera eficiente y eficaz sus recursos y así brindar una mejor atención y una mayor cobertura a un costo asequible a los usuarios. Para este gran reto se deben tener en cuenta herramientas, instrumentos y términos adecuados que faciliten la ejecución y comprensión del proceso de implementación del sistema en la institución, y provean claridad para el personal en el proceso de sensibilización, algunos conceptos pertinentes son:

ACREDITACIÓN: Reconocimiento que se hace, que determina que un organismo cumple con los requisitos especificados y compromisos para seguir manteniendo su nivel de servicio.

ACREDITACIÓN EN SALUD: También llamado Sistema único de acreditación. Evaluación que se realiza en entidades pertenecientes al sector salud, en la cual estas se comprometen por voluntad propia a cumplir con unos procesos y mejoras continuas que certifiquen la buena calidad de atención al cliente con transparencia y estándares óptimos.

¹¹ Ibid. 10.

¹² <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12019682>. 2013

ACTITUD: Cambio en la forma de actuar de las personas para desechar malas prácticas y cultivar una mejor cultura con calidad.

ASEGURAMIENTO: Proporciona la confianza en el proceso de que se cumplen los requisitos exigidos para el logro de la calidad

AUDITORÍA: Proceso por el cual se evalúa de manera objetiva el cumplimiento de los criterios estipulados en la política de calidad de la organización.

CALIDAD: Son las características de un producto o servicio que se necesitan para satisfacer las necesidades de los cliente.

CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA (CAMI): Está capacitado para atención de partos de bajo riesgo, consulta externa médica odontológica y atención de urgencias durante las 24 horas del día.¹³

CERTIFICACIÓN: Es una evaluación de conformidad que respalda a una organización en cumplimiento de los requisitos establecidos por las entidades aprobadas para tal fin.

CLIENTE: Receptor de un producto o servicio.

CONTROLAR: Gestión que se hace para encaminar las actividades hacia los objetivos.

CONTROL DE CALIDAD: Es la parte que se enfoca al cumplimiento de los requisitos de calidad.

CUMPLIMIENTO: Acciones encaminadas a la verificación y seguimiento constante de los que se estipulo.

DIAGRAMA: Esquema que representa algún tipo de información, con mayor brevedad.

DIRECCIÓN: Dirigir, encaminar y guiar a una organización a cumplir con tareas específicas.

DOCUMENTACIÓN: Procesamiento de información para su almacenamiento, evidencia, validación, verificación y revisión.

EFICACIA: Actividades en las que se alcanzan resultados y objetivos planificados.

¹³

http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/Publicaciones%20SDP/PublicacionesSDP/18rafael_uribe_uribe.pdf.
2013

EFICIENCIA: Manejo de recursos y resultados alcanzados.

EQUIPAMENTOS DE SALUD: Integran los equipamientos de salud el conjunto de instituciones públicas, privadas y mixtas de la seguridad social en salud, que tienen como objetivo principal administrar, suministrar y prestar servicios integrales de salud, de tercero, segundo y primer nivel de atención a la comunidad a través de: intervenciones de aseguramiento; promoción de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; además, deben ejercer un control a los factores de riesgo en los diferentes niveles de atención a las personas y al medio ambiente.¹⁴

ESTÁNDARES: Criterios que permiten establecer niveles de calidad.

ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN: Responsabilidades estipuladas y previamente organizadas en todo el personal.

FICHA TÉCNICA: Documento que contiene la descripción de las características de un objeto o proceso.

GERENCIA: Grupo de personas que dirigen y gestionan los asuntos de una organización en particular.

GESTIÓN: Acción que se enfoca en el seguimiento para el logro de objetivos.

ICONTEC: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación.

IPS NIVEL I: El nivel I lo caracteriza la atención básica prestada por puestos y centros de salud; los hospitales locales, que cuentan con servicios de consulta externa y odontológica, urgencias y hospitalización, bajo la atención de médicos generales.

INDICADORES: Medida que permite identificar cambios y comparar como nivel de referencia, que sirve para tomar acciones correctivas o preventivas.

MANUAL DE CALIDAD: Documento que especifica y expone la estructura el sistema de gestión de calidad de una organización junto con su política de calidad.

MEJORA CONTÍNUA: Proceso de crecimiento y desarrollo permanente en una organización.

OBJETIVOS: Puntos de referencia ambiciosos para lograr la calidad.

¹⁴ Ibíd. 13.

OPS: Organización panamericana de la salud, controla y coordina políticas de salud que contribuyan al bienestar de los americanos.

ORGANIZACIÓN: Conjunto de personas e infraestructura con disposición y responsabilidades.

PLANIFICACIÓN: Es parte en la cual se establecen los objetivos, las estrategias procesos y recursos a ejecutar para lograr esos objetivos.

POLÍTICA DE CALIDAD: Es un conjunto de objetivos, orientaciones y finalidades de una organización para lograr la calidad según lo estipule la alta dirección.

PQRS: Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios, lo cual permite conocer la percepción de los servicios ofrecidos.

RECURSO: Conjunto de personas, materiales, dinero que se emplean para alcanzar los objetivos.

RESULTADO: Efecto que se obtiene después de emplear un proceso específico.

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN: Son las condiciones que deben cumplir las entidades prestadoras de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

UNIDADES BÁSICAS DE ATENCIÓN (UBA): Servicios básicos de salud, atendidos por un equipo de salud que cuenta con médico, odontólogo, trabajadora social, auxiliar de enfermería, promotor de saneamiento y promotores de salud.¹⁵

¹⁵ Ibid. 14.

2. DESARROLLO DEL PROYECTO

2.1 DIAGNÓSTICO

2.1.1 Análisis del estado de la salud en el país: En la actualidad Colombia es uno de los países con más crisis en el sector salud de Latino América, esto se puede evidenciar debido a que hogares de bajos recursos tienen que invertir alrededor de \$ 383.203 en promedio al año en cubrir sus necesidades de medicina y consultas, mientras que un estrato más alto invierte más de \$ 828.000 en promedio.¹⁶

Uno de los problemas más importantes es el alto porcentaje de los hogares que trabaja en el sector informal y que, por lo tanto, carecen de acceso a seguros privados de salud, mucho más en países donde la cobertura pública no llega a todos¹⁷, como en Colombia.

Desde hace algunos años, el País enfrenta el conflicto de los fraudes en varias EPS reconocidas y los desvíos de dineros de parte del Gobierno para cubrir los servicios prestados por los hospitales. Ejemplos de estos fraudes se evidencian en entidades tan reconocidas como: Saludcoop, Colsubsidio, Coomeva EPS, Salvasalud, y EPS Córdor entre otras.¹⁸

Algunos de los fraudes que se presentan son en trámites comunes como los recobros, estos son procedimientos que realizan las EPS ante el Fosyga para cobrar el dinero al gobierno, que ha sido pagado a las IPS por la atención prestada a los usuarios, en este proceso algunos funcionarios encargados cobran por facturaciones de pacientes fallecidos y reclaman medicamentos o exámenes de altos costos, negociándolos posteriormente con el fin de desviar a su favor estos dineros.

De igual manera el Ministerio De Protección Social es el encargado de velar por el correcto manejo de los recursos recaudados de los pagos generados por parte de los usuarios a las entidades prestadoras de salud a través del denominado Fosyga (*Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud*) creado en el gobierno de expresidente Álvaro Uribe Vélez en el año 1993 por medio de la Ley 100, administrado por el consorcio SAYP, pero las cuentas de estos dineros no son claras, si bien, en la página de internet del Fosyga indican cuentas bancarias en las cuales son invertidos los dineros a través de encargos fiduciarios en bancos con presencia en el

¹⁶ <http://m.eltiempo.com/colombia/una-familia-en-bogota-gasta-en-promedio-al-ano-383-mil-pesos-de-su-bolsillo-en-salud/7394750/home>. 2013.

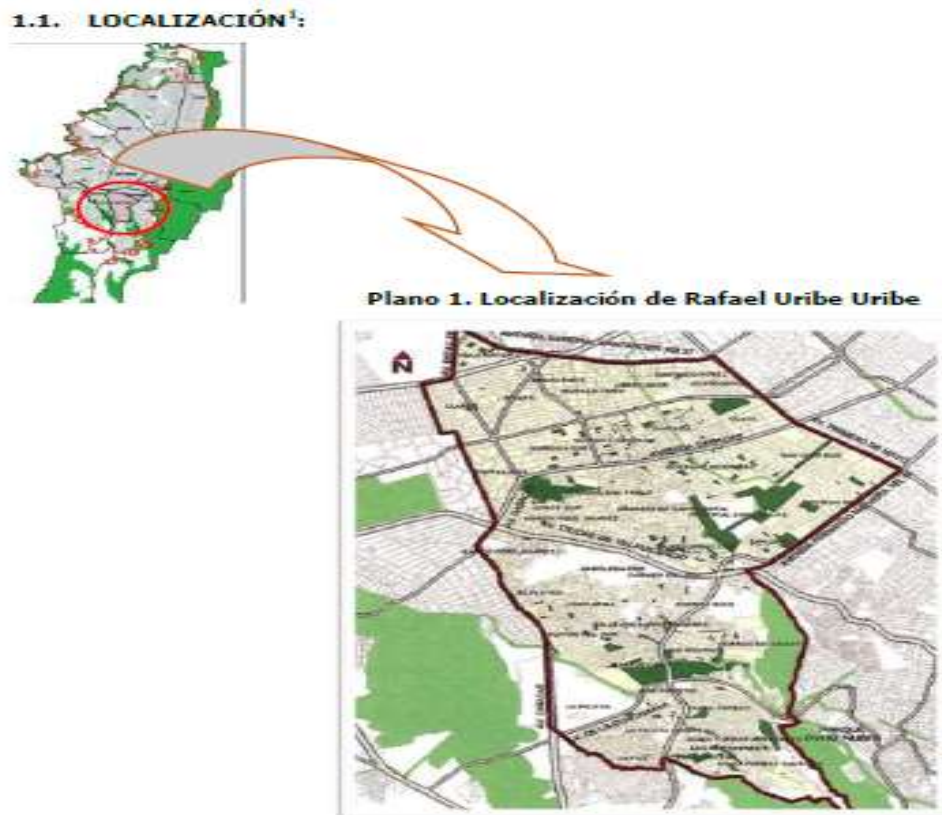
¹⁷ http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/business/barometro_economico/newsid_6538000/6538467.stm. 2013.

¹⁸ <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12340581>. 2013

país cómo el BBVA, Bancolombia y Banco Agrario¹⁹, no es claro el informe que dan a los usuarios. En días pasados el País presenció a más de 20 funcionarios del Ministerio de Protección Social envueltos en escándalos de corrupción y detenciones por parte de la Fiscalía, los cuales negociaron para obtener beneficios cómo el principio de oportunidad.

2.1.2 Diagnóstico de la localidad Rafael Uribe Uribe, sector de ubicación de UMED Ltda.

Figura 7. Plano de la localidad 18 Distrito Capital



Fuente:

<http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/observatorio/documentos/localidades/rafaelUribe.pdf>.2013

¹⁹ <http://www.fosyga.gov.co/Inicio/tabid/36/Default.aspx>. 2013

El barrio Olaya pertenece a la UPZ No 39 de la Localidad Rafael Uribe junto con barrios como, Bravo Páez, Centenario, Claret, Ingles, Libertador, Murillo Toro, Quiroga, Quiroga Central, Quiroga Sur, Santa Lucia, Santiago Pérez y Villa Mayor.

En la localidad de Rafael Uribe Uribe se localizan 21 equipamientos de salud (*Ver tabla 3*) que corresponden a 1 Centro de Atención Ambulatoria CAA, 6 Centros de Atención Médica Inmediata CAMI, 3 Instituciones de Salud de Nivel 1, 1 Unidad Básica de Atención UBA y 10 Unidades Primarias de Atención UPA; que se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla 3. Número de equipamientos de salud por tipo según UPZ

UPZ	CAA	CAMI	NIV1	UBA	UPA	Total
36 San José			2		2	4
39 Quiroga	1	1	1		5	8
53 Marco Fidel Suárez		2			1	3
54 Marruecos				1	1	2
55 Diana Turbay		3			1	4
Total Rafael Uribe Uribe	1	6	3	1	10	21
%	4,8	28,6	14,3	4,8	47,6	100

Fuente: SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Plan Maestro de Equipamientos de Salud. Decreto 318 del 2006, Bogotá D.C.

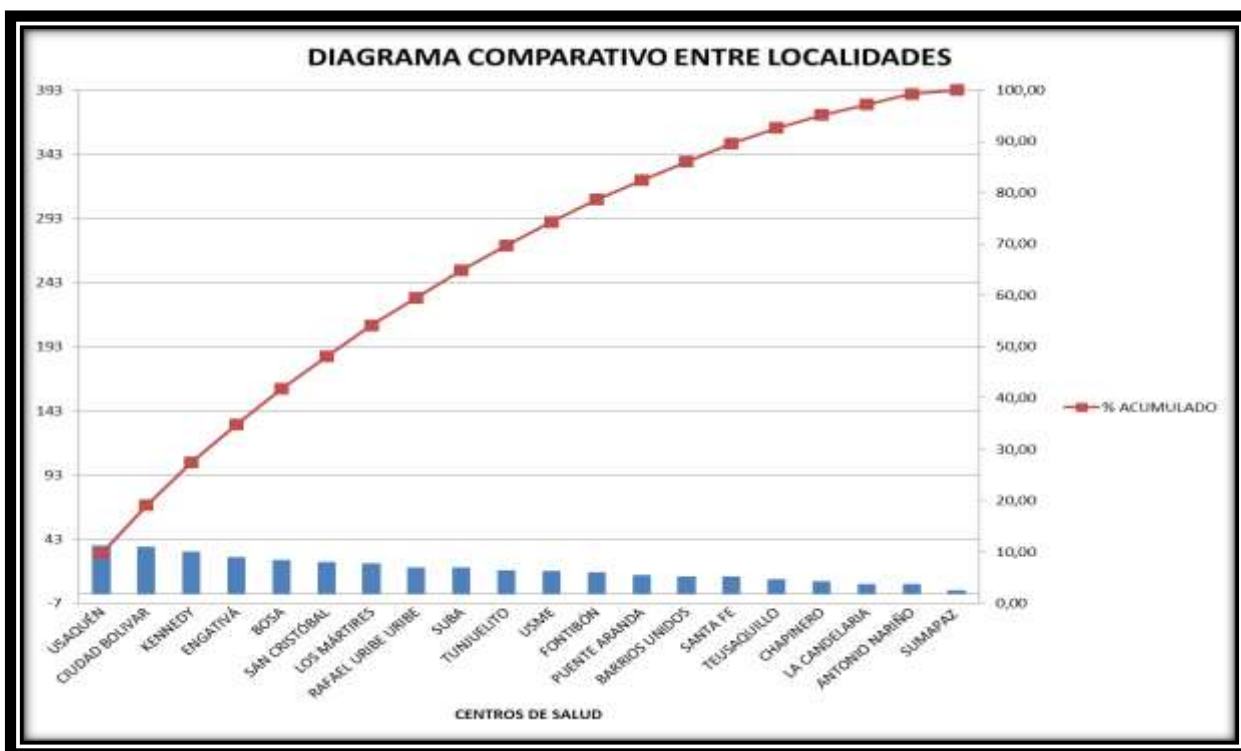
En esta localidad también se encuentran 253 instituciones privadas prestadoras de servicios de salud que corresponden a laboratorios, consultorios médicos y odontológicos y centros de salud, entre otros.²⁰

Sin embargo estos datos al día de hoy no están actualizados, por lo tanto se puede deducir que en la actualidad esta cifra ha aumentado notablemente, pues al visitar la zona se evidencian en el sector del barrio Olaya aproximadamente 15 cuadras en las cuales hay presencia de centros médicos que prestan los servicios de salud, de las cuales ni un 10% de ellas se encuentra bien organizada administrativamente, y solo una en el sector está certificada en la Norma precedida por el ICONTEC y el Ministerio de Protección Social “ACREDITACION EN SALUD”, y según un sondeo que realizamos en Febrero de 2013 solo 5 se encuentran interesadas en iniciar el proceso o por lo menos la preparación para la Acreditación en Salud.

²⁰ Ibid. 15

Al realizar un comparativo de cifras con las demás localidades, se puede observar que en Bogotá, a pesar que la localidad Rafael Uribe Uribe cuenta con una gran agrupación de equipamiento en salud, no se encuentra en el grupo de mayor concentración, lo cual se evidencia en el gráfico 2:

Gráfico 2. Diagrama de Pareto



Fuente: El Autor, año 2013


Como se puede analizar, la localidad de Sumapaz presenta el menor número de concentración de equipamientos de salud, lo que afecta directamente a los habitantes con los niveles más bajos en la atención oportuna ante emergencias; las localidades de Usaquén y Ciudad Bolívar cuentan con un número más elevado a diferencia de las demás, seguidas respectivamente por Engativá y Bosa.

Esta información es muy útil para UMED LTDA puesto que en la zona de ubicación en la que se encuentra todavía hay muchos barrios que se pueden cobijar con atención

médica de alta calidad y es una oportunidad que puede ser aprovechada dando a conocer a la Organización en estos sectores; de igual forma se puede fructificar de las localidades con mayor número de concentración y afianzar las relaciones con los clientes de estos sectores y potencializar su mercado.

Una vez analizada la información anterior, UMED LTDA decidió realizar una encuesta (Ver figura 8) en la que tomo como muestra a 50 personas de la población habitantes de los barrios Olaya y Quiroga con el fin de conocer el punto de vista de los usuarios acerca de la atención de salud de la localidad, obteniendo los datos de la tabla 4:

Figura 8. Encuesta a la población



EL DIVINO NIÑO JESUS
 Unidad Médica de Especialistas
UMED LTDA. I.P.S.
 Salud Ocupacional Licencia No. 9706
 de 03/10/2009

Código de prestación de servicios de la salud No. 10001056590
 Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
 Resolución No. 1761 de Mayo 26 de 1997
 Dra. María Luisa Medina M., C.P.T.E. No. 13938-T
 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
 Es. 5354 91080000 de la Secretaría de Salud

EMISIÓN: ACTUALIZACIÓN No.

FICHA CONTROL DEL DOCUMENTO	
NOMBRE DEL DOCUMENTO	Encuesta No 1; opinión de la población acerca de los centros médicos del Olaya.
ÁREA RESPONSABLE DE EJECUCIÓN	
FECHA DE PUBLICACIÓN	
RIGE A PARTIR DE ELABORADO POR	
RESPONSABLE POR LA REVISIÓN	FIRMA
RESPONSABLE DE LA APROBACIÓN	FIRMA
RESPONSABLE PUBLICACIÓN	FIRMA

FECHA _____

NOMBRES Y APELLIDOS _____

Queremos conocer su punto de vista acerca de las condiciones de Salud de la localidad 18 de Bogotá "Rafael Uribe Uribe".

VARIABLE	ESCALA DE CALIFICACIÓN				
	1	2	3	4	5
	MUY MALA	MALA	ACEPTABLE	BUENA	MUY BUENA
1. ¿Cómo calificaría usted la cobertura con que actualmente cuenta la localidad 18 en cuanto a los centros médicos?					
2. Según su opinión ¿En que escala ubicaría la calidad de los centros médicos del Barrio Olaya Herrera?					
3. ¿Para usted es buena la iniciativa por parte de alcaldía local de implementar mayores controles a los establecimientos que prestan servicios de Salud a la población?					
4. ¿Qué calificación le da a los Profesionales que prestan sus servicios en los establecimientos de Salud en el barrio Olaya Herrera?					
5. ¿Cómo considera usted la infraestructura física de dichos centros?					

LE AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN. SUS RESPUESTAS NOS AYUDAN EN EL PROCESOS DE MEJORA PARA NUESTRA ENTIDAD

Fuente: El Autor, año 2013

Tabla 4. Resultado encuesta localidad 18

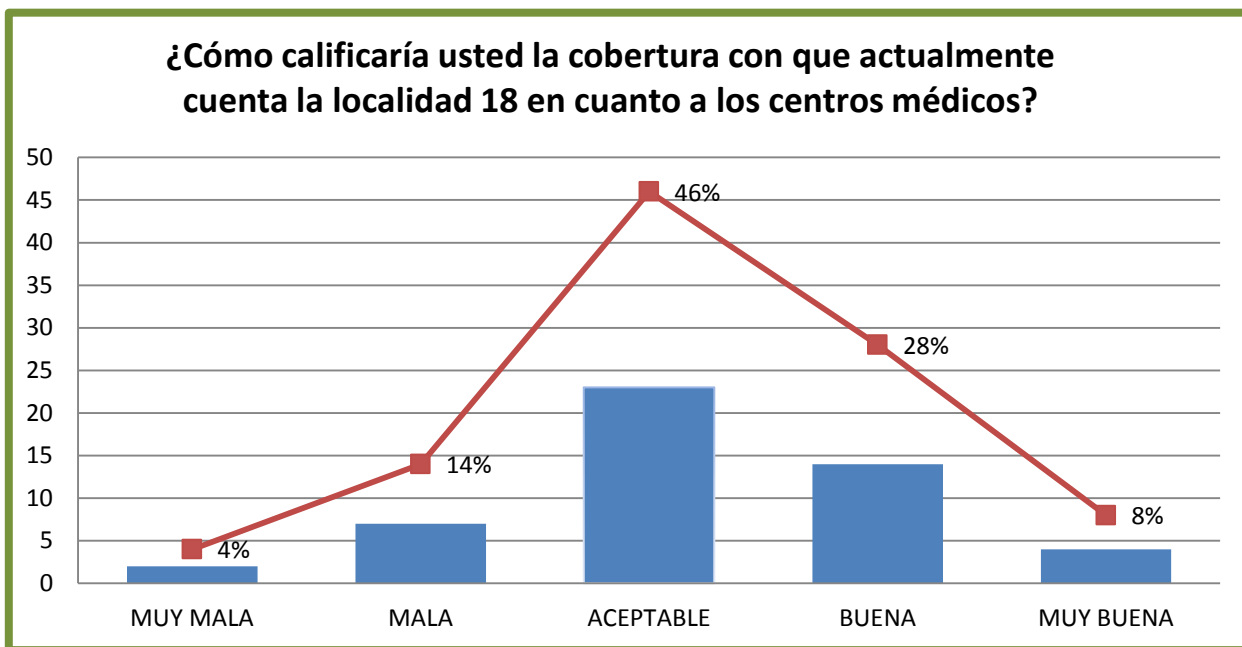
VARIABLE	TOTALES				
	1 MUY MALA	2 MALA	3 ACEPTABLE	4 BUENA	5 MUY BUENA
1. ¿Cómo calificaría usted la cobertura con que actualmente cuenta la localidad 18 en cuanto a los centros médicos?	2	7	23	14	4
2. Según su opinión ¿En que escala ubicaría la calidad de los centros médicos del Barrio Olaya Herrera?	1	12	27	8	2
3. ¿Para usted es buena la iniciativa por parte de alcaldía local de implementar mayores controles a los establecimientos que prestan servicios de Salud a la población?	0	1	8	23	18
4. ¿Qué calificación le da a los Profesionales que prestan sus servicios en los establecimientos de Salud en el barrio Olaya Herrera?	2	6	31	11	0
5. ¿Cómo considera usted la infraestructura física de dichos centros?	1	18	26	5	0

Fuente: El Autor, año 2013

Realizando el análisis de cada variable se puede determinar que:

Para la primea pregunta realizada, la cobertura en la localidad es de un 46% (Ver gráfico 3) aceptable, sin embargo para los 396.711 personas que habitan en la localidad según el censo realizado en el año 2005 por el DANE es muy poca, pues gran cantidad de ellos acuden en varias ocasiones a centros médicos particulares ubicados en los barrios Quiroga y Olaya Herrera, que en su mayoría pertenecen a particulares y generan un costo adicional a los que supuestamente se encuentran afiliados a las EPS establecidas por el Gobierno para que presten sus servicios a la población, por lo tanto se puede establecer que a pesar que hay gran aglomeración de establecimientos de salud es necesario que exista un interés por aumentar la cobertura para lograr una mejor atención a los usuarios.

