

**PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA UNA
CLÍNICA DE HERIDAS APLICABLE A UNA EPS DE COBERTURA
NACIONAL**

**YANETH ÁLVAREZ RONDON
INGRID MARBELLY ÁLVAREZ ARDILA
LUISA FERNANDA MUÑOZ OTALVARO
MARÍA FERNANDA RUBIANO GIRALDO**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESCUELA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ
2019-080**

**PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA UNA
CLÍNICA DE HERIDAS APLICABLE A UNA EPS DE COBERTURA
NACIONAL**

**YANETH ÁLVAREZ RONDON
INGRID MARBELLY ÁLVAREZ ARDILA
LUISA FERNANDA MUÑOZ OTALVARO
MARÍA FERNANDA RUBIANO GIRALDO**

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Gerencia en Servicios de Salud**

**Tutor Temático
Victor Fernando Betencourt Urrutia**

**Director de la Especialización
Dr. Fernando Forero Navarrete**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESCUELA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ
2019-080**

Tabla de contenido

1. Descripción del problema	5
2. Justificación	7
3. Objetivos.....	7
3.1 Objetivo general.....	7
3.2 Objetivos específicos.....	7
4. Marco teórico	8
4.1 Definición de la enfermedad:.....	8
4.1.1 Fisiopatología:.....	8
4.1.2 Fuerzas que generan una ulcera de presión según la GNEAUPP	9
4.1.3 Factores relacionados con La enfermedad.....	10
4.1.4 Localizaciones más frecuentes de las heridas	10
4.1.5 Escalas para la clasificación de heridas.....	11
4.1.6 Clasificación del estadio o grado:	13
4.1.7 Manejo Terapéutico.....	15
4.2 Elementos de gestión para clínica de heridas.....	16
4.2.1 Modelo.....	17
4.2.2 ¿Qué es un modelo de prestación?	18
4.2.3 Modelo de gestión clínica	19
4.2.4 Centros de excelencia	20
4.2.5 ¿Qué es una clínica de heridas y cuál es el resultado final?.....	21
4.2.6 Servicio de Atención Domiciliaria (SAD)	24
4.2.7 Fases técnicas y programáticas de los Programa De Atención Domiciliaria:	25
5. Marco Normativo.....	27
6. Diseño metodológico	29
6.1 Propuesta de intervención.....	29
6.2 Tipo de estudio.....	30
6.3 Instrumento	31
6.3.1. Características del formato de encuesta	31
6.3.2. Prueba piloto	32
6.3.3. Variables propuestas	33

	4
6.3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	34
6.3.5. Población y muestra	34
7. Resultado de las Encuestas.....	35
7.1 Resultado encuesta a pacientes (respondieron la encuesta 76 pacientes)	35
7.2 Resultado Encuestas a personal (respondieron la encuesta 56 trabajadores).....	46
8. Cumplimiento de los objetivos estratégicos y propuestas de gestión e intervención	57
8.1. Cumplimiento del OE2: Identificar deficiencias y probables puntos de control en cada uno de los procesos de la clínica de heridas.	58
8.2. Cumplimiento del OE3: Identificar y generar los estándares administrativos y clínicos, en el marco de un modelo de eficiencia y calidad para el manejo de una clínica de heridas.	60
8.3. Cumplimiento del OE4: Proponer un modelo de prestación integral que asegure la efectividad clínica, la satisfacción de los usuarios y el adecuado manejo financiero del modelo.	61
8.4. Cumplimiento del OE5: Identificar estrategias y métodos que permitan presentar de manera operativa los modelos de atención.	63
8.5. Cumplimiento del OE6: Presentar una estrategia de medición de impacto del modelo de prestación de manejo de heridas.....	63
9. Estrategia integradora	65
10. Conclusiones y recomendaciones	66
Bibliografía.....	1

Un mal manejo de las complicaciones asociadas al tratamiento de las heridas en la piel, generan costos financieros y emocionales a los pacientes tales como dolor, sufrimiento y pérdida de autoestima o disminución de la calidad de vida. Es por ello por lo que existen programas estructurados dedicados al cuidado de heridas denominados clínica de heridas, cuyo objetivo es brindar atención y tratamiento a los diferentes tipos de lesiones de la piel, disminuyendo así la cantidad de complicaciones y tiempo de estancia hospitalaria, proporcionando así un pronto reintegro a la sociedad mejorando su calidad de vida.

Sin embargo, los costos derivados del tratamiento de infecciones asociadas con la atención en salud dentro de los hospitales del país siguen siendo bastante altos, lo que indica que los programas existentes de clínica de heridas no han logrado cumplir las expectativas en la reducción de estos eventos según Ortiz, Pineda y Denis (2015). Es aquí donde nace la importancia de realizar un análisis de los procesos que intervienen en la implementación del programa de clínica de heridas (georreferenciación, adherencia protocolos, tiempos de atención, control de costos, mejora en los registros, sistemas de información e indicadores, curvas de aprendizaje del personal, etc...), con el fin de evaluar los paradigmas actuales y así proponer una estructura de modelo de atención teniendo en cuenta la perspectiva del paciente y del personal de enfermería que está directamente relacionado con la prestación del servicio.

El manejo de las heridas es uno de los principales contribuyentes en mejoramiento de la calidad de vida del paciente y un factor determinante en su proceso de rehabilitación, puesto que su cuidado inadecuado puede fácilmente desencadenar graves complicaciones. Además, para lograr el cuidado adecuado en el paciente se debe involucrar a sus cuidadores con el fin de disminuir el riesgo de que desarrollen lesiones en la piel “Las úlceras por presión representan una complicación del cuidado de la salud que no deben ser atribuibles exclusivamente al cuidado de enfermería. Deterioran la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentando los costos sociales y en salud. En Colombia los indicadores epidemiológicos son escasos” (González-Consuegra, 2014).

Como bien ha sido mencionado en varias literaturas, los pacientes que han desarrollado algún tipo de heridas en la piel son más propensos al desarrollo de infecciones locales e infecciones de tejidos blandos. Si las heridas no reciben a tiempo el cuidado adecuado estos síntomas pueden empeorar, ocasionando que la infección se propague a los tejidos circundantes, produciendo fiebre, gangrena, shock séptico y hasta la muerte del individuo. Adicionalmente, en el caso de adultos mayores, es común encontrar otras condiciones debilitantes, como lo son la diabetes, hipertensión, problemas vasculares o autoinmunes, sensibilidad o resequedad en la piel, etc., lo cual añade un mayor nivel de complejidad al momento de realizar los procedimientos necesarios.

En la actualidad, el tratamiento de heridas en la piel es desarrollado por personal asistencial y como se mencionó anteriormente debe existir compromiso y participación de familiares y/o cuidadores en la atención. Para mejorar el proceso del programa de clínica de heridas y lograr una adherencia por parte de profesionales a los protocolos institucionales y monitorear el seguimiento de cada paciente incluido en el programa, lograr tener mejores prácticas clínicas que aumenten la calidad del servicio mejorando los tiempos de recuperación del paciente, menores complicaciones y disminución de su calidad de vida.

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente, es fácil ver la importancia del desarrollo de un trabajo multidisciplinario donde se establezca una relación entre las distintas áreas de cuidado de la salud y prestación de servicios, con el fin de engranar al interior de la organización los procesos asociados a la Clínica de Heridas.

La finalidad del proyecto consiste en el diseño de una propuesta de un modelo de atención domiciliaria para una clínica de heridas, involucrando diferentes procedimientos desarrollados al interior de la organización, para así lograr una adecuada distribución y funcionamiento de los recursos de tal manera que se permita el desarrollo de las actividades de manera integral y eficiente, desde aceptación del paciente en el programa hasta la cicatrización de la herida, así como la posibilidad de mejorar y dar a conocer los esquemas de la relación costo/efectividad, la disminución de estancias prolongadas y de giro en cama, e indicaciones de inclusión y aumento de la demanda de pacientes.

3. Objetivos

7 3.1 Objetivo general

Proponer un modelo de prestación integral para la atención domiciliaria de heridas, con el propósito de mejorar la efectividad clínica, la calidad del servicio y la gestión administrativa, aplicable a una EPS de cobertura nacional.

8 3.2 Objetivos específicos

- Identificar los procesos, recursos y actividades claves para la prestación del servicio en clínica de heridas.
- Identificar deficiencias y probables puntos de control en cada uno de los procesos de la clínica de heridas.
- Identificar y generar los estándares administrativos y clínicos, en el marco de un modelo de eficiencia y calidad para el manejo de una clínica de heridas.
- Proponer un modelo de prestación integral que asegure la efectividad clínica, la satisfacción de los usuarios y el adecuado manejo financiero del modelo.

- Identificar estrategias y métodos que permitan presentar de manera operativa los modelos de atención.
- Presentar una estrategia de medición de impacto del modelo de prestación de manejo de heridas.

4. Marco teórico

Para el desarrollo del marco teórico se tendrán en cuenta los siguientes aspectos para ser desarrollados: Un entendimiento de general de la enfermedad, una taxonomía básica y los principales abordajes para su manejo. De igual manera se analizarán los diferentes elementos y estrategias de gestión para el manejo de clínica de heridas.

9 4.1 Definición de la enfermedad:

Según la GNEAUPP¹ la ulcera por presión se define: “como una lesión localizada de la piel y/o de tejido subyacente a ella, en general ubicada, generalmente sobre una prominencia ósea, a consecuencia de la combinación, la presión, isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento” (García-Fernández, año 2014)

4.1.1 Fisiopatología:

Existe una presión capilar que está dentro 16mm7hg en el espacio venoso capilar y 32 mm7hg en el espacio arterial, si se genera una presión por encima de esta en un tiempo y zona determinada produce una isquemia, que si también se genera por un laxo de tiempo causa a su vez muerte celular. Frente a todo este produce se da una respuesta

¹ El GNEAUPP es un grupo de trabajo interdisciplinar formado en 1994 que tiene como objetivos estudiar y difundir el problema de las UPP y otras heridas crónicas, desarrollando una práctica asistencial integral basada en las últimas evidencias científicas. Su labor de difusión se realiza tanto entre la enfermería como concienciando a la sociedad ante estos importantes problemas de salud para conseguir disminuir su incidencia y prevalencia.

que se evidencia para compensar es una vasodilatación que se puede identificar mediante el enrojecimiento de la zona, edema e infiltración celular. (Garcia-Fernandez, año 2014).

4.1.2 Fuerzas que generan una ulcera de presión según la GNEAUPP

- a. **Presión:** Fuerza ejercida y mantenida perpendicularmente en la piel por la propia fuerza de gravedad del cuerpo, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos uno perteneciente al paciente y otro externo a él, (cama, silla, calzado u otros objetos). (Garcia-Fernandez, año 2014)
- b. **Fricción:** Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. Esta fricción o roce entre la piel y un objeto externo al organismo (sábanas, tubos de drenaje, etc.), dando como resultado un aumento de la temperatura local y por consiguiente la aparición de ampollas y destrucción de la epidermis. (Garcia-Fernandez, año 2014)
- c. **Cizallamiento:** Combina los efectos de presión y fricción. El desgarro o destrucción de los tejidos subcutáneos es debido a una fuerza de deslizamiento originada generalmente por el arrastre del cuerpo sobre la cama del paciente, bien cuando involuntariamente el paciente se desliza hacia los pies de la cama por tener sobre elevado el cabezal o viceversa, cuando a éste lo intentamos subir hacia el cabezal, es entonces cuando los tejidos son desprendidos de la fascia muscular. (Garcia-Fernandez, año 2014)
- d. **Humedad:** Lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación (eritema) y/o erosión de esta, causada por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (por ejemplo: orina, heces, exudados de heridas, efluentes de estomas o fístulas, sudor, saliva o moco). (Garcia-Fernandez, año 2014)

4.1.3 Factores relacionados con La enfermedad

Existen factores intrínsecos y extrínsecos asociados a la enfermedad que vale la pena mencionar (Blanco Zpata Rosa Maria, 2017):

Intrínsecos

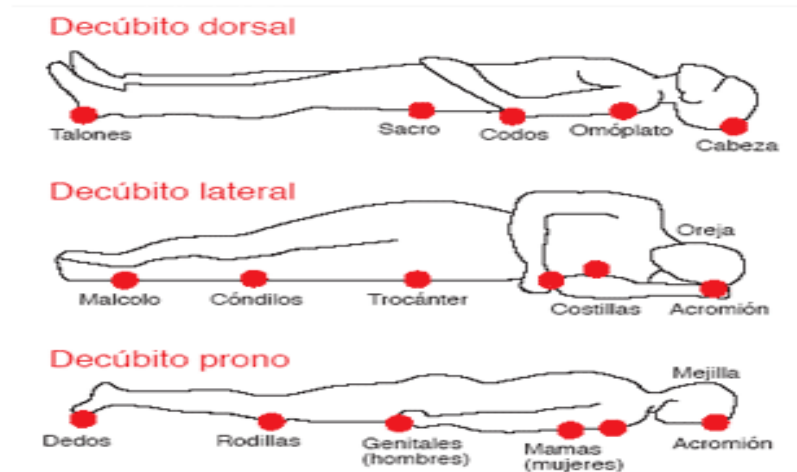
- Enfermedades concomitantes: alteraciones respiratorias, cardíacas.
- Alteraciones sensitivas: la pérdida de sensibilidad cutánea disminuye la percepción del dolor y dificulta las respuestas de hiperemia reactiva.
- Alteraciones motoras: lesionados medulares, síndromes de inmovilidad.
- Alteraciones de la circulación periférica, trastornos de la microcirculación o hipotensiones mantenidas.
- Alteraciones nutricionales: delgadez, obesidad, déficit de vitaminas, hipoproteinemia, déficit hídrico.
- Alteraciones cutáneas: edema, sequedad de la piel, falta de elasticidad.
- Envejecimiento cutáneo.

Extrínsecos: relacionados con su entorno y controlados por el propio paciente y/o cuidador

- Humedad: incontinencia, sudoración profusa, exudados de heridas.
- Pliegues y objetos extraños en la ropa.
- Tratamientos farmacológicos: inmunosupresores, sedantes, vasoconstrictores.

4.1.4 Localizaciones más frecuentes de las heridas

La siguiente imagen nos muestra las zonas anatómicas del cuerpo en donde se presenta mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión en las diferentes posiciones.



Fuente: Rodríguez Torres, 2016

4.1.5 Escalas para la clasificación de heridas

A continuación, se mencionan las escalas de uso más frecuente para la clasificación de heridas:

- **Escala de Braden:** Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente. Un puntaje menor o igual a 16 implica riesgo de desarrollar úlceras por presión. A través de esta Escala no sólo se podría impedir el desarrollo de úlceras por presión, sino que además podríamos evitar la aparición de lesiones profundas, las que son de más difícil manejo y tienen mayor tendencia a complicarse. (Blümel J. E., 2004).

