

**EVALUACIÓN DEL NUEVO MODELO DE LAS IPS DE URGENCIAS DE
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA**

**AUTORA
MARIA MARCELA ARZUAGA CHURIO**

**CES
MEDELLÍN
2013**

**EVALUACIÓN DEL NUEVO MODELO DE LAS IPS DE URGENCIAS DE
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA**

**AUTORA
MARIA MARCELA ARZUAGA CHURIO**

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Auditoría en salud

**CES
MEDELLÍN
2013**

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN.....	6
1. TÍTULO	8
2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA	9
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3. OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	11
3.1 OBJETIVO GENERAL	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4. JUSTIFICACIÓN	12
5. MARCO REFERENCIAL	14
5.1 MARCO CONCEPTUAL	14
5.2 MARCO TEÓRICO	15
6. METODOLOGÍA.....	34
7. DESCRIPCIÓN DEL MODELO	36
7.1 DESCRIPCIÓN DE LA IPS.....	36
7.2 ANTECEDENTES DEL MODELO. INFORMACIÓN BASICA DE LA AUDITORIA PERIODICA	37
7.3 ANTECEDENTES DEL MODELO INFORMACIÓN BASICA DE LA AUDITORIA PERIODICA	45
7.4 DESCRIPCIÓN DEL MODELO.....	50
8. PROCESO DE AUDITORÍA.....	56
8.1 PLAN DE AUDITORÍA	56
8.2 DEFINICIÓN DE PRIORIDADES	57

8.3 MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS ó IDENTIFICACIÓN DE LA CALIDAD OBSERVADA.....	57
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFÍA.....	83
9. TRABAJOS CITADOS	87

RESUMEN

Esta investigación tiene el objetivo general de evaluar el impacto que ha tenido el modelo de atención en urgencias de la IPS Sura de la ciudad de Medellín, por lo cual se propone una investigación de cualitativa, sin intervención, basado en un método inductivo y bajo una metodología exploratoria y descriptiva, desarrollando una auditoría en su mayoría observacional, fundamentada de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 39 del Decreto 1011 de 2006. (Ministerio de la Protección Social, 2007).

El estudio está dado por cuatro apartados, en donde se encuentran: la definición de los tipos de modelos de auditoría clínica aplicables al contexto colombiano, el establecimiento de la situación del servicio de atención en las urgencias de la IPS Sura, respecto a los problemas procesales vinculados con el cumplimiento de tiempos y calidades en el servicio en el período 2012/I a 2012/II, seguido del detalle de las medidas tomadas por la IPS Sura, que responden a los problemas procesales evidenciados en la atención en las urgencias, en el período previo a Enero 2013 y finalmente, la medición de la efectividad y eficacia del modelo de mejoramiento de tiempos y cumplimientos desarrollado por la IPS Sura y gestionado en el periodo mencionado.

Como resultados más determinantes del estudio se cuenta con la identificación de los puntos críticos del modelo, basados en la ausencia de claridades y detalle del mismo, seguido de la ausencia de indicadores precisos que midan el impacto del modelo, esto pese a contar con la verificación del aporte de éste a las dinámicas procesales de urgencias de la IPS Sura de la ciudad de Medellín.

Se pudo demostrar además la pertinencia de la categorización de las urgencias, más se encontró la poca sintonía que hay entre el modelo y la focalización de la IPS sobre la humanización del servicio.

Palabras clave: IPS, Sura, Modelo, Auditoría, Calidad en salud.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias del país se han transformado durante los últimos años, no solo por las modificaciones requeridas para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud habilitación y la acreditación, sino por el colapso con el que se convive a diario. Los Servicios de salud IPS suramericana (IPS SURA) tiene 3 servicios de urgencias habilitados para la prestación de servicios de salud de 1 nivel de atención, a los pacientes afiliados a EPS SURA.

Respecto a las dinámicas de la IPS, según Berrocal y Yepes (2011) han encontrado que en los últimos años se ha evidenciado que la estructura organizacional del personal asistencial en los servicios de urgencias ha sido deficiente y que no era suficiente para una atención segura, con calidad de los pacientes atendidos en estas instituciones, además se ha dificultado cumplir con el enfoque del plan de desarrollo institucional basado en la humanización del servicio. (Berrocal, 2011)

En este contexto empiezan a visualizarse problemas de gran impacto, entre ellos algunas fricciones de procesos como lo es la atención en urgencias, la cual para el año 2012, venía presentando escollos tales como el fenómeno de colas, insatisfacciones por parte de los usuarios y la ausencia de una categorización de pacientes que permitiera el flujo óptimo de éstos, dando lugar a una solución emergente denominada "Modelo de atención en las urgencias de la IPS Sura", diseñado por el Dr. German Saavedra Ovalle y consistente en la categorización de pacientes previo a la atención y la cesión a médicos correspondientes para dichos eventos.

Tras una aplicación de 11 meses, este modelo no ha sido medido, de ahí que el objetivo de esta investigación es el de evaluar el impacto en relación con mejora en la calidad de atención y seguridad del paciente en el periodo comprendido Enero a junio de 2013, y para ello se han formulado cuatro fases, entre ellas: la definición de los tipos de modelos de auditoría clínica aplicables al contexto colombiano, el establecimiento de la situación del

servicio de atención en las urgencias de la IPS Sura, respecto a los problemas procesales vinculados con el cumplimiento de tiempos y calidades en el servicio en el período 2012/I a 2012/II, seguido del detalle de las medidas tomadas por la IPS Sura, que responden a los problemas procesales evidenciados en la atención en las urgencias, en el período previo a Enero 2013 y finalmente, la medición de la efectividad y eficacia del modelo de mejoramiento de tiempos y cumplimientos desarrollado por la IPS Sura y gestionado en el periodo mencionado.

En virtud de estas fases, se ha formulado una investigación de corte cualitativo, con un enfoque sin intervención, basado en un método inductivo y bajo una metodología exploratoria y descriptiva, desarrollando una auditoría en su mayoría observacional, fundamentada de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 39 del Decreto 1011 de 2006, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud de la población en jurisdicción de las IPS del país, consistente en identificar los principales problemas de calidad (procesos prioritarios), y conocer cuál es la situación actual de las organizaciones al respecto (calidad observada). (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Este proceso de auditoría, valga la pena decirlo, ha sido el resultado de un ejercicio de búsqueda y análisis híbrido, entre tanto uno de los problemas latentes del modelo a evaluar, es la ausencia de información metodológica pertinente al él, la cual detalle su metodología, su intención y su verdadera estructura en función de los objetivos de la IPS Sura.

Es así que para el semestre 2013/I, esta auditoría se ha gestado como un análisis situacional comparativo, en donde la investigadora se vio obligada a levantar información del modelo para así poder entenderlo y medirlo, lo que significó un reto mayor para este estudio.

Se espera entonces que los resultados obtenidos, sean un punto de inicio para el mejoramiento de la IPS Sura y así mismo para el equipo encargado de dinamizar el modelo.

1. TÍTULO

Evaluación del nuevo modelo de las IPS de urgencias de servicios de salud. IPS Suramericana

2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La gestión por procesos ha sido un factor común en el sistema médico público y privado del país, llevando a las entidades prestadoras del servicio de salud, a convertirse en empresas con sistemas procesales compuestos por procesos, subprocesos, técnicas, tácticas, estrategias, herramientas e indicadores que facilitan la constante medición y control de sus actividades.

En el caso de Sura, esta institución no es ajena a esta tendencia, sin embargo pese a contar con el soporte técnico y tecnológico de punta, además de grupos naturales y líderes de procesos, además de un sistema de documentación y registro altamente efectivo, la realidad al momento de prestar el servicio de urgencias pasó a ser en el año 2012, uno de los escollos más difíciles de sortear, entre tanto se presentó visiblemente el fenómeno de "Colas" y esperas por parte de los usuarios con categorías "Urgentes", y de atención inmediata, produciendo agudización de estados y sobre todo, insatisfacciones por parte de los pacientes, desdibujando una de las intenciones de Sura para el año 2012: la humanización del servicio.

Este fenómeno fue el resultado de la ausencia de un filtro de categorización de casos, lo que se hizo latente en el momento que cualquier médico de turno atendía a todo tipo de usuario, en lugar de asegurar prontitud y celeridad en casos que lo ameritaban.

En este contexto se genera una situación de estancamiento en el flujo acertado de pacientes categorizados, desembocando en atenciones no focalizadas y sí concentradas en usuarios que no presentaban urgencias de carácter inmediato, y que además si generaban acumulación de pacientes con verdaderos estados inminentes.

Es en estas condiciones que surge el Modelo de atención en las urgencias de la IPS Sura, el mismo que a la fecha (noviembre de 2013) ha sido tomado como una guía dada por el Dr. German Saavedra Ovalle, quien ha diseñado la totalidad de formatos y ha establecido la metodología de flujo, consistente en la categorización de usuarios en urgencias, cuyo fin último es el de evaluar la urgencia y asignar un médico correspondiente, así como también el nivel de prelación de atención.

Si bien este fue apenas un primer paso para la dinamización procesal dado a inicios del año 2013, uno de los problemas más determinantes es la ausencia de un marco que justifique y explique en detalle el modelo, provocando que éste se encuentre a la merced de un solo diseñador, y así mismo, no sea un modelo con estándares propios para su medición.

El impacto de esta ausencia se concentra además en la medición de su eficacia y de su impacto, razón por la cual surge esta investigación, la misma que intentará responder al siguiente interrogante:

¿Cuál es el impacto que ha tenido el nuevo modelo de atención en las urgencias propias de IPS SURA, en relación con mejora en la calidad de atención y seguridad del paciente en el periodo comprendido Enero a junio de 2013?

3. OBJETIVOS DEL PROYECTO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto del nuevo modelo de atención en las urgencias propias de IPS SURA en relación con mejora en la calidad de atención y seguridad del paciente en el periodo comprendido Enero a junio de 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Definir los tipos de modelos de auditoría clínica aplicables al contexto colombiano.

Establecer claramente la situación del servicio de atención en las urgencias de la IPS Sura, respecto a los problemas procesales vinculados con el cumplimiento de tiempos y calidades en el servicio en el período 2012/I a 2012/II.

Detallar las medidas tomadas por la IPS Sura, que responden a los problemas procesales evidenciados en la atención en las urgencias, en el período previo a Enero 2013.

Medir la efectividad y eficacia del modelo de mejoramiento de tiempos y cumplimientos desarrollado por la IPS Sura y gestionado en el periodo comprendido entre 2013/I y noviembre de 2013.

4. JUSTIFICACIÓN

Generar un proceso de auditoría comúnmente impacta a la organización objeto de estudio y contribuye al mejoramiento de los procesos evaluados, y esta investigación no se aleja de esta realidad, más aun cuando el problema que se intenta abordar, trasciende a la búsqueda de alternativas para la optimización de los recursos y el cumplimiento de la responsabilidad social y empresarial que tiene la IPS Sura.

En base en este ideal de cumplir con lo dispuesto por el Ministerio de la Protección Social respecto a la humanización del servicio de salud, en virtud del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, esta investigación aporta a la visualización de dicha atención en la IPS Sura como un todo único y coherente en el cual sus componentes interactúan para alcanzar su finalidad: generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (República de Colombia, 2006).

Respecto a la pertinencia de esta investigación, se puede decir que el aporte no solo a la IPS Sura, sino al quehacer de los funcionarios de la institución, es un factor clave en este estudio, entre tanto a partir de la visualización del modelo de atención en las urgencias, se ha podido generar un espacio necesario en la IPS: el detalle de un modelo que a la fecha no había sido descrito a profundidad, y que se había limitado a su gestión diaria y emergente en manos de un solo diseñador.

Respecto a lo anterior, esta investigación se convierte en un aporte a los directivos de la IPS Sura, entre tanto ha permitido abordar el modelo desde su parte metodológica, logrando entender sus puntos críticos y claves, lo que trasciende al abordaje de sus elementos más básicos, permitiendo también generar una pertinencia académica que puede darle mayor rigurosidad a dicho modelo.

Por otro lado, esta investigación se fundamenta gracias a su aporte a la gestión del Especialista en Auditoría en Salud, entre tanto posibilitó entender que pese a contar con

modelos concretos de auditoría, todos propuestos por el Ministerio de la Protección Social, así como también por la academia, es indispensable contar con elementos críticos y de adaptabilidad que permitan al auditor en salud, generar modelos de análisis realmente funcionales y aplicables a las entidades y procesos objeto de estudio, tal como sucedió con esta investigación, en donde el carácter crítico de la investigadora, permitió establecer una auditoría híbrido, debido a la escasa información acerca del modelo evaluado.

Finalmente, cabe decir que la pertinencia temática de esta investigación, asegura la contribución a la academia, entre tanto se gestó como un proceso de auditoría en el que no solo se debió contar con la información pertinente al objeto de estudio, sino que se dio paso a la formulación y construcción de la misma, con base en información aislada otorgada por los directivos médicos de la IPS Sura.

Con base en lo anterior, se puede afirmar que este estudio es pertinente y que cumple con los requisitos de actualidad, contexto y funcionalidad impartida en el proceso de formación en la Especialización en Auditoría Clínica.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO CONCEPTUAL

ALCANCE: Definir el principio y final de los procesos de acuerdo a sus actividades.