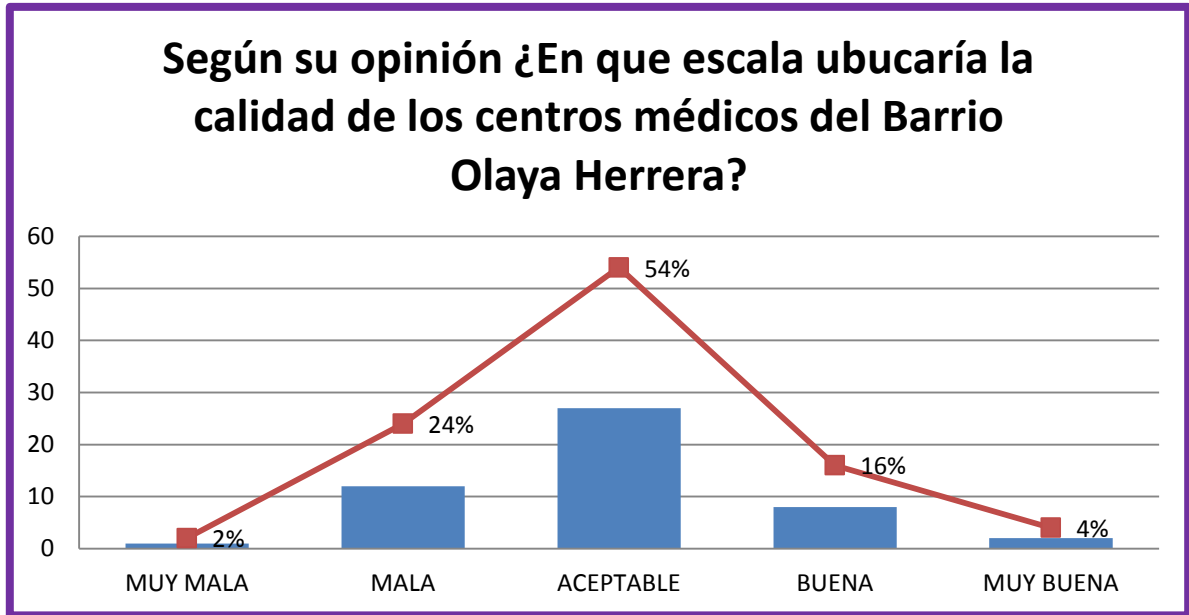
Gráfico 3. Análisis variable 1



Fuente: El Autor, año 2013

Analizando los resultados para la segunda pregunta formulada (*Ver gráfico 4*), los datos arrojaron un resultado no muy favorable, pues se puede decir que a pesar que el 54% de los encuestados contestó que la calidad era aceptable, un 24% dijo que era mala y si se piensa en la cantidad de habitantes el porcentaje de respuestas negativas sería muy alto, lo que nos lleva a pensar como institución que UMED LTDA tiene que prestar un mejor servicio, que tiene que marcar la diferencia que necesita del compromiso de cada uno de sus colaboradores para dicho objetivo.

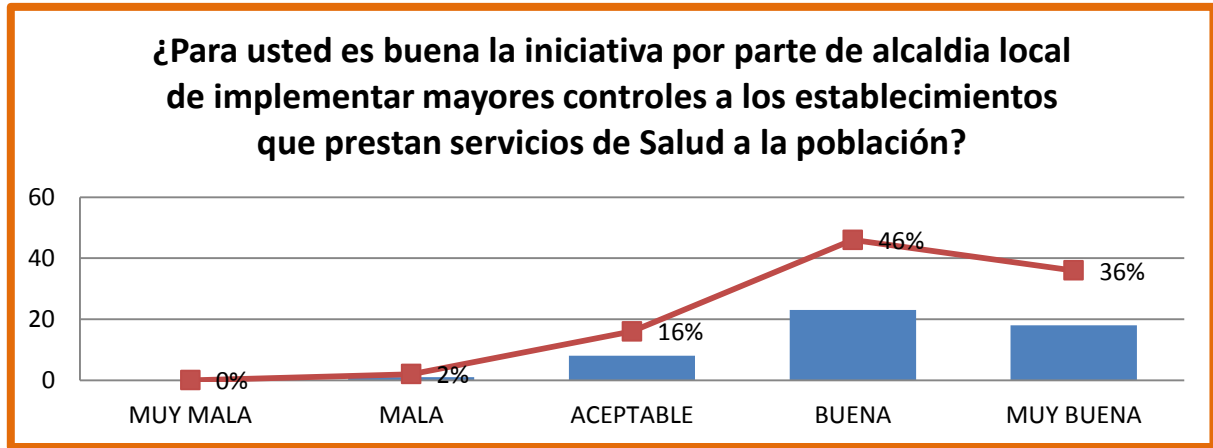
Gráfico 4. Análisis variable 2



Fuente: El Autor, año 2013

En una entrevista realizada a uno de los funcionarios de la Alcaldía local acerca de los controles que se están llevando a cabo para los centros médicos del Barrio Olaya Herrera, este informaba que a partir del año 2013 se implementarían con rigurosidad visitas continuas por parte de la Secretaria de Salud y también por parte de la Policía Nacional correspondiente al cuadrante, inspecciones sorpresivas a los establecimientos para vigilar que no se estén llevando a cabo procedimientos inadecuados como abortos que en la actualidad son los más denunciados por los usuarios; ahora bien conociendo dicha información decidimos preguntar en nuestra encuesta que piensan los habitantes de la localidad y por obvias razones a la gran mayoría de nuestros encuestados con un 46% y 36% de la totalidad les parece entre buena y muy buena dicha decisión por parte de la alcaldía, para mitigar los riesgos de atención, como se puede observar en el gráfico 5:

Gráfico 5. Análisis variable 3

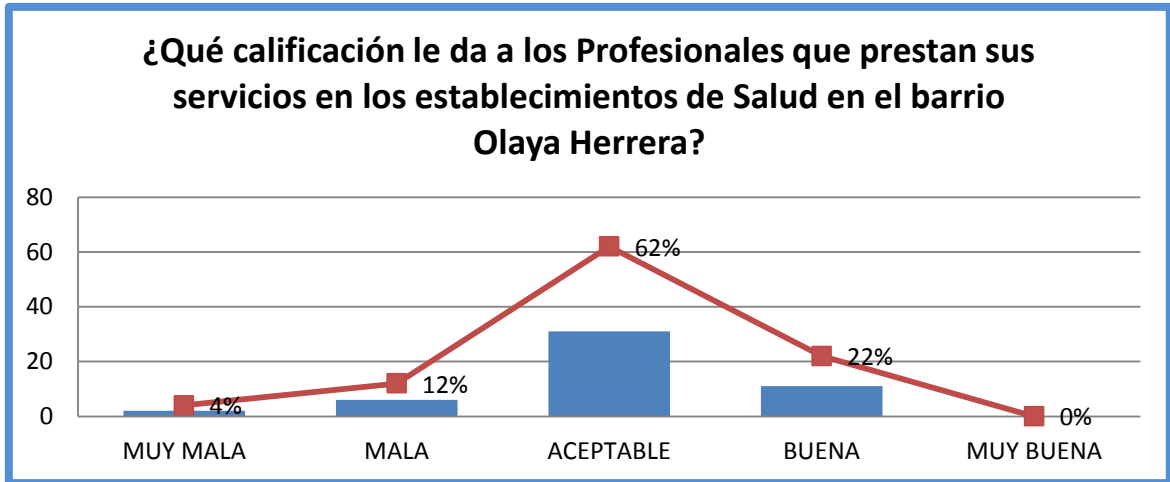


Fuente: El Autor, año 2013

En el análisis de la pregunta número 4 (*Ver gráfico6*), se observa que para el 22% de los encuestados los médicos profesionales que prestan sus servicios en el sector del barrio Olaya son buenos, lo que significa que es necesario profundizar en la atención que estos están prestando a los pacientes, el 62% de los mismos contestaron que los profesionales son aceptables y el 12% que son malos, por lo tanto, cabe mencionar que no hay un esfuerzo por incrementar el nivel de profesionalismo con el fin de aumentar la satisfacción de los usuarios.

Si bien, la gran mayoría de los médicos y demás funcionarios son idóneos en su profesión, en este sector se comete un gran error al atender a los pacientes, pues en muchas ocasiones un mismo médico general se encarga de atender especialidades que no le corresponden y da un diagnóstico con el fin de que los usuarios acudan nuevamente o se realicen exámenes que no necesitan, cabe aclarar que ésta situación no ocurre sino en los centros médicos de garaje, y que las demás instituciones como UMED, que si cuentan con una selección de su personal realizaron demandas ante la Fiscalía General de la Nación con el fin de que exista un mayor control y no se dañe el buen nombre de las instituciones que si trabajan según la ley.

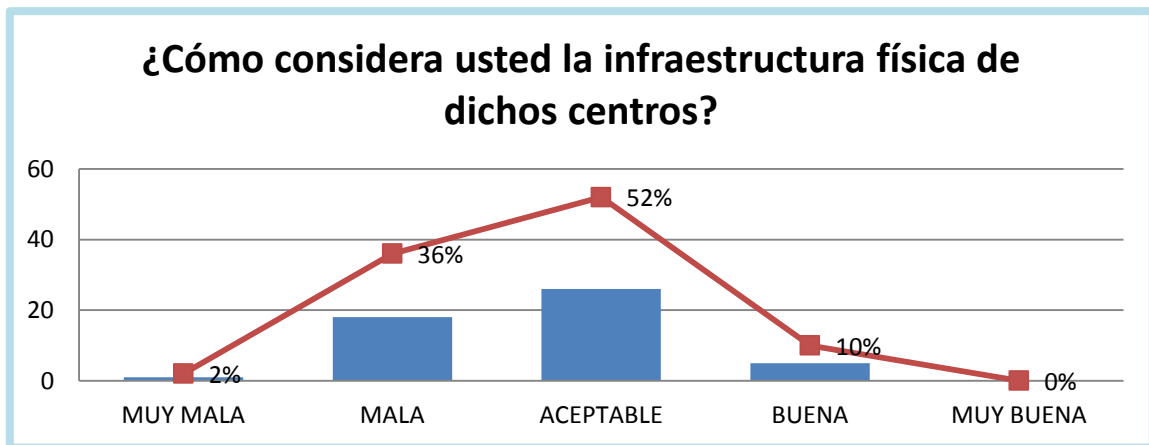
Gráfico 6. Análisis variable 4



Fuente: El Autor, año 2013

En la variable 5 se evidencian falencias (*Ver gráfico 7*), ya que la encuesta arrojó que la infraestructura se encuentra entre un 36% mala y un 52% aceptable, lo que lleva a pensar que existe entre los usuarios cada vez más exigencia en este ítem que para muchas entidades no es primordial, sin embargo, la exigencia del gobierno en el grupo de estándares de acreditación se encuentra el estándar de gerencia de ambiente físico, que busca que se cuente con los recursos físicos y tecnológicos para prestar un adecuado servicio.

Gráfico 7. Análisis variable 5



Fuente: El Autor, año 2013

2.1.3 Descripción de UMED

La Unidad Médica De Especialistas Divino Niño Jesús (UMED) lleva en el sector 20 años prestándole el servicio a los usuarios, siempre con responsabilidad, ética, oportunidad, confiabilidad y pertinencia tal como lo muestran sus valores, sin embargo a lo largo del tiempo nunca se había pensado en un cambio en la mentalidad de la organización que busque brindar al cliente un servicio con calidad y agilidad, y para la organización eficacia y eficiencia.

UMED es una empresa privada con categoría IPS en el sector de la salud con licencia en Salud Ocupacional, que presta servicios de manera particular de Radiología, Laboratorio Clínico, Optometría, Audiología, Medicina General, Y Fonoaudiología, cuyos valores corporativos son:

- **MISIÓN:** UMED LTDA es una IPS que trabaja con los mejores recursos tanto físicos como tecnológicos apoyados en un talento humano siempre al servicio de la comunidad. Trabaja con sentido de pertenencia a nivel empresarial e institucional y contribuye al desarrollo de la sociedad colombiana.
- **VISIÓN:** Ser una institución líder en servicios integrales de medicina familiar, ocupacional y preventiva que garantice la calidad.

Actualmente UMED no cuenta con una división por departamentos, esto debido a su administración que por ser una empresa familiar tiende a ser antigua y con un pensamiento de *“solo una persona toma las decisiones de la organización”*, no se delegan responsabilidades, nadie maneja un presupuesto, y la mayoría de procesos son manuales, no hay un control de los empleados, y debido a que tampoco cuenta con protocolos definidos por cargos se presentan inconformidades por parte de los pacientes en los procedimientos llevados a cargo por los funcionarios en la toma y entrega de exámenes médicos, y consultas. A su vez los funcionarios no toman conciencia de la responsabilidad que implica la atención de la salud de sus pacientes y no muestran la amabilidad y calidez necesarias para garantizar la fidelidad de los mismos. A continuación en las fotos 1 y 2 se puede observar una de las áreas más importantes de la organización:

Foto 1. Área de laboratorio clínico



Fuente: UMED LTDA 2012

Foto 2. Área de análisis de muestras



Fuente: UMED LTDA 2012

Dada esta problemática, UMED decidió dedicar tiempo a la organización total de la empresa y a la implementación de ciclos de mejoramiento enfocados en el cumplimiento de los estándares de acreditación estipulados por el Ministerio de Protección Social para así iniciar el proceso de acreditación ante el ICONTEC.

Actualmente su organigrama se mantiene de la misma forma desde hace 10 años aproximadamente, lo cual implica que no se actualicen funciones desde ese tiempo, de igual manera se nombran áreas que en la actualidad no existen en la organización, como se puede ver en la figura numero 9:

Figura 9. Organigrama de UMED LTDA.



Fuente: UMED LTDA 2013

A nivel de recurso humano, a pesar que los profesionales son especialistas en Salud Ocupacional, no muestran sentido de pertenencia y el porcentaje de tiempo de ocio aumenta notablemente cuando la empresa no está prestando servicios de brigadas a las empresas por la que es contratada (Ver foto 3).

Foto 3. Tiempo de ocio de los funcionarios



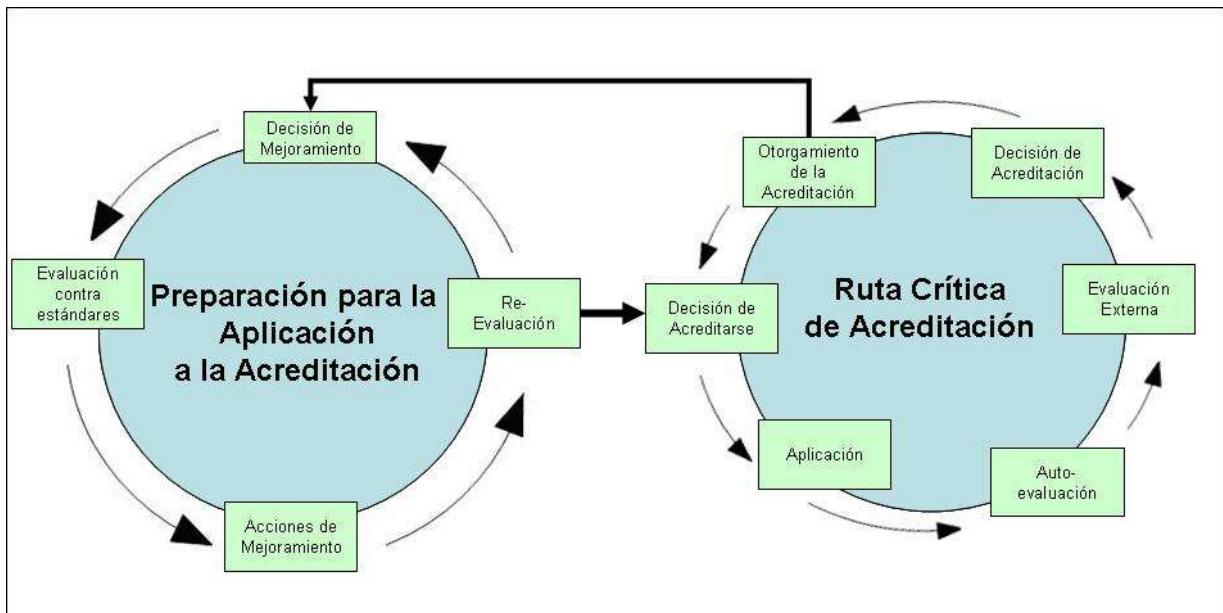
Fuente: UMED LTDA 2012.

Evidenciada esta problemática por la que atraviesa la organización, se realizó con la colaboración de los especialistas de cada área una matriz DOFA (Ver anexo 1) para determinar el estado de la empresa, la cual es fundamental para el diagnóstico y para el plan de preparación para la implementación de la acreditación en salud.

2.1.4 Análisis del estado de la empresa: Como se mencionó anteriormente UMED es actualmente una empresa familiar, con muy poca inversión y escaso asesoramiento, es importante resaltar que la organización no cuenta con ningún tipo de Sistema de Gestión definido para su funcionamiento, lo que éste proyecto busca es reorganizar de una manera más apropiada la institución, es el inicio de la preparación para la acreditación en salud en pro del mejoramiento continuo de la organización.

La idea de UMED es aplicar la ruta crítica (Ver figura 10) que especifica el ICONTEC para realizar el proceso para aplicar la acreditación desde su inicio, desde que la entidad toma la decisión hasta la visita y el reporte final de la evaluación.

Figura 10. Ruta crítica



Fuente: http://www.acreditacionensalud.org.co/ruta_critica.php. 2013

UMED tomó la decisión de mejoramiento, y como primera parte de su proceso realizó una autoevaluación contra los estándares (*ver anexo 2*) y de esta manera analizó cada uno de sus procesos.

Según el análisis DOFA y la autoevaluación de los estándares, se puede concluir que:

UMED LTDA no está aplicando adecuadamente los estándares dictados por la Resolución 1445 de 2006, que aplican para este tipo de entidad, lo que demuestra las debilidades detectadas en la matriz DOFA en cuanto al área de recursos humanos, falta de implementación de procesos, poca atención en la calidad en servicio e información otorgada al cliente entre otras, viéndose afectados diversos procesos, por lo que se decidió analizar cada estándar y asociarlo a los problemas que afectan la entidad en general y buscar mecanismos de mejora que se evidencian en la tabla 5:

Tabla 5. Análisis y compromisos

PROCESO	UMED SE COMPROMETE A:
DE ATENCIÓN AL CIENTE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respetar los derechos de los pacientes. 2. Dar a conocer sus deberes. 3. Prestar un servicio adecuado, a tiempo y sin discriminación. 4. Que el paciente obtenga los resultados esperados en la finalización de sus consultas. 5. Que el usuario esté enterado de los procesos de mejora de la entidad.
DE DIRECCIONAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que la organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales enfocados al cliente. 2. Cuenten con un mejoramiento continuo en la calidad de sus servicios. 3. Que exista una adecuada comunicación, difusión y orientación del personal. 4. Realice evaluaciones constantes a su plan de implementación del

	proceso de acreditación.
DE GERENCIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener identificados sus clientes y sus necesidades. 2. Asignación de recursos físicos, financieros y de talento humano para las labores de mejoramiento. 3. Cumplir con las estrategias planteadas en el análisis y diagnóstico de la entidad.
DE TALENTO HUMANO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar capacitaciones para mejorar las competencias de sus funcionarios. 2. Identificar y dar respuestas efectivas a las necesidades del talento humano. 3. Desarrollar estrategias para promover la seguridad del paciente y humanización en la atención. 4. Evaluación constante de la satisfacción del cliente. 5. Velar por mantener el buen clima organizacional y el desarrollo cultural.
DE AMBIENTE FÍSICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar campañas de promoción de una cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico. 2. Proveer los insumos y suministros a tiempo. 3. Realizar mejoras en la infraestructura física para garantizar a paciente mayor calidad en el servicio.
DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación del personal para la manipulación de los equipos adquiridos.
DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 2. Garantizar la seguridad y confidencialidad de la información. 3. Desarrollo y gestión de registros clínicos. 4. Uso seguro y confiable de los datos de los pacientes, como de la información propia de la entidad.

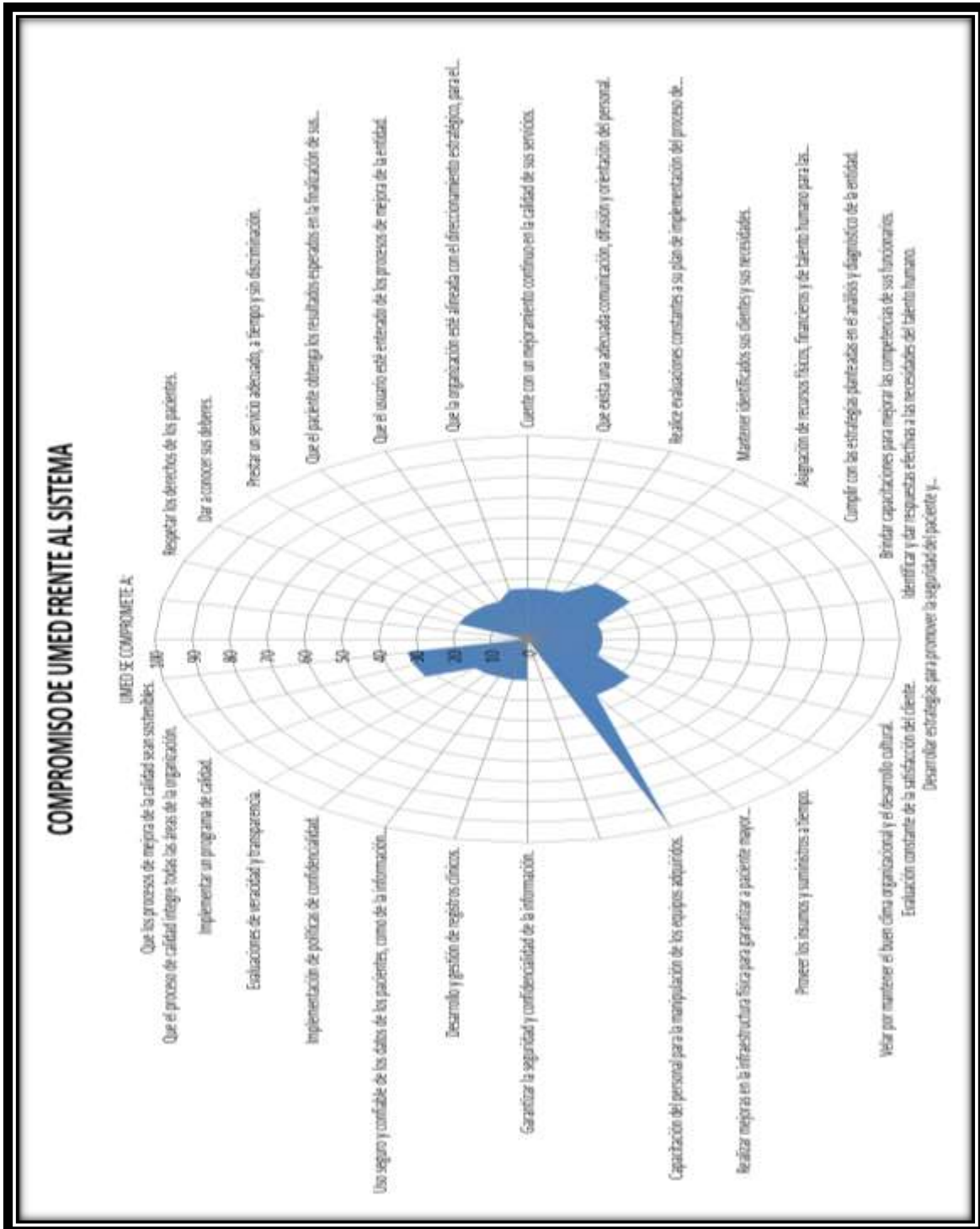
	<ul style="list-style-type: none"> 5. Implementación de políticas de confidencialidad. 6. Evaluaciones de veracidad y transparencia.
DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> 1. Implementar un programa de calidad. 2. Que el proceso de calidad integre todas las áreas de la organización. 3. Que los procesos de mejora de la calidad sean sostenibles.

Fuente: El Autor, año 2013

A continuación se presenta el diagrama de red (*Ver figura 11*) del análisis realizado de la tabla 3. Análisis y Compromisos, en donde se pueden observar los puntos más críticos, a los cuales la organización tiene que hacer énfasis para el cumplimiento adecuado de los estándares dispuestos por la Secretaria de Salud a las IPS.

Uno de los más importantes o el de más atención es la capacitación al personal, pues este ítem prepara a los trabajadores del sector para la atención oportuna y disminución de eventos adversos o control de los mismos en el área de trabajo.

Figura 11. Diagrama de red



Fuente: El Autor, año 2013

2.1.5 Desarrollo del plan de implementación del sistema: El siguiente paso de la ruta crítica en el proceso de Acreditación En Salud luego a la aplicación de la autoevaluación es la aplicación de las acciones de mejoramiento, por lo que se decidió realizar un comité con la Gerente para determinar acciones a seguir.

Una vez realizada la entrevista con la Gerente Dra. María Luisa Molina, y analizados los resultados de la encuesta, la matriz DOFA y la autoevaluación de la organización, se procedió a realizar un plan de implementación del sistema con las actividades a seguir (*Ver anexo 3*) como planeación y preparación, en donde previamente se reunió todo el personal y se escogió un grupo denominado *GRUPO DE PLANEACIÓN Y LIDERAZGO* con el fin de escoger líderes con roles definidos quienes reportaran al líder general del programa de preparación.