ESCALA DE BRADEN

	1. Completamente limitada	2. Muy limitada	3. Ligeramente limitada	4. Sin limitaciones
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo	Reacciona solo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo	Reacciona ante ordenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición, o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades	Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta al a humedad por: sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira el paciente	2. A menudo húmeda La piel esta a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda La piel esta ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda La piel esta generalmente seca. La ropa de la cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de ropa.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pisar a una silla o a una silla de ruedas	3. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas durmas en la cama o en una silla.	4. Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad	2. Muy limitada Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por si solo/a	3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por si solo/a	4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico/carne, lácteos. Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o esta en ayunas y/o dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente come solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda naso gástrica	3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rechazar una comida pero tomara un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda naso gástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rechaza una comida. Habitualmente come un total de cuatro o mas servicios de carne o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS	1. Problema Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sabanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasmodia, contracturas o agitación producen un roce asísi constante.	2. Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente rozará contra parte de las sabanas, sillas, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalarse hacia abajo.	3. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

ALTO RIESGO: Puntuación total <12 puntos
RIESGO MODERADO: Puntuación total 13-14 puntos.
RIESGO BAJO: Puntuación total 15-16 si es menor de 75 años
Puntuación total 15-18 si es mayor o igual a 75 años

Fuente: (Estíbaliz Baldeón Iñigo, : 2013)

- Escala TIME:** La Asociación Europea para el Manejo de las Heridas diseñó una estrategia denominada T.I.M.E (de sus siglas en inglés). Hace referencia a los métodos para reforzar los procesos de cicatrización e inhibición de las actividades de proliferación, el objetivo del esquema TIME es optimizar el lecho de la herida mediante la reducción del edema, del exudado y de la carga bacteriana y, de forma no menos importante, mediante la corrección de anomalías que retrasan la cicatrización (Tizón-Bouza, 2013)

- T. Manejo del tejido. Objetivo: Limpieza de la herida.
- Infección o Inflamación. Objetivo: Disminución del número de colonias. he inhibición de la infección.
- M. Humidificación. Objetivo: Microambiente húmedo.
- E. Epitelización. Objetivo: Apoyo en la fase de epitelización.

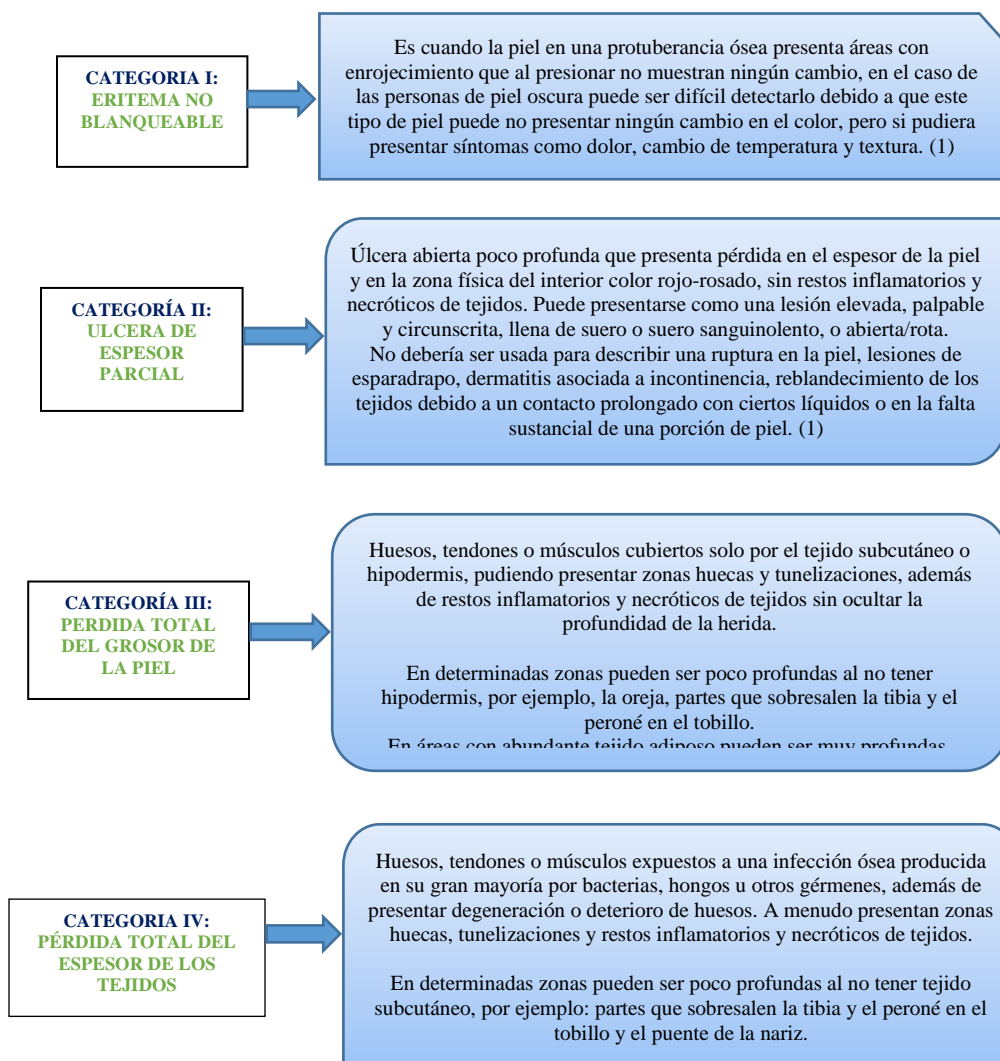
ACRONIMO TIME	Términos propuestos por la Junta consultiva de EWMA
T= Tejido no viable o deficiente	Control de tejido no viable
I= Infección o inflamación	Control de inflamación e infección
M=Desequilibrio de la humedad	Control del exudado
E= Borde de la herida, que no mejora	Estimulación de los bordes epiteliales



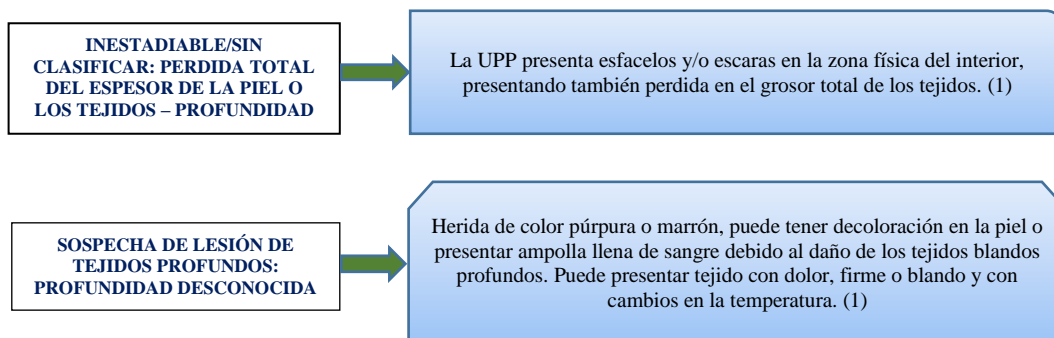
Fuente: (Tizón-Bouza, 2013)

4.1.6 Clasificación del estadio o grado:

Las úlceras por presión se clasifican en estadios según las estructuras afectas de los tejidos



ADICIONALES PROPUESTAS POR LA GNEAUPP



Fuente: (Garcia-Fernandez, año 2014)

4.1.7 Manejo Terapéutico

Terapia de señal Bioeléctrica. (TSB)

Terapia de Señal Bio-eléctrica	Descripción
Que es la terapia TSBS	La electroterapia usa corriente eléctrica para estimular una cantidad de procesos celulares que aumentan la curación natural de heridas crónicas. Esta está destinada a aumentar la señalización eléctrica y nerviosa de la herida, estimulando los nervios sensoriales y acelerando las capacidades y sistemas de curación naturales del cuerpo (One Equity Stocks, LLC, 2017).
Como funciona	De manera no invasiva por un dispositivo que emite una señal bioeléctrica aleatoria patentada, que imita la corriente de herida que el paciente ha perdido en su lesión pero que es producida naturalmente y se transmite a través de electrodos a la superficie de la piel sana alrededor del tejido de la herida. El sistema nervioso, que se ha visto afectado por deficiencias crónicas, interpreta el pulso del área lesionada, e inicia la actividad de rápida curación en el tejido de la herida. (One Equity Stocks, LLC, 2017)
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Estimula los nervios sensoriales y acelera las capacidades y sistemas de curación naturales del cuerpo. • Cierre de la herida en un promedio de 95-100 días. • Desaparición completa del dolor en 7 días en el 45% de los pacientes tratados, otro 36% manifiesta reducción si bien no total, drástica de dolor (One Equity Stocks, LLC, 2017) • Aumenta la síntesis de proteínas y

	ADN mediante la regulación positiva de la insulina y receptores en los fibroblastos, efectos de tipo antibacterial en los microbios que colonizan comúnmente las heridas infectadas y angiogénesis, oxigenación de tejido y activación de la cascada complementaria. (Fraccalveri, 2014)
Tipo de Heridas	Tratamiento complementario de heridas crónicas; curación de heridas diabéticas, úlceras vasculares o arteriales, heridas por presión. Otras úlceras/heridas, que son resistentes a tratamientos estándar o más complejos. (Balakatounis & Angoules, 2008)
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con marcapasos o desfibriladores • Pacientes con Cáncer • Presencia de apósitos/tratamientos con metales (como la plata) en la zona tratada

Fuente: creación propia con base a los autores citados

10 4.2 Elementos de gestión para clínica de heridas

A nivel internacional hay un creciente reconocimiento de la importancia de la gestión y evaluación de determinados programas aplicados como medida para comprobar los resultados en términos de: eficacia, efectividad, utilidad, eficiencia, seguridad, así como el costo-beneficio, así como el uso de tecnologías y la medición del impacto, la calidad y los resultados clínicos de satisfacción del usuario y los resultados financieros para aseguradores y prestadores (Marjoris Mirabal Nápoles, 2012).

A continuación, se presentarán elementos de gestión sobre los cuales se basará la propuesta:

4.2.1 Modelo

La palabra modelo tiene un sinnúmero de conceptos, sin embargo, en el transcurso del tiempo ha tenido varias definiciones, las cuales han estado basadas en algo que resulte de beneficio para una comunidad, sociedad u organización y que lleve a la excelencia, por ello es importante seguirlo, debido a su efectividad para entender un fenómeno o situación negativa presentada en alguna situación. (Aguilera, Concepto de Modelo , 2000)

Se define como una construcción mental que nos lleva a conocer, medir, explicar e interpretar la realidad de algo que sucede o está por suceder, puede ser modelo una situación a la cual le encontramos solución, hasta una idea que no tenga una organización exacta. Pueden existir diferentes tipos de modelos los más comunes han sido en la pedagogía y ahora visto en la salud. (Sesento, 2008).

(Aguilera, Concepto de Modelo , 2000) lo define modelo como una representación parcial, es decir no tiene explicación de forma completa, ni incluye todas las variables que este pueda tener por lo que lo determina como la explicación de un fenómeno o proceso específico, evaluado desde el punto de vista del autor. Viendo este como un patrón a seguir o para conocer algo.

También se puede entender como una herramienta para probar una hipótesis o una teoría, el cual se debe trabajar en conjunto con observaciones y experimentaciones posteriores que estén relacionados con elementos, mecanismo y procesos incluidos en el mismo, haciendo referencia que el modelo explica a la realidad y la fundamentación teórica al modelo, siendo esto una correlación para darle explicación a una situación, fenómeno, e hipótesis. (Sesento, 2008).

Con estos elementos se puede concluir que un modelo es una representación que nos sirve para expresar, dirigir, determinar, anunciar, estimar y originar efectividad, para así llegar a contener y declarar la existencia con el objetivo de hacer un pronóstico claro y efectivo de una situación o fenómeno.

4.2.2 ¿Qué es un modelo de prestación?

La salud es concebida como el resultado de la interacción armónica de condiciones biológicas, psíquicas, sociales y culturales del individuo con su entorno y la sociedad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). A su vez es asumida como un bien público y derecho fundamental e irrenunciable de los habitantes de un país. La situación de salud actual en Colombia ha hecho que los gobernantes y las entidades prestadoras de dichos servicios se preocupen por el mejoramiento de la cobertura y garantía de estos para toda la población en igualdad de condiciones. El implementar modelos de atención que optimicen la prestación de servicios de salud es una estrategia usada actualmente con el fin de tener la cobertura de los recursos, físicos, financiera, económica y humana para el funcionamiento de los programas de atención integral, buscando la efectividad de la prestación de los servicios y la satisfacción de los usuarios (E.S.E. Carmen Emilia Ospina, 2014).

Así mismo, en la OSI han desarrollado un modelo generador de salud, que responde a las necesidades de la población. Por ello, el modelo de atención contempla aseguramiento, atención integrada, red hospitalaria, formación experta, tecnología aplicada y servicios avanzados de salud para sus usuarios.

El Decreto 4747 de 2007, por el cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago, define en su artículo 3° el Modelo de Atención, así: “comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la

consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia”. (Ministerio de la Protección Social , 2007)

4.2.3 Modelo de gestión clínica

(Román, 2012) Define que el Modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones. Un modelo de gestión depende de la definición que se dé a las prioridades del sistema, así mismo se encuentran tres componentes principales los cuales hacen referencia a la parte financiera, el modelo de gestión y el modelo de atención, la interrelación de estos componentes logra un modelo adecuado para el desarrollo de la prestación efectiva de los servicios de salud, de los cuales se pueden distinguir dos aspectos centrales respecto del modelo de gestión: los valores que guían al sistema ¿universalidad de la cobertura o efectividad de las acciones? (impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos); y las funciones del Estado en Salud -informar a la población, proveer directamente servicios, financiar servicios y regular el mercado.

Es por esta razón que se busca crear un modelo de atención de una clínica de heridas, ofreciendo una atención con calidad, con un adecuado abordaje en el manejo de este tipo de lesiones para evitar la presencia de complicaciones o empeoramiento de estas y gestionar la problemática que la causa, los diferentes factores presentes en la salud del paciente, pero todo esto es puede lograrse trabajando de la mano con un equipo especializado, con experiencia todo con el objetivo de poder demostrar evolución

favorable y optimizando el gasto de los tratamientos disminuyendo los costos y los tiempos de cicatrización.

4.2.4 Centros de excelencia

La Organización para la Excelencia de la Salud (OES, Organización para la Excelencia de la Salud, 2019) en Colombia, define los centros de excelencia como programas de salud cuya oferta de valor se sustenta en resultados clínicos y niveles de seguridad del paciente comparables con los mejores referentes, costos altamente competitivos en el mercado y volúmenes y frecuencias de atención mínimos predeterminados, de una enfermedad o condición de salud específica. El programa utiliza la mejor evidencia científica disponible y es como mínimo referente nacional en el servicio que ofrece.