CALIDAD: Según lo establecido por la norma ISO la palabra calidad se relaciona con todas aquellas características o propiedades de un servicio o producto que influyen para cumplir y satisfacer necesidades. Nivel de cumplimiento de los requerimientos.

CLIENTE: Es quien recibe el servicio o producto, sea persona natural o jurídica.

DOCUMENTO: Soporte de una actividad ejecutada.

GESTIÓN: Direccionamiento de actividades y búsqueda de mejora continua.

MEJORA CONTINUA: Apoyo de la gestión organizacional para cumplimiento y aumento en el rendimiento de procesos y servicios.

OBJETIVOS: Posición deseada que busca alcanzar la organización en el futuro.

REQUISITO: Necesidades implícitas o explícitas de los clientes.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: Apreciación del cliente sobre el nivel de cumplimiento de sus necesidades o requisitos.

SISTEMA DE GESTIÓN CALIDAD: Es la forma como las organizaciones se encargan de dirigir y controlar todas aquellas actividades del negocio que están ligadas con la calidad del proceso, producto y servicio, buscando siempre la mejora continua de estas y teniendo claro el objetivo final que es la satisfacción del cliente.

VERIFICACIÓN: Evidencia clara y concisa de que se ha logrado el objetivo de una formalidad específica.

5.2 MARCO TEÓRICO

Tras la identificación del enfoque sistémico que Sura le ha dado al nuevo Modelo de gestión basado en procesos y aplicado a las Urgencias de dicha institución, se hace necesario conceptualizar acerca de lo que es un modelo de gestión, sus componentes y así mismo la tipología de procesos que pueden presentarse en el día a día de una institución prestadora de servicios, incluyendo también elementos propios de la medición de los procesos, tales como indicadores.

Este marco teórico busca dar un referente vinculado al enfoque sistémico del modelo que se busca evaluar, razón por la cual también se incluyen temas relativos a la auditoría clínica, logrando entender su objetivo y las posibles técnicas para su desarrollo.

Acerca de los Modelos de Gestión. Un modelo de gestión es definido según Carmen Nieto como un referente o como un cúmulo de acciones, estrategias y técnicas que conducen a desarrollar procesos con fines que garanticen la calidad de productos y servicios. (Nieto, 2011)

En este orden de ideas puede decirse que un modelo de gestión es el conjunto de elementos que permiten a una organización direccionar sus esfuerzos y recursos con el fin de conseguir un beneficio que bien puede llamarse calidad, capital, posicionamiento o cualquier tipo de equilibrio que dé respuesta positiva a la pregunta de ¿Cómo deben hacerse las cosas?.

Los modelos de gestión representan en sí, un orden o una guía que se diseña y de adapta a cada empresa, lo que quiere decir, que si bien hay muchos enfoques cada organización debe adaptar un modelo a sus capacidades, objetivos y sobre todo a sus limitantes.

Desde el punto de vista estructural Paco López en su artículo "Modelos de gestión de calidad" (Lopez, 2011) propone varios elementos constitutivos de un modelo de gestión. El primero de ellos es la estrategia que viene acompañada de acciones y de tácticas, pero sobre todo de la identificación de las necesidades que posee una empresa y de los objetivos que quieren lograrse.

Un segundo elemento es la organización, entendiéndola como lo expone Sandra Giraldo, donde la define como "un sistema en el que interviene el talento humano, la infraestructura empresarial, los niveles jerárquicos de una empresa (organigrama), las políticas organizacionales y todo lo que le atañe a la cultura organizacional" (Pajon, 2010).

Un tercer elemento según López son los sistemas, entendiéndolos según Mackensey como "todos los procedimientos y procesos necesarios para desarrollar la estrategia (sistemas de información, sistemas y procesos de producción, presupuestos, controles). Son también todos los procedimientos formales e informales que permiten que funcione una organización, deben estar alineados con la estrategia y constituir el soporte adecuado para su logro" (Waterman, Junio 1980.)

El cuarto elemento son las personas o mejor el talento humano de la organización y quienes dan el significado a este elemento son: Los valores que se contextualizan a partir de la cultura y el clima organizacional.

Claros los elementos según la publicación seriada "Gestión y administración" existen varios modelos de gestión que pueden ser tomados por las empresas como un referente para su adaptación y dentro de estos se pueden encontrar el modelo de gestión de Harper y Lynch,

"Que suele comenzar a desarrollarse a partir de un plan estratégico que lleva a cabo una previsión de todas las necesidades que presenta la gestión de una empresa, en el cual se desarrollan algunas actividades determinadas tales como el análisis de impuestos, las curvas profesionales, los planes de sucesión, la formación, el clima y motivación laboral".

Otro modelo es del de Werther y Davis el cual propone "Una supuesta dependencia entre las actividades que se encuentran relacionadas con los recursos humanos en una empresa y

que suelen ser agrupadas en cuatro categorías: Objetivos sociales, organizativos, funcionales y personales".

Un tercer modelo de visible adaptación en Colombia es el modelo de gestión de Adalberto Chiavenato quien plantea

El hecho de que los principales procesos correspondientes a la gestión de una empresa se focalizan en seis vertientes: La admisión de personas que se encuentra relacionada directamente con la selección y posterior contratación de personal eficiente; en la aplicación de dichas personas (para que puedan ayudar en la compensación laboral mediante la evaluación y el análisis del desempeño; en el desarrollo de las actividades que se llevan a cabo incluyendo también el de las personas en sus áreas laborales; en la retención del personal utilizando en este caso los cursos de capacitación como medio para llevarla a cabo y en el monitoreo y control de todas aquellas personas mediante diferentes sistemas de información y bases de datos informáticos.

Otro modelo de gestión es el de Beer y sus colaboradores en donde se abarcan todas aquellas actividades que resultan determinantes en la gestión de los recursos humanos en cuatro campos diferentes, pero que poseen las mismas denominaciones en cuanto a las políticas correspondientes. En este modelo de gestión se explica detalladamente el hecho de que la participación de cada uno de los empleados es fundamental para poder llegar al alcance de los objetivos pertenecientes a la empresa.

Debe decirse además que los modelos de gestión poseen enfoques o mejor, intereses, por ejemplo sobre los procesos, los productos, la gestión administrativa, la gestión ambiental, entre otros, dentro de los que por supuesto se encuentra la gestión médica.

Modelos de Gestión de la Calidad basados en Procesos. Un modelo de gestión de la calidad basado en procesos es definido por Arcelay Salazar (Salazar A, 2011) como una forma de organizar cada actividad productiva de acuerdo a un objetivo o intención y así mismo ésta organización está fundamentada en unas políticas o normas que limitan sus prácticas.

Se le denomina que es por procesos porque existe una jerarquía de actividades donde quien las planea y ejecuta, las caracteriza y las gestiona de tal manera que se genere el menor porcentaje de pérdida de materia prima, de tiempo y de actividades.

En este sentido los modelos de gestión de la calidad no son únicos, es decir, cada empresa debe diseñar su modelo según sus potencialidades, necesidades y las políticas que lo rigen, sin embargo, según Arcelay Salazar, propone que para la formulación de un Modelo de Gestión de la Calidad una empresa debe tener al menos los siguientes elementos:

É Metodología clara para el levantamiento de procesos, subprocesos, estrategias y tácticas.

É Objetivo claro para cada proceso.

É Políticas concisas y coherentes las cuales incluyen también las bases de una norma de calidad que en el caso de esta investigación es la ISO 9001:2008.

É Manual que detalle cada proceso y subproceso que se desee certificar con calidad.

É Estrategia de comunicación y de educación.

É Documentos que soporten cada proceso.

É Proyección en el tiempo y en el espacio.

Fundamentaciones acerca de los Tipos de Procesos. Frederick Taylor y Henry Fayol hicieron grandes aportes al tema de la calidad, Taylor mediante sus teorías mejora la operación por medio del análisis de las actividades realizadas y Henry Fayol enfatizó su estrategia hacia las personas, sin embargo, fue hasta mediados de los años setenta en Estados Unidos que se inició el auge de los procesos jerárquicos como una forma óptima de gestionar las actividades necesarias para la producción y de servicio.

Al respecto Javier Miranda exponen cuatro tipos de procesos:

É Estratégicos

É Misionales

É De Apoyo

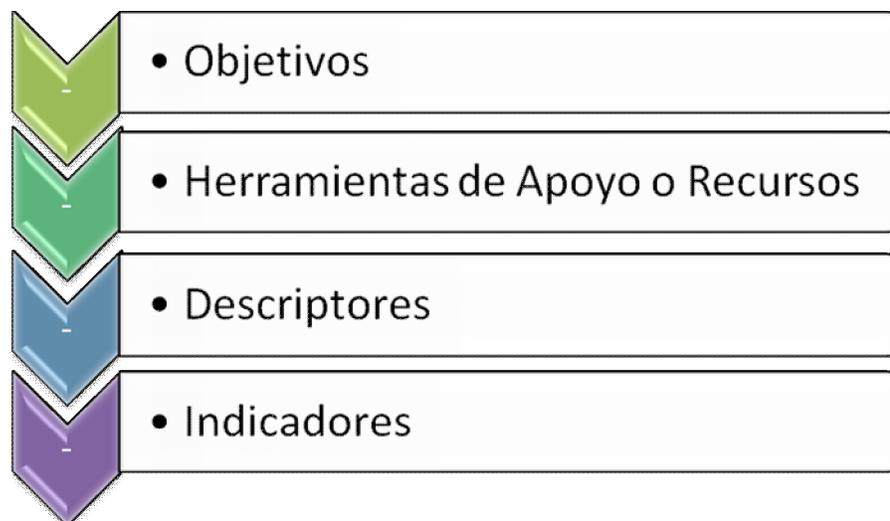
É Tácticos

Los procesos estratégicos pueden ser entendidos como aquellos que generan las directrices de un macro proceso y de los cuales dependen otros procesos de importancia relativa, son procesos determinantes y neurálgicos que sientan presencia a lo largo de todo el proceso de producción o de servicio, mientras que los procesos misionales son los que propenden por apoyar y buscar la misión del negocio.

Los procesos de apoyo son aquellos que generan un soporte a los procesos estratégicos y misionales y finalmente los procesos tácticos son los que se gestionan con el objetivo de facilitar los procesos estratégicos.

Cada proceso incluye dentro de sí subprocesos o actividades que son necesarias para cumplir un objetivo concreto, es por ello que autores tales como Julián Mosquera han desarrollado un esquema que explica cuáles son los elementos básicos de un proceso, y éste se detalla a continuación:

Esquema 1. Elementos de un Proceso



Fuente: Mosquera (2011).

De acuerdo a Mosquera, los procesos incluyen actividades que obedecen a políticas concretas de una organización, además de un objetivo que se ciñe a estas, unas herramientas de apoyo que son también conocidos como recursos físicos, financieros y humanos. (Echeverri, 2011) (Lopez, 2010)

Los descriptores o formas explícitas de gestionarse son un conjunto de elementos que incluyen las instrucciones detalladas de su gestión y finalmente unos indicadores que certifiquen la calidad.

Se sabe además según Luisa Machado López que

los procesos productivos por su parte pueden clasificarse de distintas formas según el tipo de transformación que intentan, y pueden ser: Técnicos (modifican las propiedades intrínsecas de las cosas), de modo (modificaciones de selección, forma o modo de disposición de las cosas), de lugar (desplazamiento de las cosas en el espacio) o de tiempo (conservación en el tiempo) (Lopez, 2010).

Según Machado López, es necesario generar procesos altamente eficientes, y para ello deben ser caracterizados de una forma detallada, permitiendo así que el capital humano de la empresa no solo los conozca, sino que los interiorice. (Lopez, 2010)

En este sentido, se propone que la caracterización procesal defina las entradas y las salidas, el rol de quien los gesta, las actividades que deben ser desarrolladas y sobre todo, los indicadores de control que le aplican, sumado a los recursos que requiere para su ejecución.

En esta línea y con el fin de fundamentar un modelo de gestión médica altamente eficaz, es vital abordar la **teoría de los procesos**. Al respecto, los procesos empresariales o institucionales como es el caso de la IPS Sura, sea cual sea su enfoque o área de la organización, deben tener una estructura definida y así mismo deben obedecer a una necesidad específica en el desarrollo de los productos o servicios por parte de una institución.

En esta teorización, el estudio se enfoca en la instrucción más que en la definición de los procesos, puesto que la idea fundamental de la investigación es lograr darle soporte teórico y funcional al Modelo de atención a urgencias de la IPS Sura.

Es preciso decir que teórica y prácticamente, es pertinente comenzar con la agrupación de los procedimientos teniendo en cuenta que las tareas de los mismos tienen aspectos de gestión común. Esto podrá ser realizado por una persona o por un equipo.

En este paso, se deben establecer los siguientes elementos: definición de los procesos, descripción detallada del proceso actual, un análisis de las variables que intervienen, los actores directos e indirectos, los indicadores de logro, un análisis detallado de errores frecuentes y significativos en el proceso y finalmente se debe establecer un óidealö para el proceso, lo cual dará paso al diseño de una estrategia o al menos una propuesta de la misma. Lo anterior se define como levantamiento de procesos.