Como lo indica el Ministerio de Protección Social, el papel de la gerencia es fundamental en este proceso de planeación y preparación, pues la acreditación es más que la presentación ante un ente externo para la obtención de un título que mejore su imagen externa, es una estrategia y metodología para que la organización armonice sus procesos y oriente la utilización de sus recursos de acuerdo con lo aprendido de los mejores y más exitosos modelos de desempeño en salud²¹; es por eso que UMED permitió la conformación de este grupo para facilitar la implementación del proyecto, teniendo en cuenta la importancia del proceso de documentación y lo estipulado por la norma ISO 9001:2008 y el ciclo PVHA; este plan se llevó a manera también de un diario en donde cada vez que se realizaba una actividad ésta quedaba consignada directamente en el libro del plan (*Ver figura 12*).

²¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL; Guía Práctica de la Preparación para la Acreditación en Salud; 2007.

Figura 12. Plan de implementación del sistema UMED LTDA



Fuente: El Autor, año 2013

2.2 DOCUMENTACIÓN DE UMED LTDA DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD CORRESPONDIENTE.

Anteriormente se había creado un grupo de planeación y liderazgo con el fin de establecer equipos de apoyo al sistema de gestión a implementar, lo que este grupo decidió antes de dar continuidad al siguiente paso de la Ruta Crítica, es la creación de equipos de apoyo en el cual uno de ellos se denominó *documentadores*, quienes desarrollaron su plan de acción que fue presentado al primer comité en su primera reunión llevada a cabo el Sábado 6 de abril de 2013, los cuales incluyeron a todos los colaboradores jefes de cada área en el proceso de documentación, debido a que ellos son los que conocen específicamente cada uno de los procesos y son los que a ciencia cierta saben que registros manejar para cada protocolo de servicio.

Siguiendo con los lineamientos de la norma ISO 9001, se convocó a una reunión extraordinaria para el planteamiento de la Política de calidad, ya que es fundamental para el sistema por que como lo dice la norma, *La política de la calidad y los objetivos de la calidad se establecen para proporcionar un punto de referencia para dirigir la organización. Ambos determinan los resultados deseados y ayudan a la organización a aplicar sus recursos para alcanzar dichos resultados. La política de la calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad*²² en la cual participarían todos los funcionarios líderes de cada área; quedando consignado en el Acta 001 (Ver anexo 4) denominada *Avance Semanal del Equipo*.

Todos los miembros del grupo acordaron plasmar la política de calidad de la organización con la opinión de los clientes, y a los usuarios que se encontraban en consulta en ese momento se les realizaron unas preguntas (Ver tabla 6) a manera de encuesta pero generales con el fin de realizar la ponderación de lo primordial para sus clientes:

Tabla 6. Opinión de los clientes

Califique de 1 a 5 que es lo fundamental para usted en la prestación del servicio de UMED LTDA.	
REQUERIMIENTOS DE CLIENTES	CALIFICACIÓN
Servicios habilitados de calidad	5
Variedad de Médicos Especialistas	3
Precio adecuado y cómodo	4
Calidad en el servicio	5
Ofertas llamativas	2

Fuente: El Autor, año 2013

²² NORMA TÉCNICA COLOMBIANA; ISO 9000 Fundamentos y Vocabulario. 2013.

Teniendo como base lo que nuestros clientes querían, también se preguntó a los directivos de la organización acerca de los aspectos que considerarían más importantes como se muestra en la tabla 7:

Tabla 7. Opinión de los directivos

METAS DE LA ORGANIZACIÓN	CALIFICACIÓN
Rentabilidad	5
Posicionamiento	4
Certificación	3
Captación de nuevos mercados	4
Competitividad	4

Fuente: El Autor, año 2013

2.2.1 Directrices: Luego de conocer las opiniones de los interesados, se analizaron los datos para conocer las directrices en la cuales nos enfocaríamos, obteniendo la información de la tabla 8:

Tabla 8. Directrices

DIRECTRICES PRIORIZADAS
Servicios habilitados de calidad
Calidad en el servicio
Rentabilidad
Precio adecuado y cómodo

Fuente: El Autor año 2013

Luego de realizar el análisis y diagnóstico del estado, se decidió implementar el siguiente organigrama con el fin de que este sea conocido y comprendido por todo el personal:

2.2.2 Política de calidad: Una vez se analizaron las directrices se implementó la Política de Calidad (*Ver figura 13*) para la cual la gerencia con la ayuda de todos sus funcionarios guiarán todos sus esfuerzos para su cumplimiento, aunque la Acreditación en Salud no dicte que es necesario que se cree una política de calidad, UMED si decide crearla ya que ésta orienta a la organización a trabajar en pro de cumplir con las expectativas de sus clientes y al compromiso con sus objetivos de Calidad, y como lo especifica la norma NTC ISO 9001 la gerencia quiere cumplir con el numeral 5.3 en donde *La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad:*

- a) Es adecuada al propósito de la organización.
- b) Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
- c) Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.
- d) Es comunicada y entendida dentro de la organización.
- e) Es revisada para su continua adecuación.

Figura 13. Política de calidad UMED LTDA



Fuente: El Autor, 2013

2.2.3 Objetivos institucionales: Se crearon los nuevos objetivos institucionales (Ver figura 4), en función del cumplimiento de la política, y se enfocaron en base a la satisfacción del cliente.

Figura 14. Objetivos institucionales

- ✓ Direccionar a la institución hacia la promoción de una atención segura de los pacientes, mitigando su inconformidad y ejerciendo control en los procesos de atención.
- ✓ Prevenir la ocurrencia de eventos adversos, buscando herramientas internas que mejoren la seguridad y el entorno.
- ✓ Educar a los pacientes y sus familias e informar adecuadamente sobre cada uno de los procesos de atención a los que son sujetos.
- ✓ Mitigar los riesgos por medio de la implementación de protocolos y caracterizaciones de cada área.
- ✓ Ser reconocidos por su excelente calidad en la localidad en la que se desempeña la organización.
- ✓ Entrenar a los miembros del equipo con el fin de buscar una mejora continua de la organización.
- ✓ Ser una entidad rentable y sostenible en el tiempo.

Fuente: El Autor, 2013

2.2.4 Objetivos de calidad: UMED con el fin de buscar el cumplimiento de su política de calidad establece los objetivos de calidad (*Ver figura 15*), ya que como dice la norma ISO 9001, La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto, se establecen en las funciones y los niveles pertinentes dentro de la organización.

Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad. Pues su objetivo es comprobar su cumplimiento y así mismo establecer pasos para su consecución.

Estos deben estar definidos para que todos los niveles de la organización puedan cumplirlos, y cada uno de los colaboradores estén informados y comunicados de los avances que se llevan a cabo en el proceso de su cumplimiento.

Figura 15. Objetivos de calidad

OBJETIVOS DE CALIDAD
Garantizar a todos nuestros usuarios el cumplimiento de la reglamentación estipulada para prestar los servicios habilitados por la Secretaria de Salud.
Asegurar la correcta prestación de nuestros servicios, garantizando la satisfacción de nuestros usuarios y sus familias.
Desarrollar permanentemente estrategias que lleven a la organización a ser rentable y sostenible en el tiempo.
Generar estrategias que busquen llegar a los clientes con menos recursos económicos para que estos puedan acceder a los servicios con precios cómodos sin disminuir el grado de calidad.

Fuente: El Autor, 2013

2.2.5 Manual de calidad (ver anexo 5): El manual de calidad tiene como propósito cumplir la política de calidad y los objetivos adheridos a esta, también describir el sistema de gestión de la calidad que se implementa; este se desarrolló según lineamientos de la norma ISO 9001(Ver figura 16).

La norma ISO 9001 en su numeral 4.2.2 indica como un “debe”, que la organización que implemente un sistema de gestión de calidad establecer y mantener un manual de calidad el cual incluya el alcance del sistema de gestión, los procedimientos documentados, y la interacción entre los procesos del sistema, estos procesos son los que se especifican como los procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

Para el caso de UMED, se realiza la exclusión de lo relativo al numeral 7.3 de la norma ISO 9001 correspondiente al *Diseño y desarrollo*, dado que se presta un servicio y que estos se realizan correspondientes a las especificaciones expuestas por la normatividad nacional del Ministerio de Protección Social.

Figura 16. Manual de calidad



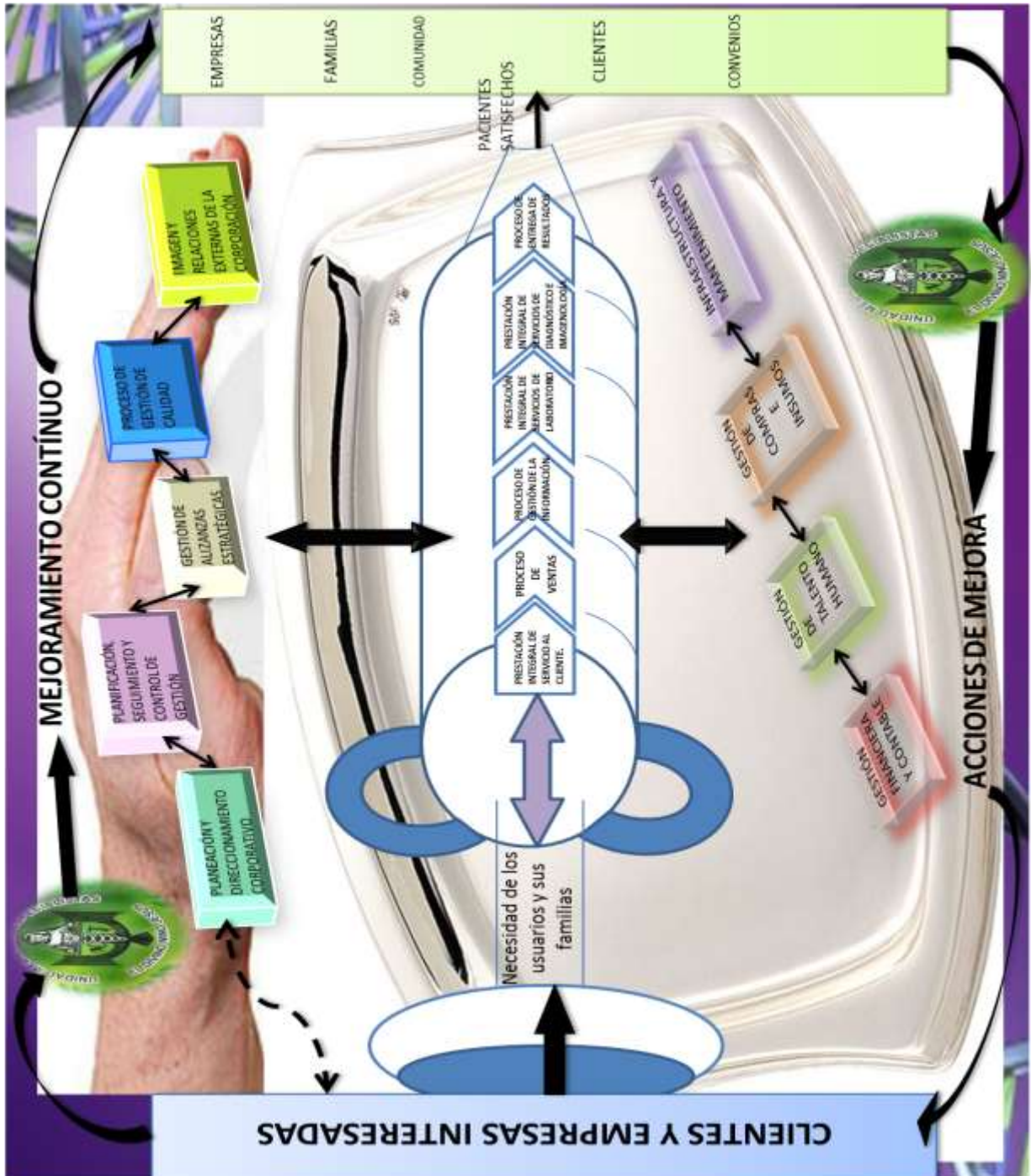
Fuente: El Autor, año 2013

2.2.6 Mapa de procesos: Se crea también el mapa de procesos, con el fin de que su sistema funcione con un enfoque basado en procesos para que el resultado sea eficiente y eficaz (*Ver figura 17*).

El mapa de procesos ofrece una visión general del sistema de gestión; en él se representan los procesos que componen el sistema así como sus relaciones principales. Dichas relaciones se indican mediante flechas y registros que representan los flujos de información²³.

²³ APPLUS COLOMBIA; Curso de sistemas de gestión HSEQ, 2012.

Figura 17. Mapa de procesos UMED LTDA



Fuente: El Autor, 2013

2.2.7.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS: *(Ver anexo 6).*

- Planeación y direccionamiento corporativo.
- Planificación, seguimiento y control de gestión.
- Gestión de alianzas estratégicas.
- Imagen y relaciones externas de la corporación.
- Proceso de Gestión de Calidad.

2.2.7.2 PROCESOS MISIONALES: *(Ver anexo 7).*

- Prestación integral de servicio al cliente.
- Proceso de ventas.
- Proceso de Gestión de la información.
- Prestación integral de servicios de laboratorio.
- Prestación integral de servicios de diagnóstico e imagenología.
- Proceso de entrega de resultados.

2.2.7.3 PROCESOS DE APOYO O SOPORTE: *(Ver anexo 8).*

- Gestión financiera y contable.
- Gestión de talento humano.
- Gestión de compras e insumos.
- Infraestructura y mantenimiento.

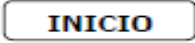






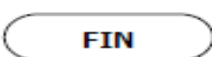
2.2.8 Diseño de manuales de procedimientos y protocolos: los manuales de procedimiento y protocolos se establecieron según la normatividad correspondiente estipulada por la secretaria de salud, quien es el ente regulador dispuesto por la nueva resolución 1441 de 2013 *por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones*; también se realizaron los respectivos flujogramas acordes a cada uno de los manuales de procedimientos de cada área. Cabe aclarar que UMED ya se encuentra habilitado, pero no contaba con los manuales de procedimientos y protocolos adecuados y actualizados para su funcionamiento.

Estos manuales se plasmaron y adecuaron según el proyecto y se pueden observar en la carpeta de anexos adjunta denominada Manuales desarrollados e implementados (*ver anexo 9*):

- Manual de laboratorio clínico.
- Manual de recepción y toma de muestras mural y extramural.
- Manual de medicina general e Interna.
- Manual de hematología.
- Manual de análisis de muestras en el área química.
- Manual de análisis de muestras en el área de microscopia.
- Manual de coloraciones.
- Manual de análisis de muestras en el área de inmunología.
- Manual de limpieza y desinfección del laboratorio clínico.
- Manual para las muestras de citología y detección temprana de cáncer de cuello uterino.
- Manual de procedimientos y protocolos en el área de radiología.
- Manual de optometría.
- Manual de área de los servicios de fonoaudiología.
- Manual de psicología.

En los manuales descritos anterior mente se estructuraron los diagramas para cada uno de los procedimientos con la simbología especificada de la tabla 9:

Tabla 9. Simbología de los mapas

SIMBOLO	DESCRIPCION
	Indicador de inicio de un procedimiento.
	Forma utilizada en un Diagrama de Flujo para representar una tarea o actividad.
	Forma utilizada en un Diagrama de Flujo para representar una actividad predefinida expresada en otro Diagrama.
	Forma utilizada en un Diagrama de Flujo para representar una actividad de decisión o de conmutación.
	Forma utilizada en un Diagrama de Flujo para representar una actividad combinada.
	Conector. Úsese para representar en un diagrama de flujo una entrada o una salida de una parte de un Diagrama de Flujo a otra dentro de la misma página.
	Documento. Representa la información escrita pertinente al proceso.
	Conector utilizado para representar el fin de un procedimiento.

Fuente: https://www.google.com.co/search?um=1&hl=es&biw=1360&bih=590&tbm=isch&sa=1&q=SIMBOLOGIA+DE+MAPAS+DE+PROCESOS&oq=SIMBOLOGIA+DE+MAPAS+DE+PROCESOS&gs_l=img.3..0i24.2402.20027.0.20559.31.21.0.10.10.0.221.3059.7j11j3.21.0...0...1c.1.25.img..5.26.2198._ikL767g4B4.2013.

2.2.9 Documentos y registros soportes de los procesos: A continuación se relacionan los demás documentos y registros que se implementaron para la preparación al Sistema de Acreditación en Salud, que son indispensables en la organización para su correcto funcionamiento y que son requisitos de la Norma ISO 9001, se aclara que debido a la implementación del software para el manejo de todos los procesos de la organización, se decide no codificar los documentos hasta que no se implemente por completo su uso, este proceso se realizara aproximadamente en los meses de Octubre 2013 y Diciembre de 2013. UMED se abstiene de permitir la publicación de todos sus planes, registros y manuales dado que son documentos con información privada y se quiere evitar la manipulación de terceros en la misma ya que existen demandas ante la FISCALIA por falsificación de documentos entre diferentes entidades de salud del sector:

- Historia médica laboral. (ver anexo 10)
- Encuesta para trabajo en alturas. (ver anexo 11)
- Certificado de aptitud medica laboral. (ver anexo 12)
- Factura de venta. (ver anexo 13)
- Historia de espirómetro. (ver anexo 14)
- Examen de audiometría clínica. (ver anexo 15)
- Visiometría clínica. (ver anexo 16)
- Certificado médico. (ver anexo 17)
- Certificado de optometría. (ver anexo 18)
- Remisión. (ver anexo 19)
- Historia clínica general. (ver anexo 20)
- Certificado médico para manipulación de alimentos. (ver anexo 21)
- Certificado oftalmológico. (ver anexo 22)
- Certificado médico piel y respiratorio. (ver anexo 23)
- Revisión por la dirección. (ver anexo 24)
- Acta de reunión de la alta gerencia. (ver anexo 25)
- Informe de seguimiento a planes corporativos implementados. (ver anexo 26)
- Plan de implementación del sistema. (ver anexo 27)

- Acta de avance semanal del equipo. (ver anexo 28)
- Registro de capacitación funcionarios. (ver anexo 29)
- Registro de solución de problemas. (ver anexo 30)
- Acta de actualización y novedades del plan estratégico de alianzas para UMED Ltda. (ver anexo 31)
- Requisitos del cliente y modificación de requerimientos de cliente. (ver anexo 32)
- Solicitud de compras y órdenes de compra de insumos. (ver anexo 33)
- Plan de auditoria interna. (ver anexo 34)
- Hoja de vida de los equipos. (ver anexo 35)
- Manual de excelencia en el servicio.
- Informe de autoevaluación.
- Libro de control de eventos adversos.
- Acta de actividades para conservar la buena imagen UMED Ltda.
- Acta de control de PQRS
- Evaluación del servicio de los funcionarios
- Registro de evaluación de funcionarios
- Requerimiento de personal.
- Actas de reunión de la alta gerencia con la empresa contratada para la instalación del software.
- Registro anual de soporte y mantenimiento.
- Muestras médicas.
- Almacenamiento de los resultados de los exámenes.
- Control de muestras médicas etiquetadas.
- Resultados de exámenes.
- Libro de control de entrega de resultados.
- Comprobantes de pagos a proveedores.
- Manual de procedimientos de contabilidad de UMED.

- Comprobantes de pago de nómina.
- Procedimiento de selección de personal.
- Programa de capacitación semestral.
- Programa de bienestar de personal.
- Plan de compras.
- Registro de solicitud de disponibilidad presupuestal.
- Cotizaciones de proveedores.
- Contratos con proveedores.
- Registro de recepción de mercancías.
- Análisis de proveedores.
- Informe de la gestión de compras.
- Plan de mantenimiento.
- Registro de control de acciones preventivas y correctivas en la gestión de los recursos físicos.

2.2.10 Formulación de indicadores de gestión: Los indicadores son expresiones generalmente matemáticas que señalan una parte importante del comportamiento de una situación, sólo son una porción de un todo, pero que por sus características lo puede representar. Entre mayor sea el número de indicadores de una situación o institución, mejor conocimiento se tiene de ésta.

Los indicadores también son herramientas para hacer control de gestión. Se constituyen en la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización o departamento, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, podrá estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso. Además el concepto de indicadores corresponde a un sistema de información al servicio de un programa o de la gerencia para monitorear la totalidad²⁴. Es por eso que UMED decide implementar sus propios indicadores, con el fin de mantener un control adecuado y monitorear a la organización

²⁴ ÁLVAREZ HEREDIA Francisco, MD, MSP: Instrumentos de auditoría médica. Página 18. Bogotá, Ecoe ediciones, 2006.

para poder avanzar en un mejoramiento continuo en pro de su política institucional y trabajando a favor de sus usuarios.

2.2.11 Atributos de los indicadores²⁵: Dependen de las características del fenómeno o del proyecto a evaluar y muy en particular de los indicadores seleccionados. Se anotan a continuación algunos de estos atributos.

- Validez: Si efectivamente mide lo que pretende medir.
- Confiabilidad: Si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados.
- Especificidad: Que mida solamente los fenómenos que quiera medir y no otros.
- Sensibilidad: Que pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir.
- Mensurabilidad: Que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir.
- Relevancia: Que dé respuestas claras a las preguntas de los aspectos de salud.
- Costo efectividad: Que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y recursos.
- Sencillos: Fáciles de entender y de formular.
- Oportunos: Fáciles de medir con los elementos o datos existentes.
- Ajustables: Se pueden construir a corto, mediano y largo plazo según el interés.
- Pertinentes: Que efectivamente midan lo que se quiere medir en el tiempo que se requiera.
- Integralidad: Que no falten datos.
- Consistencia interna: Que examinados solos o en conjunto sean coherentes y no se contradigan.

²⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL; Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; Talleres de actualización, CD Room, 2011.

2.2.12 Codificación: Según el Ministerio de Protección Social para monitorear adecuadamente el sistema, los indicadores se deben codificar de la siguiente manera:

- La primera letra identifica la responsabilidad en el reporte del indicador: I para IPS y E para EAPB. En el interior de la IPS o de la EAPB pueden agregarse letras para identificar el servicio o área de la cual provienen los indicadores, en este caso no se agrega el punto de separación.
- El primer número identifica el dominio: 1 para accesibilidad/oportunidad, 2 para calidad técnica, 3 para seguridad del paciente y 4 para experiencia de la atención.
- Cuando se trate de indicadores compuestos, resultantes de la agregación de datos a partir de otros indicadores, por ejemplo: Oportunidad de la consulta médica especializada, se puede agregar otro dígito que identificará cada uno de los indicadores que conforman el agregado. Igualmente cuando se realice desagregación del indicador.

Si bien, el régimen en Colombia da pautas y aporta ideas para que las entidades apliquen su reglamentación, cada organización es autónoma de la implementación ya que cada una trabaja en busca del cumplimiento de sus objetivos, y tiene la libertad de determinar sobre los puntos de que desea controlar y medir a su institución. Sin embargo tiene el deber de cumplir con los estándares mencionados en las Resoluciones publicadas.

2.2.13 Indicadores aplicados a UMED Ltda: Para UMED LTDA es de vital importancia el control de sus procesos y medición de los mismos, y dando cumplimiento a la normatividad expuesta por el Ministerio de Protección Social decide implementar indicadores de calidad como una medida para identificar las áreas y procesos en los que necesita mejoramiento y de este modo controlar sus deficiencias en el proceso de preparación para la Acreditación en Salud.