Dentro de la ola de interés que ha despertado el concepto de centros de excelencia en Colombia, fue necesario separar dos elementos con implicaciones diferentes: el mejoramiento de procesos y la estrategia. Por una parte, el mejoramiento de los procesos para lograr una mayor seguridad del paciente y unos mejores resultados clínicos le apunta a lo que (Castaño, 2010) define como efectividad operacional. Este elemento se refiere al mejoramiento de los procesos como resultado de un mayor avance sobre la curva de aprendizaje, el cual es a su vez el resultado de la acumulación de un mayor volumen de pacientes dentro de un espectro reducido de condiciones clínicas.

Para este mismo autor el segundo elemento es la estrategia, referida a las decisiones de fondo que toma la organización sobre cuál quiere que sea su posicionamiento estratégico: ¿un producto o servicio único en su especie, altamente diferenciado, o un producto de un costo más bajo que el del resto de sus competidores?

Ahora bien, la creación de centros de excelencia es un proceso que puede ser desarrollado en diferentes tipos de servicio o patologías, sin embargo, en la actualidad y de acuerdo con la transición demográfica de la mayoría de países de Latinoamérica es necesario centrar la atención en las enfermedades crónicas y de alto costo, contribuyendo como especialistas tratantes al equilibrio del sistema de salud desde la implantación de modelos de atención basados en las mejores prácticas clínicas, garantizando la pertinencia de nuestras acciones siempre en busca del mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes. (Grupo especial Real-PANLAR).

La metodología de los centros de excelencia es una alternativa costo-efectiva referentes en la creación de un modelo de gestión de clínicas de heridas en la ciudad de Bogotá, implementando un modelo de atención de alta calidad, , basado en la efectiva gestión del riesgo interviniendo en la cobertura efectiva con tratamientos de alto desempeño, en la accesibilidad y en la seguridad al paciente logrando mejores desenlaces en salud, disminuyendo el impacto económico para el sistema de salud de la organización. (Grupo especial Real-PANLAR)

4.2.5 ¿Qué es una clínica de heridas y cuál es el resultado final?

Las clínicas de heridas son centros especializados vinculados a una unidad de salud, centros de salud ampliados, unidades de medicina familiar o equivalentes en las que se otorga atención interdisciplinaria, para la detección de factores de riesgo en la persona para desarrollar heridas; valoración, diagnóstico y tratamiento oportuno de las personas afectadas por heridas agudas o crónicas y/o estomas; además de brindar apoyo a su familia.

(E.S.E. Hospital Universitario San José de Tunja, 2020).

La implementación de los programa de manejo de heridas surge como respuesta a la necesidad de brindar a los usuarios un manejo integral y especializado de los pacientes

que presentan lesiones de la integridad cutánea, heridas complejas (agudas o crónicas), en las cuales el alto costo de insumos a largo plazo y el deterioro progresivo de la calidad de vida obliga a poner al servicio de los usuarios toda la capacidad tecnológica y humana como estrategia para promover la calidad de atención institucional. En su mayoría están enfocadas a prevenir la aparición de lesiones relacionadas con la dependencia, brindar un manejo integral a las personas con heridas complejas (agudas o crónicas) y ostomías de eliminación (ileostomías y colostomías). Igualmente fomentar habilidades para aplicación de prácticas seguras por parte del equipo de salud de todos los servicios de las instituciones, responsables del tratamiento y cuidado de los pacientes. (E.S.E. Hospital Universitario San José de Tunja, 2020)

La fundación clínica Shaio define el programa de Clínica de Heridas, como una línea de trabajo especializada del departamento de Enfermería, constituida por enfermeras entrenadas y capacitadas en el abordaje, manejo integral y seguimiento de pacientes con heridas agudas o crónicas (úlceras, fístulas intercutáneas y ostomías) de alta complejidad y/o de difícil manejo. (Erica Gonzalez, 2011)

La clínica de heridas aun es programa piloto en el país y se ha mostrado como ejemplo en otras instituciones, a nivel nacional e internacional. Con éste se brinda un cuidado integral y especializado al paciente con heridas de alta complejidad y de difícil manejo. (Erica Gonzalez, 2011)

Por ejemplo, el hospital Universitario de Neiva, la clínica universitaria Bolivariana, el Hospital San Vicente de Paul, entre otros, buscando una atención especial a los pacientes, han destinado una sala exclusivamente de esta clínica construida de acuerdo con las exigencias legales para este tipo de locaciones, en cada una de las Instituciones. (Erica Gonzalez, 2011)

El grupo de investigación en fundamentos y técnicas para el cuidado de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional está demostrando que un servicio especializado en el manejo de heridas reduce la estancia hospitalaria, disminuye costos, quejas y trae ventajas de cicatrización para los pacientes. (Molina, 2011) .

Actualmente, se ha evidenciado que muchas instituciones de salud tanto de carácter público y privado ofrecen dentro de su portafolio de servicios el área de Clínica de heridas que es dirigido, supervisado y controlado por el departamento de enfermería. Por otro lado, estas instituciones de salud de carácter privado solamente atienden aquellos pacientes que sus Entidades Prestadoras de Salud (EPS), planes complementarios u otros autorice la atención en estas instituciones; desafortunadamente esta dependencia no puede realizar un seguimiento de aquellos pacientes que no fue autorizada su atención en la institución de salud en el área ambulatoria, es decir que por criterios médicos el paciente ha ido mejorando favorablemente y no amerita seguir hospitalizado, pero requiere continuar con el manejo, seguimiento, vigilancia y control de las heridas. (Sandra Contreras, 2014).

En Colombia, existen clínicas que se han encargado de fomentar el cuidado y manejo de la piel en diferentes puntos del país, entre las que se encuentran: Hospital Infantil Universitario de San José, E.S.E. Hospital San Rafael Tunja, Clínica de Heridas de la Clínica Universitaria Bolivariana, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Clínica de Marly, entre otros.

(Erica Gonzalez, 2011) nos dice: que en instituciones públicas y privadas como hospital universitario Mederí, clínica Country, clínica Marly, clínica Universitaria Colombia, hospital El Tunal entre otras, tuvieron la necesidad de crear un servicio para la atención de los pacientes con heridas, lesiones, laparotomía, ostomías con el fin de brindar servicios con calidad y especializados. En Bogotá ya se cuenta con instituciones

que prestan este tipo de atención y esto servirá de base para continuar con los lineamientos de prácticas seguras en atención integral de los pacientes y sus familiares.

La cantidad de pacientes con lesiones traumáticas o patológicas generan una alta demanda de atención, llegando así, a sentir la necesidad de ofrecer un servicio de carácter ambulatorio para el manejo de heridas.

4.2.6 Servicio de Atención Domiciliaria (SAD)

Es un medio por el cual se provee apoyo sanitario para la pronta atención en salud en el domicilio de un paciente que lo requiere, ya sea por problemas de salud o por situación de discapacidad que le genera dificultad en su movilidad y no pueda asistir a un centro de salud, siendo esta atención enfocada en que la salud del paciente que no requiera de servicios de hospitalización y esta a su vez esta es realizada por un equipo de atención primaria, y está sujeta a diferentes particularidades que la definen y la diferencia de la atención hospitalaria en domicilio. (Suarez Cuba, 2012).

(Suarez Cuba, 2012) hace referencia a la atención domiciliaria como una atención longitudinal y continua que se realiza en el domicilio de la persona bajo una práctica biopsicosocial, siendo la persona y la familia el núcleo de la atención, donde los recursos que sean requeridos para la atención sean de fácil movilización al domicilio del individuo.

Sin embargo estos mismos autores dentro de su artículo nombra a Torra i Bou, enfermero estadounidense, que define la atención domiciliaria como un grupo de ejercicios que aparecen del marco de una preparación anticipada y realizada por profesionales de un equipo de salud y que su principal fin es brindar atención de salud por medio de acciones que comprendan promoción, protección, curación y rehabilitación, con unos compromisos en los cuales los principales autores y corresponsables sean el usuario y la familia, trabajando así en conjunto con los profesionales de salud, en el lugar de

residencia de aquellas personas que por su condición de salud no se les hace fácil el desplazamiento a centros de atención en salud.

Para (Valdez, 2019) la atención domiciliaria después del egreso hospitalario se muestra como una opción importante para al ser un conjunto de atención en salud y monitoreo de educación a pacientes y cuidadores, que facilita cuidados a largo plazo en el hogar con la atención a largo plazo. Se describe este servicio como una economía para el sistema de salud por los costos que esta representa, siendo esta que atiende las contantes peticiones relacionadas con las alteraciones en los procesos de salud-molestia. Este articulo hace referencia a como la Organización Mundial de la Salud (OMS), en inicios del siglo XXI demostró la atención domiciliaria como necesidad frente a los cuidados a largo plazo en las dificultades crónicas que se han aumentado con la transición demográfica y epidemiológica vivida en los últimos años. (Valdez, 2019).

En conclusión, la atención domiciliaria es vista como un servicio que se presta en casa, el cual tiene origen en Norteamérica y es para aquellos pacientes crónicos o con dificultad en su movilidad lo cual no les permite desplazarse a un servicio de salud para recibir una atención previa. En este proceso hay que incluir a la familia, donde generan una perspectiva positiva para el paciente, por su concepto de des-hospitalización y proceso medico en casa, teniendo este, componentes médicos, sociales y psicológicos en el núcleo (paciente, familia y medico). Se reduce la carga para hospitales tanto económico como de trabajo y se fortalece al cuidador para que brinde una adecuada atención al paciente referido.

4.2.7 Fases técnicas y programáticas de los Programa De Atención Domiciliaria:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto a programas de atención domiciliaria conceptúa:

"Es la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías en promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos".

En Colombia los programas de cuidado domiciliario surgen como una estrategia para la atención de los usuarios crónicos afiliados al Instituto Nacional de Seguros Sociales y se desarrollan con base en necesidades de atención derivadas de fallos judiciales en las que se obligaba a las empresas aseguradoras a garantizar la atención del enfermo en su hogar con prestación permanente de cuidados médicos, de enfermería y rehabilitación. (SanchezM, 2016).

El ministerio de salud (1994) a través de acto administrativo deja la posibilidad para los programas de atención domiciliaria. Por otra parte se crea el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS Plan de capacitación sectorial que corresponde a Conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. (MIAS, 2013).

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud y el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud ” (estatutaria, 2015), y de esta forma garantizar el derecho a la salud.

A continuación, se relacionan las normas asociadas a la gestión de clínica de heridas:

Tabla 1. Normatividad aplicable a la clínica de heridas

Tipo y numero de la norma	Descripción
(Resolución 5158, de 2015)	Que conforme a lo dispuesto en la (Ley 1751, 2015), la salud es un derecho fundamental que incluye como elementos esenciales e interrelacionados la disponibilidad, accesibilidad, continuidad y oportunidad, en los términos del artículo 6 de la misma norma. Que mediante la (Resolución 2003, 2014) se definieron los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se adoptó el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
(Decreto 1011, 2006)	En este decreto se establecen el conjunto de normas, requisitos y procedimientos a través de los cuales se organiza, verifica y controla el cumplimiento de los requerimientos en cuanto a capacidad tecnológica, patrimonial, administrativa y científica de los Prestadores de Servicios.). Estas medidas aseguran la eficacia y calidad de los servicios a prestar en el área de la salud, protegiendo a los usuarios ante los posibles riesgos que pueden acarrear una prestación incorrecta de estos servicios.
(Resolución 5521, 2013, art 27-29)	Se define y reglamenta el Plan Obligatorio de Salud, el cual establece los procedimientos, medicamentos y tecnologías de la salud que deben ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud a sus afiliados en el territorio nacional. Dentro de este oficio se encuentran descritas las diferentes formas de

	prestación de servicios médicos, las cuales incluyen los servicios a prestar por la Clínica de Heridas
	Artículos 27-29: los cuales incluyen a tanto la atención ambulatoria como la atención modalidad domiciliaria como cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional encargado.
(ley 1751, 2015)	Derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Donde se dicta un servicio de salud basado en la accesibilidad y la prestación del servicio de manera eficaz oportuna y con calidad.
Ley 911 de 2004 (Lopera de Peña, 2014)	Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones
(Resolución 4343 de 2012)	Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones
(Resolución 1995, 1999, Art. 1)	Artículo 1. La historia clínica como un documento confidencial, debido a que este tiene el reporte de salud de la persona y para ser solicitado debe ser referido en un documento con previa autorización del paciente.

Fuente: creación propia con base a las normas citadas

A continuación, se describen los elementos de la estructura metodológica del trabajo:

11 6.1 Propuesta de intervención

La propuesta de intervención se basa en el cumplimiento de los objetivos específicos:

1. OE²: Identificar los procesos, recursos y actividades claves para la prestación del servicio en clínica de heridas.

Realizar una encuesta a trabajadores de primera línea para identificar procesos, recursos claves en la gestión de la clínica de heridas.

Realizar una encuesta a pacientes para identificar procesos, recursos claves en la asistencia del programa de clínica de heridas.

1. OE: Identificar deficiencias y probables puntos de control en cada uno de los procesos de la clínica de heridas.

Una vez determinados los procesos críticos establecer los riesgos y los controles existentes para cada uno de ellos y su grado de cumplimiento.

² OE objetivo estratégico

- 2. OE: Identificar y generar los estándares administrativos y clínicos, en el marco de un modelo de eficiencia y calidad para el manejo de una clínica de heridas.**

Proponer los indicadores y las escalas de medición para cada proceso y riesgo.

- 3. OE Proponer un modelo de prestación integral que asegure la efectividad clínica, la satisfacción de los usuarios y el adecuado manejo financiero del modelo.**

Propuesta de modelo.

- 4. Identificar estrategias y métodos que permitan presentar de manera operativa los modelos de atención.**

Proponer un plan operativo para el modelo.

- 5. Presentar una estrategia de medición de impacto del modelo de prestación de manejo de heridas.**

Proponer un plan para la medición del modelo de atención de clínica de heridas.

NOTA: una vez realizadas las encuestas y con la información obtenida se realizarán los puntos de 2 a 6

12 6.2 Tipo de estudio

Para el desarrollo de la presente investigación se llevará a cabo un estudio tipo descriptivo transversal en el que se analizarán la experiencia de los usuarios del programa de clínica de heridas y el cumplimiento normativo del personal de enfermería en la

adherencia a protocolos y manejo del programa de clínica de heridas en una EPS de cobertura Nacional en el segundo semestre del año 2020.