Quien formule o levante el proceso desarrollará el mapa del mismo teniendo en cuenta las siguientes directrices:

- Procedimientos anteriores al diseño del manual de procedimientos.
- Agrupación de las tareas en cuatro grandes bloques: tareas de planificación (P), tareas de implantación (D), tareas de chequeo y verificación (C) y tareas donde se deciden las mejoras (A)
- Definir las entradas y las salidas del proceso. Se recomienda identificar los procesos clientes y los procesos proveedores.
- Posteriormente, se deben establecer indicadores, entendiendo que ölo que no se mide no se puede controlar, y lo que no se controla no se puede gestionarö (UHM, 2007), por lo tanto los indicadores son fundamentales para: Poder interpretar lo que está ocurriendo, tomar medidas cuando las variables se salen de los límites establecidos, definir la necesidad de introducir un cambio y poder evaluar sus consecuencias y planificar actividades para dar respuesta a nuevas necesidades.

Una vez definidos los indicadores, estos se llevan a un panel para su gestión por el equipo del proceso, donde la primera labor a realizar con los indicadores, consiste en concretar los objetivos de cada uno de ellos, de modo que estos sean coherentes con los Objetivos Básicos del Proceso y del manual de procedimientos y garanticen su cumplimiento (UHM, 2007).

Posteriormente, llega la fase de implantación, la cual puede prolongarse en el tiempo, por lo que es necesario desarrollar un plan concreto con la definición de responsables, plazos para cada una de las actividades.

La fase del diseño o rediseño termina con la presentación del nuevo proceso, los indicadores seleccionados, los objetivos planteados para los mismos y el Plan de Implantación para su aprobación. (UHM, 2007).

Se debe tener en cuenta además que antes de implantar el nuevo proceso es necesario reflexionar acerca de las posibles resistencias al cambio y las posibles contramedidas a adoptar de entre las que se pueden citar las siguientes:

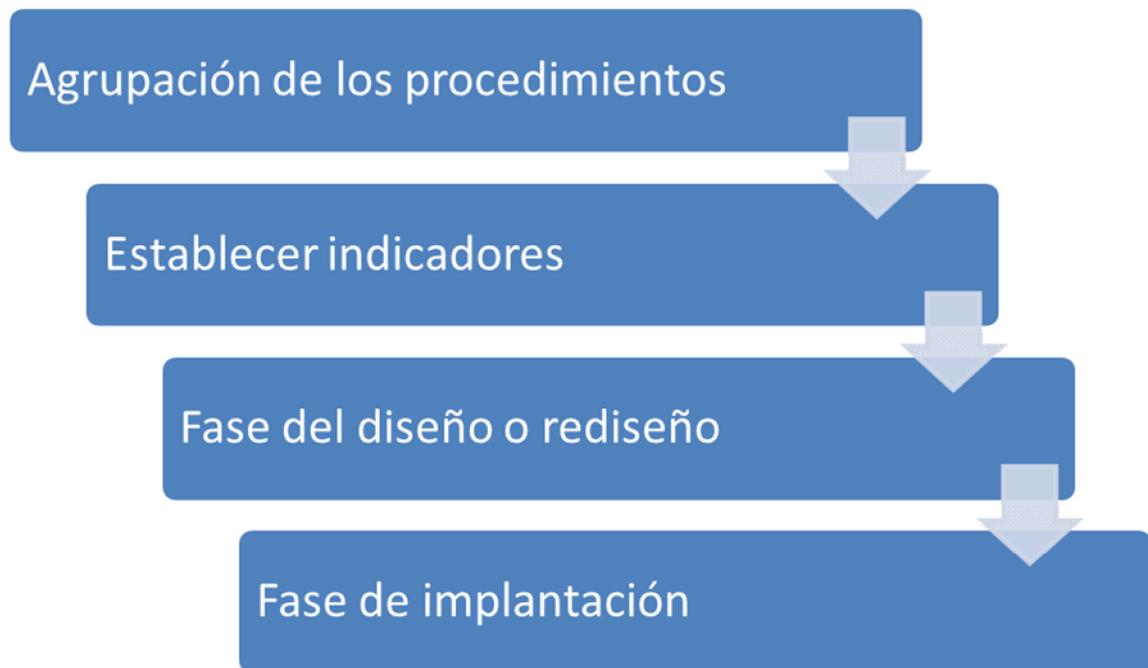
- Comunicar y hacer partícipes a las personas que se verán implicadas en la puesta en práctica del nuevo proceso.
- Dar la formación y adiestramiento necesarios.
- Escoger el momento adecuado.
- Desarrollar una implantación progresiva, procurando iniciar esta con las personas más receptivas y con las de más prestigio entre los compañeros.

Previamente a su implantación, se introducirán en los sistemas habituales de la empresa los cambios relacionados con la puesta en marcha del nuevo proceso, al objeto de consolidar la nueva estructura y evitar contradicciones internas (UHM, 2007).

Lo anterior conduce a pensar en que el establecimiento adecuado de los procesos no solo da una idea clara de su funcionalidad dentro de las organizaciones, sino que además va ligado a la gestión de la calidad de la misma; lo cual hace necesario teorizar acerca de este aspecto.

En síntesis, el siguiente esquema establece los elementos de la teoría de procesos.

Elementos teoría de procesos



Fuente: Largo y Estrada. (Noviembre de 2011).

Ahora, como bien establece la teoría de los procesos, es importante conocer los **fundamentos acerca de indicadores de gestión**. En términos generales, un indicador

es la medida cuantitativa o la observación cualitativa que permite identificar cambios en el tiempo y cuyo propósito es determinar qué tan bien está funcionando un sistema, dando la voz de alerta sobre la existencia de un problema y permitiendo tomar medidas para solucionarlo, una vez se tenga claridad sobre las causas que lo generaron. (Escuela de Administración, 2010)

Los indicadores se convierten en uno de los elementos centrales de un sistema de referenciación, ya que permiten, dada su naturaleza, la comparación al interior de la organización (referenciación interna) o al exterior de la misma (referenciación externa colectiva).

Sin embargo, para que un indicador cumpla este objetivo de manera efectiva, debe poseer, entre otras, las siguientes características:

- Relevante: debe ser importante o clave para los propósitos que se buscan.
- Entendible: no debe dar lugar a ambigüedades o malinterpretaciones que puedan desvirtuar su análisis.
- Basado en información confiable: la precisión del indicador debe ser suficiente para tomar la decisión adecuada.
- Transparente/verificable: su cálculo debe estar adecuadamente soportado y ser documentado para su seguimiento y trazabilidad.
- Basado en información específica con relación al lugar y el tiempo: debe ser asociado a hechos reales que faciliten su análisis.

Los indicadores ambientales pueden ser clasificados en tres grandes grupos:

- Indicadores de operación o de desempeño: miden la eficiencia y el desempeño ambiental de las operaciones o procesos dentro de la organización.
- Indicadores de gestión: miden los esfuerzos de la gerencia para influenciar el desempeño ambiental de la organización.
- Indicadores de condición ambiental: proporcionan información acerca de las condiciones del ambiente en el ámbito local, regional o global.

De manera específica los indicadores ambientales obtenidos por una institución en un período de tiempo determinado pueden servir para:

- Medir el desempeño ambiental alcanzado.
- Definir acciones correctivas que mejoren el desempeño ambiental, tales como innovaciones de proceso e implementación de estrategias de gestión.

- Priorizar las acciones de forma tal que los beneficios esperados se puedan lograr más rápidamente.
- Reportar el desempeño ambiental a las instancias adecuadas: nivel administrativo (interno), nivel legal (externo).
- Demostrar las mejoras en el desempeño ambiental ante los clientes, accionistas y autoridades ambientales respectivas.
- Compararse con otras empresas, ya sea en tamaño y condiciones similares.
- Aumentar la conciencia ambiental interna y de los proveedores, clientes, entre otros.

En resumen, los indicadores sintetizan gran parte de la información ambiental de una organización mediante un número limitado de puntos de referencia. Por lo tanto, permiten asegurar una evaluación rápida del mejoramiento de la institución como también visualizar sus puntos débiles.

El trabajo con indicadores conlleva varios pasos: diseño de los indicadores, establecimiento de procedimientos para su monitoreo y el seguimiento periódico para establecer resultados en términos de mejoramiento (SIRAC, 2011).

En el caso de un modelo de gestión clínica, que debe entenderse como bien la define Estrada y Largo (2010): como la forma de ordenar o la toma de decisiones relativas al tamaño y composición de los activos, pasivos, patrimonio, rentas y gastos al nivel y estructura de la financiación y a la política de la entidad, ligado a su razón de ser: la calidad en la prestación del servicio de salud, de ahí que el modelo debe ser materializado en documentos de fácil comprensión que contenga información y ejemplos de formularios, autorizaciones o documentos necesarios, máquinas o equipo de oficina a utilizar y cualquier otro dato que pueda auxiliar al correcto desarrollo de las actividades dentro de la organización, además de la información básica referente al funcionamiento de todas las unidades administrativas, lo cual facilita las labores de auditoría, la evaluación y control

interno y su vigilancia, sumado obviamente a los indicadores que permitan la obtención de la calidad.

La composición de dicho Modelo - que se traduce en un documento-, está dada por los siguientes elementos:

- Identificación del documento.
- Tabla de contenido.
- Objetivo del modelo.
- Descripción del contenido del modelo.
- Organigrama del departamento al cual se le ha diseñado el modelo manual.
- Levantamiento y descripción de los procesos.
- Esquema de los procesos.
- Perfil del recurso humano.
- Funciones del recurso humano.
- Descripción de las relaciones entre el recurso humano y los diferentes procesos y departamentos.
- Documentación y herramientas de control.
- Indicadores de calidad procesal.
- Anexos.

Más específicamente **el modelo de gestión médica**, éste debe concentrarse en prever, planear, organizar, integrar, dirigir y controlar los recursos de la empresa, y se divide en tres áreas: decisiones de intervención de los procesos, decisiones de inversión para el cumplimiento de la ley y decisiones de políticas institucionales. (Cadena, 2011).

En este caso, es fundamental para esta investigación citar a Alicia Piragua, quien afirma que es imposible generalizar procesos empresariales, ya que cada realidad corporativa es distinta y ésta es la que permite diseñar modelos funcionales.

Ante esta afirmación, es necesario al menos conceptualizar acerca de la gestión médica que actualmente realiza la Compañía Suramericana de Servicios de Salud, quien el 31 de enero de 1990 nació como SUSALUD, como una empresa de Medicina Prepagada. Más adelante, el 16 de marzo de 1995 recibió su aprobación como Entidad Promotora de Salud (EPS) y comenzó su participación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, a raíz del surgimiento de la Ley 100 de 1993. A partir de 2009 Susalud cambia de marca y se convierte en EPS SURA.

EPS SURA como Entidad Promotora de Salud ofrece los servicios de POS y Planes Complementarios de Salud y es a través de la Compañía de Servicio de Salud IPS Suramericana S.A., la EPS cuenta con divisiones asistenciales para apoyar su gestión con entidades como: IPS Punto de Salud, Dinámica IPS, Salud en Casa, Punto de Vista y Consultoría en riesgos profesionales. (EPS SURA, 2013)

Respecto a la gestión médica que se genera desde la EPS Sura, es pertinente afirmar que se entiende desde el carácter institucional, que existe un proceso de auditoría a dicha gestión, y ésta se define como un componente de mejoramiento continuo basado en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

Al respecto de este entendimiento, Cuellar Et all (2010) afirma que una auditoría médica implica, se incluyen en la categoría de métodos de evaluación de problemas de calidad, entendido el concepto de problema de calidad como un resultado de calidad deseable que no se consigue o un resultado no deseable que se presenta durante la prestación de los servicios y que está relacionado con la atención precedente (Cuellar, 2010)

Es con base en este hecho, que Sura, a partir de del cumplimiento de la base legal que rige su actividad, incluye dentro de sus esfuerzos de mejoramiento de la calidad, la práctica de auditorías médicas, entendiéndolas como un componente de mejoramiento continuo que implica:

ÉQue su accionar se orienta a la obtención de resultados centrados en el cliente.

ÉQue aun cuando en una proporción importante de las situaciones se evalúen procesos de atención, dicha evaluación estará orientada a buscar la mejora de los resultados con los cuales está correlacionado el proceso. Si no hay correlación entre los procesos evaluados y el resultado de calidad, no tiene sentido la auditoría, tal como explica Donabedian. (2001), en donde afirma que

Que sus evaluaciones no se enfocan hacia las unidades administrativas particulares, sino que entiende el proceso de atención como un continuo clínico-administrativo que atraviesa toda la organización, examinando tanto el desempeño de la repartición clínica o administrativa como la forma en la cual interactúa con las otras unidades para la prestación del servicio con calidad Que se basa en la evidencia, tanto en la medida en que examina si los resultados que busca o consigue sean relevantes y prioritarios, así como en la que determina que los métodos que utiliza son válidos, confiables y probados, lo cual implica revisión tanto de la literatura científica nacional e internacional relevante y pertinente, así como de otras experiencias similares Que los recursos que la organización en particular y el sistema general destine a ella deben generar retorno, ojalá medible en términos de contención de costos de no calidad y en todo caso, por lo menos en términos de mejora del comportamiento de indicadores válidos y confiables (basados en la evidencia). (Donabedian, 2001)

Cabe decir entonces, que tal como afirma Soto (2010) con base en (Ministerio de la Protección Social, 2007),

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud es un proceso técnico, que va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares óptimo, a través del cual la organización o el profesional pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia clínica y administrativa), mejorar el

impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención, de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad), pero también buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización).