Para la organización el propósito de su control es:

- Evitar la exageración de recolección de datos e información, pues se determina que sus indicadores sean útiles para la gestión y análisis de su sistema de calidad.
- Que cada uno de estos sea entendido adecuadamente por sus funcionarios y sea comprendido el fin para el que se implementa.
- Adaptarlos a las necesidades y tamaño de la organización.
- Permitir una interpretación adecuada para la toma de decisiones

Los indicadores implementados por la unidad médica se pueden ver en la tabla 11 y su correspondiente simbología en la tabla 10 que se presenta a continuación:

Tabla 10. Simbología de los indicadores

LETRA	SIGNIFICADO
I	IPS
GU	GERENCIA
GE	GERENCIA ESTRATÉGICA
PC	PRESTACION DE SERVICIO AL CLIENTE
PV	PROCESO DE VENTAS
LBC	LABORATORIO CLÍNICO
IM	IMAGENOLOGÍA
FN	FONOAUDIOLOGIA
PS	PSICOLOGÍA
MG	MEDICINA GENERAL
SO	SALUD OCUPACIONAL
GC	GESTIÓN DE CALIDAD
TH	TALENTO HUMANO
PE	PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS
MA	PROCESO DE INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO

Fuente: El Autor, 2013

Tabla 11. Indicadores

NOMBRE	CODIFICACIÓN	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	META
Cumplimiento de los objetivos de calidad	IG-2.1	Número de Objetivos Desarrollados	Número de Objetivos Planeados	Relación Porcentual	Semestral	100%
Ejecución de las estrategias y planes	IG-2.2	Estrategias ejecutadas	Estrategias Planteadas	Relación Porcentual	Trimestral	Mínimo al 80%
Cumplimiento de estándares	IG-2.3	Número de Estándares aplicados (NEA)	Número de estándares de la Norma (NEN)	Relación Porcentual	Mensual	100%
Cumplimiento de la normatividad legal	IG-2.4	Ítems aplicados y cumplidos	Ítems de las normas aplicables a la entidad	Relación Porcentual	Semestral	100%
Cantidad de clientes vinculados con portafolio	IGE-1.1	Número de clientes vinculados a través del portafolio	Número de clientes visitados mensualmente	Relación Porcentual	Bimestral	Mínimo el 50%
Cantidad de clientes que desisten de los servicios	IGE-1.2	Cantidad de clientes que no tomaron los servicios	Número de clientes que visitaron la entidad para cualquier consulta	Relación Porcentual	Bimestral	Máximo el 10%
Porcentaje de rentabilidad por alianza.	IGE-1.3	Utilidad Neta	Ventas Netas	Relación Porcentual	Mensual	Mínimo el 30%
Porcentajes de PQRS	IPC-4.1	Número de quejas presentadas	Total de pacientes atendidos	Relación Porcentual	Trimestral	Máximo el 5%
Imagen de la organización	IG-2.5	A través de encuesta		Relación Porcentual al tabular los datos	Anual	Mayor en un 20% frente al año anterior

Satisfacción del cliente	IPC-4.2	En este ítem se implementaran los métodos de: <i>focus group</i> ; <i>Encuesta de satisfacción de clientes</i> a todos los clientes a los que se les presta el servicio en el momento de la entrega del resultado, <i>seguimiento a las PQRS</i> presentadas.		Relación Porcentual al tabular los datos	Mensual	95%
facturación por ventas Totales	IPV- 4.3	Número de facturas realizadas	Número de facturas emitidas para su uso	Relación Porcentual	Mensual	100%
facturación ventas por servicio	IPV- 4.4	Número de facturas realizadas para cada servicio	Número de facturas emitidas para su uso	Relación Porcentual	Mensual	100%
Muestras correctamente identificadas	ILBC- 3.1	Número de muestras etiquetadas	Número de muestras totales	Relación Porcentual	Mensual	100%
Porcentaje de productividad del LBC	ILBC- 1.4	Número de horas de habilitación del laboratorio	Número de procedimientos realizados	Relación Porcentual	Mensual	100%
Porcentaje de productividad de imagenología	IIM-1.5	Número de horas de habilitación del cuarto de RX	Número de procedimientos realizados	Relación Porcentual	Mensual	100%
Porcentaje de productividad de fonaudiología	IFN-1.6	Número de horas de habilitación del consultorio	Número de consultas realizadas	Relación Porcentual	Mensual	100%
Porcentaje de productividad de psicología	IPS-1.7	Número de horas de habilitación del consultorio	Número de consultas realizadas	Relación Porcentual	Mensual	100%
Porcentaje de productividad de medicina general	IMG-1.8	Número de horas de habilitación del consultorio	Número de consultas realizadas	Relación Porcentual	Mensual	100%

Porcentaje de productividad de salud ocupacional	ISO-1.9	Número de horas de habilitación del consultorio	Número de consultas realizadas	Relación Porcentual	Mensual	100%
Vigilancia de eventos adversos	IGC-3.2	Número de eventos controlados	Número de eventos presentados	Relación Porcentual	Mensual	95%
	IGC-3.3	Número de acciones correctivas aplicadas	Número de acciones correctivas planteadas	Relación Porcentual	Mensual	100%
Cansancio del personal	ITH-2.6	Número de profesionales con más de 8 horas de trabajo continuo	Total de profesionales encuestados	Relación Porcentual	Mensual	N/A
Porcentaje de auditorías internas	IGC-2.7	Número de auditorías ejecutadas	Número de auditorías programadas	Relación Porcentual	Anual	100%
Porcentaje de exámenes reclamados	IPE-4.4	Cantidad de exámenes reclamados	Cantidad exámenes practicados	Relación Porcentual	Mensual	100%
Porcentaje de cumplimiento del presupuesto	IG-2.6	Presupuesto gastado	Presupuesto aprobado por el departamento	Relación Porcentual	Mensual	85%
Liquidez de UMED	IG-2.7	Activo corriente o circulante - pasivo corriente o circulante		Pesos	Semestral	N/A
Cumplimiento de actividades de Bienestar de Personal	ITH-2.7	Actividades aplicadas	Actividades programadas	Relación Porcentual	Anual	100%
Cumplimiento Capacitaciones	ITH-2.8	Capacitaciones Realizadas	Capacitaciones programadas	Relación Porcentual	Semestral	100%
Control y Solución de Problemas	ITH-2.9	Problemas resueltos o controlados	Problemas presentados	Relación Porcentual	Semestral	100%

Tiempo de Entrega de mercancías	IDC-2.10	Tiempo de entrega	Tiempo pactado con el proveedor	Relación Porcentual	En cada compra	100% del convenio con el proveedor
Calidad de insumos	IDC-2.11	Número de insumos o productos con consecuencia de daño o error	Número de insumos existentes y/o solicitados	Relación Porcentual	Trimestral	N/A
Mantenimiento de equipos	IMA- 2.12	Número de equipos a los que se les practicó mantenimiento	Número de equipos existentes en uso	Relación Porcentual	Semestral	100%
Mantenimiento de Infraestructura	IMA- 2.13	Se realizara semestralmente un análisis para determinar si el mantenimiento de la infraestructura planeado se está llevando a cabo, y que otras mejoras son necesarias llevar a cabo.		Relación Porcentual	Semestral	> 50%

Fuente: El Autor, 2013

2.2.14 Aplicabilidad de indicadores: Se realizan los análisis de los indicadores para verificar su aplicabilidad en la organización, estos son algunos de ellos:

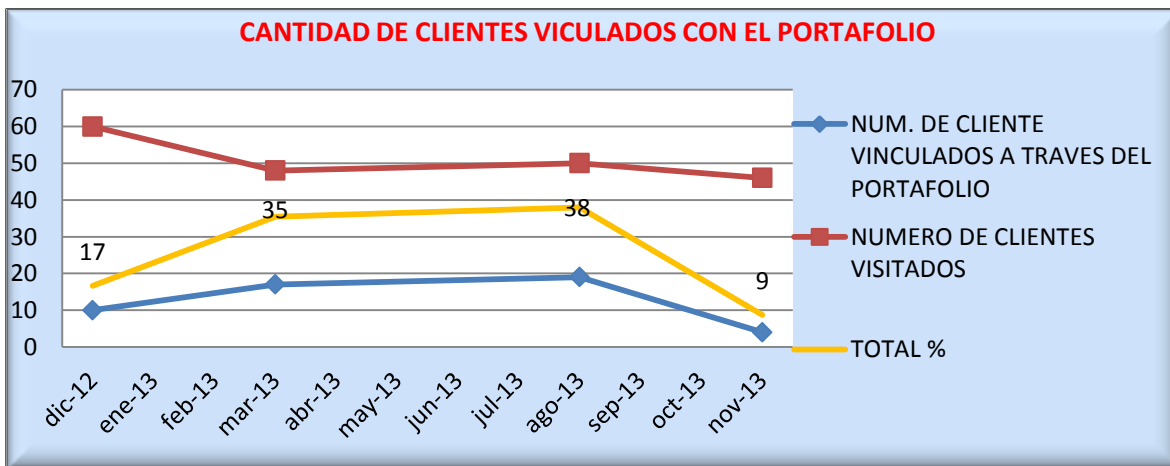
2.2.14.1 Cantidad de clientes vinculados con el portafolio: Según el análisis de la tabla 12 y del gráfico 8 se puede concluir que en el periodo de tiempo comprendido entre los meses de diciembre del 2012 y Noviembre del 2013 no se cumplió la meta estimada, por lo cual es necesario crear estrategias de venta que incentiven a los clientes a vincularse con la empresa.

Tabla 12. Indicador clientes vinculados

	NUM. DE CLIENTE VINCULADOS A TRAVES DEL PORTAFOLIO	NUMERO DE CLIENTES VISITADOS	TOTAL %
dic-12	10	60	17
mar-13	17	48	35
ago-13	19	50	38
nov-13	4	46	9

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 8. Clientes vinculados



Fuente: El Autor, 2013

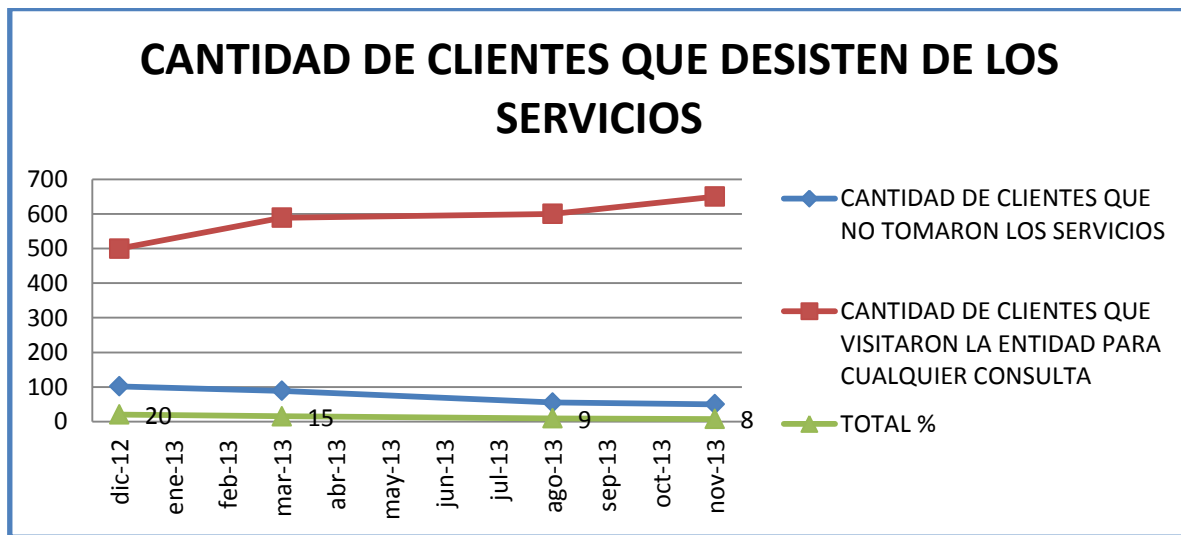
2.2.14.2 Clientes que desistieron de los servicios: Se observa en el gráfico 9 que con el desarrollo del sistema, los clientes que desisten de los servicios se han disminuido notoriamente a favor del sistema de calidad de UMED Ltda. Esto según datos tomados en los meses mencionados en la tabla 13.

Tabla 13. Indicador clientes que desisten

	CANTIDAD DE CLIENTES QUE NO TOMARON LOS SERVICIOS	CANTIDAD DE CLIENTES QUE VISITARON LA ENTIDAD PARA CUALQUIER CONSULTA	TOTAL %
dic-12	102	500	20
mar-13	89	589	15
ago-13	55	600	9
nov-13	50	650	8

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 9. Clientes que desisten



Fuente: El Autor, 2013

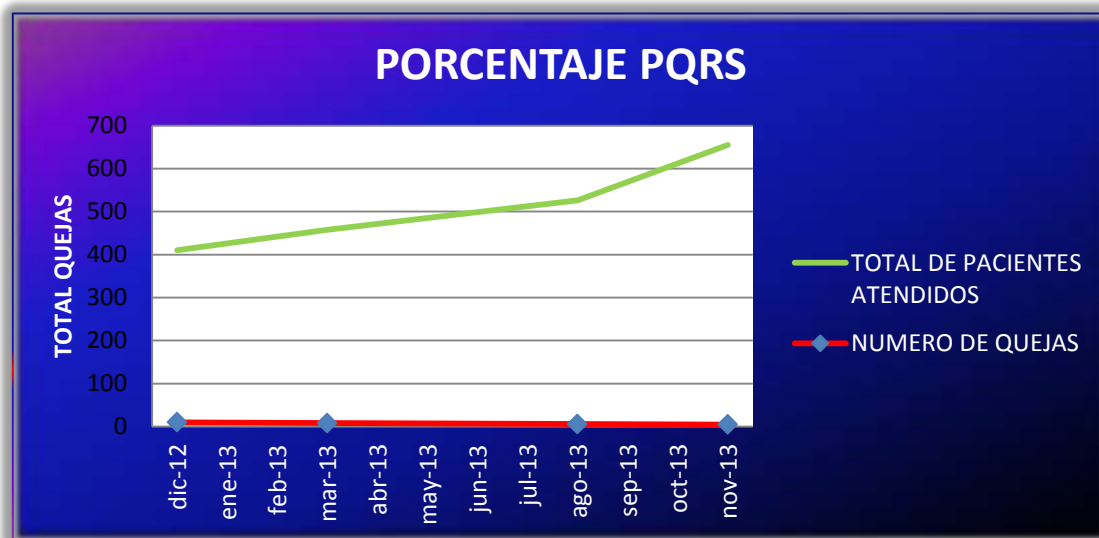
2.2.14.3 Porcentaje de PQRS: Se observa según análisis de la tabla 14 y su interpretación del gráfico 10 que el porcentaje de pqrs ha disminuido notablemente gracias al plan de implementación, y al empeño de los funcionarios; sin embargo es recomendable que el seguimiento se realice de manera permanente y exista un control en caso de que la organización tome la decisión de implementar el programa de calidad.

Tabla 14. Indicador PQRS

	NUMERO DE QUEJAS	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL %
dic-12	10	400	2,5
mar-13	8	450	1,8
ago-13	6	520	1,2
nov-13	5	650	0,8

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 10. PQRS



Fuente: El Autor, 2013

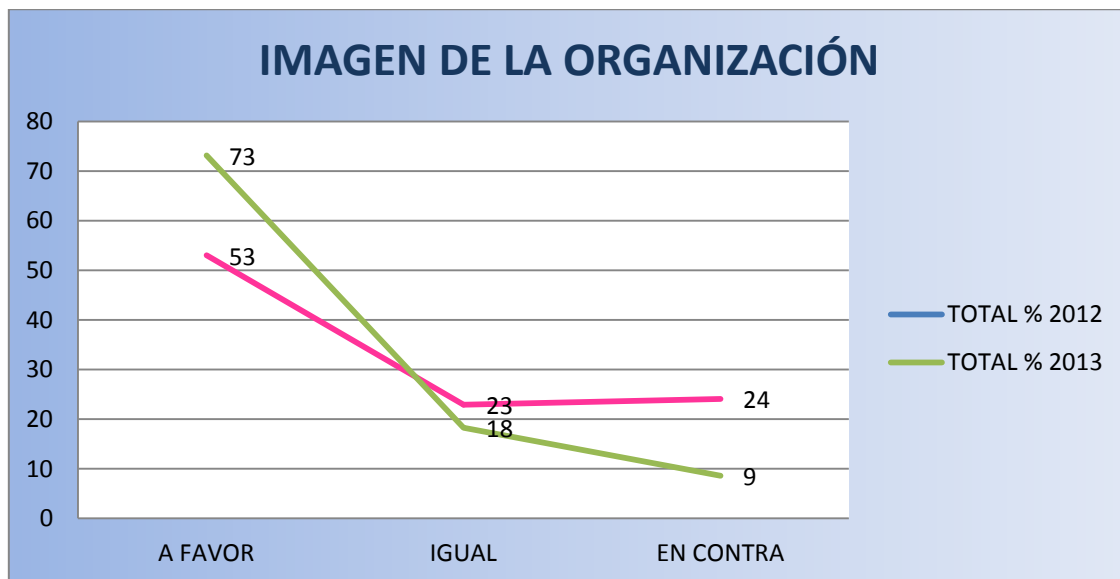
2.2.14.4 Imagen de la organización: Se observa que la imagen de la empresa ha sido favorable en el último año según los datos observados en la tabla 15 y su respectivo gráfico 11; sin embargo este análisis no es exacto, pues se desarrolló con pacientes y personas del barrio Olaya como prueba de la función del indicador y su importancia para la unidad médica.

Tabla 15. Indicador de imagen

	ENCUESTA REALIZADA A DICIEMBRE DE 2012	TOTAL % 2012	ENCUESTA REALIZADA A DICIEMBRE DE 2013	TOTAL % 2013
A FAVOR	220	53	340	73
IGUAL	95	23	85	18
EN CONTRA	100	24	40	9

Fuente: El Autor, 2013.

Gráfico 11. Imagen de la organización



Fuente: El Autor, 2013

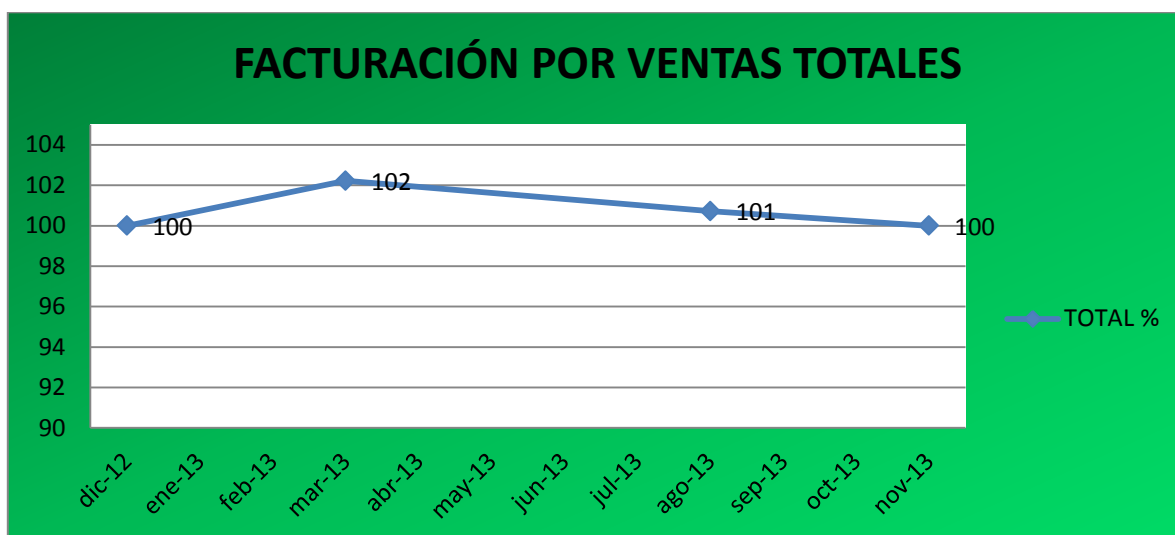
2.2.14.5 Facturación por ventas totales: Se puede observar en los datos de la tabla 16 que en el transcurso del año la organización ha tenido un desempeño muy positivo, lo cual es evidenciable en las ventas y esto se observa en el gráfico 12; sin embargo para poder controlar este comportamiento de una forma más adecuada se hace la sugerencia a la organización de la implementación de un software que controle la facturación con respecto a los exámenes y consultas realizadas.

Tabla 16. Facturación por ventas

	NUMERO DE FACTURAS REALIZADAS	NUMERO DE FACTURAS EMITIDAS PARA SU USO	TOTAL %
dic-12	249	249	100
mar-13	230	225	102
ago-13	280	278	101
nov-13	283	283	100

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 12. Facturación



Fuente: El Autor, 2013

2.2.14.6 Porcentaje de productividad del laboratorio clínico: Se observa en la tabla 17 que después del desarrollo de programa de calidad el tiempo destinado para habilitación e implementación de los estándares se multiplico para garantizar la calidad en salud, y que como resultado se presenta una mayor productividad en este servicio y su tendencia sigue mejorando como lo muestra el gráfico 13, sin embargo es necesario que se controle con rigurosidad el número de procedimientos realizados, pues a pesar que ante la organización se realicen más procedimientos, estos no se ven registrados en los libros de control, por lo cual se debe iniciar con urgencia un análisis de que problemática se está evidenciando al interior del centro médico y porque no existe una coincidencia entre la facturación, y el número de pacientes atendidos en esta área.

Tabla 17. Productividad laboratorio clínico

	Número de horas de habilitación del laboratorio	Número de procedimientos realizados	TOTAL %
dic-12	40	4	10
mar-13	60	12	20
ago-13	70	20	29
nov-13	90	30	33

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 13. Productividad laboratorio



Fuente: El Autor, 2013

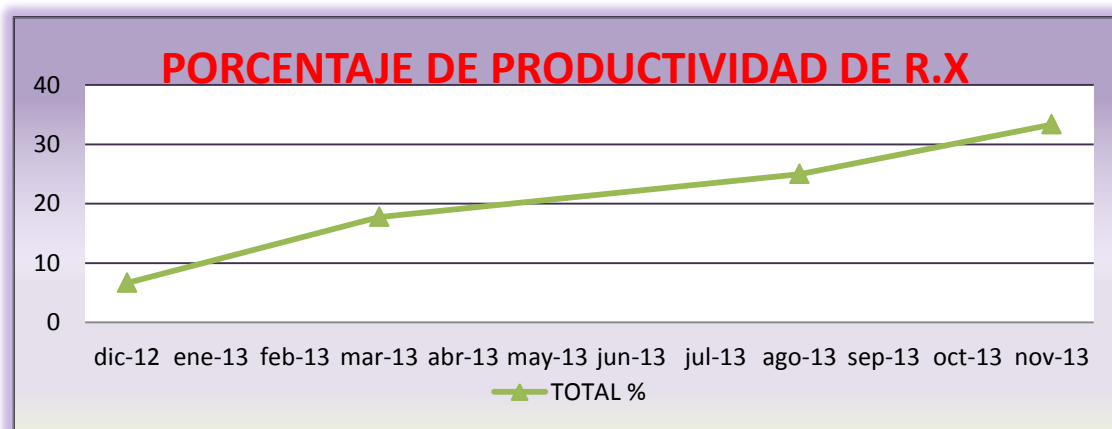
2.2.14.7 Porcentaje de productividad de Rx: Según la tabla 18, se observa que después del desarrollo de programa de calidad el tiempo destinado para habilitación e implementación de los estándares se multiplico para garantizar la calidad en salud en el servicio de radiología y de imágenes diagnósticas y en la actualidad su tendencia sigue mejorando (*Ver gráfico 14*), sin embargo en este proceso la productividad no ha aumentado como se planeó, es necesario que se toman las medidas necesarias por parte de la gerencia para ejercer un mayor control en este proceso.

Tabla 18. Productividad de imágenes diagnósticas

	NUM. DE HORAS DE HABILITACION DEL CUARTO DE RX	NUM. DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	TOTAL %
dic-12	30	2	7
mar-13	45	8	18
ago-13	60	15	25
nov-13	60	20	33

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 14. Productividad RX



Fuente: El Autor, 2013

2.2.14.8 Porcentaje de productividad de medicina general: El tiempo destinado para habilitación e implementación de los estándares se multiplico y se aumentaron las consultas (Ver tabla 19) y los clientes que requieren este servicio opinaron positivamente a cerca de la atención prestada, de igual forma los resultados han sido positivos pero no es la meta de la organización, la tendencia se mantiene (Ver gráfico 15) con forme a meses anteriores, pues este programa es uno de los más relevantes en la organización; al igual que en los casos anteriores no se evidencia control sobre el mismo y se hace necesario generar estrategias que mejoren su función.

Tabla 19. Productividad de medicina general

	Número de horas de habilitación del consultorio	Número de consultas realizadas	TOTAL %
dic-12	40	80	200
mar-13	60	89	148
ago-13	70	95	136
nov-13	80	102	128

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 15. Medicina general



Fuente: El Autor, 2013

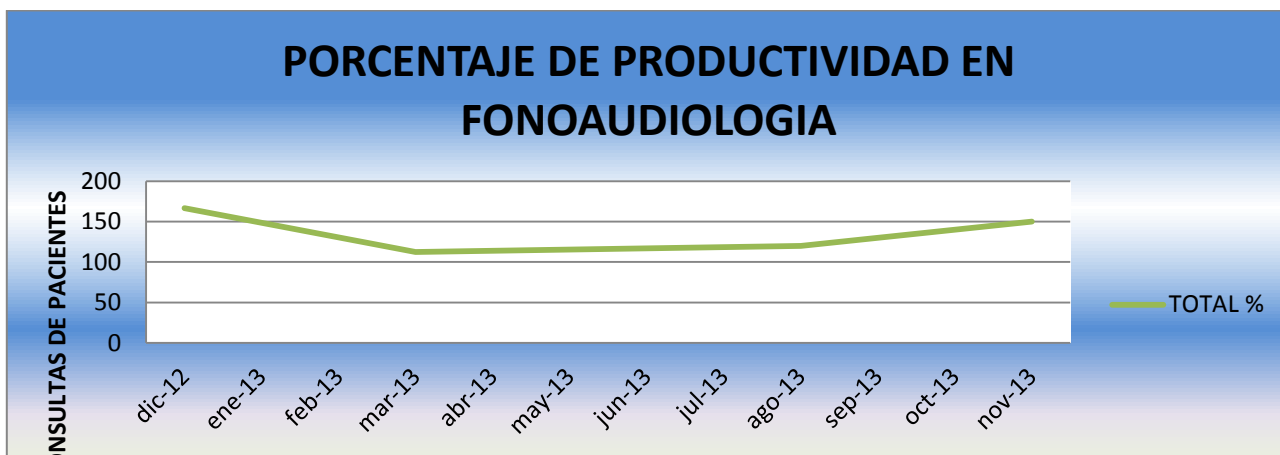
2.2.14.9 Porcentaje de productividad de fonoaudiología: se observa que se ha mejorado la productividad en este servicio gracias al plan de implementación como se puede observar en la tabla 20 y grafico 16. En el proceso se cambió de profesional por una médica especialista en salud ocupacional que tuviera las competencias para atender los pacientes y profundizar en el área correspondiente.