Es descriptivo porque describe una característica que es el manejo y experiencia en el programa de clínica de heridas; transversal porque se realizará la medición resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo. (transversales, 2016)

El estudio corresponde a un abordaje de tipo cuantitativo el cual va desde lo general a lo particular, utilizando la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación. Además, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud, patrones de comportamiento en una población. (Itson, 2016).

13 6.3 Instrumento

6.3.1. Características del formato de encuesta

El instrumento por utilizar será una encuesta diseñada para evaluar en pacientes y en personas de línea de frente (enfermeras), la percepción sobre el funcionamiento de los procesos, el uso de sus recursos y los controles existentes. Se utilizarán encuestas tipo con preguntas cerradas, de si o no y escalas para su repuesta.

La elaboración de este instrumento se basa en la propuesta de objetivos e intervenciones y está dirigida a pacientes que asisten al servicio y al personal de atención directa. El cuestionario para pacientes consta de 23 preguntas divididas en 4 categorías:

- Datos generales
- Satisfacción del servicio
- Trato del personal y estudios clínicos

- Satisfacción con la educación en salud

El cuestionario para trabajadores consta de 24 preguntas divididas en 3 categorías:

- Datos generales
- Satisfacción con el trabajo
- Estado de los procesos y uso de los recursos

La validación del instrumento se realizó mediante una prueba piloto que se describe a continuación:

En el anexo se relaciona las encuestas definitivas que se aplicaron en las poblaciones objeto. Ver anexos

6.3.2. Prueba piloto

Para la realización de la validación del instrumento se realiza una prueba piloto para lo cual se escogieron aleatoriamente 18 personas distribuidas entre pacientes (9) y personal de salud (9) y los comentarios y observaciones obtenidos fueron los siguientes:

- **Comentarios y observaciones al formato de encuesta para pacientes**
 - Se enfocaron en la organización de las preguntas.
 - La importancia de conocer si el encuestado ha pasado por un servicio de clínica de heridas o si no lo ha hecho, si el mismo a esta pregunta le da una afirmación positiva, enfocar la pregunta en la calidad del servicio y mejoras de este.
 - En estas observaciones los primeros encuestados proponen una pregunta relacionada con el tiempo de espera del servicio domiciliario de clínica de heridas.
 - Satisfacción del servicio.
 - Aplicaría solo para pacientes que pertenezcan a clínica de heridas

- **Comentarios y observaciones al formato de encuesta para personal de salud**

- Las preguntas son claras.
- Fácil diligenciamiento.
- Mayor enfoque al programa de hospitalización domiciliaria en general.
- Las preguntas son enfocadas únicamente a heridas.
- Las fechas de que tiempo lleva en el programa son de mucho tiempo ya que los programas de hospitalización tienen estancias cortas
- Los protocolos generalmente no se explican al paciente ya que no manejan ni conocen los apósitos muchos de ellos viven con cuidadoras y son adultos mayores y varían.
- El horario es dentro de nuestro turno.
- Los pedidos únicamente se realizan a través de cruz verde quienes se encargan de compras y proveedores
- Los domicilios no cumplen con las normas de habilitación nos adaptamos a cada uno de los domicilios y sus condiciones
- No hay formatos adicionales toda la información está en la historia clínica del paciente en los módulos de heridas

Con base a estos comentarios se realizan ajustes a la encuesta.

6.3.3. Variables propuestas

Para trabajadores	Para pacientes
Procesos involucrados	Satisfacción con el servicio
Suficiencia y uso de los recursos	Mejoría de la enfermedad
Indicadores y controles por proceso	No conformidades
Satisfacción con el trabajo	Estado de las locaciones
Protocolización de la atención	Uso de los recursos

Fuente: Creación propia

6.3.4. Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, se presentan los criterios de inclusión de las personas a encuestar.

Criterios de Inclusión de pacientes

- Pacientes mayores de edad que se encuentren en el programa de clínica de heridas de la EPS y acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de inclusión de trabajadores

- Personal de enfermería que asista actividades directas en el programa de clínicas de heridas.

Criterios de Exclusión de pacientes

- Pacientes menores de edad
- Pacientes con problemas mentales o con problemas de su estado de conciencia

Criterios de Exclusión de trabajadores

- Personas que no trabajen en el servicio de clínica de heridas
- Personas mal evaluadas por parte de los pacientes

6.3.5. Población y muestra

Debido a que son muy pocos pacientes y muy poco personal la muestra será no aleatoria y no probabilística. Es una muestra a conveniencia:

En el muestreo intencional o a conveniencia el investigador escoge de forma voluntaria los elementos que conformarán la muestra, dando por supuesto que esta será representativa de la población de referencia.

Para el caso que al 100% de personal y que acudan al servicio

7. Resultado de las Encuestas

nos ocupa se encuestaran al 100% de los pacientes durante una semana

A continuación, se presentan los resultados de los dos tipos de encuestas:

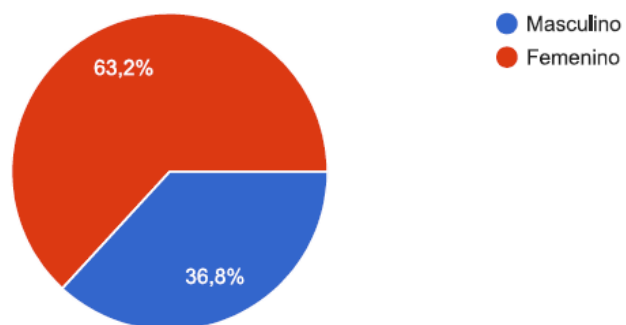
14 7.1 Resultado encuesta a pacientes (respondieron la encuesta 76 pacientes)

Cumplimiento del OE³: Identificar los procesos, recursos y actividades claves para la prestación del servicio en clínica de heridas.

- Realizar una encuesta a trabajadores de primera línea para identificar procesos, recursos claves en la gestión de la clínica de heridas.
- Realizar una encuesta a pacientes para identificar procesos, recursos claves en la asistencia del programa de clínica de heridas.

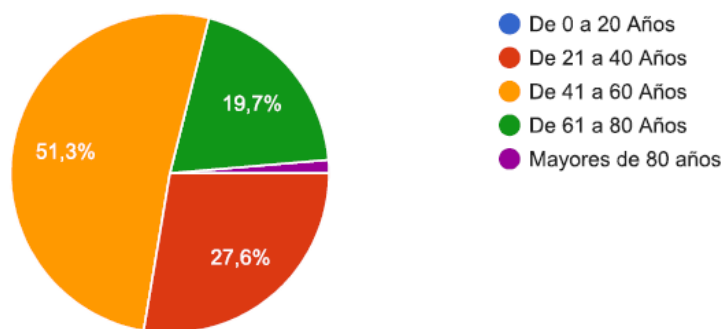
³ OE objetivo estratégico

1. Genero



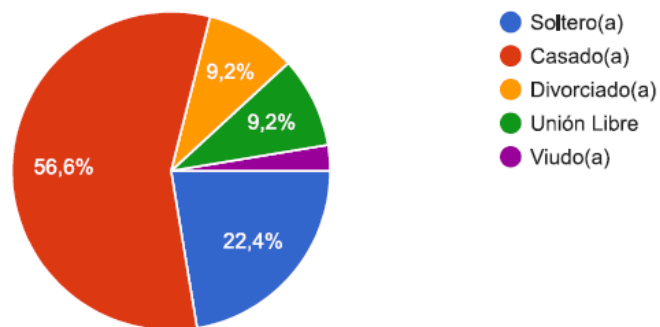
Se evidencia que la poblacion que mas contesto la encuesta predomina el genero Masculino.

2. Edad



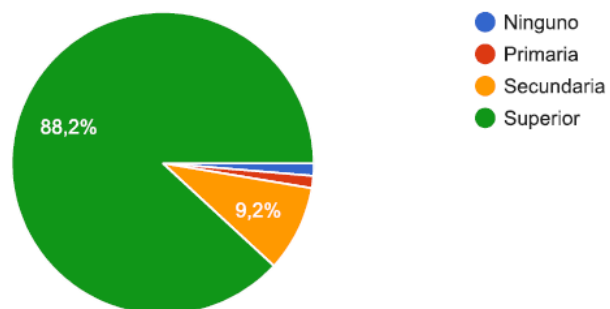
Siendo entonces las personas entres 41 y 60 años con mayor participacion en la respuesta de la encuesta.

3. Estado Civil

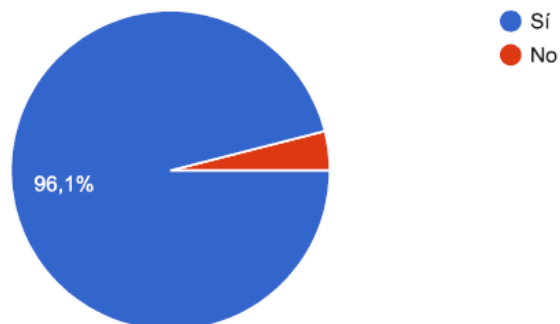


Se evidencia que el alto porcentaje de usuarios son casados.

4. Nivel educativo

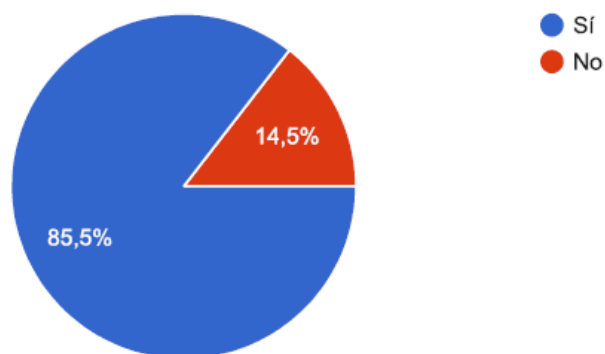


5. ¿Conoce que es un programa de atención domiciliaria?



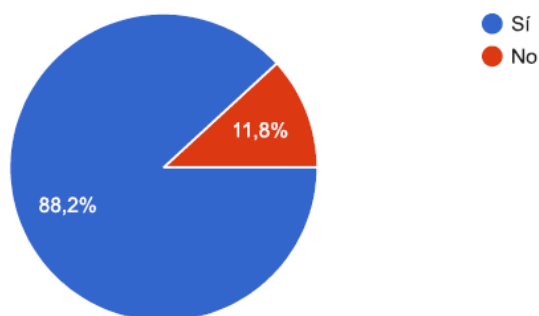
De los usuarios que asisten al programa de clínica de heridas solo dos usuarios no tienen claridad de que es un programa de atención domiciliar, esta población perteneciente a los que se encuentran entre la edad de los 61 años y mayores de 80 años los cuales no tienen claridad de que es atención domiciliar.

6. ¿Ha recibido atención del programa de clínica de heridas domiciliaria?



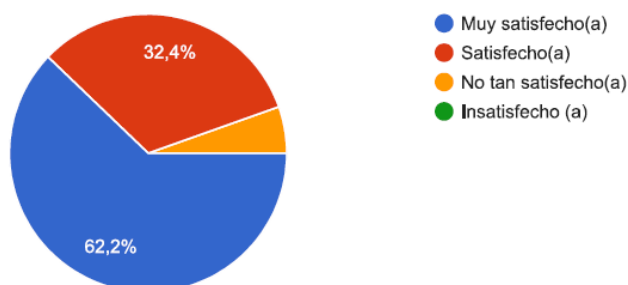
Las respuestas nos evidencian como la mayor parte de los encuestados han recibido atención del programa de clínica de heridas domiciliaria.

7. ¿Conoce usted el plan de tratamiento ordenado por su médico tratante?



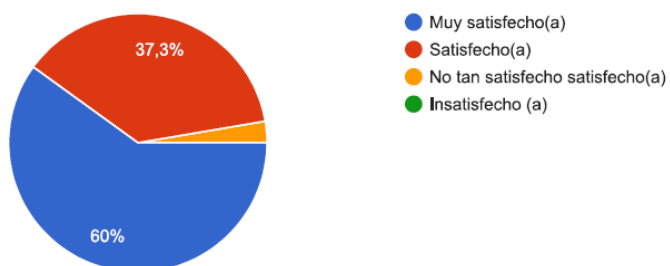
De las personas encuestadas 65 personas ha conocido su plan de tratamiento y se han adherido al mismo, para evidenciar mejoría.

8. ¿Cuál es el nivel de satisfacción, percibido con la atención brindada por el personal de enfermería en la visita domiciliaria?



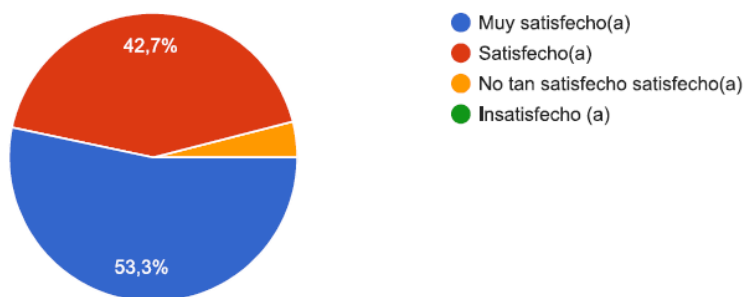
Se ha evidenciado que la satisfacción de la atención es alta, sin embargo esto nos lleva a seguir fortaleciendo el proceso de humanización del talento humano.

9. ¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido sobre el procedimiento de curaciones realizados durante la visita?



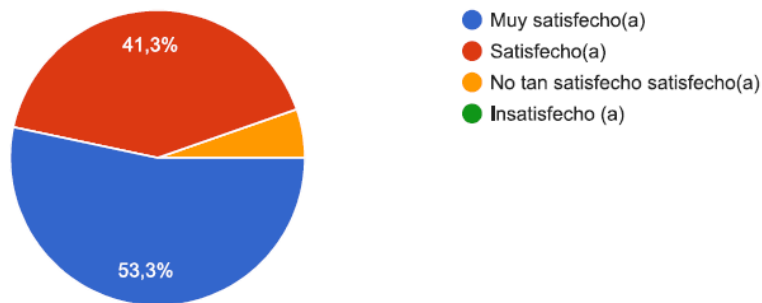
Se ha evidenciado que la satisfacción de la atención es alta, sin embargo esto nos lleva a seguir fortaleciendo las asistencias técnicas con la finalidad de seguir educando en la adherencia a protocolos.

10. ¿Cuál es su nivel de satisfacción percibido respecto al tiempo que el personal de enfermera le dedicó a usted en el tratamiento ?



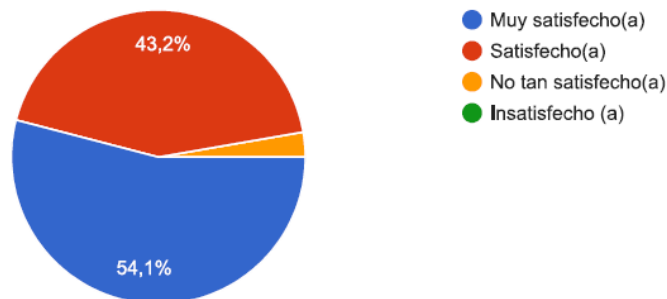
Tenemos 40 personas muy satisfechas y 29 satisfechas, 3 no tan satisfechas, lo cual nos lleva a evaluar cuál es el tiempo de atención que está brindado por el profesional y si se acoge al establecido en los protocolos.