Es prudente decir además, que no toda evaluación es útil, y en caso de aceptar la ejecución de una auditoría médica positiva, ésta debe apuntar a problemas importantes, y a su vez, debe aplicar métodos que maximicen la relación entre esfuerzos y resultados (costo-efectividad).

Es importante para esta investigación en el caso de Sura, saber que no es tan importante describir lo que se está haciendo, es realmente importante describir cuáles han sido los resultados en la mejora de la salud de los pacientes y la población, en la mejora en la eficiencia clínica y administrativa y en la satisfacción real de los pacientes/clientes, así como en la contención de costos de no calidad, un aspecto que será tenido en cuenta en el diagnóstico inicial generado para este estudio, en donde también es importante adaptar los elementos conceptuales respecto a la auditoría médica expuestos por autores como Soto (2011), quien afirma con relación al Ministerio de la Protección Social, que

É En la auditoría se deben trabajar los procesos que sean prioritarios y que generen procesos de mejoramiento en áreas costo-efectivas.

É Debe combinar técnicas de auditoría (evaluación y mejoramiento de problemas de calidad) con el despliegue de comités, evaluando a su vez la efectividad de estos y promoviendo su mejoramiento continuo.

É Aunque la auditoría en salud no constituye investigación clínica, sí comparte con esta la necesidad de utilizar metodologías correctamente diseñadas y probadas, y por lo tanto incorpora los elementos del método científico que aplican a la resolución de estas necesidades de la metodología.

É En consecuencia, deben emplear instrumentos adecuados al problema al cual apunte la auditoría, preferiblemente utilizando aquellos ya validados y de probada efectividad.

É Debe garantizar el cumplimiento del principio de la evaluación por pares, con la adecuada delegación de procesos de evaluación que no afecten la validez y

con fiabilidad del análisis en el caso de la aplicación de instrumentos de tamizaje. (Soto, 2011) basado en (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Ahora, con base en el marco legal que rige la implementación de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, es básico tener en cuenta que se debe evaluar en términos del impacto y el retorno tangible y medible que genere, y para que esto suceda, es necesario entender cuáles son los **procesos de auditoría según los tipos de entidad**.

En el marco del Decreto 1011 de 2006 en su artículo 35, el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades, de ahí que en Colombia, desde el marco teórico y legal del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, se consideran tres categorías de procesos prioritarios alrededor de los cuales se desarrollan los diferentes niveles y acciones del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en una entidad:

En primer lugar, se reconocen como procesos prioritarios aquellos definidos por la norma.

En segundo lugar, aquellos que tengan que ver con los problemas en calidad que impacten de manera importante la salud de la población, la adecuación de la utilización de los recursos o la satisfacción del usuario.

En tercer lugar, aquellos que las organizaciones establezcan como fundamentales para el logro de la calidad deseada en la prestación de los servicios para sus usuarios. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

Estos conceptos se concretan en la formulación del marco de estándares que define la calidad observada, contra la cual se desarrollarán las actividades de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Ahora, tal como lo requiere la regulación colombiana, los Prestadores de Servicios de Salud deberán incluir en su programa de auditoría mecanismos para evaluar la satisfacción del cliente, proceso que es prioritario en el marco del Sistema, y mecanismos para abordar efectivamente los principales problemas de calidad de la organización (procesos priorizados), de manera que se garanticen los resultados esperados en la prestación de los

servicios. (Ministerio de la Protección Social, 2007), pero para gestar esta evaluación, se hace necesario entender los diferentes mecanismos para su desarrollo, y es Echeverry (2012) quien con base en la regulación colombiana, afirma que el principal y primer mecanismo de evaluación de las entidades prestadoras de salud, es la vigilancia constante de los eventos.

Al respecto, teórica y prácticamente Echeverry (2012) demostró la importancia de vigilar eventos adversos en los servicios, cuyos resultados impacten a la Calidad de la institución, dado que éstos trazan y ayudan a identificar riesgos en la atención del paciente; de ahí que la vigilancia debe enfocarse en identificar los riesgos inherentes al paciente o su enfermedad, para que se puedan diferenciar de los riesgos generados por la atención médica, atención del personal paramédico o de la institución.

La vigilancia de eventos adversos y su análisis causal, está dado por la resolución 1446 de 2006, la misma que propone como meta (definición de la calidad esperada), realizar un análisis exhaustivo de sus resultados para determinar las causas que afectan su logro e implementar un plan de mejoramiento coherente y consistente con los hallazgos para disminuir la brecha entre la situación actual (calidad observada) y la calidad esperada.

Cabe anotar, que Echeverry (2012) afirma que es importante recordar que si no se divulgan ampliamente los resultados y se implementan acciones correctivas, la medición no tendrá ningún éxito, además propone que

En su evaluación, es de gran importancia no conformarse con obtener un dato, de esto se puede generar infinidad de información, cómo influyó el manejo en primer lugar. Los factores de riesgo asociados al paciente o los inherentes a la institución nos pueden llevar a emitir conceptos valorativos de inmensa importancia que alimentan a todo el sistema de garantía de la calidad en salud. (Echeverry, 2012)

Es entonces que la constante vigilancia conlleva a la generación de una auditoría médica, la misma que según Fonseca Et Al (2009), debe responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué atención brindamos?

2. ¿Hicimos lo que proyectamos hacer?
3. ¿Qué deberíamos haber hecho?
4. ¿Hacemos lo que debemos hacer?
5. ¿Podemos mejorar lo que hacemos? (Fonseca Lazcano, 2009)

Según esta propuesta de Fonseca Et Al, bien se puede decir que la misión institucional de la auditoría médica es garantizar la habilidad técnica de los profesionales, el empleo eficiente de los recursos y lograr la satisfacción de las demandas y expectativas de los pacientes y familiares, de ahí que abarca diferentes aspectos del quehacer médico: asistencial, administrativo, financiero, ético, docente y de investigación. Se trata de un buen mecanismo de retroalimentación para garantizar calidad, es así que en consecuencia, el ciclo de auditoría médica debe comprender tres niveles: fijar estándares, medir el desempeño (comparar prácticas con normas) e instrumentar cambios.

Es basado en estos tres pasos que el proceso de auditar varía, casi tanto como autores existen; sin embargo, para influir en la calidad, en primer término deben establecerse guías de acción o protocolos, evaluar constantemente si se cumplen como se había planeado y hacer encuestas frecuentes entre los usuarios del servicio. (Fonseca Lazcano, 2009)

Teniendo en cuenta esta multiplicidad de versiones que existen en cuanto a las auditorías médicas, esta investigación se concentrará en la propuesta por Osorio Et Al (2002), quien propone que el programa de auditoría debe materializarse y definirse en documentos por escrito, incluyendo por lo menos los siguientes puntos:

- a. Planificación: objetivos debidamente definidos y alcances de la auditoría.
- b. Examen y evaluación de la información: captura e interpretación de datos.
- c. Presentación de resultados: produce conclusiones y recomendaciones.
- d. Fase de seguimiento: se determina si las acciones correctas se aplican o no, y si éstas alcanzan los objetivos deseados.

Una auditoría debidamente realizada debe arrojar los siguientes datos:

- a. Conocimiento de errores cometidos y sus causas.
- b. Prontitud de acción y reacción.
- c. Conciencia informada por parte del personal de salud de los resultados de su trabajo.
- d. Estado de registros, como notas e historias clínicas, con miras a perfeccionarlos.
- e. Herramienta de educación.
- f. Información administrativa a directivos del hospital. (Osorio SG, 2002)

Es entonces que con base en estos elementos conceptuales, sumado al contenido adquirido a lo largo de la Especialización, esta investigación se concentrará en el desarrollo de una auditoría de corte médico, enfocado únicamente en los conceptos de funcionalidad, eficacia y eficiencia de un modelo de las IPS de urgencias de servicios de salud.

6. METODOLOGÍA

Se propone una investigación de corte cualitativo, que consiste en el análisis de variables o datos cualitativos, además se ha optado por desarrollar una investigación intervencionista, la cual consiste hallar y caracterizar un problema e intentar, a partir de los fundamentos teóricos, formular una posible solución.

Se desarrolló una investigación exploratoria y descriptiva, en especial por el interés de caracterizar los procesos y detallarlos de una manera funcional para la IPS Sura; además de un método inductivo.

Al tener un enfoque sin intervención, el propósito de la investigación se enmarca en generar caracterizaciones de procesos.

La investigación se enmarca en la ciudad de Medellín, incluyendo las dinámicas de las clínicas que hacen parte de la IPS Sura.

La fuente primaria de información la ha dado el Dr. German Saavedra Ovalle

Respecto a los instrumentos de consulta, se implementó la ficha de seguimiento de procesos, dentro de los cuales se establecen las bases de datos emanadas de la IPS Sura, en donde se ubica información tal como: auditorías periódicas, flujos, indicadores de usuarios, tiempos de espera, entre otros suministrados por la IPS Sura.

En términos prácticos, el objetivo de conceptualizar acerca acerca de los diferentes modelos de auditoría médica, se hizo mediante la consulta de bases de datos como DIALNET y Scopus, donde diariamente se actualizan los datos respecto a temas de interés, además de las publicaciones del Ministerio de la Protección Social a partir del año 2006 y hasta la fecha.

Ahora, con respecto a la guía metodológica, para el logro de los objetivos específicos se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

La conceptualización a partir de bases de datos académicas, la verificación de los informes de auditoría de la IPS Sura desde el año 2011 a 2013, la definición teórico práctica de los modelos de auditoría ligados con las bases conceptuales que dan paso a la investigación, además de la generación de un análisis híbrido con base en lo expuesto por el Ministerio de la Protección Social en el Régimen de calidad de la salud en sus actualización en 2006, 2010 y 2013.

En este sentido, se tomó como base para el diseño del instrumento de consulta, el modelo de auditoría observacional comparativa, en donde se acudió a la identificación de la realidad emanada de consultadas directas con los implicados en los procesos de atención en urgencias de la IPS Sura, haciendo un Pareto con los indicadores de desempeño, flujo y satisfacción de usuarios, entre otros.

En total se aplicaron un aproximado de 18 observaciones al modelo, evidenciando directamente su eficacia y pertinencia en las clínicas que hacen parte de la IPS Sura, estableciendo factores de incidencia, tales como desempeño del modelo en horas pico y en días específicos (sábados vs miércoles).

La investigación se dio desde el mes de septiembre (1) de 2013 a noviembre (12) del mismo año en la ciudad de Medellín.

7. DESCRIPCIÓN DEL MODELO

7.1 DESCRIPCIÓN DE LA IPS

El 31 de enero de 1990 nació la Compañía Suramericana de Servicios de Salud, SUSALUD, como una empresa de Medicina Prepagada. Más adelante, el 16 de marzo de 1995 recibió su aprobación como Entidad Promotora de Salud (EPS) y comenzó su participación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, a raíz del surgimiento de la Ley 100 de 1993. A partir de 2009 Susalud cambia de marca y se convierte en EPS SURA.

EPS SURA como Entidad Promotora de Salud ofrece los servicios de POS y Planes Complementarios de Salud.

A través de la Compañía de Servicio de Salud IPS Suramericana S.A., la EPS cuenta con divisiones asistenciales para apoyar su gestión con entidades como: IPS Punto de Salud, Dinámica IPS, Salud en Casa, Punto de Vista y Consultoría en riesgos profesionales.

7.2 ANTECEDENTES DEL MODELO. INFORMACIÓN BÁSICA DE LA AUDITORIA PERIODICA

Fecha de Auditoria:	Trimestre 2 Julio 30-2012
Proceso Auditado:	Auditoria de Urgencias
IPS:	Urgencias IPS SURA
Director IPS:	Dr. Germán Saavedra, Dr. Hernán Roldan, Dr. Milena Piña
Objetivo de la Auditoria:	Evaluar el proceso de urgencias teniendo en cuenta los parámetros definidos en la caracterización del proceso de auditoría, los modelos de atención, y los indicadores propuestos.
Observaciones:	<p>Debido a los resultados SI debe presentar PM.</p> <p>La información y evidencia de todos los puntos evaluados en la auditoria fue enviada en sus respectivos meses de acuerdo a los acuerdos de servicio pactados, y es en estos informes donde se tiene la mayor cantidad de información para los análisis de causalidad y la realización de las acciones de mejora y los planes de mejoramiento.</p>

	Este informe constituye un resumen de los resultados de auditoria ya enviados.
Calificación:	<p style="text-align: center;">INDEA HC: 72 %, TRIAGE:95%</p> <p style="text-align: center;">CORDOBA HC: 81%, TRIAGE: 92%</p> <p style="text-align: center;">MOLINOS 87 %, TRIAGE: 93%</p>
1. HALLAZGOS DE LA AUDITORIA	
Resultados Principales de la Auditoria y Aspectos Puntuales a intervenir:	
<p><u>Indicadores del servicio:</u></p> <p>El plan de mejoramiento debe incluir los indicadores que estén por debajo de la meta en su promedio del trimestre. A partir de la fecha de su publicación.</p> <p>MOLINOS:</p> <p>Detallado por mes:</p>	

Abril	Continuidad	85,59
	Triage	86,50
Mayo	Continuidad	86,18
	Triage	92,50
Junio	Continuidad	91,39
	Triage	100,00
Promedio trimestre	Continuidad	87,70
	Triage	93,00

CORDOBA:

Detallado por mes:

Abril	Continuidad	90,05
	Triage	90,00

Mayo	Continuidad	88,00
	Triage	88,75
Junio	Continuidad	64,12
	Triage	98,33
Promedio trimestre	Continuidad	80,70
	Triage	92,30

INDEA:

Detallado por mes:

Abril	Continuidad	83,54
	Triage	94,00
Mayo	Continuidad	71,61
	Triage	91,00

Junio	Continuidad	60,00
	Triage	100,00
Promedio trimestre	Continuidad	71,70
	Triage	95,00

Triage:

El 100% de los usuarios se les realizo triage.