Tabla 20. Productividad de fonoaudiología

	NUM. DE HORAS DE HABILITACION DEL CONSULTORIO	NUM. DE CONSULTAS REALIZADAS	TOTAL %
dic-12	30	50	167
mar-13	40	45	113
ago-13	50	60	120
nov-13	50	75	150

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 16. Fonoaudiología



Fuente: El Autor, 2013

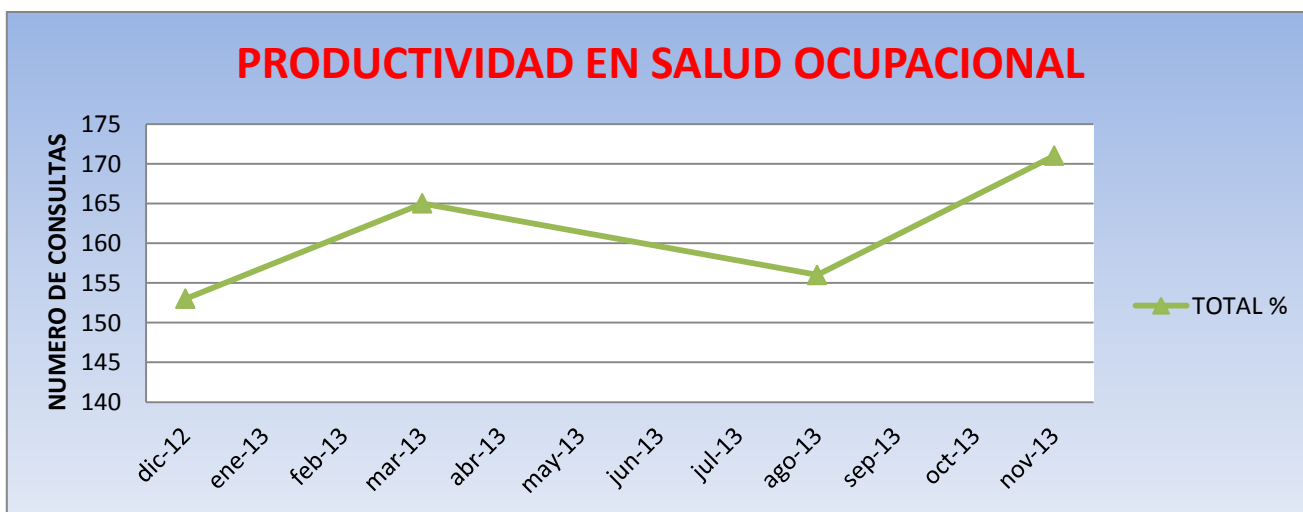
2.2.14.10 Porcentaje de productividad de salud ocupacional: Se observa que después del desarrollo de programa de calidad el tiempo destinado para habilitación e implementación de los estándares en salud ocupacional se aumentó para garantizar el servicio ya que el área de salud ocupacional es uno de los principales servicios (Ver tabla 21), y que se ha mantenido en el transcurso del año, sin embargo se recomienda que para aprovechar el servicio que se presta en el sector y que todavía no existe mayor competencia se creen estrategias que aporten al aumento de la captación de empresas y usuarios.

Tabla 21. Productividad de S.O

	NUM. DE HORAS DE HABILITACION DEL CONSULTORIO	NUM. DE CONSULTAS REALIZADAS	TOTAL %
dic-12	70	120	171
mar-13	80	125	156
ago-13	85	140	165
nov-13	90	138	153

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 17. Productividad S.O



Fuente: El Autor, 2013

2.2.14.11 Porcentaje de vigilancia de eventos adversos: Se observa que el desarrollo de programa de calidad en el área de eventos adversos ha sido de gran ayuda para evitar y solucionar los problemas que se generen en el área de salud, y que los eventos que se han presentado han sido controlados por la organización como se puede evidenciar en la tabla 22, según el análisis realizado estos se han controlado en porcentajes superiores al 80% (*Ver gráfico 18*).

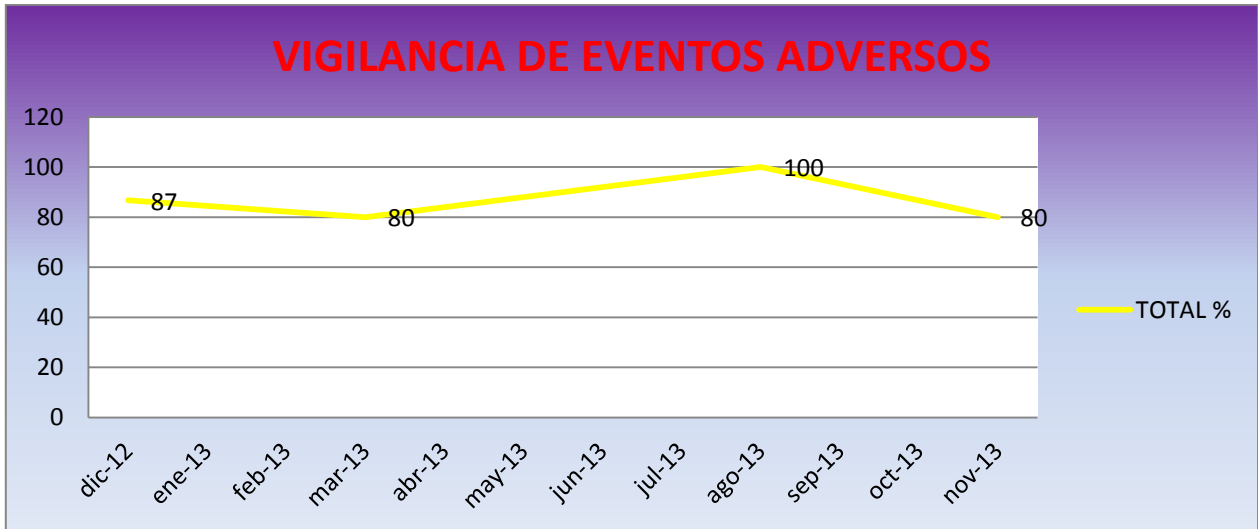
El objetivo por el cual se realizó el estudio de eventos adversos era observar los incidentes que se podían presentar desde que el paciente ingresaba a la institución hasta el momento de su salida, y de esta manera formular estándares que llegasen a mejorar en 100% la seguridad del paciente, así se debe llegar a tener un impacto de gran calidad, lo mismo se evidencio que para lograr cada una de estas metas era capacitar de manera integral a cada una de las personas (auxiliares, analistas, médicos) y en general a las personas involucradas en el sistema para disminuir de manera drástica estos eventos y así proyectar la institución como una de las mejores IPS reconocidas a nivel regional.

Tabla 22. Productividad de eventos adversos

	Número de eventos presentados	Número de eventos controlados	TOTAL %
dic-12	15	13	87
mar-13	10	8	80
ago-13	3	3	100
nov-13	5	4	80

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 18. Eventos adversos



Fuente: El Autor, 2013

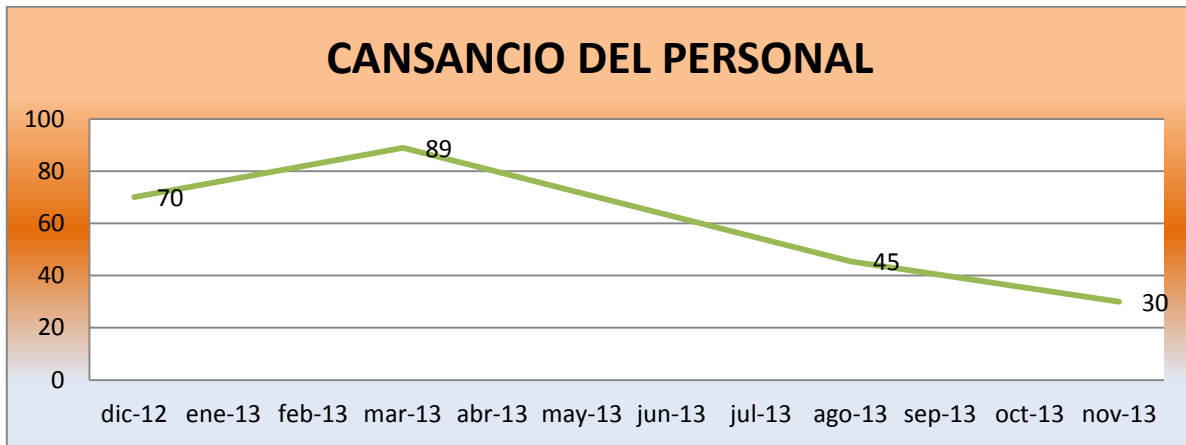
2.2.14.12 Porcentaje de cansancio del personal: Analizando al personal médico de la organización (*Ver tabla 23*), se determinó que hay varios profesionales que trabajan más del número de horas permitidas, lo que impacta notablemente en el riesgo de la prestación del servicio a los pacientes, por lo que se implementó la política en la organización de no permitir profesionales con turnos en otras entidades con el fin de minimizar el impacto que se pueda generar. También se estableció que se necesita por parte de recursos humanos un programa motivacional que les permita llevar más tranquilos sus turnos por medio de diferentes actividades, (pausas activas, break time, entre otras) y se acordó comunicar casos de extremo cansancio y fatiga laboral para poder organizar de manera correcta los turnos dentro de esta organización. Y finalmente después del proceso de desarrollo del sistema de gestión se pudo notar que los médicos acataron el acuerdo y que disminuyó en gran porcentaje el agotamiento laboral (*Ver gráfico 19*).

Tabla 23. Cansancio del personal

	TOTAL DE PROFESIONALES ENCUESTADOS.	NUM. DE PROFESIONALES CON MAS DE 12 HORA DE TRABAJO CONTINUO	TOTAL %
dic-12	10	7	70
mar-13	9	8	89
ago-13	11	5	45
nov-13	10	3	30

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 19. Cansancio del personal



Fuente: El Autor, 2013

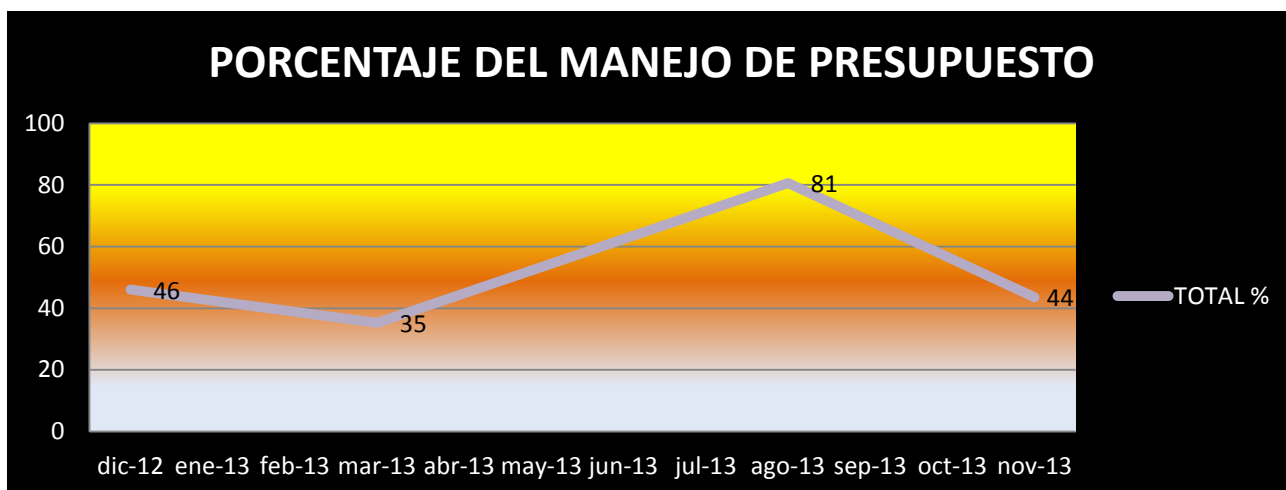
2.2.14.13 Porcentaje cumplimiento del presupuesto: Según datos suministrados por la contadora de la unidad médica la empresa destino un presupuesto para el desarrollo del sistema en gastos referentes a documentación y papelería de \$4.343.000.00 (Ver *tabla 24*), el cual en los meses del análisis no se ejecutó en su totalidad, ya que como complemento del sistema es necesaria la implementación del software que sistematice todas las áreas y de esta forma facilite la interacción de datos de cada paciente y se pueda hacer el control necesario para el monitoreo de calidad en la organización.

Tabla 24. Cumplimiento del presupuesto

	PRESUPUESTO GASTO	PRESUPUESTO APRO. POR EL DEPARTAMENTO	TOTAL %
dic-12	2.000.000	4.343.000	46
mar-13	2.530.000	4.343.000	35
ago-13	3.500.000	4.343.000	81
nov-13	3.890.000	4.343.000	44

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 20. Análisis del cumplimiento del presupuesto



Fuente: El Autor, 2013

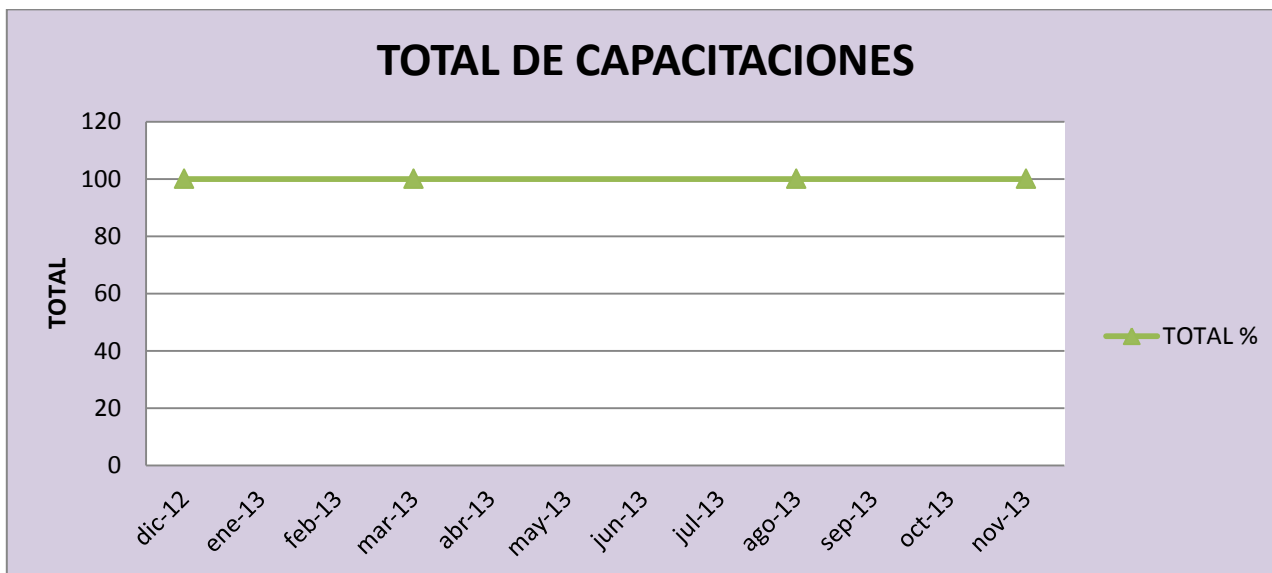
2.2.14.14 Cumplimiento de capacitaciones: Las capacitaciones programadas (Habilitación en servicios de salud, vigilancia en salud, entre otras) por UMED Ltda que se pueden consultar en el plan de implementación del sistema, se llevaron a cabo en su totalidad (*Ver tabla 25*) para las diferentes ramas dentro de la empresa, dando como resultado un excelente compromiso y sentido de pertenencia por parte de los trabajadores y evidenciando un resultado positivo en la preparación para la implementación del sistema de acreditación en salud. En el gráfico 21 se observa la tendencia de cumplimiento.

Tabla 25. Cumplimiento de capacitaciones

	CAPACITACIONES PROGRAMADAS	CAPACITACIONES REALIZADAS	TOTAL %
dic-12	1	1	100
mar-13	2	2	100
ago-13	2	2	100
nov-13	1	1	100

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 21. Cumplimiento del presupuesto



Fuente: El Autor, 2013

2.3 DESARROLLO DEL CONTROL ESTADÍSTICO PARA UMED LTDA

El control estadístico de calidad ha pasado por muchas etapas, y en su mayoría de veces se relaciona con los procesos de producción o empresas de manufactura, sin embargo las empresas de servicios también han hecho su aporte, y lo que para muchos es desconocido uno de esos aportes lo hizo la enfermera Florence Nightingale (1820-1910), quien realizó varias investigaciones y con ellas ayudó a mejorar la calidad de los servicios médicos prestados, aportando datos estadísticos con análisis e interpretaciones gráficas con el fin de mejorar la atención de sus pacientes, lo cual da a entender que estos aportes se dieron antes de la revolución de la calidad industrial realizada por el conocido William Edwards Deming.

En Colombia el Ministerio de Protección Social lleva aproximadamente diez años en busca de controlar los procesos de las instituciones de salud, sin embargo la cultura de estas entidades en medir y monitorear sus procesos hasta hace pocos años se está empezando a aplicar, se puede decir que en parte se debe, a que este proceso no está documentado o implementado como obligatorio, por lo tanto no es de debido cumplimiento, y la mayoría de organizaciones prefieren omitir los controles desconociendo los aportes que estos pueden darle a sus instituciones.

El Ministerio de Protección Social busca que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, tomen conciencia de la importancia de la aplicación sistemática de las herramientas estadísticas, como parte de las actividades propias del proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios²⁶, y a su vez facilitar la toma de decisiones de las organizaciones en el proceso de mejoramiento de calidad.

Para UMED el proceso de control estadístico es importante ya que como lo menciona el Ministerio de Protección Social en su Guía Pedagógica *Control Estadístico de Procesos* la idea fundamental es maximizar el beneficio en cuanto a la mejora de la calidad en el resultado, mejorar la productividad, dinamizar los procesos, reducir los excesos y mejorar el servicio al cliente.

El tipo de control estadístico depende la empresa, de su volumen de servicios, de pacientes, su tamaño y demás variables a analizar por sus condiciones reales, para cada método se evidencian herramientas que se pueden aplicar (Ver tabla 26):

26

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Control%20estad%C3%ADstico%20de%20Procesos%20en%20las%20Organizaciones%20de%20Salud.pdf>.2013.

Tabla 26. Métodos estadísticos

MÉTODOS ESTADÍSTICOS	PRINCIPALES MÉTODOS
Método Estadístico Elemental: Herramientas básicas	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hojas de Verificación o Comprobación. 2) Diagrama de Pareto 3) Diagrama de Causa Efecto (No es precisamente una herramienta estadística). 4) Histogramas. 5) Estratificación. 6) Diagrama de Dispersión. 7) Gráficas y Cuadros de Control.
Método Estadístico Intermedio	<ol style="list-style-type: none"> 1) Teoría del muestreo. 2) Inspección Estadística por muestreo. 3) Diversos Métodos de realizar estimaciones y pruebas estadísticas. 4) Uso del papel probabilístico binomial. 5) Correlación simple y análisis de regresión. 6) Técnicas Sencillas de fiabilidad. 7) Métodos de utilización de ensayos sensoriales. 8) Métodos de diseñar experimentos.
Método Estadístico Avanzado (con computadoras).	<ol style="list-style-type: none"> 1) Métodos Avanzados de diseñar experimentos. 2) Análisis de multivariados. 3) Técnicas avanzadas de fiabilidad. 4) Métodos avanzados de ensayos sensoriales. 5) Diversos métodos de investigación de operaciones. 6) Otros métodos.

Fuente:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Control%20estad%C3%ADstico%20de%20Procesos%20en%20las%20Organizaciones%20de%20Salud.pdf>.2013.

En la guía *control estadístico de procesos como generador de una cultura de la medición en las organizaciones de salud (Ips)*, desarrollada por el Ministerio de protección Social aportan una ayuda del método a implementar, y efectivamente para realizar un trabajo sencillo y adecuado UMED acata esa idea y decide trabajar en su sistema con el método estadístico elemental, ya que este resuelve entre el 85 y 90% de las causas. Lo cual es adecuado para la organización y para el sistema que se busca implementar .

En la tabla 27 del control estadístico de procesos se puede observar cada herramienta a implementar y sus usos, la cual se explicó a cada uno de los empleados en una de las jornadas de capacitación, con el fin de buscar una sensibilización del personal y aclarar

de una manera gráfica la importancia de llevar a cabo en las rutinas diarias los controles.

Tabla 27. Control estadístico de procesos

HERRAMIENTAS	PROCESOS	USOS
<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de control (Hoja de recogida de datos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y/o detectar problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar problemas
<ul style="list-style-type: none"> • Histograma 	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar los problemas y las causas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Delimitar el área problemática
<ul style="list-style-type: none"> • Diagrama de Pareto 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de decisiones y selección de alternativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimar factores que probablemente provoquen el problema
<ul style="list-style-type: none"> • Diagrama de causa efecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación, control y seguimiento de acciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el efecto tomado como problema es verdadero o no
<ul style="list-style-type: none"> • Estratificación (Análisis por Estratificación) 		<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir errores debido a omisión, rapidez o descuido
<ul style="list-style-type: none"> • Diagrama de Schadter (Diagrama de Dispersión) 		<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar los efectos de mejora
<ul style="list-style-type: none"> • Gráfica de control. 		<ul style="list-style-type: none"> • Detectar desfases

Fuente:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Control%20estad%C3%ADstico%20de%20Procesos%20en%20las%20Organizaciones%20de%20Salud.pdf>.2013.

2.3.1 Hoja de control: Una hoja de verificación es un formato que se usa para recolectar datos de manera organizada, para validar un problema o una causa o bien, para verificar el progreso durante la implementación de una solución. Las hojas de verificación pueden venir en diferentes formas y tamaños, se deben diseñar para adaptarlas a las necesidades²⁷.

Para el caso de UMED LTDA, se van a implementar las hojas de control en los procesos de recepción de información de pacientes, cotizaciones de servicios, y entrega de resultados con el fin de inspeccionar que se estén realizando las actividades correspondientes de acuerdo a la secuencia establecida en los tiempos acordados por la organización.

2.3.1.1 Recepción de información de pacientes (*Ver figura 19*): Se realizara la solicitud de la información a cada uno de los pacientes que decidan utilizar los servicios de la entidad de acuerdo a la hoja de control suministrada, y se alimentara a diario con cada uno de los pacientes que ingresen independientemente del servicio solicitado.

La finalidad de este control es determinar el estado de ingreso de los pacientes en cuanto a factores como: Salud física y mental, económico, laboral, y familiar, también determinar el prototipo de pacientes que frecuenta la IPS. El diligenciamiento de este control es importante ya que cualquier procedimiento tiene que realizarse bajo el total consentimiento del paciente y/o su acompañante.

²⁷ http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/file/VII_%20ManualACTyCCC.pdf.2014

Figura 19. Ficha de ingreso

	RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DE PACIENTES		CÓDIGO
			VERSIÓN 001
			FECHA
NOMBRES Y APELLIDOS: CEDULA DE CIUDADANIA: SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F EDAD: TELEFONO:			 <p style="text-align: center;">QUEREMOS CONOCER MEJOR A NUESTROS PACIENTES <i>Ayúdanos completando la información total, y cooperaras con la organización en el control del ingreso y estado de nuestros usuarios.</i></p>
EL PACIENTE INGRESO POR:			
AMABILIDAD:			
INFRAESTRUCTURA:			
COSTOS:			
UBICACION:			
EFFECTIVIDAD:			
DILIGENCIA ESPECIALISTA A CARGO			
EL PACIENTE	SI	NO	
ASPECTO FISICO Y MENTAL			
INGRESA ACOMPAÑADO			
ESTA EN TODAS SUS FACULTADES MENTALES			
SINTOMAS DE ALCOHOL			
SINTOMAS DE SUSTANCIAS ALUCINOGENAS			
ASPECTO ECONOMICO Y LABORAL			
ESTRATO			
LOCALIDAD			
ASALARIADO			
INDEPENDIENTE			
DESEMPLEADO			
ASPECTO FAMILIAR			
PERSONAS A CARGO			
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SOLTERO	<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> UNION LIBRE
ELABORO			
FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE			

Fuente: El Autor, 2013



2.3.1.2 Cotizaciones de servicios (*Ver figura 20*): Para UMED son muy importantes sus clientes y sus proveedores, por lo que en su proceso de implementación del sistema de acreditación en salud cuyo fin es el bienestar de sus pacientes y sus familias, decidió realizar un control en las cotizaciones que le brinda a sus usuarios, clientes y de la misma manera controlar las cotizaciones que le solicita a sus proveedores, pues la organización busca trabajar con los mejores estándares de servicio y calidad de sus suministros buscando una relación de mutuo beneficio de cada una de las partes.