11. ¿Cuál es su nivel de satisfacción frente a la calidad de la atención del personal de enfermería que realizó el procedimiento en la visita domiciliar?



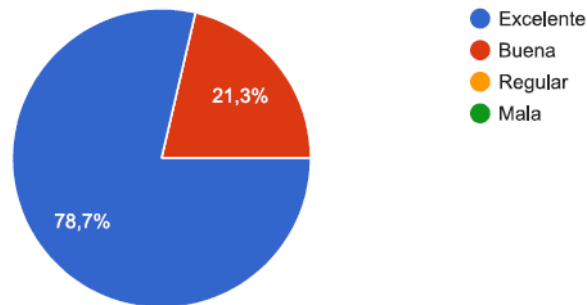
Se ha evidenciado que de 72 personas 68 están satisfechas con la calidad del servicio, sin embargo 4 no muy satisfecho.

12. ¿Cuál es su nivel de satisfacción percibido frente al tiempo de tratamiento de la herida?



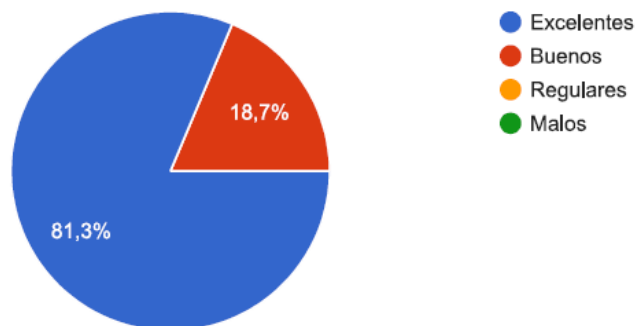
La mayoría de las personas están de acuerdo con el tiempo del tratamiento de la herida, siendo esto un porcentaje adecuado según el tiempo estandarizado que existe para el tiempo de tratamiento de la misma.

13. ¿Cómo ha sido la atención del personal que realiza la atención domiciliaria?



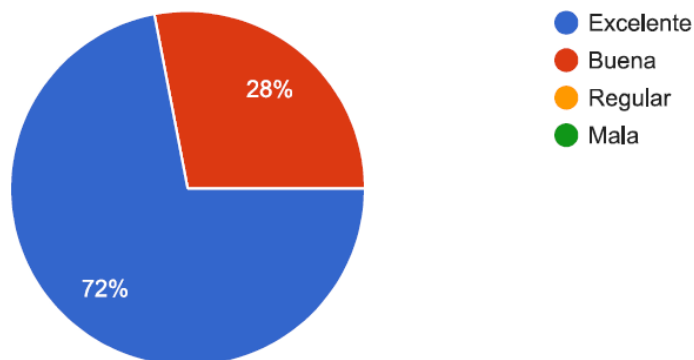
Toda la población encuestada está satisfecha con la atención brindada por el personal que realiza la visita domiciliaria.

14. ¿Cómo calificaría a nuestros médicos y personal de enfermería?



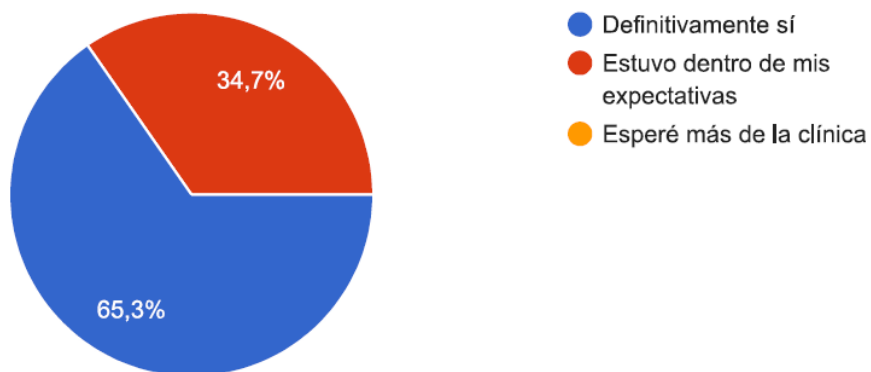
Los 72 pacientes encuestados tienen una buena percepción del personal médico.

15. ¿Cómo calificaría los resultados obtenidos en su herida?



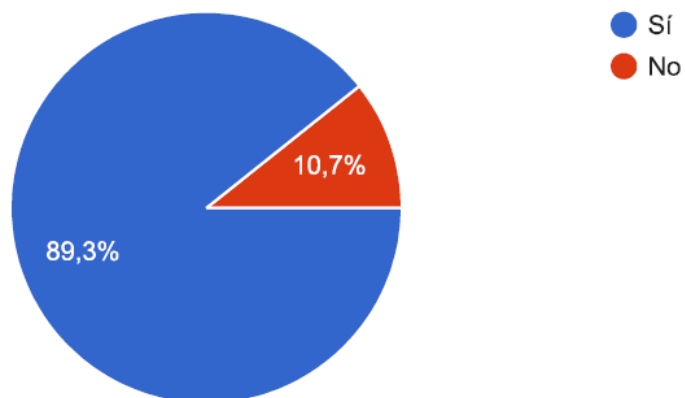
Se puede observar que los usuarios están satisfechos con los resultados obtenidos en su herida, toda vez que se evidencia que de acuerdo con los tratamientos ordenados e instaurados por los médicos los usuarios observan como es la progresión de su herida.

16. ¿La clínica de heridas logró superar sus expectativas?



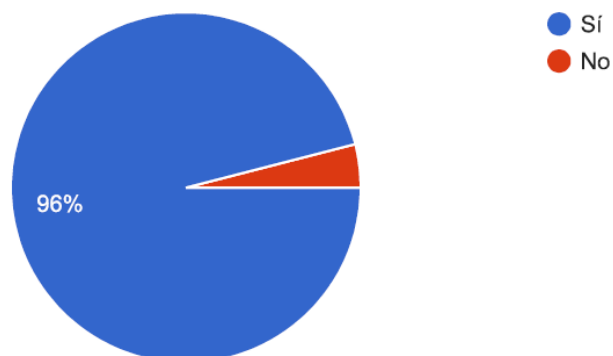
Se evidencia que los usuarios están satisfechos con los resultados obtenidos, así como la experiencia que brinda el programa implementado por la clínica de heridas.

17. ¿Obtiene usted por parte del personal que realiza la visita domiciliaria contenido educativo que aporta beneficios para su estado de salud?



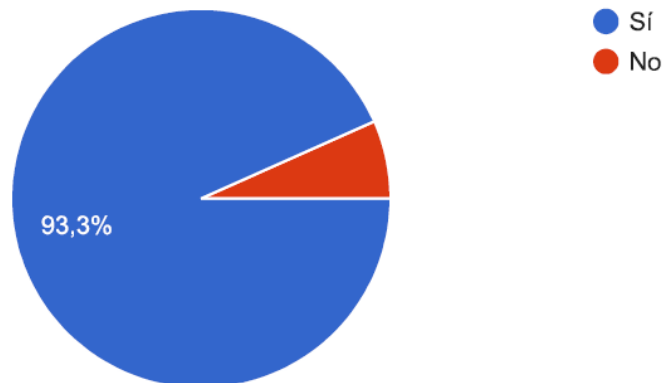
Se observa que los pacientes acceden a contenido educativo entregado por el personal de visita domiciliaria los cuales son implementados en el autocuidado de este

18. ¿Son claros los contenidos de la inducción brindada?



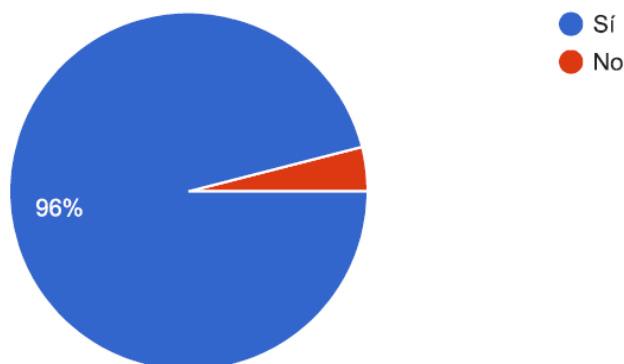
Se evidencia que de acuerdo con los protocolos instaurados por la Clínica de Heridas el personal realiza el cumplimiento de estos.

19. ¿Son apropiados los contenidos educativos y están acorde con su condición de salud?



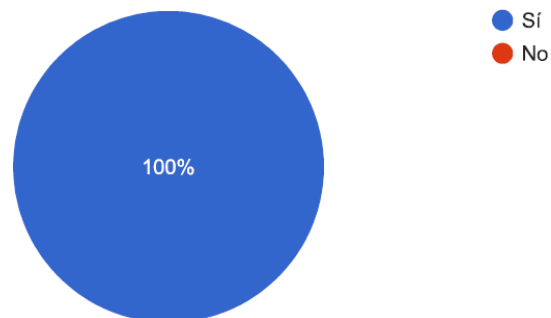
De acuerdo con los entregables realizados en la clínica de heridas, se evidencia que un alto porcentaje de afiliados consideran que estos cumplen con el objetivo de atención domiciliarios en atención de heridas.

20. ¿Despertó algún interés el tema de educación suministrado por el personal de salud?



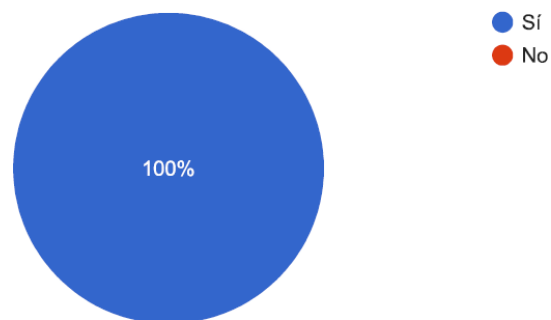
La información suministrada a cada uno de los afiliados se evidencia que causa interés respecto al tratamiento de los tipos de heridas, así como el proceso que se debe seguir de acuerdo con cada una de las afectaciones.

21. ¿Su experiencia con el programa de clínica de heridas domiciliario fue satisfactoria?



De acuerdo con la población objeto elegida para la aplicación de encuesta los usuarios corresponden actualmente al programa de clínica de heridas por lo cual se observa que la experiencia del afiliado es muy satisfactoria.

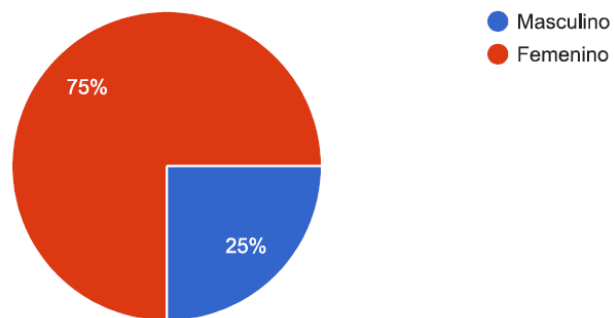
22. ¿Recomendaría el programa de clínica de heridas domiciliario a sus familiares y amigos?



Teniendo en cuenta la población objeto se observa que los usuarios que accedieron al servicio tuvieron una buena experiencia y cumple con las expectativas de este.

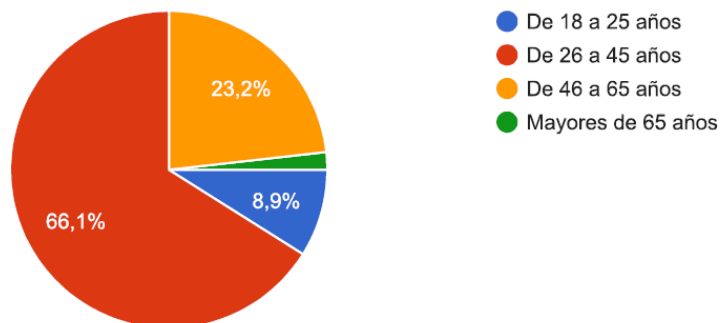
7.2 Resultado Encuestas a personal (respondieron la encuesta 56 trabajadores)

1. Genero



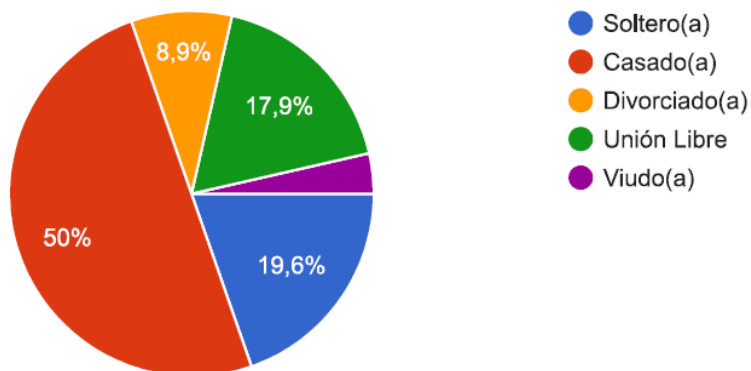
Se observa que el sexo predominante corresponde al femenino con 75% y en menor porcentaje (25%) el masculino.

2. Edad



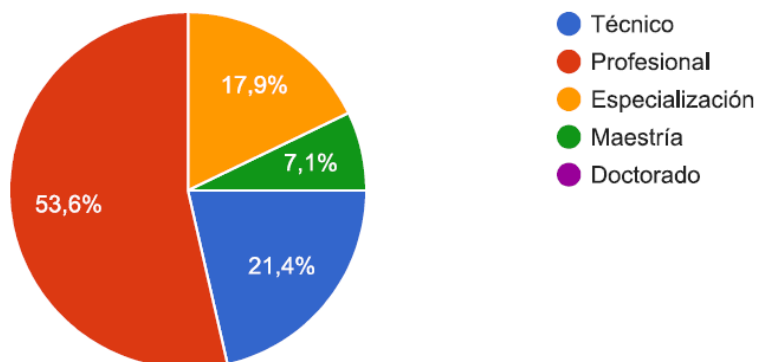
En el estudio se observa que el rango de edad con mayor peso porcentual corresponde al 26-45 años con un 66,1%, seguido por el rango de 46-65 años con un 23,2%, de 18-25 años con 8,9% y por último mayores de 65 años, un 1,8%.