Los resultados obtenidos en la pertinencia del triage presentan en este trimestre un descenso.

Se evidencian algunas fallas en conceptos y no adherencia a la guía que están descritos en el informe detallado y de los cuales algunos casos se han reportado en forma inmediata vía correo electrónico

Continuidad en la atención:

En este ítem quiero resaltar con preocupación el importante descenso en la calidad de la historia clínica donde se evidencian unas fallas importantes en los interrogatorios los cuales se encuentran muy incompletos, así como deficiencias importantes en las descripciones de los exámenes físicos también en forma muy incompletos

Considero que el punto anterior es el de mayor impacto en los pobres resultados de la auditoria y es donde se deben realizar los mayores

esfuerzos para el mejoramiento

Un aspecto que se debe continuar trabajando ya que continua muy deficiente es la realización de opiniones y la conceptualización de la historia clínica.

Continuamos con ayudas que no se están interpretando y donde únicamente se transcribe el resultado.

Se evidencia algunos casos de hospitalización donde no quedan claros cuales fueron los criterios para esta y casos en los que era evidente la evitabilidad de la hospitalización. Evidenciándose varios casos en los que los estudios que requería el paciente se podían realizar en forma ambulatoria desde su IPS Básica.

Estamos dejando poca evidencia de las instrucciones sobre signos y síntomas de alarma dados a los pacientes.

Es importante con el ingreso de médicos nuevos dejarles claro la responsabilidad en las remisiones y que quien tiene la última decisión es el médico del servicio y no el médico de la LP, teniendo en cuenta la validez de su apoyo y sus sugerencias.

Se evidencia una mejoría importante en el tema de entrega de turnos, con notas medicas de recibo de paciente, aunque persisten falencias en la calidad de las mismas.

Estancia en los servicios de urgencias y reflejo de la gestión clínica durante el tiempo de observación en el servicio :

El promedio de estancia de los pacientes evaluados es:

Molinos: 6,6 horas

Córdoba: 5,7 horas

INDEA: 5,3 horas,

Se evidencia un aumento de los tiempos de estancia en todos los servicios, y una de las principales razones son LP/ Red, pero también se evidencia falta de gestión en el servicio.

Seguridad:

No se detectan eventos en la muestra auditada

Observaciones: Debe presentar Plan de mejoramiento acorde con la metodología definida y en la periodicidad establecida.

Basado en esta situación, para el año 2013 se comienza una labor consistente en el redireccionamiento del recurso humano, a fin de superar dificultades relacionadas con la atención, la categorización de los usuarios y la optimización de los tiempos en estancia en todos los servicios, lo que impactaría directamente en el diligenciamiento de las historias clínicas y en la atención asertiva.

Fue entonces que durante el primer semestre de 2013, se comenzó un diagnóstico vivencial, en el que se concluyeron necesidades específicas vinculadas con la categorización de los pacientes y con la agilización del servicio de urgencias, a partir de un modelo basado en nuevos roles.

En este primer semestre no se generó formalmente ningún tipo de descripción del modelo, más si se empezaron a generar cambios vinculados con la plataforma, el análisis de desempeños, análisis de tiempos y de calidad de atención, sin embargo al no contar con un modelo estructurado y bien definido, se generó una nueva auditoría, obteniéndose los siguientes resultados:

7.3 ANTECEDENTES DEL MODELO INFORMACIÓN BASICA DE LA AUDITORIA PERIODICA	
Fecha de Auditoria:	Trimestre 1 2013
Proceso Auditado:	Auditoria de Urgencias
IPS:	Urgencias IPS SURA
Director IPS:	Dr. Germán Saavedra, Dr. Hernán Roldan, Dr. Javier Diaz
Objetivo de la Auditoria:	Evaluar el proceso de urgencias teniendo en cuenta los parámetros definidos en la caracterización del proceso de auditoría, los modelos de atención, y los indicadores propuestos.
Observaciones:	<p>Debido a los resultados SI debe presentar PM. Por los resultados en los indicadores del servicio.</p> <p>La información y evidencia de todos los puntos evaluados en la auditoria fue enviada en sus respectivos meses de acuerdo a los acuerdos de servicio pactados, y es en estos</p>

	<p>informes donde se tiene la mayor cantidad de información para los análisis de causalidad y la realización de las acciones de mejora y los planes de mejoramiento.</p> <p>Este informe constituye un resumen de los resultados de auditoria ya enviados.</p>
<p>Calificación:</p>	<p style="text-align: center;">INDEA HC:90.6 %, TRIAGE:91.4 % Total 80/20: 90.8</p> <p style="text-align: center;">CORDOBA HC: 94%, TRIAGE: 85.7%. Total 80/20: 91.5</p> <p style="text-align: center;">MOLINOS: 88.5 %, TRIAGE: 85.7 %. Total 80/20 88.1</p> <p style="text-align: center;">General Regional Antioquia: HC 90.3%, Triage: 88.1% Total 80/20: 89.7</p>
<p>1. HALLAZGOS DE LA AUDITORIA</p>	
<p>Resultados Principales de la Auditoria y Aspectos Puntuales a intervenir:</p>	
<p><u>Indicadores del servicio:</u></p> <p>El plan de mejoramiento debe incluir los indicadores que estén por debajo de la meta en su promedio del trimestre. A partir de la fecha de su publicación.</p> <p><u>Triage:</u></p>	

El 100% de los usuarios se les realizó triage.

Continúa como hallazgo reiterativo en la implementación de la escala de Morse deficiente cuando el triage es realizado por personal médico y aunque falta una evaluación más detallada en la fase posterior se está evidenciando que en el momento de la observación del paciente no hay conductas específicas con los pacientes de alto riesgo de caído.

Se evidencian algunas discordancias entre los SV del triage y la HC que no son explicables en el contexto del paciente. Se insiste en la importancia de una toma verídica de todos los SV tanto al momento del triage como durante la atención del paciente.

Se evidencian algunas fallas en conceptos y no adherencia a la guía que están descritos en el informe detallado.

Se evidencia mejoría importante en la inclusión de escala del dolor.

Si bien en signos vitales en términos generales son completos es importante reforzar para que se incluya la temperatura que es el signo que más se omite.

Recordar en triage 4 puntos básicos: Tiempo de evolución de los síntomas, descripción breve del motivo de consulta, escala del dolor y diligenciamiento completo de los SV.

Continuidad en la atención:

No se está evidenciando claramente la metodología de atención con la participación del médico de observación, y lo más importante es que no se evidencia la mejoría esperada en cuanto a segunda opinión, notas de observación completas, interpretación de ayudas, y

los más importante gestión adecuada con el paciente, incluso se han aumentado los tiempos de estancia en las IPS.

También como hallazgo reiterativo hay persistencia de fallas en la calidad de la anamnesis no se evidencia la aplicación de la nemotecnia OPQRST ni otra similar, lo que conlleva interrogatorios incompletos, de los cuales se deriva enfoques inadecuados y conductas no pertinentes.

Se omiten con frecuencia los antecedentes patológicos y las consultas previas del paciente por la misma patología tanto en su IPS básica como en el mismo servicio de Urgencias

Estancia en los servicios de urgencias y reflejo de la gestión clínica durante el tiempo de observación en el servicio :

El promedio de estancia de los pacientes evaluados es:

Molinos: 4.4 horas

Córdoba: 6.2 horas

INDEA: 4.3 horas,

Se evidencia aumento en los tiempos de estancia en todos los servicios.

Seguridad:

No se detectan EA en la muestra evaluada

Concurrencia:

Son reiterativos los hallazgos de infraestructura descritos durante el año pasado, en Auditoria se decide no hacer más mediciones con la herramienta propuesta ya que las acciones de mejora no dependen del servicio.

AUDITORIA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

Observaciones:

Debido a los resultados NO se debe presentar Plan de Mejoramiento.

La información y evidencia de todos los puntos evaluados en la auditoria fue enviada en sus respectivos meses de acuerdo a los acuerdos de servicio pactados, y es en estos informes donde se tiene la mayor cantidad de información para los análisis de causalidad y la realización de las acciones de mejora y los planes de mejoramiento.

Este informe constituye un resumen de los resultados de auditoria ya enviados.

7.4 DESCRIPCIÓN DEL MODELO

Con foco en la seguridad del paciente, mejoría de los indicadores del servicio tanto generales como individuales, así como articular y operar de una manera más eficiente los servicios de urgencias, con los roles que participan en cada proceso, se realizan unos ajustes e implementación de un modelo nuevo en la atención de urgencias propias.

Básicamente lo que se busca, con el establecimiento de este nuevo modelo, es:

- Impacto en la seguridad de los pacientes.
- Mejor resolución
- Mayor Pertinencia en lo relacionado al uso de las ayudas diagnósticas, enfoque y aplicación de guías, así como en la utilización de los insumos
- Mayor seguimiento y acompañamiento a los usuarios
- Mejor comunicación con familias y acompañantes
- Disminución en las estancias
- Mejor relacionamiento con la línea del prestador y Salud en Casa
- Mejoría general en el rendimiento médico y de auxiliares de enfermería.
- Mejor y mayor registro en las historias clínicas, con mejoría en los resultados de auditoría.
- Fortalecimiento del agendamiento interno del triage 3 en urgencias.
- Fortalecimiento de los roles de médicos móviles y en especial de médico líder de turno.
- Aumento de oportunidad en el proceso de realización, mensajería y lectura de las ayudas diagnósticas.
- Eficiencia del recurso asistencial y del uso de la infraestructura de urgencias.
- Disminución en el indicador de hospitalización desde urgencias (Evitabilidad).
- Mejoría general en los tiempos de espera del servicio.

Se dio inicio al modelo en Urgencias Molinos, el 3 de agosto y en Urgencias Córdoba e Indec, el 1 de septiembre de 2013.

Se concretaron los siguientes roles nuevos:

1. Médicos de Observación
2. Médicos Móviles de Procedimientos y Atención
3. Médicos de atención inicial (Agendados)

Las dinámicas que propone el modelo respecto al principio de distribución y apropiación de áreas en Urgencias es el siguiente:

1. Área de Observación 1: Observación Mujeres.
2. Área de Observación 2: Sala Hombres y Pediatría.
3. Área de Atención Inicial, para atención de agendamiento: consultorios de atención 1 y 2, sala de curaciones, cubículos de aislamiento e intoxicados, los que deben estar disponibles para la atención, debiendo tener la mayor rotación de camilla posible y pudiendo ser utilizados para la aplicación de tratamiento IM, exclusivamente.
4. Área de Atención Inicial Prioritaria / procedimientos: salas de yesos, procedimientos y reanimación.

Se propone un cubrimiento en donde se establecerá el máximo tiempo posible de las 24 horas, por lo que iniciará de 7 H a 24 H.

Entre las 24 H a las 7 H, del día siguiente, se funciona de la forma habitual.

A continuación se detalla la metodología y así mismo las responsabilidades de los nuevos roles:

Médico de Observación (Anterior Móvil):

1. No tendrá medición de rendimiento médico en el turno de observación.
2. Por definición, será el médico líder de turno.
3. Será el dueño de las camillas de observación de su área, las que no se podrán utilizar sin su validación y recepción del paciente.
4. Tiene la responsabilidad de:

- Realizar la segunda opinión de cada paciente que le sea entregado, previa validación y aceptación del paciente, realizando enfoque y/o re-enfoque de cada caso.
- Ordenar las ayudas diagnósticas pertinentes.
- Complementar las ayudas que hicieron falta desde la atención inicial.
- Gestionar que la oportunidad de las ayudas sea la adecuada.
- Ordenar tratamiento indicado, aplicando las guías de la compañía.
- Realizar las notas de evolución y alta, acordes a los parámetros establecidos por auditoría.
- Brindar a los pacientes y acompañantes información oportuna y de calidad sobre cada etapa de su proceso de atención.
- Realizar remisión a otros servicios a través de la línea del prestador.
- Realizar contacto con los médicos tratantes especialistas de la red y médicos de salud en casa.
- Realizar gestión de estancias prolongadas del servicio.
- Entrega de remisión y pacientes a la tripulación de la ambulancia, que realiza el traslado.
- Apoyo en proceso de triage en momentos que se requieran

Tendrán una auxiliar de enfermería con la que hará equipo durante el turno y que tiene las mismas responsabilidades de gestión.