En una transacción comercial este documento es expedido por el vendedor a solicitud del cliente. Este contiene información referente al bien o servicio que se ofrece y las condiciones como se plante la negociación. El objetivo fundamental de la cotización es facilitar la información a cliente para la toma de decisiones acerca de la mejor opción; por esta razón, antes de realizar una negociación, el interesado solicita varias cotizaciones y compara las diferentes propuestas²⁸.

Teniendo en cuenta esta definición y los requerimientos de la organización se implementó la siguiente Hoja de Chequeo para inspeccionar que se lleven a cabo adecuadamente los procedimientos en que se requiera la solicitud de cotizaciones.

²⁸ ALVARES Néstor. Curso Básico de Contabilidad. Segunda Edición. Editorial McGRAW-HILL.2013.

Figura 20. Cotizaciones

	CHECK LIST		CÓDIGO
	COTIZACIONES		VERSIÓN 001
			NO. 0000001
NOMBRES Y APELLIDOS:			
CEDULA DE CIUDADANIA:			
TELEFONO FIJO:			
CELULAR:			
CORREO ELECTRONICO:			
FECHA:			
	UNIDAD MEDICA EL DIVINO NIÑO JESUS UMED LTDA I.P.S		NO. 0000001
LABORATORIO CLINICO			
EXAMENES ESPECIALIZADOS		RADIOGRAFIAS RX	
PRUEBA DE EMBARAZO		CRÁNEO	
CITOLOGIAS		TÓRAX	
RH		CADERAS	
QUIMICA SANGUINEA		MANOS	
COLESTEROLES		PIES	
GLICEMIA		RODILLAS	
PRENATALES		COLUMNA	
TOXOPLASMAS		TEST. ECOIOSIS	
PROLACTINA		TEST. FARRIL	
HORMONAS TSH		C. CERVICAL	
T3-T4-PSA		DORSAL-LUMBAR	
CUADRO HEMATICO		HUESOS LARGOS	
AUTOMATIZADO IV6			
ESPERMOGRAMA		SALUD OCUPACIONAL	
BIOPSIS		AUDIOMETRIAS	
CULTIVOS A/B		ELECTROCARDIOGRAMAS	
		ELECTROENCEFALOGRAMAS	
ECOGRAFIAS U.S. 3D-4D		AGUDEZA VISAL	
PÉLVICA		ESPIROMETRIAS	
OBSTÉTRICA		TOXICOLÓGICOS (INDUMIL)	
TRANS VAGINAL		PRUEBAS PSICOTÉCNICAS	
MAMÁRIA (SENOS)		CARTA DENTAL	
TIROIDES		VACUNAS	
TESTICULARES		CULTIVOS A/B	
ABDOMINAL		HEPATITIS A.B.C	
PROSTATICA		VIH (SIDA) MATERNO	
RENAL		RX COLUMNA	
VIAS BILIARES			
TEJIDOS BLANDOS			
CERTIFICADOS MEDICOS			
LABORALES			
MANIPULACION DE ALIMENTOS			
COLEGIOS			
UNIVERSIDADES			
JARDINES			
CIRUGIA CLINICA Y ESTETICA			
SALIDAS AL EXTERIOR SENA EPS			



Fuente: El Autor, 2013

2.3.1.3 Entrega de resultados: El objetivo fundamental de este check list es controlar que en el momento de entregar el resultado de un examen médico al paciente, se cumplan con los protocolos y procedimientos establecidos por la entidad (*Ver figura 21*).

En esta parte del proceso se han venido presentando una serie de incidentes que afectan el servicio de la organización en cuanto a la buena atención de sus pacientes, pues en varias ocasiones al momento de entregar los resultados estos no están listos, y aunque ya se han procesado las muestras, también se evidencian falencias por parte del personal al entregar los resultados erradamente a los pacientes. Entendiendo la gravedad del asunto y analizando soluciones para no reincidir en el error se implementó como acción preventiva el control en el proceso de entrega de resultados, en donde se tendrán en cuenta una serie de actividades a realizar luego de la atención al paciente o del procesamiento de muestras. Esta actividad será realizara únicamente por la persona encargada y designada por la gerente de UMED.

Esta hoja se ira anexando una a una inmediato a su diligenciamiento en el libro denominado *CONTROL DE ENTREGA DE RESULTADOS*, esto se realizará como apoyo al proceso para efectuar el seguimiento del paciente durante toda su permanencia en la entidad, y con el fin de buscar implementar un plan de mejora en la organización.

Figura 21. Entrega de resultados

		CHECK LIST		CÓDIGO
		ENTREGA DE RESULTADOS		VERSIÓN
APELLIDOS:		NOMBRES:		
CÉDULA DE CIUDADANÍA:		SEXO:		
FECHA DE ENTREGA:		TELÉFONO:		
EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA AL PACIENTE SE VALIDÓ SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD ORIGINAL	SI	NO	<p>ESTAMOS EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN, LA ATENCIÓN DE NUESTROS PACIENTES ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS. RECUERDA SIEMPRE APLICAR LOS PROTOCOLOS DE SERVICIO.</p>  	
SE ENTREGARON LOS RESULTADOS AL TITULAR				
EL PACIENTE AUTORIZÓ A UN TERCERO PARA LA RECEPCIÓN DE SUS RESULTADOS				
SE REALIZÓ CONFIRMACIÓN TELEFÓNICA ANTES DE ENTREGAR AL TERCERO				
SE ENTREGA EN UN TIEMPO INFERIOR A 48 HORAS				
SE ENCUENTRAN LOS RESULTADOS ALMACENADOS EN LA BASE DE DATOS DESTINADA PARA ESTE FIN				
EL PACIENTE SE ENCUENTRA CONFORME CON EL TIEMPO DE ENTREGA				
SE ENTREGAN LA TOTALIDAD DE EXÁMENES SOLICITADOS				
EXÁMENES PENDIENTES POR ENTREGAR				
EL PACIENTE REQUIERE DE NUEVA CONSULTA MÉDICA				
<i>RECIBE A CONFORMIDAD</i>	FIRMA Y HUELLA			
<i>ENTREGO</i>	FIRMA			

Fuente: El Autor, 2013

2.3.2 Diagrama de Pareto: Para UMED es muy importante conocer las causales por las que sus pacientes toman la decisión de ingresar a la entidad a realizar sus exámenes y consultas médicas, ya que esta es una de las formas de controlar las fortalezas y debilidades que se presentan en la organización, y de esta manera tomar decisiones de las acciones de mejora a implementar. También por medio de este control se pueden analizar las causas inherentes a la organización que afectan el ingreso de sus pacientes, como por ejemplo, ubicación y accesibilidad. Dados estos factores y lo que implican para UMED, se decide implementar dicho control con el fin de fortalecer y atacar a tiempo las causas que afectan a la organización.

Para ello se analizaron las herramientas del control estadístico y se decide utilizar el diagrama de Pareto, que es el que más se ajusta a las necesidades y requerimientos del estudio.

2.3.2.1 Definición: El Diagrama de Pareto, es la representación gráfica de la tabla de Pareto. Es un método gráfico de análisis que permite distinguir de las causas de un problema, las que son más importantes de las más triviales.²⁹

*Las características principales son:*³⁰

- Priorización: Identifica los elementos de mayor importancia o relevancia dentro de un conjunto de características analizadas.
- Unificación: Permite visualizar y enfocar a los tomadores de decisiones hacia un objetivo común.
- Objetividad: Permite que los decisores tomen medidas basadas en los hechos o datos y no en apreciaciones subjetivas.
- Simplicidad: No requieren cálculos complejos ni técnicas sofisticadas de representación gráfica.

²⁹ <http://mps1.minproteccion-social.gov.co/evtmedica/linea%204/2.3diagrama.html>.2013

³⁰ http://www.slideshare.net/la_pampa/diagrama-de-pareto-ejemplo.2013

- Impacto visual: Informa de forma clara, evidente y rápida el resultado de comparación y priorización.

Ayuda a los equipos a:³¹

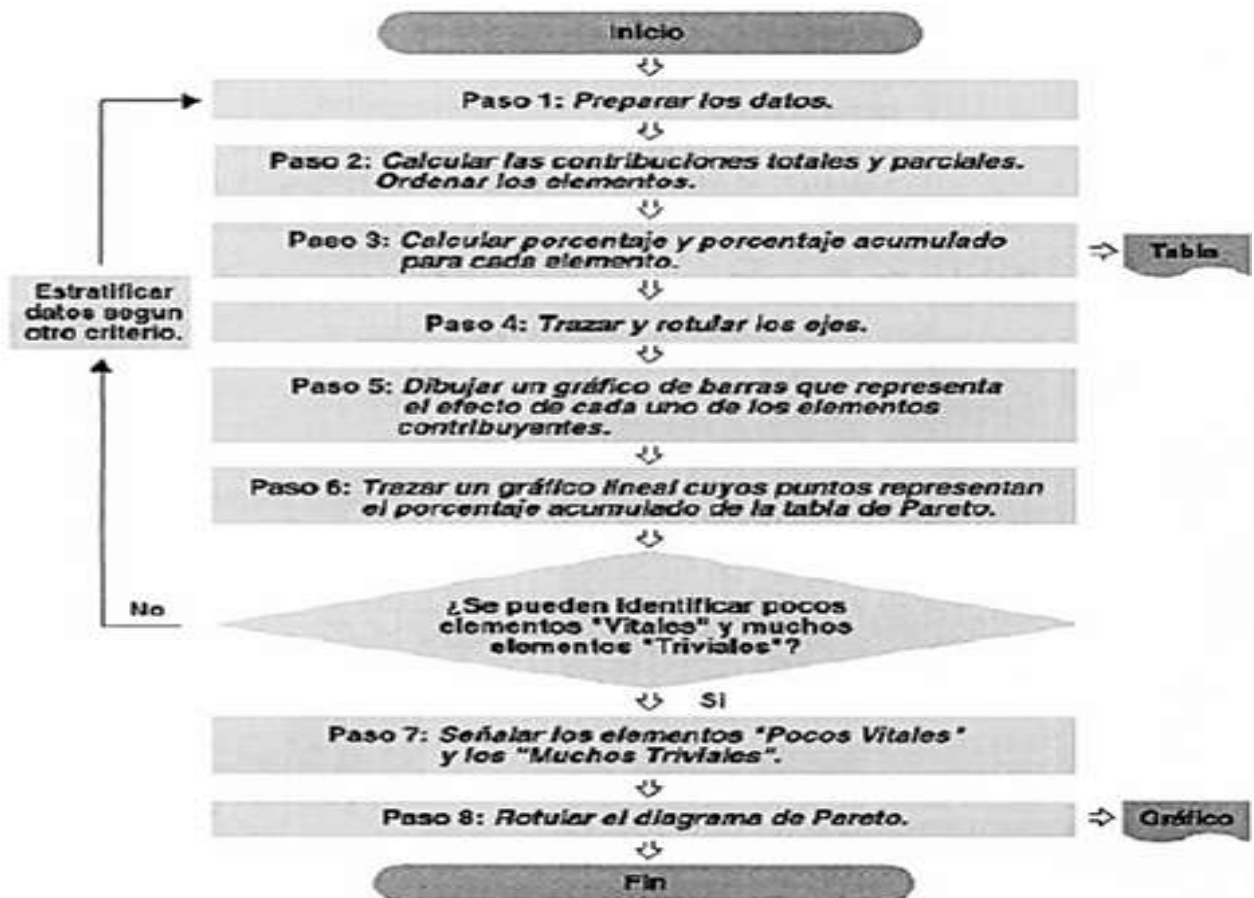
- Concentrar sus esfuerzos en donde pueden tener el mayor impacto potencial.
- Analizar los fenómenos y conocer la incidencia de cada uno de ellos.
- Analizar las causas: la esencia del principio es que el 20% de las causas genera el 80% de los problemas, causas vitales hacia las que se debe priorizar el esfuerzo. El 80 % restante es responsable en forma mínima. Se puede hablar de los “muchos triviales”

En UMED se aplicó esta herramienta en análisis como el diagrama comparativo entre localidades (*Ver gráfico 2*), con el fin de analizar la concentración de entidades de salud en la localidad de influencia de la organización.

³¹ Ibid 30.

2.3.2.2 Diagrama de procesos: Son una representación gráfica de la secuencia de etapas, operaciones, movimientos, decisiones y otros eventos que ocurren en un proceso. Esta representación se efectúa para ubicarse, y reconocer la importancia de los procesos a través de formas y símbolos gráficos.³²

Figura 22. Diagrama de flujo



Fuente: Von-Versen P. School of Chemical Engineering and Advanced Materials, Newcastle University.2013.

32

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Control%20estad%C3%ADstico%20de%20Procesos%20en%20las%20Organizaciones%20de%20Salud.pdf>.2014.

Para el caso de UMED, estos diagramas de flujo se desarrollaron acordes a los manuales de protocolos de cada área, y cada uno de los profesionales los adaptaron según las necesidades con el fin de facilitar la comprensión de cualquier ente que tenga acceso a los mismos.

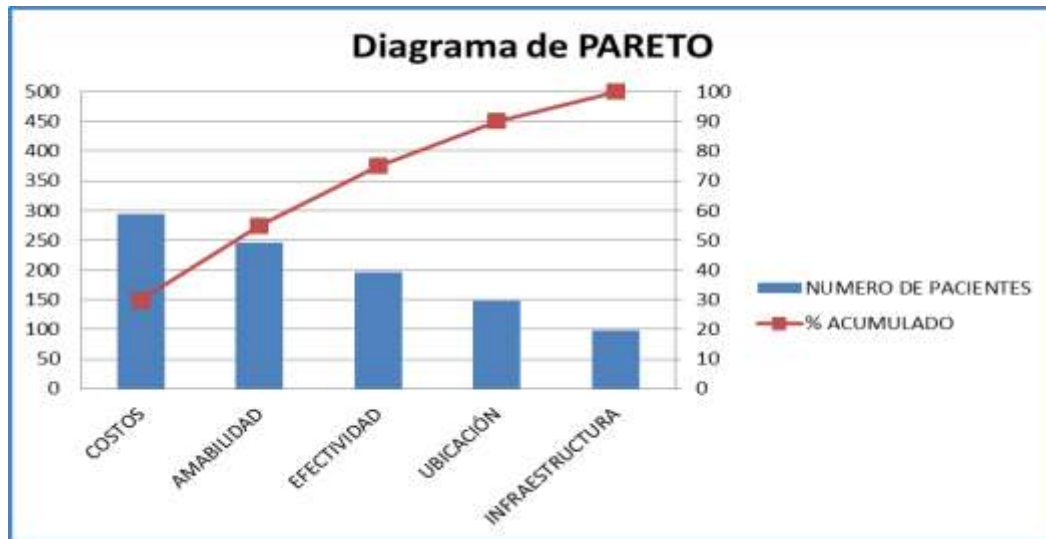
2.3.2.3 Análisis de UMED : Se decidió realizar un análisis (*Ver tabla 28*) para poder determinar las principales causas que están afectando a la organización en la entrada de pacientes a la entidad, ya que el flujo de usuarios fue muy bajo en los meses de septiembre y octubre del presente año; como apoyo a este análisis se implementó un espacio en la hoja de control denominada recepción de información de pacientes, que es diligenciada en el momento de realizar la factura al paciente y es casi que el primer contacto con el cliente, por lo que puso en práctica el análisis del diagrama de Pareto que se puede observar en el gráfico 22:

Tabla 28. Análisis de ingreso de pacientes

FACTOR	NÚMERO DE PACIENTES	% ACUMULADO	%
COSTOS	294	29,91	29,91
AMABILIDAD	246	54,93	25,03
EFFECTIVIDAD	197	74,97	20,04
UBICACIÓN	148	90,03	15,06
INFRAESTRUCTURA	98	100,00	9,97
TOTAL	983		100,00

Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 22. Análisis de causas de ingresos



Fuente: El Autor, 2013

Según el análisis realizado de los 983 pacientes atendidos durante los meses de septiembre y octubre de este año, se puede observar que el 74% prefirieron a UMED por sus bajos costos, amabilidad y efectividad en sus servicios.

Para UMED es una buena muestra de que no se está fallando en los factores nombrados anteriormente, sin embargo se deciden tomar acciones para mantener y mejorar estos ítems a través del refuerzo del protocolo de servicio por medio de capacitaciones, de estrategias que conlleven a la entidad a mejorar sus tiempos de atención, a analizar su entorno, su competencia y estandarizar los precios según el mercado.

Cabe aclarar que aunque para muy pocos pacientes no es evidente la importancia de una buena infraestructura, para la organización si, pues está en busca de un mejor servicio, de un buen ambiente laboral para sus empleados y busca un agradable ambiente físico para sus usuarios, por lo que en la actualidad se adquirieron dos casas contiguas a la sede con el fin de ampliar sus servicios y dejar uno solo para su sede administrativa.

2.3.3 Cartas de control: Una carta de control sirve principalmente para descubrir causas asignables de variación en el proceso³³.

Una gráfica de control es un diagrama que sirve para examinar si un proceso se encuentra en una condición estable, o para asegurar que se mantenga en esa condición³⁴.

Es un método efectivo para monitorear un proceso, basado en técnicas estadísticas, que permiten usar criterios objetivos para distinguir variaciones de fondo de eventos de importancia, con ellas se puede observar que las variaciones de un proceso pueden ser descritas por una distribución estadística. Recopilando datos de mediciones en diferentes estados del proceso, se pueden detectar y corregir variaciones que pueden afectar a la calidad del producto o servicio final, reduciendo desechos y evitando que los problemas lleguen al cliente final.³⁵

Debido a que UMED nunca había realizado control de ninguno de sus procesos, decidió implementar las cartas de control para monitorear el tiempo de atención de sus pacientes en los servicios de toma de muestras de laboratorio clínico, optometría, ecografías, fonoaudiología, terapia física y respiratoria.

2.3.3.1 Tipos de gráficos de control³⁶: Los gráficos de control pueden ser de dos tipos según la característica del producto o servicio a analizar: gráficos de control por variables y gráficos de control por atributos.

En los gráficos de control por variables, el control del proceso se realiza mediante variables susceptibles de ser medidas: Cantidades, pesos, diámetros, espesores, frecuencias, etc. En ellos se analizarán parámetros de contraje y dispersión de la característica a controlar a lo largo del tiempo. El gráfico, que analiza la media muestral y el rango de una muestra predeterminada, es el más utilizado en este ámbito.

En los gráficos de control por atributos, el control del proceso se realiza mediante atributos de tipo dicotómico. Así, se puede analizar si el producto o servicio posee o no una determinada característica (Atributo): Color, forma, defecto, tipo, etc.

Y en general se aborda dicho análisis mediante preguntas del tipo: aceptable/no aceptable, si/no, funciona/no funciona, etc.

³³ J.M.Juran/Franc M Gryna,jr/R.S.Bingham,jr. Manual de Control de Calidad, Volumen 1. Segunda Edición. Editorial reverté, SA.

³⁴ <http://spcgroup.com.mx/grafica-de-control.2013>

³⁵ Ibid 26.

³⁶ http://gio.uniovi.es/documentos/asignaturas/descargas/Presentacion_Control_de_Calidad.pdf.2013

Los principales gráficos por atributos, son: Los que controlan número de unidades defectuosas: "p" y "np", y los que controlan el número de defectos "c" y "u.

2.3.3.2 Metodología³⁷: Los gráficos de control fueron ideados por Shewhart durante el desarrollo del control estadístico de la calidad. Han tenido una gran difusión siendo ampliamente utilizados en el control de procesos industriales. Sin embargo, con la reformulación del concepto de calidad y su extensión a las empresas de servicios y a las unidades administrativas y auxiliares, se han convertido en métodos de control aplicables a procesos llevados a cabo en estos ámbitos.

En los gráficos de control se puede observar que los valores fluctúan al azar alrededor del valor central (Promedio histórico) y dentro de los límites de control superior e inferior. A medida que se monitoriza el proceso los datos o las muestras según se dé el caso y el resultado se anota en el gráfico, por ejemplo, cada día o dependiendo como se está analizando la situación.

Cuando un punto se va fuera de los límites: Esta circunstancia puede ser una señal de que hay confusión en el proceso. Entonces, es necesario investigar para encontrar el problema (Causa asignable) y corregirla. Si no se hace esto el proceso estará funcionando a un nivel de calidad menor que originalmente.

La variabilidad en la calidad de un producto o el resultado de un proceso puede ser debida a causas aleatorias, sobre las cuales poco o nada se puede hacer o, a "causas especiales" o "causas asignables" sobre las que se puede tener algún grado de control. Una de las ventajas de las cartas de control es su capacidad para diferenciar las causas asignables de las no asignables, permitiendo un mejoramiento continuo al combinar el rigor de los métodos estadísticos clásicos (La significancia estadística) con el análisis cronológico de gráficas.

Los principios fundamentales de las cartas de control estadístico de procesos son³⁸:

- Hay variación en las medidas individuales de los procesos.
- Los datos provienen de un proceso en estudio con causas comunes y estables, su variabilidad es predecible dentro de un rango determinado que puede ser calculado por un modelo estadístico de distribución como la normal.
- En un proceso que produce datos con causas especiales, las medidas se comportan de alguna forma específica observable, diferente de las distribuciones preestablecidas.

³⁷ Ibid. 35.

³⁸ Ibid. 37.

- Asumiendo que los datos se encuentran bajo control, se pueden determinar las pruebas y los límites estadísticos para las desviaciones de los pronósticos, suministrando evidencia estadística de los cambios.

2.3.3.3 Pasos para la implantación de las fichas de control

- Dar la mayor prioridad a las características que están produciendo defectos y en las que los operarios tienen la posibilidad de controlar el ajuste.
- Identificar las variables y condiciones del proceso que contribuyen a las características finales del producto.
- Elegir características que puedan proporcionar la cantidad de datos necesarios para el diagnóstico de los problemas.
- Determinar el primer punto del proceso de producción que debe ensayarse para obtener información de las causas imputables, así como las fichas que han de servir como primero y efectivo dispositivo de advertencia para la prevención de disconformidades.
- Elegir el tipo de ficha de control.
- Decidir la línea central que ha de utilizarse y las bases de cálculo de los límites de control.
- Seleccionar el subgrupo racional.
- Determinar la frecuencia de extracción de los subgrupos.
- Determinar el tamaño.
- Proporcionar el sistema de recogida de datos.
- Calcular los límites de control y dar instrucciones específicas para la interpretación de los resultados y toma de decisiones.

Teniendo en cuenta la información que suministran en los diferentes libros, internet, y la aplicación de las cartas de control en las organizaciones, la gerencia de UMED decidió solicitar una cita con la Secretaria de Salud para que esta oriente de cómo debe de ser aplicado el control estadístico en la institución, efectivamente se concretó una cita, y haya le explicaron a la gerente Dra. María Luisa Molina la metodología y forma en que será solicitado este control y la forma de presentación de las acciones sujetas de mejora, dejando de forma autónoma la forma de implementación.

2.3.3.4 Carta de control del proceso de imágenes diagnósticas: Establecidos los tiempos de servicio en cada uno de los procesos, UMED junto con todos sus colaboradores y médicos especialistas de cada área decidió implementar por medio de la carta de control una verificación del tiempo de atención de los pacientes, con el fin de evitar demoras y mejorar el servicio de los pacientes y sus familias como parte de su compromiso con la calidad en la atención que es lo que principalmente busca la Acreditación en Salud, y de esta manera disminuir la variación y cambios bruscos en el transcurso de la toma de imágenes, como por ejemplo los cuellos de botella o cualquier otro tipo de espera en el proceso.