3. Estado Civil



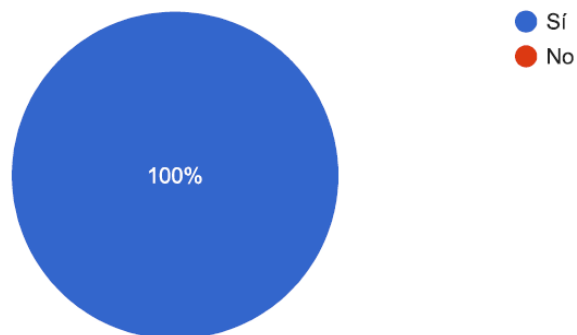
El estado civil de mayor predominio corresponde al casado con un 50%, seguido por las personas solteras con un 19,6%, unión libre con un 17,9%, personas divorciadas con un 8,9% y viudos con 3,6%.

4. Nivel Educativo



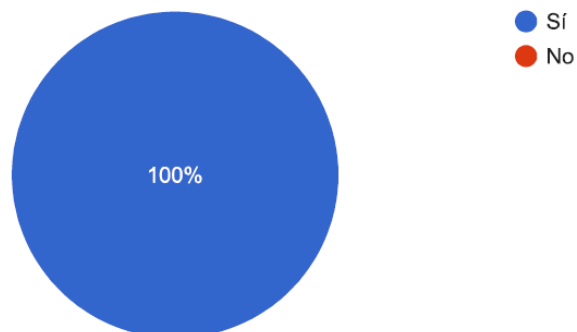
Según el nivel educativo se observa que la mayor proporción de los participantes en un 53,6% realizaron estudios profesionales, el 21,4% son técnicos en enfermería, el 17,9% son especialistas y el 7,1% cuentan con maestría.

5. ¿Conoce que es un programa de atención domiciliaria?



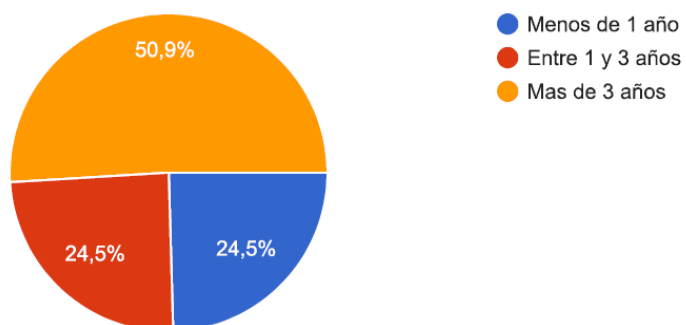
Del total de encuestados se evidencia que el 100% conoce un programa de atención domiciliaria.

6. ¿Hace parte del programa de clínica de heridas domiciliario?



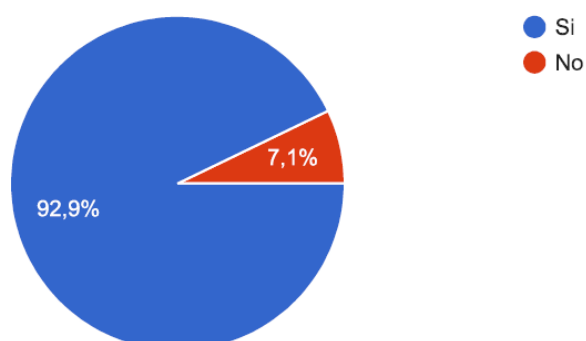
Se evidencia que el 100% de los participantes hacen parte de un programa de clínica de heridas domiciliario.

7. ¿Qué tiempo lleva prestando servicios en el programa?



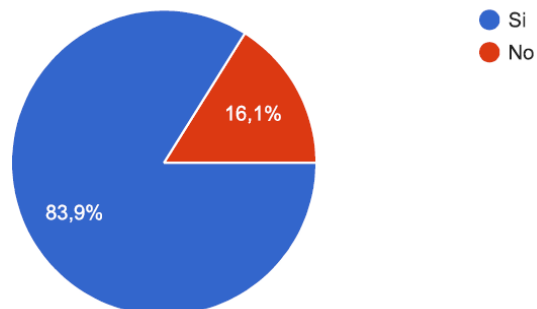
Datos obtenidos del tiempo de permanencia de prestación de servicios en el programa el 50,9% respondieron tener antigüedad de más de tres años, el 24,5% entre 1 y 3 años y el otro 24,5% menos de un año.

8. ¿Conoce los protocolos que se manejan en la institución para el manejo de las heridas?



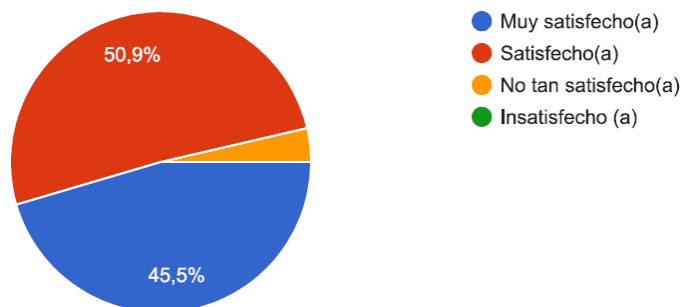
En el presente estudio se evidencia que el 92,9% de los trabajadores encuestados refieren conocer los protocolos que se manejan en la institución para el manejo de heridas, mientras el 7,1% refiere desconocer los mismos.

9. ¿Conoce los planes de manejo medico de cada uno de los pacientes atendidos?



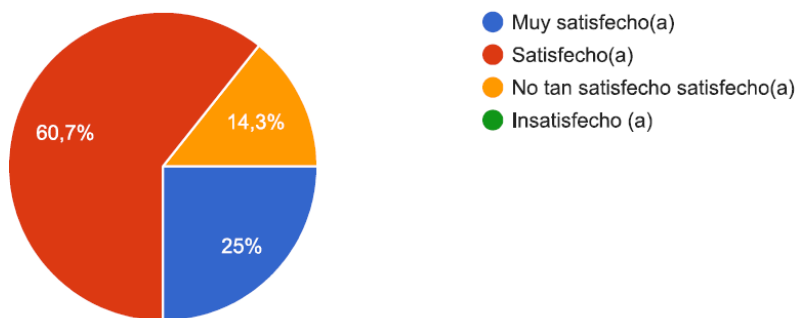
De la población estudiada el 83,9% refieren conocer los planes de manejo de los pacientes que pertenecen al programa y el 16,1% desconocen los planes de manejo médicos de cada paciente.

10. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con su trabajo



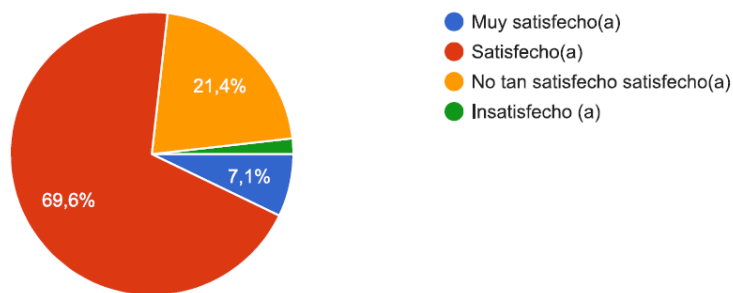
El 50,9% de los participantes refieren estar satisfechos con el trabajo, el 45,5% están muy satisfechas y solo el 3,2% están no tan satisfechos con el trabajo.

11. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con las capacitaciones realizadas en su trabajo?



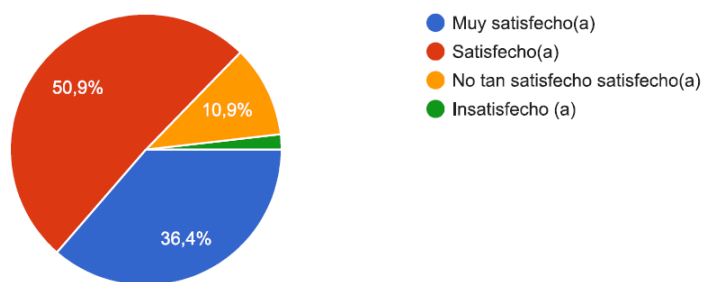
Con relación a las capacitaciones que realiza la institución el 60,7% de los participantes refieren estar satisfechos, el 25% muy satisfechas y el 14,3% no tan satisfechos.

12. ¿Cuál es su nivel de satisfacción, frente a los tiempos estipulados para realizar el tratamiento de clínica de heridas?



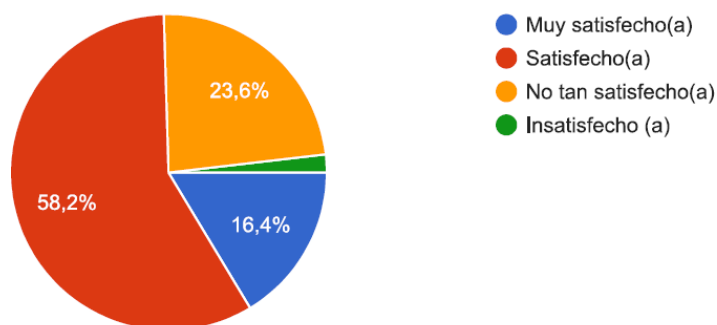
Del total de participantes el 69,6% manifiestan estar satisfechos con los tiempos estipulados para realizar el tratamiento de clínica de heridas, el 21,4% no tan satisfechas, el 7,1% muy satisfechos y solo el 1,9% se encuentran insatisfechos.

13. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con los recursos que suministra la empresa para prestar servicio?



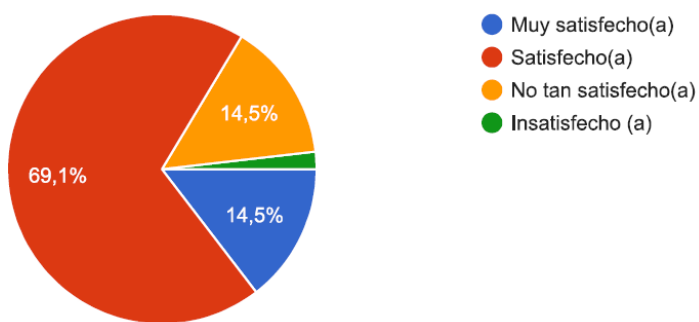
En cuanto a los recursos que suministra la empresa para prestar los servicios el 50,9% de los participantes respondieron estar satisfechos, el 36,4% muy satisfechos, el 10,9% no tan satisfechos y el 1,8% están insatisfechos.

14. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con la distribución de las rutas domiciliarias asignadas?



En el presente estudio se evidencia que el 58,2% de los encuestados se encuentran satisfechos con la distribución de las rutas asignadas, el 23,6% no tan satisfechos, 16,4% muy satisfechos y el 1,8% insatisfechos.

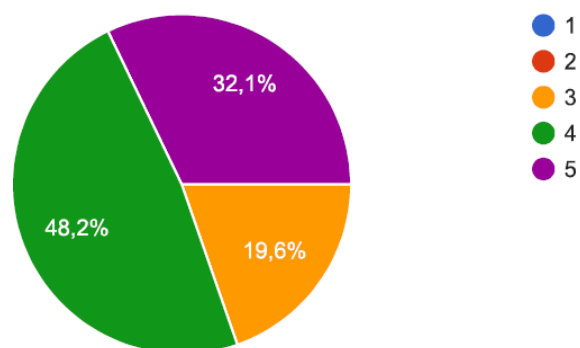
15. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con el horario asignado para realizar las curaciones?



De acuerdo con el personal encuestado se evidencia que se encuentran satisfechos con la programación que se realiza a cada uno.

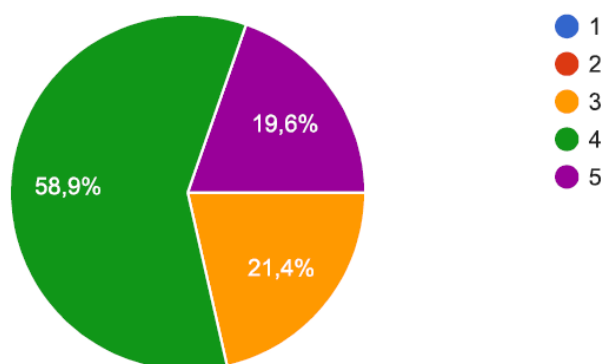
16. Califique de 1 a 5 el funcionamiento de los siguientes procesos.

A. Cadena de suministro (Compra, almacenamiento, distribución, calidad de los insumos)



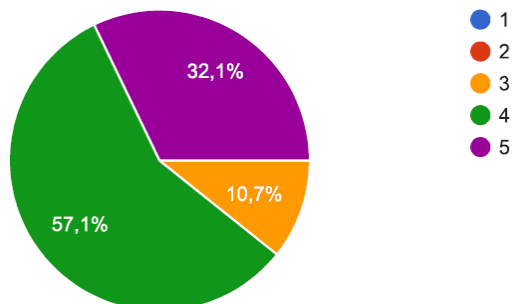
Del total de personal encuestados el 80.1% se encuentran satisfechos con la calidad, almacenamiento de los insumos despachados para los afiliados.

B. El mantenimiento de la infraestructura donde atiende los pacientes y cumplimiento de normas de habilitación



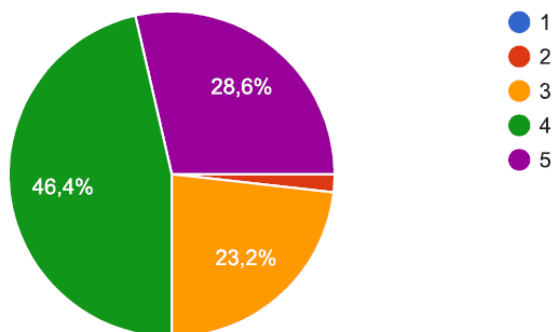
El personal se encuentra satisfecho con la infraestructura sin embargo al tratarse de un servicio domiciliario el personal debe acomodarse a las condiciones de cada usuario.

C. El mantenimiento de los equipos e instrumental con el que se atiende los pacientes cumplen con las normas de habilitación



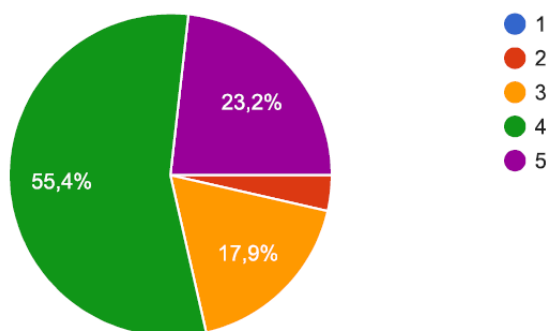
Se evidencia de acuerdo con los encuestados que el instrumental cumple con las condiciones de mantenimiento preventivo y correctivos exigidas por habilitación.

D. Suficiencia de recurso humano para la realización de ejecución de las actividades.



Teniendo en cuenta la programación y asignación de pacientes a cada uno de los colaboradores del programa se evidencia satisfacción respecto al recurso humano.