Médico de atención inicial (Móvil Atención o agendados):

1. Móvil de Procedimientos o atención:

Tienen la responsabilidad de:

- Atención inicial de triage 1 y 2
- Realización de procedimientos que entregan los médicos agendados o propios, haciendo nota en la HC respectiva.
- Apoyo en triage en caso de necesitarse
- Atención de los SOAT de cualquier clasificación

2. Médico agendado o de triage 3-4:

Tiene la responsabilidad de:

- Atención en la agenda de los triage 3 y 4
- Apoyo al proceso de Triage
- Entrega dado el caso y modelo definido los pacientes al médico de Observación

En el caso de los móviles e incluso de los agendados, tendrán la responsabilidad de apoyar el proceso de triage, en caso de requerirse.

Son responsables de la atención inicial que debe incluir, el enfoque primario, con tratamiento y ayudas diagnósticas pertinentes a cada caso.

Luego de la atención inicial:

Si el paciente es triage 1, 2 (Móvil de atención inicial): lo debe entregar al médico de observación (Móvil de atención inicial).

Si el paciente es triage 3 o 4 (Médicos agendados) y requiere:

- Observación en camilla, de acuerdo al caso.
- Líquidos endovenosos.
- Futura remisión a hospitalización o salud en casa.

Lo debe entregar al médico de observación de forma total, pero esto implica validación y aceptación por parte del médico móvil que se encuentra en este nuevo rol.

Si el paciente sólo requiere:

- Medicación IM
- Curación
- Sólo formulación o incapacidad
- Ayudas diagnósticas básicas de laboratorio, que no requieran medicamentos venosos
- RX simple

El médico de atención agendado, deberá terminar la gestión de este paciente hasta la resolución final o Alta.

Los médicos agendados: No podrán utilizar las camillas del área de observación No1 y No 2, ni áreas de procedimientos, sin entrega y aceptación del médico asignado a esta área.

Si se trata de un médico agendado, este podrá entregar en el caso de los procedimientos tales como Suturas y férulas, la realización del mismo, al médico móvil asignado a procedimientos-Atención (no al de observación), quien **sólo realizará el procedimiento** como tal, dejando nota médica del mismo en la historia clínica del paciente.

Es responsabilidad del médico agendado, darle Alta con resolución del caso, formula e incapacidad si esta es pertinente.

Si el paciente se observará y tratará en la sala EDA y ERA de los servicios de urgencias, sólo se entregará a los médicos de observación si luego de iniciar el manejo en el caso de crisis leves, este no obtuvo mejoría.

De lo contrario, el médico agendado realizará evolución, seguimiento y Alta del caso.

Los médicos agendados tendrán prioridad de espacio para atención en los cubículos y consultorios definidos para tal fin, pero no podrán dejar ocupadas las camillas de estos sitios con tratamientos prolongados u observaciones, pues en caso de requerirse, deberá validar con el médico de observación y entregarle el paciente.

Los médicos Móviles de procedimientos, podrán también realizar atención además de las salas de procedimientos y yesos, en las salas de observación general, pues sus pacientes por lo general serán triage 2, que como regla general deberán entregarse a los colegas de observación.

Los médicos agendados que por circunstancias de la asignación de pacientes y de los flujos de usuarios del turno, tengan citas disponibles deberán apoyar el proceso de triage de

inmediato, pues ya no tienen que realizar una gestión mayor de pacientes, luego de la atención inicial.

Los Accidentes de trabajo, serán agendados en caso de ser triages 3, tal como hemos venido laborando.

8. PROCESO DE AUDITORÍA

8.1 PLAN DE AUDITORÍA

Fundamentado en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad la auditoría desarrollada se realizó tomando como base:

1. Los estándares definidos por el Sistema Único de Acreditación (Resolución 1445 de 2006).
2. Indicadores para el monitoreo del sistema y lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores. (Resolución 1446 de 2006)
3. Política de Seguridad del Paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
4. Indicadores de seguimiento a riesgos del estándar 9 del Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006): Seguimiento a riesgos en la prestación de los servicios.

El objetivo de dicha auditoría es el de la identificación de los procesos a mejorar, en otras palabras, la generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización y que pueden a corto, mediano o largo plazo ser objeto de la o las auditorías operativas, todo en el marco del Modelo de servicio de urgencias de SURA IPS, cuyo enfoque se concentró en los siguientes elementos que serán abordados uno a uno a lo largo de esta auditoría:

- Impacto en la seguridad de los pacientes.
- Mejor resolución
- Mayor Pertinencia en lo relacionado al uso de las ayudas diagnósticas, enfoque y aplicación de guías, así como en la utilización de los insumos
- Mayor seguimiento y acompañamiento a los usuarios

- Mejor comunicación con familias y acompañantes
- Disminución en las estancias
- Mejor relacionamiento con la línea del prestador y Salud en Casa
- Mejoría general en el rendimiento médico y de auxiliares de enfermería.
- Mejor y mayor registro en las historias clínicas, con mejoría en los resultados de auditoría.
- Fortalecimiento del agendamiento interno del triage 3 en urgencias.
- Fortalecimiento de los roles de médicos móviles y en especial de médico líder de turno.
- Aumento de oportunidad en el proceso de realización, mensajería y lectura de las ayudas diagnósticas.
- Eficiencia del recurso asistencial y del uso de la infraestructura de urgencias.
- Disminución en el indicador de hospitalización desde urgencias (Evitabilidad).
- Mejoría general en los tiempos de espera del servicio.

8.2 DEFINICIÓN DE PRIORIDADES

Con base en aquellos problemas de calidad que impactan con mayor fuerza la calidad de la atención en los usuarios, el modelo propuesto enfocó sus esfuerzos en cuatro pilares: indicador de hospitalización y de estancias en urgencias, mejoría en tiempos, agendamiento interno del triage en urgencias y uso óptimo de los recursos de la institución.

Teniendo en cuenta esta definición de prioridades, se ha establecido una definición de calidad para cada pilar, basado en las recomendaciones dadas en la auditoría del segundo trimestre de 2013, todo con el apoyo de los nuevos roles y del nivel directivo.

8.3 MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS ó IDENTIFICACIÓN DE LA CALIDAD OBSERVADA

La realización adecuada de cualquier procedimiento de auditoría, en cualquier área o campo del conocimiento, exige ejecutar los siguientes pasos:

ÉObtener y revisar la información necesaria,

ÉFormarse un juicio profesional y

ÉEmitir un concepto objetivo sobre lo auditado.

Es con base en lo anterior, que a continuación se generará una auditoría marcada por el detalle y así mismo por los elementos comparativos, para lo cual se incluyen datos relacionados con: tiempos de triage, tiempos de atención a usuarios vs número de usuarios ingresados, usuarios atendidos oportunamente, tiempos para la clasificación y categorización de los usuarios, reconocimiento de causales de consulta en urgencias, entre otros elementos de interés.

Como primer elemento de análisis se encuentra el de clasificación, tiempos de espera y triage.

Total de usuarios que solicitan el servicio	Total de usuarios que solicitan el servicio										
	Meses										
	IPS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	
	Córdoba	7608	7702	9836	9348	11474	11362	10394	9702	10030	
	INDEA	3904	3632	5011	4196	4703	5265	4226	4017	4069	
	Molinos	9993	9689	11683	11292	13062	12534	11733	11345	11092	
	Total Antioquia	21505	21023	26530	24836	29239	29161	26353	25064	25191	
	Total de usuarios que solicitan el servicio										
	Meses										
	IPS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	
Altos del Prado	5339	5195	6083	5756	5881	6194	5998	5465	5749		
Paso ancho	4942	4879	6291	6130	6117	5649	5481	5256	4903		
Total Pais	31786	31097	38904	36722	41237	41004	37832	35785	35843		

Total de usuarios que son atendidos	Total de usuarios que son atendidos										
	Meses										
	IPS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	
	Córdoba	5046	4998	5799	5413	5901	5789	6031	5796	5695	
	INDEA	2782	2512	3189	2743	2972	3242	2872	2789	2747	
	Molinos	6420	6007	6757	6526	7096	6854	6999	7049	6699	
	Total Antioquia	14248	13517	15745	14682	15969	15885	15902	15634	15141	
	Total de usuarios que son atendidos										
	Meses										
	IPS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	
Altos del Prado	3147	3036	3654	3702	4195	4529	4248	3659	3640		
Paso ancho	3196	2963	3722	3640	3595	3328	3162	3097	2845		
Total Pais	20591	19516	23121	22024	23759	23742	23312	22390	21626		

Total usuarios que son redireccionados en %	Total usuarios que son redireccionados en %		Meses								
	IPS		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Total usuarios que son redireccionados en %	Altos del Prado		38,70%	39,25%	35,69%	31,78%	25,05%	22,04%	25,76%	30,39%	33,45%
	Córdoba		31,87%	32,89%	38,57%	39,42%	44,63%	45,77%	39,78%	38,16%	41,03%
	INDEA		27,61%	29,87%	34,90%	33,15%	35,47%	37,04%	30,64%	29,28%	30,67%
	Molinos		34,43%	36,68%	40,49%	40,38%	42,60%	43,16%	38,40%	35,64%	38,02%
	Paso ancho		34,99%	39,04%	40,31%	40,41%	40,80%	40,68%	41,96%	40,53%	41,34%

Demanda insatisfecha en %	Demanda insatisfecha en %		Meses								
	IPS		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Demanda insatisfecha en %	Altos del Prado		2,36%	2,31%	4,24%	3,91%	3,62%	4,84%	3,42%	2,65%	3,24%
	Córdoba		1,80%	2,22%	2,47%	2,67%	3,94%	3,28%	2,19%	2,10%	2,19%
	INDEA		1,13%	0,96%	1,46%	1,48%	1,34%	1,39%	1,40%	1,29%	1,82%
	Molinos		1,32%	1,32%	1,68%	1,82%	3,07%	2,15%	1,94%	2,23%	1,59%
	Paso ancho		0,34%	0,23%	0,52%	0,21%	0,43%	0,41%	0,35%	0,55%	0,63%

Total de usuarios por clasificación	Clasificación 0	Total de usuarios por clasificación 0		Meses								
		IPS		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Total de usuarios por clasificación	Clasificación 0	Altos del Prado		126	120	258	225	213	300	205	145	186
		Córdoba		137	171	243	250	452	373	228	204	220
		INDEA		44	35	73	62	63	73	59	52	74
		Molinos		132	128	196	206	401	270	228	253	176
		Paso ancho		17	11	33	13	26	23	19	29	31
	Clasificación 1	Total de usuarios por clasificación 1		Meses								

		IPS									
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	
		Altos del Prado	0	1	1	4	3	6	9	13	32
		Córdoba	27	28	38	36	43	29	42	27	34
		INDEA	13	21	13	21	14	16	17	14	17
		Molinos	39	30	45	37	31	29	55	50	46
Paso ancho	7	2	3	1	3	1	8	1	3		
Clasificación 2	Total de usuarios por clasificación 2										
	Meses										
	IPS										
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre		
	Altos del Prado	780	763	945	1109	1157	1226	1345	1256	1330	
	Córdoba	1087	1154	1322	1197	1391	1356	1369	1412	1389	
INDEA	498	528	582	503	544	571	520	536	524		
Molinos	1293	1345	1582	1434	1612	1500	1683	1723	1633		
Paso ancho	538	592	848	776	855	805	736	698	740		
Clasificación 3 atendidos	Total de usuarios por clasificación 3										
	Meses										
	IPS										
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre		
	Altos del Prado	2354	2258	2690	2575	3019	3288	2886	2382	2268	
	Córdoba	3656	3585	4074	3947	4175	4066	4371	4180	4059	
INDEA	2133	1831	2395	2092	2303	2518	2242	2161	2138		
Molinos	4736	4262	4670	4733	4990	4843	4907	5043	4768		
Paso ancho	2465	2218	2705	2545	2571	2355	2254	2207	1942		
Clasificación 3 No atendidos	Total de usuarios por clasificación 3 NO										
	Meses										
	IPS										
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre			
Altos del Prado	1566	1535	1470	1256	893	869	1100	1408	1644		
Córdoba	546	514	464	550	712	714	681	594	671		

		INDEA	89	96	170	112	133	194	151	181	174	
		Molinos	838	1109	1204	1276	1173	782	737	803	696	
		Paso ancho	714	868	1062	1167	1135	872	721	738	912	
	Clasificación 4 atendidos	Total de usuarios por clasificación 4		Meses								
		IPS		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
		Altos del Prado		13	14	18	14	16	9	8	8	10
		Córdoba		276	231	365	233	292	338	249	177	213
		INDEA		138	132	199	127	111	137	93	78	68
		Molinos		352	370	460	322	463	482	354	233	252
		Paso ancho		186	151	166	318	166	167	164	191	160
		Clasificación 4 No atendidos	Total de usuarios por clasificación 4 NO		Meses							
	IPS		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	
	Altos del Prado		500	504	701	573	580	496	445	253	279	
	Córdoba		1879	2019	3330	3135	4409	4486	3454	3108	3444	
	INDEA		989	989	1579	1279	1535	1756	1144	995	1074	
	Molinos		2603	2445	3526	3284	4392	4628	3769	3240	3521	
	Paso ancho		1015	1037	1474	1310	1361	1426	1579	1392	1115	