La gerencia de UMED determinó por conocimiento previo y experiencia durante 20 años de servicio, que para la toma de muestras de rayos x, el tiempo máximo que se deberá gastar el técnico es de 5 minutos por paciente, lo que se va a validar es que cada uno de los técnicos empiecen a cumplir con esos tiempos y de ser necesario esto se ajustara de acuerdo al comportamiento sin afectar la calidad de atención. Como se mencionó anteriormente, durante los meses de septiembre y octubre del presente año se presentó un bajo flujo de pacientes en la entidad, por lo que en el mes de octubre se determinó que se realizarían tomas de muestras de los tiempos de atención por pacientes para empezar con pruebas de si este control es de fácil aplicación y validación por parte de los funcionarios sin necesidad de que se encuentre otra persona para apoyar la toma de tiempos; estos tiempos los tomara aleatoriamente el auxiliar de RX en el transcurso del día, 5 pacientes diarios durante los primeros 22 días, y de esta manera tener disponibles los siguientes 9 días para su análisis por parte de la persona encargada del proceso de preparación para la implementación del sistema de *Acreditación en Salud*; obteniendo los datos de la tabla 29:

Tabla 29. Tiempos de atención RX

DIAS DEL MES	t PACIENTE 1	t PACIENTE 2	t PACIENTE 3	t PACIENTE 4	t PACIENTE 5
1	3	5	6	4	4
2	2	3	2	4	2
3	3	3	4	2	3
4	2	2	3	3	2
5	3	3	2	3	3
6	2	6	4	1	2
7	1	2	2	3	3
8	10	3	4	4	3
9	3	3	5	4	5
10	2	1	2	3	2
11	2	3	4	3	2
12	3	1	2	3	4
13	3	4	5	3	3
14	2	6	2	2	2
15	2	3	2	3	3
16	4	1	2	3	2
17	2	3	4	4	4
18	6	3	4	8	2
19	2	5	9	2	1
20	3	4	5	5	5
21	5	6	2	2	3
22	5	3	3	4	3

Fuente: El Autor, 2013

Según los datos obtenidos en los 22 días de estudio se pudieron analizar y obtener los gráficos de control de medias y control de rangos de las tablas 30 y 31, y su demostración en los gráficos 23 y 24:

Tabla 30. Análisis de control de medias RX. Tabla 31. Análisis de control de rangos RX

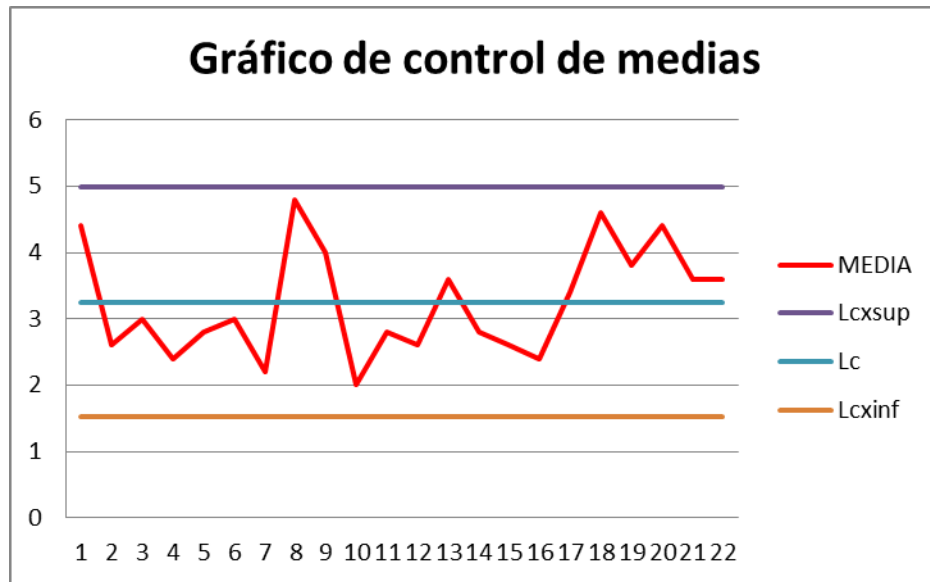
MEDIA	LC _{Xsup}	Lc	LC _{Xinf}
4	5	3	2
3	5	3	2
3	5	3	2
2	5	3	2
3	5	3	2
3	5	3	2
2	5	3	2
5	5	3	2
4	5	3	2
2	5	3	2
3	5	3	2
3	5	3	2
4	5	3	2
3	5	3	2
3	5	3	2
2	5	3	2
3	5	3	2
5	5	3	2
4	5	3	2
4	5	3	2
4	5	3	2
4	5	3	2

Fuente: El Autor, 2013

RANGO	LC _{Rsup}	Lc	LC _{Rinf}
3	6	3	0
2	6	3	0
2	6	3	0
1	6	3	0
1	6	3	0
5	6	3	0
2	6	3	0
7	6	3	0
2	6	3	0
2	6	3	0
2	6	3	0
3	6	3	0
2	6	3	0
4	6	3	0
1	6	3	0
3	6	3	0
2	6	3	0
6	6	3	0
8	6	3	0
2	6	3	0
4	6	3	0
2	6	3	0

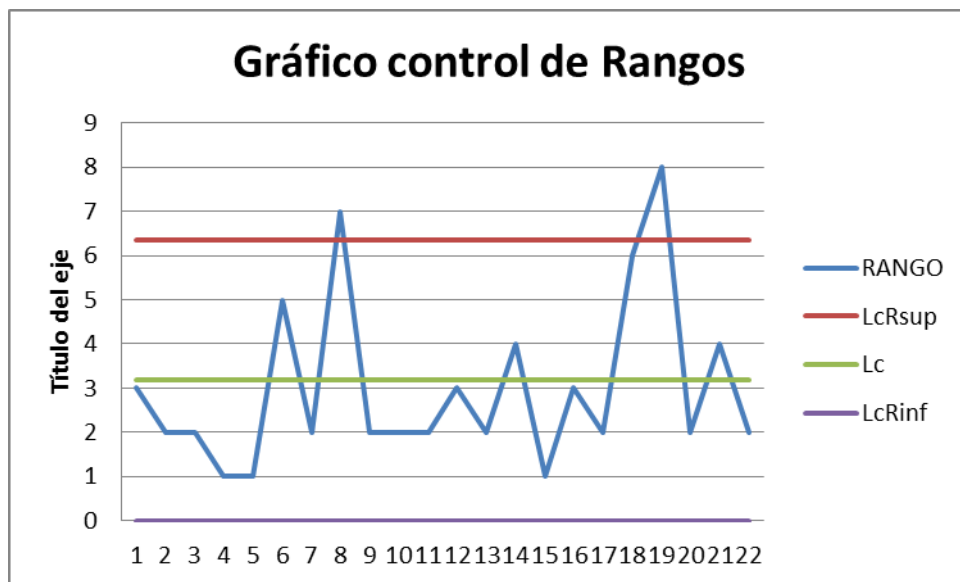
Fuente: Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 23. Lc de medias de RX



Fuente: Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 24. Lc de rangos de RX



Fuente: Fuente: El Autor, 2013

Analizando las gráficas se puede observar que en la de medias en general el proceso se encuentra en control, sin embargo hay dos puntos correspondientes a dos días que están fuera de control, por lo que la gerencia de UMED decidió llamar al especialista de turno y realizar la retroalimentación necesaria evidenciando:

- Los dos pacientes atendidos uno el día 8 de octubre y el correspondiente al 19 de octubre eran niños menores de 2 años, lo que influyo en gran proporción en el tiempo de atención, teniendo en cuenta que se repitieron en varias ocasiones las radiografías porque quedaron en mala posición.
- Se acordó con el técnico en generar estrategias que minimicen el tiempo de la toma de muestra con los menores de edad para los siguientes meses.
- Se realizara compra de juguetería y dulces para incentivar a los niños a permanecer quietos durante la consulta.
- Los controles se realizaran mensualmente para validar que efectivamente se estén implementando las acciones de mejora pactadas.
- Se realizara el debido control de forma manual mientras se completa la instalación del software en la organización, el cual generara reportes automáticamente del tiempo de entrada y salida del consultorio una vez sea abierta la historia clínica por el médico tratante.
- Se evaluará el tiempo dispuesto por la gerente y si es o no adecuado para la atención de cada paciente.

2.3.3.5 Carta de control del proceso de laboratorio clínico: Para el laboratorio clínico se decidió hacer un control en general debido a que a diario se atienden pacientes para diversos exámenes en el laboratorio, por ejemplo las pruebas de gravindex, hormona TSH, colesterol, entre otros por lo que sería muy complicado para las bacteriólogas tomar los tiempos por cada examen, además sería muy probable un sesgo en los resultados, debido a que para la glicemia se requiere aproximadamente de 2 horas del tiempo del paciente, por lo que se decidió que será el único examen por ahora que no se medirá ni se tendrá en cuenta en éste control.

Todas las cartas se empezaron a realizar y analizar en el mes de octubre bajo las mismas condiciones, pero para este caso se medirá en segundos, obteniendo para este caso los datos que se pueden ver en la tabla 32:

Tabla 32. Tiempos de atención laboratorio clínico

DIAS DEL MES	t PACIENTE 1	t PACIENTE 2	t PACIENTE 3	t PACIENTE 4	t PACIENTE 5
1	34	62	46	98	36
2	54	38	28	32	74
3	66	98	48	25	65
4	78	95	54	87	48
5	65	63	52	53	75
6	98	52	36	67	55
7	147	87	120	19	79
8	58	45	125	53	54
9	47	63	36	52	20
10	23	51	28	88	19
11	69	26	52	54	115
12	58	54	61	63	56
13	45	89	54	20	36
14	88	88	63	84	99
15	86	77	84	69	103
16	65	45	52	36	87
17	14	96	99	88	52
18	26	52	62	75	29
19	31	58	56	72	52
20	42	36	56	73	74
21	53	41	85	62	85
22	89	49	54	48	136

Fuente: El Autor, 2013

De estos datos obtenidos se realizó el análisis de control de medias y rangos de las tablas 33 y 34, con sus respectivas observaciones de los gráficos 25 y 26, para poder concluir las falencias al interior del proceso.

Tabla 33. Análisis de control de medias laboratorio Tabla 34. Análisis de control de rangos

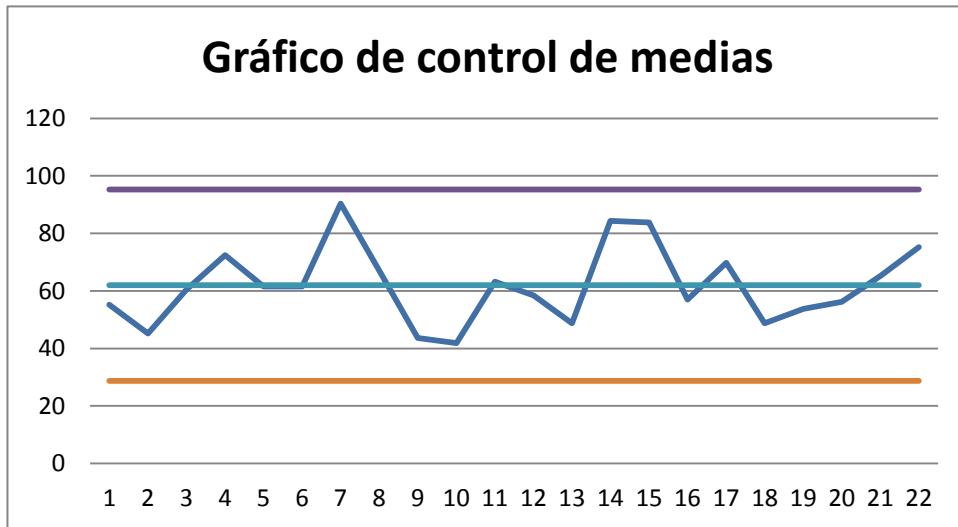
PROMEDIO	$LC_{x_{sup}}$	\bar{X} Lc	$LC_{x_{inf}}$
55	95	62	29
45	95	62	29
60	95	62	29
72	95	62	29
62	95	62	29
62	95	62	29
90	95	62	29
67	95	62	29
44	95	62	29
42	95	62	29
63	95	62	29
58	95	62	29
49	95	62	29
84	95	62	29
84	95	62	29
57	95	62	29
70	95	62	29
49	95	62	29
54	95	62	29
56	95	62	29
65	95	62	29
75	95	62	29

Fuente: Fuente: El Autor, 2013

RANGO	$LC_{R_{sup}}$	R Lc	$LC_{R_{inf}}$
64	122	58	0
46	122	58	0
73	122	58	0
47	122	58	0
23	122	58	0
62	122	58	0
128	122	58	0
80	122	58	0
43	122	58	0
69	122	58	0
89	122	58	0
9	122	58	0
69	122	58	0
36	122	58	0
34	122	58	0
51	122	58	0
85	122	58	0
49	122	58	0
41	122	58	0
38	122	58	0
44	122	58	0
88	122	58	0

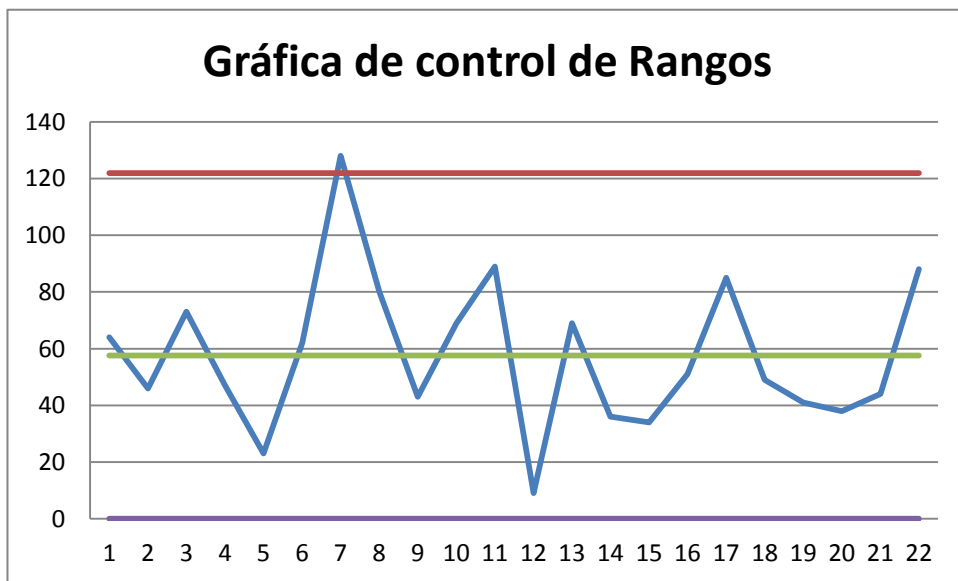
Fuente: Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 25. Lc de medias de laboratorio clínico



Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 26. Lc de rangos de laboratorio clínico



Fuente: El Autor, 2013

Como resultado del análisis en el proceso de toma de muestras de laboratorio clínico se determinó que se encuentra en control el proceso en parte por apoyo de las bacteriólogas, y compromiso con el plan de implementación que se está llevando a cabo en la organización, se aclara que como es un proceso de mejora continua se implementara el control mensualmente.

Se evaluó que en el día 7 de octubre se presentó una demora con el paciente de las 7:00 am que fue el primer turno, esto se presentó dado que la auxiliar no dejó el día anterior los químicos e implementos de trabajo listos para su uso, por lo que realizó una retroalimentación y se comprometió a no recaer en esta mala, pues debido a que la atención es fundamental en este proceso la organización no puede recaer en estos errores.

Hasta el mes de octubre se tenía implementado un turno de auxiliares y bacteriólogas de 7:00 am a 6:00 pm, para no reincidir en demoras de servicio se acordó con las funcionarias un horario de 6:45 am a 5:45 pm.

2.3.3.6 Carta de control del proceso de optometría: Para el proceso de optometría se acordó en tomar los tiempos en minuto aproximados (*Ver tabla 35*), ya que por ser una consulta que requiere de mínimo 20 minutos de tiempo, es necesario ser más flexible ya que en la consulta el paciente si decide puede ser remitido a la óptica para la compra de sus lentes.

Tabla 35. Tiempos de control de optometría

DIAS DEL MES	t PACIENTE 1	t PACIENTE 2	t PACIENTE 3	t PACIENTE 4	t PACIENTE 5
1	15	14	19	25	26
2	18	18	17	14	16
3	21	21	15	16	20
4	22	22	16	15	20
5	20	23	22	29	28
6	19	26	23	27	25
7	18	19	21	18	20
8	19	18	18	19	20
9	21	17	17	26	23
10	20	21	26	21	22
11	13	23	24	25	18
12	25	19	18	23	19
13	15	19	24	21	16
14	14	22	22	20	18
15	19	23	25	16	21
16	18	19	20	18	21
17	16	18	16	16	18
18	17	21	19	19	19
19	19	21	18	23	20
20	21	26	15	19	19
21	23	18	15	27	20
22	23	19	17	21	19

Fuente: El Autor, 2013

Según los tiempos obtenidos se realizó el análisis de control de medias y rangos de las tablas 36 y 37 junto con sus análisis gráficos (*Ver gráficos 27 y 28*):

Tabla 36. Análisis de control de optometría

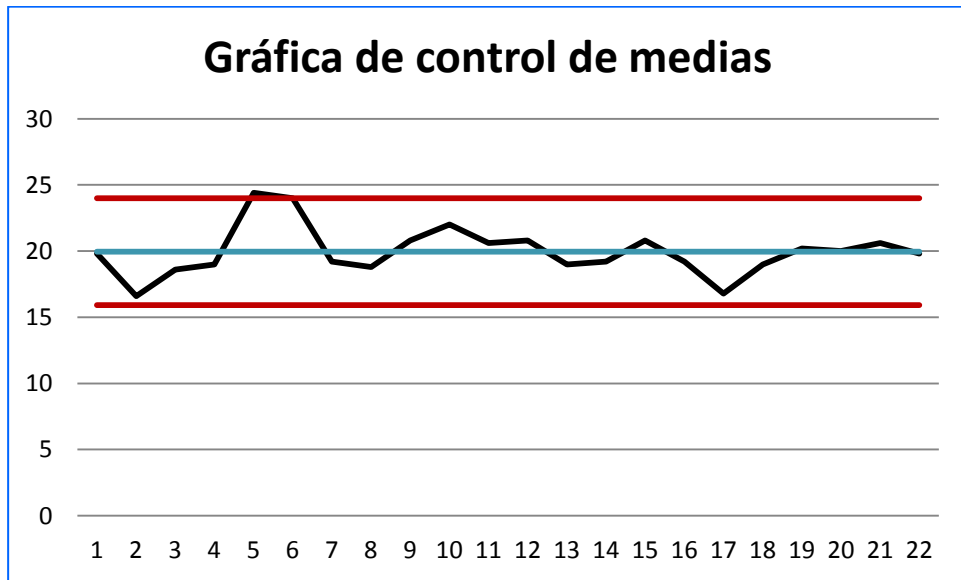
PROMEDIO	LC _{Xsup}	\bar{X} LC	LC _{Xinf}
20	24	20	16
17	24	20	16
19	24	20	16
19	24	20	16
24	24	20	16
24	24	20	16
19	24	20	16
19	24	20	16
21	24	20	16
22	24	20	16
21	24	20	16
21	24	20	16
19	24	20	16
19	24	20	16
21	24	20	16
19	24	20	16
17	24	20	16
19	24	20	16
20	24	20	16
20	24	20	16
21	24	20	16
20	24	20	16

Tabla 37. Análisis de control de rangos de optometría

RANGO	LC _{Rsup}	LC	LC _{Rinf}
12	15	7	0
4	15	7	0
6	15	7	0
7	15	7	0
9	15	7	0
8	15	7	0
3	15	7	0
2	15	7	0
9	15	7	0
6	15	7	0
12	15	7	0
7	15	7	0
9	15	7	0
8	15	7	0
9	15	7	0
3	15	7	0
2	15	7	0
4	15	7	0
5	15	7	0
11	15	7	0
12	15	7	0
6	15	7	0

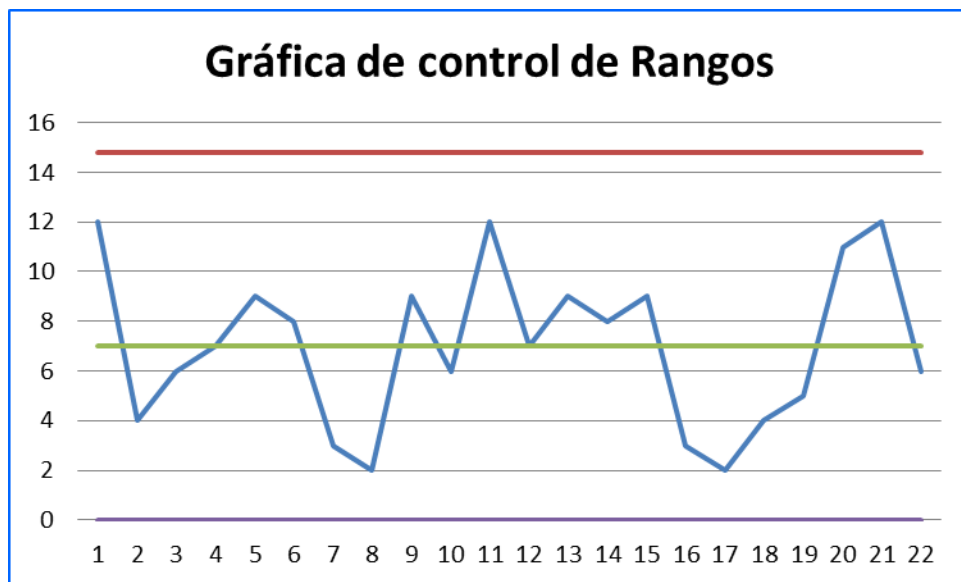
Fuente: Fuente: El Autor, 2013 Fuente: Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 27. Lc de medias de optometría



Fuente: Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 28. Lc de rangos de optometría



Fuente: Fuente: El Autor, 2013

A pesar de que a simple vista se observa como si el proceso estuviera controlado, se determina que este por el contrario no lo está, pues se muestran variaciones de tiempo repentinas, lo que implicaría que en esos días no se cumplió con el tiempo promedio y que aunque fue en ocasiones inferior y esto sería bueno para la organización, no lo es, pues el examen de optometría puede estar quedando mal tomado ya que el especialista no se toma el tiempo necesario con sus pacientes y en un tiempo de 13 o 16 minutos por cada uno como se evidencia en la toma del tiempo de los días 2 y 17 de octubre se pueden haber presentado falencias y errores en la orden de fórmula.

Como acción correctiva UMED ha decidido de que el optómetra no realice la preventa de los lentes durante la consulta, si no que todos los paciente pasen por ultimo al área de la óptica y allí se encargue la persona delegada para la venta de los lentes de contacto y gafas.

Se retroalimenta al especialista en sus fallas, dando éste la explicación de que ese tiempo no es fácil de controlar pues hay pacientes que en el momento de las pruebas de aumento, tipo de lente, curvatura, enfermedad, no todos los pacientes responde asertivamente y con la misma rapidez que otros, o los que provienen de empresas tratan de mentir para que su fórmula sea positiva.

Teniendo las observaciones y análisis de tiempos correspondiente, UMED establece que el tiempo promedio será de 20 minutos por paciente y que si existen demoras reiterativas es porque el especialista no distribuye su tiempo, sin embargo se realizó un compromiso de crear estrategias que den paso a una mejora del tiempo en el proceso como compromiso al plan de implementación de acreditación de salud.

2.3.3.7 Carta de control del proceso de ecografías: En este proceso se requiere de que cuando sale un paciente se dé un lapso al médico especialista de 15 minutos aproximadamente entre un paciente y otro, pues es el tiempo necesario para que se realice el informe, se de limpieza nuevamente a la camilla y se aliste el equipo para generar una nueva lectura.

Teniendo en cuenta este tiempo entre cada paciente se decidió tomar el tiempo en minutos (*Ver tabla 38 y 39*) y sumar el tiempo desde que ingresa un paciente, sale y se vuelve a llamar al otro, esto con el fin de determinar el tiempo total en que está ocupado el consultorio, el análisis se evidencia en los gráficos 29 y 30.