E. Diligenciamiento de formatos y levantamiento de la información de pacientes.



Se cuenta con una plataforma en la nube dinámica y agradable para el recurso humano lo cual se refleja en la satisfacción presentadas en el número de personas encuestadas.

8. Cumplimiento de los objetivos estratégicos y propuestas de gestión e intervención

En general los usuarios del programa se encuentran muy satisfechos con la atención y los resultados.

Con respecto a los trabajadores las respuestas en general son satisfactorias, pero dejan entrever aspectos a mejorar en los siguientes aspectos (procesos y recursos clave clave):

- Estructuración del Modelo de Prestación
- Satisfacción con el trabajo
- Suficiencia de recursos para la atención
- Rutas de atención
- Gestión de insumos
- Planeación en la programación de pacientes Vs el recurso humano disponible

Las preguntas que dan origen a los aspectos a mejorar son:

Tabla No 2

Aspectos a mejorar	Proceso/Recurso	Respuesta de origen	
		Paciente	Trabajador
• Estructuración del Modelo de prestación	Proceso	7,8,9,10,11,12, 13,14,15,16,17	
• Satisfacción con el trabajo	Proceso		7, 9,10,11
• Suficiencia de recursos para la atención	Recurso		10, 16
• Rutas de atención	Proceso		14,
• Gestión de insumos	Recurso		13,
• Disponibilidad de Recurso humano vs programación de actividades	Recurso		12, 15,16

Fuente: Creación propia

8.1. Cumplimiento del OE2: Identificar deficiencias y probables puntos de control en cada uno de los procesos de la clínica de heridas.

Una vez determinados los procesos y recursos críticos establecer los riesgos y los controles existentes para cada uno de ellos y su grado de cumplimiento.

Tabla No 3

Proceso o recurso crítico	Grado de criticidad *	Riesgos	Existencia de controles	Grado de cumplimiento del control
Diseño e implementación del modelo de prestación. (Fallas en su estructuración)	4	• Prolongación del paciente en el programa	SI	Sin seguimiento
		• Retroceso en la evolución del paciente	SI	Sin seguimiento
		• Incremento de costos	SI	Seguimiento por auditoría

Satisfacción con el trabajo	2	<ul style="list-style-type: none"> Incremento en la rotación del personal en el seguimiento del paciente. 	SI	Seguimiento sin toma decisiones
		<ul style="list-style-type: none"> Fallas en la continuidad de los tratamientos 	SI	Adherencia al cumplimiento de protocolos
		<ul style="list-style-type: none"> Problemas en la comunicación entre el personal de salud 	SI	Seguimiento sin toma decisiones
Suficiencia de recursos (insumos) para la atención	2	<ul style="list-style-type: none"> Incremento en el gasto de los insumos 	SI	Seguimiento por auditoria Sin acciones de control
Rutas de atención	3	<ul style="list-style-type: none"> Optimización en la georreferenciación de las rutas asignadas al personal asistencial 	SI	Reporte del recorrido sin acciones
Planeación en la programación de pacientes Vs el recurso humano disponible	3	<ul style="list-style-type: none"> Disminuye tiempo de atención y aumenta la insatisfacción del usuario 	SI	Seguimiento de atención al usuario. Sin acciones de mejora

Fuente: Creación propia

*El grado de criticidad se establece de 1 poco crítico 2 medianamente crítico 3 crítico, 4 muy crítico y 5 extremadamente crítico. La calificación se hace con base a juicio de expertos.

8.2. Cumplimiento del OE3: Identificar y generar los estándares

administrativos y clínicos, en el marco de un modelo de eficiencia y calidad para el manejo de una clínica de heridas.

Los indicadores y estándares propuestos para seguir la gestión de cada proceso y recurso crítico pueden ser:

Tabla No 4

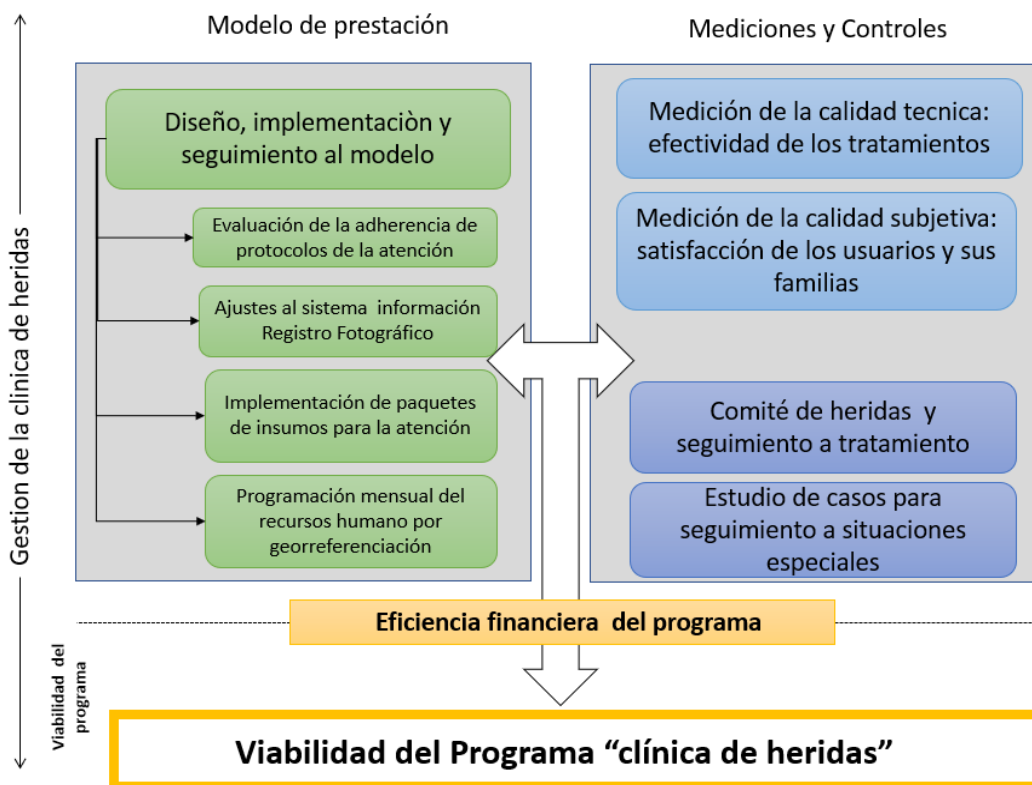
Proceso o recurso crítico	Indicador propuesto	Estándar		Frecuencia de medición
		Piso	Techo	
Modelo de prestación con fallas en su estructuración	Proporción de mejora en la cicatrización de la herida aguda.	1 meses	3 meses	Mensual
	Proporción de mejora en la cicatrización de la herida crónica	3 meses	12 meses	Mensual
Satisfacción con el trabajo	Índice de rotación de personal	Entre 3 y 5 personas al mes	Entre 6 y 12 personas al mes	Mensual
Suficiencia de recursos (insumos) para la atención	Proporción de insumos requeridos para cada paciente / total de insumos dispensados	90%	100%	Mensual
	Quejas por insuficiencia de insumos para las curaciones	Entre 1 y 3 quejas al mes	Entre 4 y 10 quejas al mes	Mensual
Rutas de atención	Proporción de	Entre 1 y	Entre 3 y 5	Mensual

	quejas de los usuarios por incumplimiento de visitas	2 reportes al mes	reportes al mes	
Planeación en la programación de pacientes Vs el recurso humano disponible	Proporción de insatisfacción de trabajadores por fallas en la georreferenciación	Entre 1 y 3 reportes al mes	Entre 4 y 10 reportes al mes	Mensual

Fuente: creación propia

8.3. Cumplimiento del OE4: Proponer un modelo de prestación integral que asegure la efectividad clínica, la satisfacción de los usuarios y el adecuado manejo financiero del modelo.

El modelo propuesto para la gestión del programa es el siguiente:



Fuente: creación propia

Interpretación:

Se propone un modelo de salud orientado a garantizar la efectividad y eficiencia del programa de atención domiciliar de la clínica de heridas, el cual consiste en orientar las actividades del modelo hacia el fortalecimiento de la operatividad del programa, optimización de recursos tecnológicos, recurso humano entrenado y capacitado, con la implementación de estas actividades se logrará tener una medición real de la efectividad de los tratamientos (en tiempos de duración), medir la satisfacción de los usuarios y sus familias, así mismo, se propone crear un comité de heridas que nos permita fortalecer los manejos a través de un equipo interdisciplinario para tener más opciones de tratamiento y apoyo en casos de difícil manejo.

Se plantea la optimización de recursos (humanos, tecnológicos, insumos médico-quirúrgicos)

8.4. Cumplimiento del OE5: Identificar estrategias y métodos que permitan presentar de manera operativa los modelos de atención.

A continuación, se presentan las actividades propuestas para la operatividad del modelo:

Tabla No 5

N°	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PROPOSITO	RESPONSABLE	INDICADOR	PRESUPUESTO Y/O RECURSOS	CRONOGRAMA Año 2020 y 2021
1	Validar protocolos existentes y realizar actualizaciones correspondientes	Adaptar los protocolos a lineamientos de acuerdo a la normatividad vigente	Coordinación de Educación, Coordinación de Clínica de heridas, calidad	80% de Documentación actualizada	Plataforma ISOLUTION, Recurso Humano	DICIEMBRE
2	Divulgar y capacitar al personal en la implementación del modelo	Capacitar al personal en la actualización de los protocolos	Coordinación de Educación, Coordinación de Clínica de heridas.	90% de los colaboradores	Vídeo Beam, Material educativo	ENERO
3	Realizar diagnóstico para definir el alcance del sistema de información	Evaluar plataforma actual que permita la implementación de registro fotográfico para seguimiento de heridas	Coordinación de informática y tecnología, Coordinadora de Clínica de Heridas	100% del seguimiento de los pacientes	Plataforma tecnológica y recurso financiero	FEBRERO
4	Implementar y capacitar al personal en el manejo de sistema de información	Garantizar la implementación y manejo del sistema por el personal	Coordinación de informática y tecnología, Coordinadora de Clínica de Heridas	100% de los colaboradores	Plataforma tecnológica y recurso humano	JUNIO
5	Establecer instructivos para el manejo de sistemas	Realizar instructivos	Coordinación de informática y tecnología	100% de los colaboradores	Plataforma tecnológica y recurso humano	JUNIO
6	Caracterizar los paquetes por tipo de herida	Construir paquetes de insumos para la atención por clasificación de la herida	Coordinadora de Enfermería	100% de los pacientes	Plataforma tecnológica de facturación y farmacia	JULIO
7	Establecer estrategias de seguimiento en el manejo de atención del paciente	Garantizar el seguimiento mensual por parte del mismo profesional	Coordinadora de Enfermería y operador logístico	100% de los pacientes	Plataforma de programación de rutas de atención	NOVIEMBRE

Fuente: creación propia

8.5. Cumplimiento del OE6: Presentar una estrategia de medición de impacto del modelo de prestación de manejo de heridas.

La propuesta de indicadores propuesto para el seguimiento a la implementación del modelo de atención de clínica de heridas es:

Tabla No 6

Medición	Indicador	Dominio	Piso/techo	Periodicidad de medición
Medir reducción de costos por disminución de consumo de insumos	Proporción mensual de reducción del costo	Eficiencia	Mínimo de reducción de costos 5% mes Máximo de reducción de costos 20% mes	Mensual
Adherencia y conocimiento del personal de los protocolos	Proporción de incremento de adherencia a guías	Eficacia	Mínimo de adherencia a guías 10% mes Máximo de adherencia a guías 30% mes	Mensual
Seguimiento a los tiempos de cicatrización de herida	Proporción de mejora de la cicatrización de la herida	Efectividad clínica	Mínimo de cicatrización de la herida 10% mes Máximo cicatrización de la herida 90% mes	Mensual
Seguimiento en tiempo real a las características de la herida	Proporción de mejora de las características de la herida	Efectividad clínica	Mínimo de mejora de las características de la herida 30% mes Máximo de mejora de las características de la herida 90% mes	Mensual
Apoyo por equipo multidisciplinario en el manejo de casos especiales.	Proporción de casos que requieren consulta al equipo interdisciplinario	Efectividad Clínica	Mínimo de casos que requieren apoyo del equipo 10% mes Máximo	Mensual

			cicatrización de la herida 30 % mes	
Satisfacción y seguridad del usuario en la atención recibida en la cual el mismo profesional realiza el seguimiento y manejo de su herida	Proporción de satisfacción de los usuarios por la atención recibida por el personal	Eficacia	Satisfacción mínima del 90% máxima del 100%	Mensual
Satisfacción al personal respecto a la georreferenciación de los domicilios del usuario.	Proporción de satisfacción de los funcionarios con la programación de visitas	Eficacia	Satisfacción mínima del 90% máxima del 100%	Mensual

Fuente Creación propia

9. Estrategia integradora

Para lograr optimizar tanto resultados clínicos como los resultados de la gestión se propone la conformación de un **Centro de Excelencia** que permita corregir todos los inconveniente los planteados en este documento esto implica como primeros pasos:

1. Voluntad política para su creación
2. Protocolización de la atención: implementación de una GPC basada en la evidencia para el manejo de los pacientes en clínica de heridas.
3. Protocolización del servicio: estandarización de los procesos críticos detectados
4. Garantía de altos volúmenes de pacientes
5. Estandarización de indicadores de resultados clínicos y de gestión.
6. Formación del personal tanto clínico como administrativo con altos estándares de atención y servicio, de tal manera que se mejore la curva de aprendizaje.

7. Generar la cultura de la publicación de los resultados.
8. Determinar la institución internacional con quienes se van a comparar los resultados.
9. Practicas seguras en la atención.
10. Modelo de gestión eficiente.

10. Conclusiones y recomendaciones

Factores críticos para la conformación de centros de excelencia:

- Volúmenes de Pacientes: La calidad depende crucialmente de la curva de aprendizaje, y el tener bajos volúmenes de un tipo dado de pacientes implicará, inevitablemente, tener niveles de calidad bajos con respecto a los estándares internacionales.
- El trabajo en equipo es un elemento crucial, pues mediante la presión de pares es posible obtener niveles únicos de excelencia. Esta cultura de trabajo en equipo también es esencial para implementar los modelos de mejoramiento continuo que, a base de planeación de procesos, ejecución de estos procesos, evaluación y acción con base en las evaluaciones, permitan incrementar los niveles de calidad fortaleciendo las ganancias en la curva de aprendizaje.
- Buena parte de la demanda está manejada por unos pocos actores, los terceros pagadores, que se convierten en aliados estratégicos claves para la aplicación de centros de excelencia.
- En el análisis realizado en el programa de atención clínica de heridas se evidencia que el proceso que actualmente tienen establecido cuenta con fortalezas en su

funcionamiento, pero más sin embargo evidenciamos algunos aspectos a fortalecer para mejorar su funcionamiento para y la calidad en la atención de sus usuarios.