TRIAGE	% Ptes con triage en <= a 15	% Ptes con triage en <= a 15 min	Meses								
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
		Altos del Prado	65,95%	56,38%	35,74%	44,91%	50,72%	39,88%	55,24%	67,30%	52,04%
		Córdoba	60,95%	45,75%	35,35%	37,41%	25,99%	24,37%	39,60%	47,54%	50,73%
		INDEA	66,73%	55,95%	51,75%	45,31%	43,42%	35,75%	53,67%	53,47%	53,99%

	min.	Molinos	58,64%	46,87%	31,82%	37,19%	27,15%	35,34%	42,59%	42,43%	47,15%
		Paso ancho	75,03%	68,95%	47,56%	48,73%	49,99%	50,61%	60,54%	63,70%	56,60%

ATENCIÓN		Ptes clasif 2 con atención en <= a 20 min									
		Meses									
		IPS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
	% Ptes clasif 2 con atención en <= a 20 min.	Altos del Prado	61,67%	58,72%	35,77%	44,72%	46,67%	34,18%	35,76%	42,04%	37,82%
		Córdoba	70,75%	59,71%	50,68%	55,22%	43,71%	43,14%	57,71%	59,84%	64,29%
		INDEA	74,90%	66,29%	63,40%	60,64%	55,70%	51,84%	64,62%	67,35%	63,55%
		Molinos	66,28%	57,70%	42,48%	50,77%	39,21%	48,60%	48,66%	50,61%	57,56%
		Paso ancho	71,38%	66,72%	47,64%	48,84%	43,27%	42,24%	59,65%	57,88%	51,76%
	% Ptes clasif 3 con atención en <= a 60 min.	Altos del Prado	71,16%	64,30%	44,76%	50,45%	50,02%	41,82%	53,19%	58,90%	52,43%
		Córdoba	78,36%	59,05%	55,45%	54,67%	39,90%	47,34%	57,56%	56,91%	60,04%
		INDEA	88,84%	84,05%	79,54%	77,15%	76,68%	73,07%	82,69%	82,37%	83,26%
		Molinos	74,96%	65,34%	55,07%	57,66%	45,35%	50,88%	52,35%	60,16%	67,34%
		Paso ancho	91,48%	84,31%	59,63%	66,84%	58,11%	58,60%	78,97%	78,39%	73,43%

Como bien se puede evidenciar en el compilado desarrollado, el mes de septiembre mostró que el índice de la demanda insatisfecha bajó considerablemente, pasado a un promedio de 8,2% a 7,02% tras la aplicación del modelo, incluso teniendo en cuenta que se generaron una cantidad mayor de servicios de urgencias en las instalaciones objeto de estudio.

Uno de los cambios más significativos y que responde a una de las recomendaciones gestadas en el informe de auditoría del primer semestre de 2013, se relaciona con el número de clasificación de los entendidos, que fuera uno de los principales escollos más importantes para su superación, dándose un resultado que supera significativamente comparado con otros meses del año 2013, lo que posiblemente pudo haber impactado el nivel de satisfacción evidenciado, entre tanto desde la formulación del modelo se entendió la relación entre celeridad, clasificación adecuada de los pacientes y atención especializada oportuna.

Este hecho puede contarse como particular, entendiendo que el mes de septiembre en todas las urgencias analizadas, se incrementó el tiempo de atención, especialmente en urgencias Córdoba, mientras que en Altos del Prado se evidenció un aumento más significativo del tiempo.

Se encontró además que el modelo posibilitó un detalle de las causales de consulta y además se pudo evidenciar una tendencia por parte de los usuarios que llegaron con o sin convenio, lo que se evidencia en el muestreo siguiente:

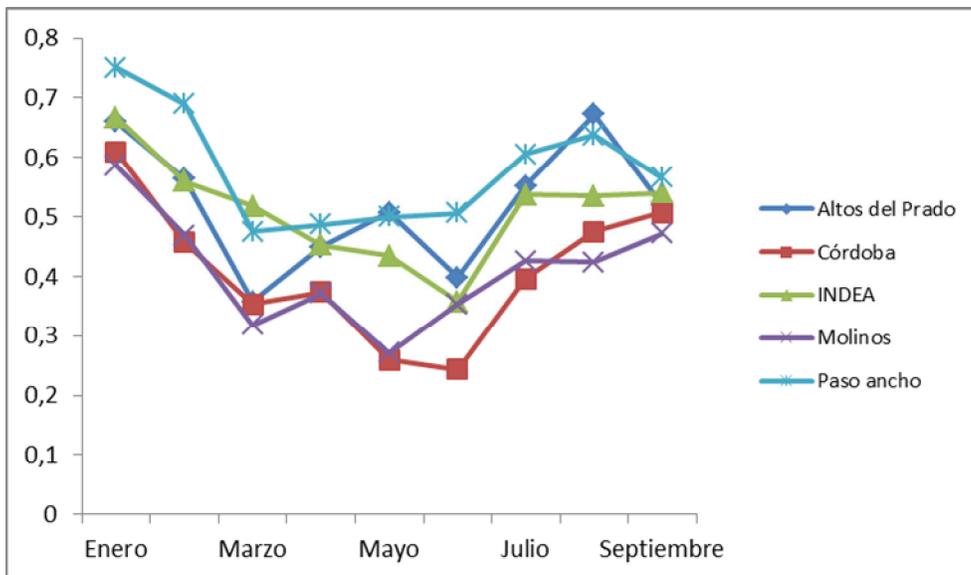
Causales de consultas verificada en historias clínicas

INFECCION VIRAL N.E.	817
INFECCION INTESTINAL VIRAL	707
CEFALEA	623
DIARREA Y GASTROENTERITIS INFECCIOSAS	457
AMIGDALITIS	333
INFECCION VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	313
INFECCION URINARIA	258
MIGRAÑA Y ESTADO MIGRAÑOSO	241
RINOFARINGITIS AGUDA	230
DOLOR ABDOMINAL N.E.	230

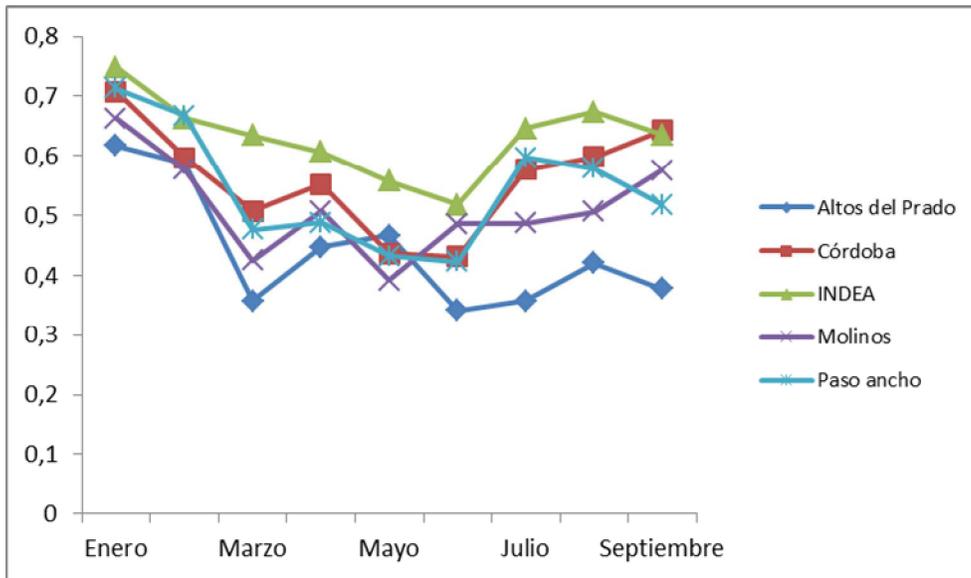
DOLOR EN EL PECHO	223
ASMA Y ESTADO ASMÁTICO	220
NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA	218
DENGUE CLÁSICO Y HEMORRÁGICO	206
LUMBAGO	202
FARINGITIS AGUDA	202
ANEMIA	184
BRONQUITIS AGUDA	181
OTITIS MEDIA	164
COLICO RENAL	155

Sin lugar a dudas este detalle fue posible gracias a los nuevos roles, quienes con la herramienta de clasificación temprana de usuarios, pudieron disminuir el tiempo de espera, véase a continuación una muestra de lo dicho.

Pacientes con triage oportuno



Pacientes con clasificación y atención oportuna



Para soportar y entender las gráficas previas, es importante relacionar los tiempos de espera con la agilidad que se ha logrado al momento de clasificar, en donde el siguiente cuadro muestra adelantos significativos, teniendo en cuenta que no se habían hecho esfuerzos como los propuestos por el modelo, para agilizar este proceso.

Tiempos de triage y atención posterior a la clasificación octubre 2013

FECHA HASTA EL 14 OCTUBRE	INDEA	CORDO BA	MOLINO S
PROMEDIO TOTAL TRIAGE (TODOS LOS TRIAGES)	21,2	18,8	22,3

PROMEDIO TIEMPO ATENCION TRIAGE 1	26,7	18,5	20,1
PROMEDIO TIEMPO ATENCION TRIAGE 2	20,2	18,4	24,9
PROMEDIO TIEMPO ATENCION TRIAGE 3	35,9	54,6	53,5
PROMEDIO TIEMPO ATENCION TRIAGE 4	41,7	57,4	50,3

				TOTAL GENERAL	% INGRESA DOS	% ATENDI DOS
TOTAL PACIENTES TRIAGE 0	28	75	72	175	1,53	

TOTAL PACIENTES TRIAGE 1	10	16	17	43	0,38	0,59
TOTAL PACIENTES TRIAGE 2	246	649	725	1.620	14,14	22,21
TOTAL PACIENTES TRIAGE 3 ATENDIDOS	958	2.108	2.316	5.382	46,97	73,78
TOTAL PACIENTES TRIAGE 4 ATENDIDOS	37	86	127	250	2,18	3,43
TOTAL PACIENTES TRIAGE 3 REDIRECCIONADOS	82	302	324	708	6,18	
TOTAL PACIENTES TRIAGE 4 REDIRECCIONADOS	504	1.411	1.365	3.280	28,63	

TOTAL PACIENTE INGRESADOS	1.865	4.647	4.946	11.458
TOTAL PACIENTE ATENDIDOS	1.251	2.859	3.185	7.295

PORCENTAJE REDIRECCIONAMIENTO (REGRESADOS)	31,4	36,9	34,1	34,8
--	------	------	------	------

Si se compara con el desempeño del mes de julio de 2013, se puede evidenciar lo siguiente:

Tiempos de triage y atención posterior a la clasificación julio 2013

FECHA	INDEA	CORDOBA	MOLINOS
PROMEDIO TOTAL TRIAGE (TODOS LOS TRIAGES)	19,1	25,3	24,1

PROMEDIO TIEMPO ATENCION TRIAGE 1	18,9	20,2	18,4
PROMEDIO TIEMPO ATENCION TRIAGE 2	20,1	23,1	28,2
PROMEDIO TIEMPO ATENCION TRIAGE 3	37,0	63,6	65,3
PROMEDIO TIEMPO ATENCION TRIAGE 4	37,3	61,0	62,5

				TOTAL GENERAL	% INGRESADOS	% ATENDIDOS
TOTAL PACIENTES TRIAGE 0	59	235	232	526	1,94	
TOTAL PACIENTES TRIAGE 1	17	42	55	114	0,42	0,69
TOTAL PACIENTES TRIAGE 2	520	1.376	1.692	3.588	13,20	21,58
TOTAL PACIENTES TRIAGE 3 ATENDIDOS	2.254	4.707	5.228	12.189	44,84	73,30
TOTAL PACIENTES TRIAGE 4 ATENDIDOS	93	274	371	738	2,71	4,44

TOTAL PACIENTES TRIAGE 3 REDIRECCIONADOS	151	688	741	1.580	5,81	
TOTAL PACIENTES TRIAGE 4 REDIRECCIONADOS	1.144	3.505	3.799	8.448	31,08	

TOTAL PACIENTE INGRESADOS	4.238	10.827	12.118	27.183
TOTAL PACIENTE ATENDIDOS	2.884	6.399	7.346	16.629

PORCENTAJE REDIRECCIONAMIENTO (REGRESADOS)	30,6	38,7	37,5	36,9
--	------	------	------	------

Es evidente la disminución en el porcentaje de redireccionamiento, además se encuentra que en comparación con el mes de julio, tras la aplicación del modelo, se aumentó el índice de usuarios atendidos respecto a los usuarios ingresados. La proporción puede evidenciarse al saber que en el mes de julio se dejaron de atender 5154 pacientes, mientras que en el mes de octubre de 2013 se dejaron de atender 4163 pacientes.