Tabla 38. Análisis de control de medias ecografías

Tabla 39. Análisis de control de rangos

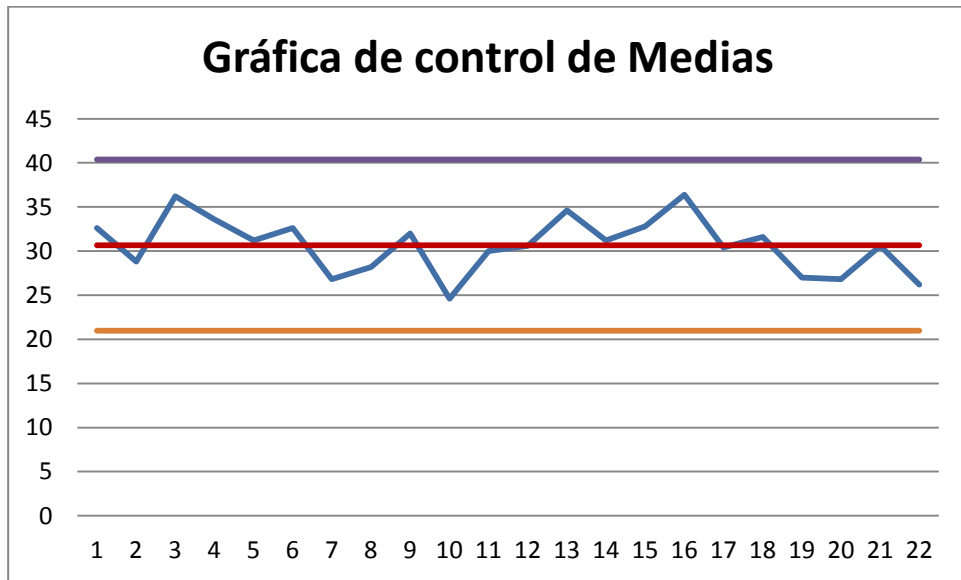
PROMEDIO	LC _x ^{sup}	\bar{X} Lc	LC _x ^{inf}
33	40	31	21
29	40	31	21
36	40	31	21
34	40	31	21
31	40	31	21
33	40	31	21
27	40	31	21
28	40	31	21
32	40	31	21
25	40	31	21
30	40	31	21
31	40	31	21
35	40	31	21
31	40	31	21
33	40	31	21
36	40	31	21
30	40	31	21
32	40	31	21
27	40	31	21
27	40	31	21
31	40	31	21
26	40	31	21

Fuente: Fuente: El Autor, 2013

RANGO	LC _R ^{sup}	R Lc	LC _R ^{inf}
20	36	17	0
7	36	17	0
20	36	17	0
33	36	17	0
32	36	17	0
8	36	17	0
14	36	17	0
10	36	17	0
10	36	17	0
7	36	17	0
32	36	17	0
15	36	17	0
35	36	17	0
11	36	17	0
20	36	17	0
23	36	17	0
18	36	17	0
14	36	17	0
12	36	17	0
16	36	17	0
6	36	17	0
7	36	17	0

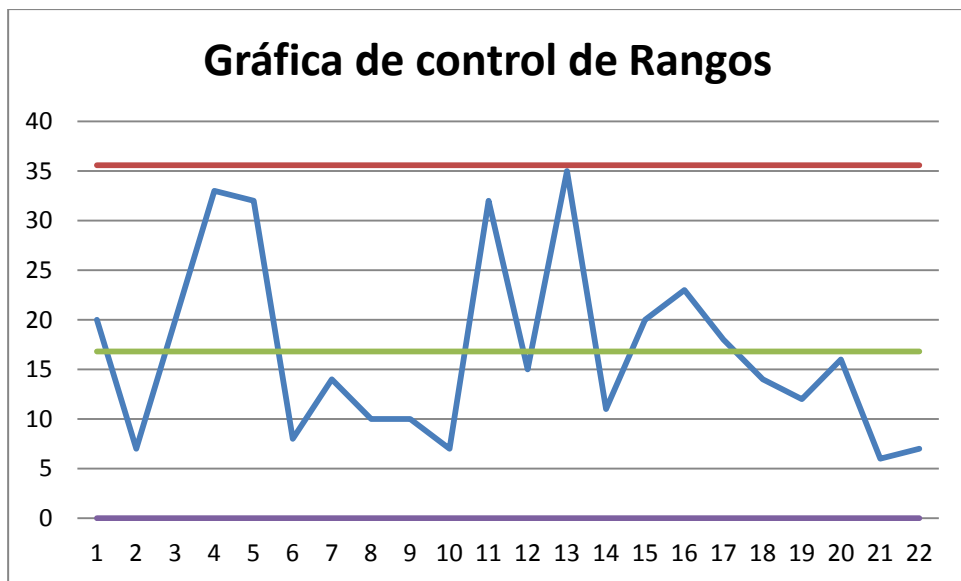
Fuente: Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 29. Lc de medias de ecografías



Fuente: El Autor, 2013

Gráfico 30. Lc de rangos de ecografías



Fuente: El Autor, 2013

Teniendo en cuenta la información obtenida durante el proceso de medición, se puede dar como conclusión que este proceso se encuentra controlado, que aunque hay cambios bruscos en su mayoría es cuando se atienden mujeres en embarazo y que sin embargo se cumple con los límites de aceptación por la institución.

UMED decide implementar este control mensual para monitorear que se siga cumpliendo y junto con el médico especialista se comprometerán a mejorar en los protocolos de servicio para aportar a la preparación para la certificación.

2.3.4 Análisis de UMED: Como decisión final y de acuerdo a las actividades realizadas en el mes de Octubre, se determinó que:

- La entidad no quiere que estos controles se conviertan en un complique para los médicos, por lo que solo vigilara y evaluara a través de las cartas de control los procesos anteriores como una prueba piloto por los meses de Diciembre a Febrero, con el fin de determinar si se está realizando cada medición correctamente o es necesario tomar acciones de cambio.
- Ya que se está esperando que el software que se implementara facilite estos controles y aporte unos datos más exactos para estas mediciones se tendrán en cuenta estos datos como verídicos para realizar las retroalimentaciones y toma de acciones necesarias para mejorar los tiempos de atención de los procesos.
- Todos los datos obtenidos se realizaron de forma manual y aproximando los tiempos para que cada funcionario comprendiera el proceso y las gráficas más fácilmente en las capacitaciones y reuniones realizadas, pues para UMED es muy importante que todo su personal comprenda cada actividad realizada y de esta forma recibir por parte de sus funcionarios aportes que faciliten la implementación del sistema de calidad.

2.4 ANÁLISIS FINANCIERO.

2.4.1 Costos de desarrollo e implementación: Dichos costos están atados a las actividades y tareas que se adelanten durante el proceso de ejecución, la organización destinó un presupuesto determinado según los análisis realizados por ellos con el fin de empezar a planear y ejecutar dichas actividades. La idea principal es minimizar cada uno de estos costos, pues de esto depende que la gerencia de UMED decida la implementación o no del sistema sugerido.

Con el presupuesto otorgado por la gerente de UMED, se realizó la distribución de este dinero como se muestra en la tabla 40:

Tabla 40. Análisis de costos

DESCRIPCIÓN	COSTO TOTAL
CAPACITACIONES	\$ 2.238.000
ASESOR DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	\$ 4.200.000
TRANSPORTES	\$ 1.080.000
COMPUTADOR PORTATIL MARCA DELL	\$ 1.450.000
IMPRESORA MULTIFUNSIONAL	\$ 380.000
CARTUCHOS DE IMPRESORA	\$ 210.000
TEXTOS	\$ 122.000
PAPELERIA	\$ 600.000
FOTOCOPIAS	\$ 80.000
TELEVISOR PARA DESARROLLO DE CAPACITACIONES Y CONFERENCIAS.	\$ 1.650.000
PAQUETES DE PROGRAMAS MICROSOFT	\$ 350.000
GRABADORA PARA ENTREVISTAS	\$ 100.000
SILLETERIA PARA ADECUACION DEL SALON DE CONFERENCIAS	\$ 20.000
MESA PARA DESARROLLO DE CONFERENCIAS	\$ 1.250.000
REFRIGERIOS	\$ 480.000
TOTAL COSTOS	\$ 14.210.000
PRESUPUESTO ESTIMADO EN 2012	\$ 17.372.000,00

Fuente: El Autor, 2012

Se puede concluir que en los meses trabajados los costos implementados en el desarrollo del plan de implementación fueron en total de \$14.210.000, lo que indica que se ahorró un total de \$3.162.000 con respecto al presupuesto aprobado, cabe aclarar que este dinero se seguirá implementando en el desarrollo del proyecto hasta que la organización tome la decisión de certificarse en Acreditación en Salud.

2.4.2 Estudio de la inversión: Para este proceso se solicitó colaboración de la gerente con el fin de ser suministrados los datos exactos de ventas de los últimos años o meses, sin embargo solo fueron suministrados los de los 12 meses del año 2012 ya que dentro de la entidad no se guardan datos históricos contables, la única persona que los almacena y los controla es la contadora y según ella esos datos no son de consulta pública.

Con los datos suministrados se realizó un análisis por medio del promedio móvil y el flujo de caja para demostrar a la gerente de lo viable que puede ser la implementación del sistema de calidad, del crecimiento y ventajas que puede obtener más adelante para obtener alianzas con otras instituciones y una mayor eficiencia y eficacia de su organización.

2.4.3 Análisis del promedio móvil: Dados los datos y su comportamiento se realizó el análisis como se muestra en la tabla 41:

Tabla 41. Análisis promedio móvil

PERIODO	DEMANDA	PM	PMC	IT
ENERO	230			
FEBRERO	235			
MARZO	249	242	246,125	1,011681056
ABRIL	254	250,25	254,5	0,998035363
MAYO	263	258,75	261,875	1,004295943
JUNIO	269	265	268,25	1,002795899
JULIO	274	271,5	273,875	1,000456413
AGOSTO	280	276,25	277,75	1,00810081
SEPTIEMBRE	282	279,25	280,375	1,005795809
OCTUBRE	281	281,5	283	0,992932862
NOVIEMBRE	283	284,5		
DICIEMBRE	292			

IT					
	1	2	3	4	
			1,0117	0,9980	
	1,0043	1,0028	1,0005	1,0081	
	1,0058	0,9929			
Σ	2,0101	1,9957	2,0121	2,0061	Σ
PROMEDIO	1,0050	0,9979	1,0061	1,0031	4,0120
AJUSTE	1,0020	0,9949	1,0030	1,0001	
PRONÓSTICO	225,83	225,83	225,83	225,83	
PRONÓSTICO PARA EL SIGUIENTE PERÍODO	226,291323	224,674372	226,521625	225,846013	

Fuente: El Autor, 2013

2.4.4 Análisis del flujo de caja: Gracias al flujo de caja proyectado (Ver tabla 42) adquirido por fuente UMED se pudieron determinar datos como la TIR, la VAN para analizar posteriormente la viabilidad del proyecto y el retorno de la inversión.

Tabla 42. Flujo de caja proyectado

DIA DEL INFORME	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICEMBRE
SALDO INICIAL	5.562.000	1.286.880	7.884.399	10.860.299	15.717.557	6.592.466	57.049.140	29.289.533	25.023.542	33.583.662	41.704.995	41.611.539
INGRESOS												
CANCELACION FACTURAS DE VENTA	0	2.540.000	0	0	0	9.100.000	0	0	0	0	0	0
ARRIENDOS	0	0	850.000	1.700.000	0	3.500.000	0	0	8.500.000	0	11.500.000	4.000.000
INDEMNIZACION SEGUROS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOBRANTES INVENTARIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RENTEGROS	3.452.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INTERESES X CTA AHORROS	877.800	1.112.039	850.000	0	0	0	0	0	0	0	253.000	0
INGRESOS POR OPERACIÓN	13.000.000	19.836.000	21.170.000	22.170.000	23.876.949	31.781.972	18.554.000	30.992.913	32.976.820	18.554.000	32.976.820	39.986.000
CONSIG. EN BCOS	0	15.536.000	8.000.000	0	970.000	35.102.222	6.077.000	0	3.900.000	12.000.000	0	0
PRESTAMOS PERSONALES	0	0	4.000.000	0	0	1.450.000	0	0	0	0	0	0
TOTAL INGRESOS	17.329.800	39.024.039	34.870.000	23.870.000	24.846.949	80.934.194	24.631.000	30.992.913	45.376.820	30.554.000	44.729.820	43.986.000
TOTAL DISPONIBLE	22.891.800	40.310.919	42.754.399	34.730.299	40.564.506	87.526.660	81.680.140	60.282.446	70.400.362	64.137.662	86.434.815	85.597.539
EGRESOS												
CARGOS POR COBRAR												
	2.785.400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	256.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTICPOS A PROVEEDORES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5.000.000	4.800.000
PRESTAMOS PERSONALES	0	0	4.000.000	0	4.000.000	0	0	0	0	0	8.000.000	0
OTROS (Inversion proyecto)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB TOTAL	3.041.400	0	4.000.000	0	4.000.000	0	0	0	0	0	13.000.000	4.800.000
NOMINA												
PAGO NOMINA	12.746.000	12.746.000	12.746.000	12.746.000	12.746.000	12.746.000	25.670.000	12.746.000	12.746.000	12.746.000	12.746.000	12.746.000
PAGO PRESTACIONES SOCIALES	1.254.000	1.254.000	1.254.000	1.254.000	0	1.254.000	1.254.000	1.254.000	1.254.000	1.254.000	1.254.000	1.254.000
PAGO APORTES SENA	125.000	125.000	125.000	125.000	0	125.000	125.000	125.000	125.000	125.000	125.000	125.000
PAGO APORTES ICBF	154.000	154.000	154.000	154.000	0	154.000	154.000	154.000	154.000	154.000	154.000	154.000
PAGO APORTES CAFAM	123.000	123.000	123.000	123.000	0	123.000	123.000	123.000	123.000	123.000	123.000	123.000
PAGO APORTES SALUD	354.000	354.000	354.000	354.000	0	354.000	354.000	354.000	354.000	354.000	354.000	354.000
PAGO APORTES ARP	12.520	12.520	12.520	12.520	0	12.520	12.520	12.520	12.520	12.520	12.520	12.520
PAGO APORTES PENSION	354.000	354.000	354.000	354.000	0	354.000	354.000	354.000	354.000	354.000	354.000	354.000
SUB TOTAL	15122520	15122520	15122520	15122520	12746000	15122520	28046520	15122520	15122520	15122520	15122520	15122520
IMPUESTOS												
CANC. RETEFUENTE	0	0	2.500.000	0	0	0	1.256.014	0	2.500.000	0	2.500.000	2.500.000
CANC. ICA	0	0	145.580	0	0	0	145.800	0	145.580	0	145.580	145.580
CANC. RETENCION ICA	0	0	456.000	0	0	0	23.652	0	456.000	0	456.000	456.000
CANC. IVA	0	0	1.450.000	0	0	0	147.521	0	1.450.000	0	1.450.000	1.450.000
CANC. IMPORENTA	0	0	2.569.000	0	4.854.000	0	1.154.000	0	2.569.000	0	2.569.000	2.569.000
IM PUESTO DE TIMBRE	0	0	0	0	1.254.000	0	0	0	0	0	0	0
IM PUESTO PREDIAL	0	0	3.569.000	0	125.000	0	0	0	3.569.000	0	3.569.000	3.569.000
IM PUESTO DE VEHICULOS	0	0	560.000	0	154.000	0	0	0	560.000	0	560.000	560.000
SUB TOTAL	0	0	7120580	0	4854000	0	2726987	0	7120580	0	7120580	7120580
PROVEEDORES												
	0	0	0	0	12.520	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	354.000	0	0	0	0	0	0	0
PAGO A PROVEEDORES	2.450.000	12.440.000	2.450.000	7.230.520	11.350.000	10.513.100	11.472.000	11.100.000	0	3.800.000	3.200.000	0
OTROS	0	0	0	0	0	0	2.584.000	0	0	0	0	0
SUB TOTAL	2450000	12440000	2450000	7230520	11350000	10513100	14056000	11100000	0	3800000	3200000	0
ARRIENDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SERVICIOS PUBLICOS												
LUZ	0	256.000	256.000	360.000	360.000	569.000	359.000	352.144	528.000	417.000	250.000	352.000
AGUA	0	458.000	0	458.000	0	452.000	0	524.140	0	389.147	0	458.210
TELEFONO	325.000	450.000	325.000	452.222	430.000	364.000	415.000	385.000	325.600	258.000	258.900	256.900
CELULARES	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000
SUB TOTAL	445000	1284000	701000	1390222	910000	1505000	894000	1381284	973600	1184147	628900	1187110
CUENTAS POR PAGAR												
TIQUETES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.200.000
HONORARIOS	0	2.500.000	2.500.000	2.500.000	0	2.500.000	2.500.000	2.500.000	2.500.000	2.500.000	2.500.000	2.500.000
CAJAS MENORES	546.000	230.000	0	0	0	0	2.000.000	2.199.100	0	0	2.500.000	702.000
PROVEEDORES DE VARIOS	0	850.000	0	0	2.100.000	0	5.710.000	0	0	3.626.000	0	0
OTRAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB TOTAL	546000	3580000	2500000	2500000	2100000	2500000	10210000	4699100	2500000	6126000	5000000	7402000
OTRAS CUENTAS POR PAGAR												
PAGO PRESTAMOS A SOCIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REMBOLSO DE GASTOS A SOCIO	0	0	0	0	365.000	0	0	0	0	0	0	0
SUB TOTAL	0	0	0	0	365000	0	0	0	0	0	0	0
GASTOS BANCARIOS												
COSTO CHEQUERAS	0	0	0	0	120.000	0	0	0	0	0	0	0
CANC. COMISIONES BANCO E IVA	0	0	0	0	1.280.000	0	0	0	0	0	0	0
CANC. COMISIONES BANCO E IVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB TOTAL	0	0	0	0	1400000	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL EGRESOS	21.604.920	32.426.520	31.894.100	19.012.742	33.972.040	30.477.520	52.390.607	35.258.904	36.816.700	22.432.667	44.672.000	38.832.210
G.M.F. 4 X MIL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	151.276	2.884.993
GRAN TOTAL EGRESOS	21.604.920	32.426.520	31.894.100	19.012.742	33.972.040	30.477.520	52.390.607	35.258.904	36.816.700	22.432.667	44.823.276	41.717.203
SALDO FINAL	1.286.880	7.884.399	10.860.299	15.717.557	6.592.466	57.049.140	29.289.533	25.023.542	33.583.662	41.704.995	41.611.539	43.880.336

Fuente: Archivo UMED, 2013

Como se puede evidenciar en el análisis anterior junto con la tabla 43, que la inversión de los \$17.372.000.00 que UMED otorgó para iniciar con la preparación se recuperaría a partir del mes de junio, lo cual es favorable pues a mediano plazo la organización en caso de tomar la decisión de implementar el sistema de gestión podría verse con la capacidad de conseguir más alianzas con otras entidades demostrando un crecimiento importante con rentabilidad, eficacia y eficiencia.

Tabla 43. Análisis de inversión

DIA DEL INFORME	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
SALDO INICIAL	5.562.000	-16.085.120	-9.487.601	-6.511.701	-1.654.443	-10.779.534	39.677.140	11.917.533	7.651.542	16.211.662	24.332.995	24.239.539
INGRESOS												
TOTAL DISPONIBLE	22.891.800	22.938.919	25.382.399	17.358.299	23.192.506	70.154.660	64.308.140	42.910.446	53.028.362	46.765.662	69.062.815	68.225.539
EGRESOS												
OTROS (inversion proyecto)	17.372.000	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL EGRESOS	38.976.920	32.426.520	31.894.100	19.012.742	33.972.040	30.477.520	52.390.607	35.258.904	36.816.700	22.432.667	44.823.276	41.717.203
SALDO FINAL	-16.085.120	-9.487.601	-6.511.701	-1.654.443	-10.779.534	39.677.140	11.917.533	7.651.542	16.211.662	24.332.995	24.239.539	26.508.336

Fuente: El autor, 2013

Obteniendo los datos de los flujos de caja y con el fin de analizar el retorno de la inversión y viabilidad se desarrolló la tabla 44 que se puede observar a continuación:

Tabla 44. Análisis TIR y VAN

MES	FLUJOS	VP
0	-17372000	(\$ 17.372.000,00)
1	1286880	\$ 989.907,69
2	7884399	\$ 4.665.324,85
3	10860299	\$ 4.943.240,33
4	15717557	\$ 5.503.153,60
5	6592466	\$ 1.775.542,77
6	57049140	\$ 11.819.224,67
7	29289533	\$ 4.667.764,98
8	25023542	\$ 3.067.622,85
9	33583662	\$ 3.166.925,74
10	41704995	\$ 3.025.203,20
11	41611539	\$ 2.321.864,67
12	43880336	\$ 1.883.431,01
INVERSIÓN INICIAL		17.372.000
VPN	\$	30.457.206,35
TIR		56,98%

Fuente: El autor, 2013

Analizando los datos se puede evidenciar que es favorable el inicio para la preparación del sistema de acreditación en salud ya que la VAN es positiva y el indicador de TIR es mayor a la tasa de descuento inicial.

Esta interpretación de datos es de gran importancia, pues con ellos se puede vender a la gerente de UMED la idea de la viabilidad que existe en la organización para la implementación del proyecto, los beneficios y ventajas que tienen las empresas en el país en cuanto a factores de crecimiento y rentabilidad, y en el sector salud la importancia de vender una imagen positiva dada la problemática a la que se enfrenta el sector y la poca atención por parte del gobierno actual.

CONCLUSIONES

Si bien, en la actualidad no se ha iniciado con la certificación ante el ICONTEC, la IPS alcanzó cambios en su estructura organizacional, en sus procesos y procedimientos, que se reflejan en la satisfacción tanto de los colaboradores como los usuarios.

Para UMED la decisión de empezar la preparación para la acreditación no fue fácil, pues en los cuatro meses iniciales de sensibilización de todo su personal de médicos especialistas, muy pocos asistían a las charlas programadas o a las capacitaciones brindadas, sin embargo los pocos que lo hacían se esforzaron por aplicar las técnicas aprendidas y paulatinamente se fue notando como han ido mejorando los servicios, se disminuyen los errores y quejas que afectan la organización.

En el último año no se han presentado casos de rotación de personal, pues se ha logrado despertar el sentido de pertenencia en la organización, todo el equipo trabaja en busca de los mismos objetivos en pro del cumplimiento de la política institucional.

Se logró trabajar en equipo, construyendo con cada especialista de área los documentos aplicables, controles, manuales de procedimientos y protocolos para su verificación por parte de la Secretaría de Salud en sus visitas.

Se logró controlar el indicador de control de eventos adversos dada la aplicación de los procedimientos adecuadamente.

Cada uno de los funcionarios conoce la política de calidad de la organización, trabaja en el cumplimiento del Manual de Calidad y ejecutan los procesos adecuadamente.

Se establecen los responsables de los procesos, actividades a desarrollar y estrategias de mejoramiento.

Por reglamentación del Ministerio de Protección Social y con el fin de buscar una mejora continua UMED LTDA decide contratar un proveedor que le implemente el software para sistematizar todos sus procesos, por lo que no todos los documentos en la actualidad se están poniendo en práctica, esto mientras son adecuados al sistema para su correcto análisis y funcionamiento.

RECOMENDACIONES

Se recomienda el control adecuado de los indicadores y su respectivo análisis de acuerdo a lo implementado con el fin de buscar la mejora continua de UMED.

Es indispensable continuar con la preparación de los funcionarios encargados de las áreas para monitorear mejor los procesos críticos, como laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, optometría, y ecografías.

Es necesario programar capacitaciones periódicas para actualizar el personal, motivarlos, vigilar constantemente la aplicación de los protocolos de servicio, y velar por conservar el buen ambiente laboral.

En cuanto al control estadístico, se recomienda a la organización la toma de datos adecuadamente y conscientemente para evitar errores en las mediciones y de esta manera contribuir a la toma de decisiones de una manera más acertada.

Se reitera que es indispensable el compromiso de la gerencia, ya que este es fundamental para el proceso de mejora en calidad de UMED, y de igual forma este compromiso se transmita a cada uno de los colaboradores.

Es necesario implementar procesos participativos, en donde todos los funcionarios tengan la oportunidad de contribuir con el proceso, aportar ideas que mejoren el desarrollo y cambio de cultura organización, pensando siempre en brindar un mejor servicio a cada paciente, más humano y de mejor calidad.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ HEREDIA Francisco, MD, MSP: Instrumentos de auditoría médica. Bogotá, Ecoe ediciones.

ALVARES Néstor. Curso Básico de Contabilidad. Segunda Edición. Editorial McGRAW-HILL.

BURNETT David. Understanding Accreditation in laboratory Medicine. Acreditación del laboratorio clínico. Formely Consultant Clinical Biochemist. Editorial reverté, SA.

DECRETO 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

FERNÁNDEZ Espina Camilo; MAZZIOTTA Daniel. Gestión de la calidad en el laboratorio clínico, confederación latinoamericana de bioquímica clínica. Editorial médica panamericana.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL; Guía Práctica de la Preparación para la Acreditación en Salud.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL; Uso y funcionalidades del observatorio de la calidad de la atención en salud; Boletín número 5.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL; Manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria; versión 003.

NORMA TÉCNICA COLOMBIANA; ISO 9000 Fundamentos y Vocabulario.

RESOLUCIÓN 1445 de 2006. Funciones de la entidad acreditadora.

SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Plan Maestro de Equipamientos de Salud. Decreto 318 del 2006, Bogotá D.C.

Von-Versen P. School of Chemical Engineering and Advanced Materials, Newcastle University.

INFOGRAFÍA

http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/Publicaciones%20SDP/PublicacionesSDP/18rafael_uribe_uribe.pdf

<http://m.eltiempo.com/colombia/una-familia-en-bogota-gasta-en-promedio-al-ano-383-mil-pesos-de-su-bolsillo-en-salud/7394750/home>

http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/business/barometro_economico/newsid_6538000/6538467.stm

<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12340581>

http://www.acreditacionensalud.org.co/ruta_critica.php

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Control%20estad%C3%A9stico%20de%20Procesos%20en%20las%20Organizaciones%20de%20Salud.pdf>

<http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%204/2.3diagrama.html>

http://www.slideshare.net/la_pampa/diagrama-de-pareto-ejemplo

<https://maps.google.com/maps?hl=es&ie=UTF8&q=buscar+direcciones+en+bogota&fb=1&gl=co&hq=direcciones&hnear=0x8e3f9bfd2da6cb29:0x239d635520a33914,Bogot%C3%A1&ei=ynwBUoG6K5HK9gSq-4HwAQ&ved=0Cl0BELYD>

<http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=118&IdCat=29>

<http://www.icontec.org.co/index.php?section=27>