- Se evidencia que cuentan con una adecuada distribución de insumo en general, Se propone implementar unos paquetes de curaciones de acuerdo con la clasificación de las heridas para optimizar los recursos y favorecer al proceso de facturación de igual forma asegurar a los pacientes los insumos requeridos para su tratamiento.
- Capacitar al personal en la adherencia a protocolos de atención en el manejo de heridas, para así asegurar el tratamiento de los pacientes y así mismo mejorar tiempos de cicatrización y disminución de complicaciones.
- Se propone mejorar los sistemas de información para seguimiento fotográfico de las heridas y así mismo de diámetro y tiempo de permanencia.
- Ayuda interdisciplinaria de profesionales para seguimiento y alternativas de manejo de casos especiales.
- Aumento de la satisfacción, empoderamiento del personal de salud encargado del manejo de heridas, con el mejoramiento en la georreferenciación y optimización del tiempo de atención.

Bibliografía

1

- Roman, A. (Medwave 2012 M). *Modelos de gestión en las organizaciones de salud*. Santiago de Chile.
- Aguilera. (2000).
- Suarez Cuba, M. Á. (2012). ATENCIÓN INTEGRAL A DOMICILIO. Recuperado en 15 de marzo de 2020, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es&tlng=es. *Revista Médica La Paz*, 18(2), 52-58. Recuperado el 15 de marzo de 2020, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es&tlng=es.
- Valdez, Y. I. (2019). Efectividad del programa de atención domiciliaria en el cuidado de úlceras por presión. *Ágora Revista Científica*, 6(1). Recuperado el 15 de marzo de 2020
- Lopera de Peña, Á. (2014). 10 años de la ley 911 de 2004 . En A. L. Peña, *Avances en Enfermería* (pág. 32(21)). Bogota: Facultad de enfermería. Recuperado el 15 de 03 de 2020, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002014000200001&lng=en&tlng=es
- García-Fernández, J. P.-H. (año 2014). *Clasificación- Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia, documento técnico GNEAUPP* . Logroño.
- Blümel, J. E. (Blümel, J. E., Tirado, K., Schiele, C., Schönffeldt, G., & Sarrá, S. (2004). Validez de la escala de Braden par(5), 595-600). *Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. Revista médica de Chile*, 132(5), 595-600.
- Blümel, J. E., Tirado, K., Schiele, C., Schönffeldt, G., & Sarrá, S. (2004). Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. *Revista médica de Chile*, 132(5), 595-600.
- Blümel, J. E. (2004). *Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina*. . *Revista médica de Chile*, 132(5), 595-600.
- Blümel, J. E. (2004). *Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina*. . *Revista médica de Chile*, 132(5), 595-600.
- Estíbaliz Baldeón Iñigo, C. J. (: 2013). *GUÍA RÁPIDA DE CONSULTA para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión*. Logroño.
- Tizón-Bouza, E. P.-P.-D.-V. (2013). *Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME*. .
- Sesento, L. (2008). *Modelo sistémico basado en competencias para instituciones educativas públicas*. *Eument. net*. Mexico: Eument. net.
- González-Consuegra, R. V.-M.-T.-V. (2014). Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: Informe preliminar. *Revista de la Facultad de Medicina*, 369-377.

- Judith L. Ortiz-Mayorga, I. G.-R. (2015). Costos atribuidos a las infecciones asociadas con la atención en salud en un hospital de Colombia. *Biomé*, 39(01), 102 - 112. doi:<https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i1.4061>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021*. Bogotá, Colombia. Recuperado el 15 de Marzo de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2016). *Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Madrid: GRAFO, S.A. Recuperado el 09 de Febrero de 2020, de https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf
- E.S.E. Carmen Emilia Ospina. (2014). *Modelo de Prestación de Servicios de Salud*. Manual, Neiva. Recuperado el 15 de Marzo de 2020, de <https://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/images/Prestacion%20de%20Servicios/Modelo%20Prestacion%20Servicios.pdf>
- Ministerio de la Protección Social . (07 de Diciembre de 2007). Obtenido de <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>
- OES, Organización para la Excelencia de la Salud. (2019). Recuperado el 09 de Febrero de 2020, de <https://oes.org.co/camino-a-la-excelencia/centros-de-excelencia-2/>
- Castaño, R. A. (Septiembre de 2010). Centros de excelencia: más que excelencia operacional, una estrategia competitiva. *Revista vía salud*, 53, 4-8. Recuperado el 09 de Febrero de 2020, de <https://oes.org.co/portfolio/revista-via-salud-no53-2010/#1485448737529-740d1049-0965>
- Grupo especial Real-PANLAR. (s.f.). *Proceso de acreditación de centros de excelencia en artritis reumatoide*. Obtenido de http://www.panlar.org/sites/default/files/documento_tecnico_espanol.pdf
- E.S.E. Hospital Universitario San José de Tunja. (2020). *Piel sana y clínica de heridas*. Obtenido de https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/es/nuestros-servicios/programas-de-salud/piel-sana-y-clinica-de-heridas
- Erica Gonzalez, P. L. (2011). *Clínica de Heridas en la ciudad de Medellín, Universidad CES, Facultad de Medicina, Salud Pública*. Trabajo de grado, Medellín. Recuperado el 09 de Marzo de 2020, de http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2412/2/Clinica_heridas.pdf
- Molina, E. (2011). *Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: bdigital. Recuperado el 09 de Marzo de 2020, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenamolinacardona.2011.pdf>

- Sandra Contreras, S. G. (2014). *Oportunidad empresarial clínica de heridas "Care Skin's"*. Trabajo de grado, Universidad de la Sabana, Chía, Cundinamarca, Bogotá. Recuperado el 09 de Marzo de 2020, de <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/10795/Sandra%20Milena%20Contreras%28TESIS%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Blanco Zpata Rosa Maria, L. G. (2017). *Guía De Actuación Para La Prevención Y Cuidados De Las Úlceras Por Presión*.
- Fracalverì, s. &. (2014). *Electrical stimulation for difficult wounds: only an alternative procedure?*
- SanchezM, F. G. (2016). *Gestion clinica d eprogramas de cuidado Domiciliario, rev CES Salud Pública*.
- salud, M. d. (1994). *Resolucion numero 2556*.
- MIAS, M. I. (2013). *Modelo Integral de Atencion Integral- MIAS*.
- estatutaria, l. (2015). *Ley Estatutaria de Salud 1751*.
- Aguilera. (2000). *Concepto de Modelo*.
- Román, A. (Abril de 2012). Modelos de gestión en las organizaciones de salud. *Revista biomédica revisada por pares*, 03(5329). Recuperado el 09 de Marzo de 2020, de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5329>
- Marjoris Mirabal Nápoles, J. R. (2012). Modelo teórico para la evaluación de impacto en programas de Salud pública. *Scielo*. Recuperado el 09 de Marzo de 2020, de <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2014/01/26-respub-modelo-teorico.pdf>
- transversales, E. (2016). *Estudios transversales*. Recuperado el 09 de Marzo de 2020, de https://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Estudios_transversales_2005.pdf
- Itson, B. (2016). *Paradigma de investigacion cuantitativo*. Mexico. Recuperado el 09 de Marzo de 2020, de http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa3/paradigmas_investigacion_cuantitativa/p11.htm
- Franco, Y. (2012). *Tesis de Investigación*. Venezuela. Recuperado el 09 de Marzo de 2020, de <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2012/01/poblacion-y-muestra.html>

ANEXOS

Anexo 1: FORMATO DE ENCUESTA PARA PACIENTES

En este anexo se presentan los puntos a evaluar. La presentación final de la encuesta no lleva estos encabezados.

Datos Generales:

1. Genero:

Masculino _____ Femenino _____

2. Edad:

De 0 a 20 años _____ De 21 a 40 años _____ De 41 a 60 años _____
De 61 a 80 años _____ Mayores de 81 años _____

3. Estado civil: Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Unión
Libre(a) _____ Viudo(a) _____

4. Nivel Educativo:

Ninguno _____ Primaria _____ Secundaria _____ Superior _____

5. ¿Conoce que es un programa de atención domiciliaria?

Si _____ No _____

6. ¿Ha recibido atención del programa de clínica de heridas domiciliario?

Si _____ No _____

7. ¿Conoce usted el plan de tratamiento ordenado por su médico tratante? Si _____ No

Satisfacción del servicio

8. ¿Cuál es su nivel de satisfacción, percibido con la atención brindada por el personal de enfermería en las visitas domiciliarias? Muy satisfecho (a) _____ Satisfecho (a) _____ No tan satisfecho (a) _____ Insatisfecho (a) _____

9. ¿Cuál es su nivel de satisfacción, percibido sobre el procedimiento de curaciones realizados durante la visita? Muy satisfecho (a) _____ Satisfecho (a) _____ No tan satisfecho (a) _____ Insatisfecho (a) _____

10. ¿Cuál es su nivel de satisfacción, percibido respecto al tiempo que el personal de enfermera (o) le dedicó a usted en el tratamiento? Muy satisfecho (a)___
Satisfecho (a)___ No tan satisfecho (a)___ Insatisfecho (a)___
11. ¿Cuál es su nivel de satisfacción frente a la calidad de atención del personal de enfermería que realizó el procedimiento en la visita domiciliaria? Muy satisfecho (a)___ Satisfecho (a)___ No tan satisfecho (a)___ Insatisfecho (a)___
12. ¿Cuál es su nivel de satisfacción percibido frente al tiempo de tratamiento de la herida? Muy satisfecho (a)___ Satisfecho (a)___ No tan satisfecho (a)___ Insatisfecho (a)___
13. ¿Conoce usted el plan de tratamiento ordenado por su médico tratante?
Si___ No ___
14. Qué tanto tiempo espero para ser incluido en el programa domiciliario de Heridas:
entre
1 y 3 días _____ 4 y 6 días _____ 7 y 10 días _____ 11 y 15 días _____

Trato del personal y resultados clínicos

15. ¿Cómo ha sido la atención del personal que realiza la visita domiciliaria?
Excelente___ Buena___ Regular___ Mala___
16. ¿Cómo calificaría el trato del personal que realizó la curación?
Excelente___ Buena___ Regular___ Mala___
¿Cómo calificaría a nuestros médicos y personal de enfermería?
Excelentes___ Buenos___ Regulares___ Malos___
17. ¿Cómo calificaría los resultados obtenidos en su herida?
Excelente___ Buena___ Regular___ Mala___
18. ¿La clínica de heridas logró superar sus expectativas? Definitivamente sí ___
Estuvo dentro de mis expectativas___ Esperé más de la clínica ___

Satisfacción con la educación en salud

19. ¿Obtiene usted por parte del personal que realiza la visita domiciliaria contenido educativo que aporta beneficios para su estado de salud?
Si ___ No ___
20. ¿Son claros los contenidos de la educación brindada?
Si ___ No ___
21. ¿Son apropiados los contenidos educativos y están acorde con su condición de salud?
Si ___ No ___
22. ¿Despertó algún interés el tema de educación suministrado por el personal de salud? Si ___ No ___
23. ¿Su experiencia con el programa de clínica de heridas domiciliario fue satisfactoria?
Si ___ No ___
24. ¿Recomendaría el programa de clínica de heridas domiciliario a sus amigos y familiares?
Si ___ No ___

Anexo 2: FORMATO DE ENCUESTA PARA PERSONAL DE SALUD

Datos Generales:

1. Genero:
Masculino _____ Femenino _____
2. Edad:
De 18 a 25 años _____ De 26 a 45 años _____ De 46 a 65 años _____
Mayores de 66 años _____
3. Estado civil:
4. Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Unión Libre(a) _____
Viudo(a) _____
5. Nivel Educativo:
Primaria _____ Técnico _____ Profesional _____ Especialización _____ otro _____
6. ¿Conoce que es un programa de atención domiciliaria?
Si _____ No _____
7. ¿Hace parte del programa de clínica de heridas domiciliario?
Si _____ No _____
8. ¿Qué tiempo lleva prestando servicios en el programa?
Menos de 1 año _____ Entre 1 y 3 años _____ Mas de 3 años _____
9. ¿Conoce los protocolos que se manejan en la institución para el manejo de las heridas?
Si _____ No _____
10. ¿Conoce los planes de manejo médico de cada uno de los pacientes atendidos?
Si _____ No _____

Satisfacción con el trabajo

11. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con su trabajo? Muy satisfecho (a) _____
Satisfecho (a) _____ No tan satisfecho (a) _____ Insatisfecho (a) _____

12. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con las capacitaciones realizadas en su trabajo?
 Muy satisfecho (a)___ Satisfecho (a)___ No tan satisfecho (a)___
 Insatisfecho (a)___
13. ¿Cuál es su nivel de satisfacción, frente a los tiempos estipulados para realizar el tratamiento de clínica de heridas? Muy satisfecho (a)___ Satisfecho (a)___ No tan satisfecho (a)___ Insatisfecho (a)___
14. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con los recursos que suministra la empresa para prestar el servicio? Muy satisfecho (a)___ Satisfecho (a)___ No tan satisfecho (a)___ Insatisfecho (a)___
15. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con la distribución de las rutas domiciliarias asignadas? Muy satisfecho (a)___ Satisfecho (a)___ No tan satisfecho (a)___ Insatisfecho (a)___
16. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con el horario asignado para realizar las curaciones? Muy satisfecho (a)___ Satisfecho (a)___ No tan satisfecho (a)___ Insatisfecho (a)___

Evaluación de procesos y recursos

Por favor califique de uno a cinco el funcionamiento de los siguientes procesos con los siguientes parámetros; 1 para muy malo 5 para excelente.

17. Cadena de suministro (compras, almacenamiento, distribución, calidad de los insumos)
 1___ 2___ 3___ 4___ 5___
18. El mantenimiento de la infraestructura donde atiende los pacientes y cumplimiento de normas de habilitación
 1___ 2___ 3___ 4___ 5___
19. El mantenimiento de los equipos e instrumental con el que se atiende los pacientes y cumplimiento de normas de habilitación
 1___ 2___ 3___ 4___ 5___

20. Suficiencia del recurso humano para la realización de las tareas

1____ 2____ 3____ 4____ 5____

21. Diligenciamiento de formatos y levantamiento de la información de pacientes

1____ 2____ 3____ 4____ 5____

22. Los protocolos de atención son bien explicados a los cuidadores

1____ 2____ 3____ 4____ 5____

23. El tiempo promedio que dura un paciente en el programa está entre:

3 y 5 días _____ 5 y 10 días _____ 11 y 15 días _____ más de 16 días _____

24. Existen formatos especiales para el diligenciamiento de la historia clínica del paciente en los módulos de clínica de heridas

Si____ No____