En relación al uso adecuado de los recursos y a la relación con el ideal del modelo frente a la minimización de los tiempos de espera, vale la pena decir que se generó un cambio, aunque no sustancial en las diferentes urgencias, sin embargo el poderado si ha dado un resultado óptimo, como se evidencia a continuación:

Uso de recursos en virtud de minimización de tiempos de espera y satisfacción del usuario. INDEA. Octubre 2013

	TIPO DE TRIAGE	TIEMPOS DE ATENCION	% DE ATENCION	TIEMPO POR PACIENTE	PROMEDIO PACIENTES / HORA
MEDICOS GENRALES	0	0	1,4%		
	1	60	0,3%	0,21	290
	2	50	11,7%	5,85	10
	3	25	52,0%	13,01	5
	4	0	34,5%	-	
				100,0%	19,06

Uso de recursos en virtud de minimización de tiempos de espera y satisfacción del usuario. Los Molinos. Octubre 2013

MEDICOS GENRALES	TIPO DE TRIAGE	TIEMPOS DE ATENCION	% DE ATENCION	TIEMPO POR PACIENTE	PROMEDIO PACIENTES / HORA
	0	0	2,2%	-	
	1	60	0,3%	0,18	329
	2	50	12,5%	6,25	10
	3	25	44,7%	11,16	5
	4	0	40,4%	-	
			100,0%	17,59	3,41

Uso de recursos en virtud de minimización de tiempos de espera y satisfacción del usuario. Paso Ancho. Octubre 2013

MEDICOS GENRALES	TIPO DE TRIAGE	TIEMPOS DE ATENCION	% DE ATENCION	TIEMPO POR PACIENTE	PROMEDIO PACIENTES / HORA
	0	0	0,4%	-	
	1	60	0,0%	0,02	2.759
	2	50	13,2%	6,59	9
	3	25	47,4%	11,85	5
	4	0	39,0%	-	
			100,0%	18,47	3,25

Uso de recursos en virtud de minimización de tiempos de espera y satisfacción del usuario. Altos del prado. Octubre 2013

MEDICOS GENRALES	TIPO DE TRIAGE	TIEMPOS DE ATENCION	% DE ATENCION	TIEMPO POR PACIENTE	PROMEDIO PACIENTES /HORA
	0	0	3,9%	-	
	1	60	0,0%	0,03	2.263
	2	50	18,0%	9,02	7
	3	25	47,6%	11,91	5
	4	0	30,4%	-	
			100,0%	20,95	2,86

Uso de recursos en virtud de minimización de tiempos de espera y satisfacción del usuario. Córdoba. Octubre 2013

MEDICOS GENERALES	TIPO DE TRIAGE	TIEMPOS DE ATENCION	% DE ATENCION	TIEMPO POR PACIENTE	PROMEDIO PACIENTES /HORA
	0	0	3,0%	-	
	1	60	0,4%	0,22	272
	2	50	12,3%	6,13	10
	3	25	44,4%	11,11	5
	4	0	39,9%	-	
			100,0%	17,46	3,44

CONCLUSIONES

Como observaciones al modelo y basados en las recomendaciones generadas a partir del diagnóstico realizado en el primer semestre de 2013, se puede concluir que respecto al impacto en la seguridad de los pacientes, el modelo ha gestado un ambiente en el que se evidencian mejores diligenciamientos de las historias clínicas, lo que puede deberse a la fijación sobre la categorización o clasificación de los pacientes, incidiendo además en el índice de resolución de los problemas que aquejan a los pacientes, ya que a mayor conocimiento del perfil, mayor gestión y ocupación específica se puede dar a los usuarios.

El modelo ha aportado herramientas que han posibilitado el incremento en la pertinencia en lo relacionado al uso de las ayudas diagnósticas, enfoque y aplicación de guías, así como en la utilización de los insumos, sin embargo tras la observación directa a lo largo del diagnóstico, se encontró que en el caso de las auxiliares, se carece de niveles óptimos de estandarización y seguimiento de protocolos, sin embargo las faltas a éstos son menores, pero en conjunto pueden significar escollos futuros.

En cuanto al objetivo de incrementar el seguimiento y acompañamiento a los usuarios, el modelo ha posibilitado la disminución del índice de redireccionamientos, además la labor de los nuevos roles, ha posibilitado nuevas relaciones con los usuarios, con los clientes internos y los externos, viéndose esto reflejado en la disminución de tiempos de atención y en el aumento del índice de satisfacción de los usuarios.

Si bien la categorización o clasificación ha sido una alternativa para prestar un mejor servicio, el modelo aún no ha desarrollado estrategias que apoyen la optimización de la comunicación con las familias y acompañantes, de ahí que se sugiere en la fase de categorización, el inicio de esta actividad que puede fortalecer el ideal de Sura al humanizar el servicio.

Por su parte, el modelo como bien exponen los análisis cuantitativos desarrollados, ha disminuido las estancias y los índices de hospitalización, lo que se generó en mayor proporción en el mes de octubre de 2013.

En torno a la mejoría general en el rendimiento médico y de auxiliares de enfermería, el modelo aún no cuenta con un enfoque sobre la transversalización, de ahí que no se evidenciaron indicadores ni herramientas que posibilitaran la medición de este importante asunto, sin embargo si se analizan las observaciones durante el período de análisis, se puede decir que los nuevos roles ameritan una especificación que vaya más allá de lo netamente técnico y médico, para lo cual los auxiliares pueden ser un apoyo en torno a la familiarización con el paciente y sus familias, al desarrollo asertivo y claro de las historias clínicas, entre otras actividades que pueden elevar este indicador.

En cuanto a la búsqueda de una mejor y mayor registro en las historias clínicas, con mejoría en los resultados de auditoría, y con base en el informe de Triage de junio a octubre de 2013 (documento no autorizado para la publicación en esta investigación), permitió aclarar que se generó una disminución de errores y faltas a las historias clínicas, lo que se debe al enfoque sobre la categorización.

Como bien se dijo anteriormente, se sugiere un trabajo mancomunado con auxiliares y médicos líderes para apoyar esta gestión.

Relativo al fortalecimiento del agendamiento interno del triage 3 en urgencias, se evidenció un avance significativo, sin embargo, en base en los antecedentes de urgencias como Córdoba y Molinos, es necesario gestar un procedimiento más ágil con apoyo de auxiliares y con el uso juicioso de las herramientas tecnológicas propias para esta actividad.

En relación al fortalecimiento de los roles de médicos móviles y en especial de médico líder de turno, los resultados evidenciados si dan fe de un cambio de cultura y un enfoque en lo procesal, sin embargo se evidencia una tendencia marcada por el cumplimiento y la superación estadística relativo a la atención de usuarios, olvidándose la humanización que pregona Sura.

Al respecto, se consideran logros visibles respecto al modelo y a los correctivos propuestos en los diagnósticos previos, sin embargo el principal escollo que debe abordarse con el modelo, es su misma estructura, entendiéndose que las medidas correctivas que se han aplicado con el modelo, no están soportadas en las consideraciones de un comité, ni tampoco están siendo comunicadas de una manera óptima, clara y formal.

Asegurar la calidad en la red de procesos que se vinculan al servicio, proporciona bases para controlar las operaciones, garantizar la satisfacción, presentar una metodología para lo solución de problemas reales y futuros y, finalmente, mejorar la relación con los clientes y la orientación al incremento de la competitividad de la empresa.

Por su parte, ayudar a estructurar un sistema de gestión de calidad en los procesos relacionados al servicio médico, contribuye a Sura Urgencias, a seguir posicionándose como una de las empresas más importantes del país.

A través de esta propuesta que radica en el análisis de un modelo de gestión para el área de urgencias de Sura, se contribuye al cumplimiento de la premisa de la organización, la cual se ha fijado en la calidad como un camino y como una herramienta para garantizar la satisfacción de los clientes internos y externos.

En este sentido, diseñar un programa coherente de auditoría de un modelo de gestión que posee claras debilidades en torno a su presentación y verificación, condujo directamente a concluir que existe antes de la auditoría, un paso fundamental para Sura Urgencias: la clarificación del modelo de urgencias, entre tanto por la complejidad del sistema institucional, así como también por la mirada unidireccional de un solo diseñador, se

pueden cometer errores de interpretación, tal como posiblemente sucedió con respecto a algunos subprocesos abordados en el análisis, en donde protagonizaba el interés por producir, y se aminoraba el protagonismo de la humanización y el servicio.

Finalmente, entre muchos otros beneficios, esta investigación permitió concluir que el diseñar un programa de evaluación, dará a la organización, una guía de posterior implementación, todo desde el enfoque de participación acción, mediante el cual el modelo, traducido en un manual de procedimientos, será un primer paso para generar la idea de la certificación, unida al concepto de humanización del servicio.

RECOMENDACIONES

Con los insumos generados en las etapas anteriores, y destacando que el problema más significativo es la misma estructura del modelo, debido al nivel empírico con el que ha sido diseñado, es básico gestar un plan de mejoramiento en el que el enfoque sea la formalización de un modelo de fácil comprensión y que además de apoyo a la tendencia humanista y de servicio de Sura.

Como principal sugerencia se recomienda seguir las siguientes acciones:

- 1. Programas de Gestión de Calidad:** una empresa prestadora de servicios médicos de alto nivel debe garantizar que todos sus procesos son ejecutados bajo exigentes políticas de calidad.

Un programa de gestión de calidad implica la revisión de todos los procesos y el mejoramiento de los mismos, asignando el recurso humano adecuado y distribuirlo de forma eficiente y simple.

Cada proceso se debe ajustar a las políticas de calidad, evitando reprocesos y desperdicios en tiempo, personal y presupuesto. La gestión en calidad va dirigida al mejoramiento de toda la red de valor, desde la operación inicial hasta la final. Los procesos, los responsables y toda la estructura organizacional deben ser incluidos en este programa para obtener buenos resultados.

Definición del Programa de Gestión de la Calidad para Sura Urgencias	
Modelo de atención en urgencias	
Objetivo	Diseñar un programa de Gestión de la calidad a través del

	<p>cual sea posible reestructurar y mejorar los procesos desarrollados por Sura Urgencias.</p> <p>Involucrando a los líderes de las diferentes dependencias y a los responsables de cada operación para lograr incrementar la eficiencia y productividad del sistema.</p>
<p>Descripción</p>	<p>El proceso para la creación de un programa de gestión ambiental comienza una vez se identifican todos los procesos que se desarrollan en Sura Urgencias.</p> <p>Para lograr dicha identificación es necesario evaluar área por área y tarea por tarea para determinar cuáles variables son relevantes para la obtención de buenos resultados.</p> <p>Una vez realizada dicha identificación se procede a diseñar los planes de trabajo requeridos para mejorar cada aspecto que no cumpla con las políticas de calidad requeridas y establecidas.</p> <p>Los planes de trabajo deben estar supervisados y estructurados bajo un cronograma de trabajo que permita una revisión periódica de los resultados obtenidos.</p> <p>Una vez se conozcan los resultados de todos los procesos analizados y reestructurados se da paso a la certificación de cada uno bajo políticas de calidad regidas por normatividad nacional e internacional.</p>
<p>Perfil del profesional o</p>	<p>El equipo a cargo de este proceso deben ser los líderes de las diferentes dependencias con la supervisión de la gerencia.</p>

departamento que debe realizarlo	Las personas deben contar con conocimientos sobre la normatividad de calidad nacional e internacional.
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> – Productividad de cada proceso – Recurso humano asignado a cada operación – Instrumentos de control, métodos y tiempo – Procesos estandarizados Vs Procesos irregulares

2. Programas de Gestión Humana: este programa va dirigido a la construcción de una empresa con un gran talento humano, seres integrales.

Es el interés del instituto contar con buenos ciudadanos, excelentes profesionales y grandes seres humanos.

A través de los programas de gestión humana se busca incentivar el desarrollo del potencial de todo el personal vinculado a la organización, asegurando el crecimiento individual y posteriormente el crecimiento colectivo de la empresa.

La gestión humana acoge todos aquellos procesos donde a través del trabajo en equipo se cumplen las metas estratégicas de la organización y se asegura el crecimiento y posicionamiento de la misma.

Definición del Programa de Gestión Humana	
Objetivo	Diseñar un programa de Gestión Humana a través del cual

	<p>sea posible reestructurar y mejorar los procesos desarrollados por el personal de Sura Urgencias.</p> <p>Involucrando a los líderes de las diferentes dependencias y a los responsables de cada operación e identificando las metas estratégicas de la empresa.</p>
Descripción	<p>Este proceso se lleva a cabo a partir de la identificación de las metas estratégicas de la empresa. Es a través de estas que la empresa proyecta el crecimiento y posicionamiento que desea alcanzar en el mercado.</p> <p>Una vez han sido identificadas las metas estratégicas, se realizan sesiones grupales de forma periódica a través de las cuales es posible establecer las tácticas estratégicas para cumplir las metas corporativas.</p> <p>Se conforman equipos de trabajo se asignan tareas de un área o proceso en particular y se realiza un seguimiento exhaustivo y una exposición de los resultados obtenidos.</p>
Perfil del profesional o departamento que debe realizarlo	<p>El equipo a cargo de este proceso deben ser los líderes de las diferentes dependencias con la supervisión de la gerencia.</p> <p>Las personas deben contar con conocimientos sobre la normatividad de calidad nacional e internacional.</p>
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil de las personas vinculadas a Sura Urgencias. - Nivel de cumplimiento frente a las metas estratégicas

	del negocio.
--	--------------

3. Procesos de Servicio al Cliente: estos procesos están a cargo del área de mercado, en ellos se establecen las actividades requeridas para lograr a través del contacto directo con el cliente la satisfacción de este.

El área de mercadeo debe realizar un continuo seguimiento a todos aquellos procesos en los cuales el personal del instituto entra en contacto con el paciente, e indagar de forma periódica a través de instrumentos de medición que tan satisfecho se encuentra este con los servicios suministrados y el personal que lo acompaña.

Definición de los Procesos de Servicio al Cliente	
Objetivo	<p>El servicio al cliente es una estratégica corporativa para establecer el nivel de satisfacción del cliente.</p> <p>A través de este proceso se busca determinar los protocolos de atención y acompañamiento a los pacientes más adecuados procurando la satisfacción de este y el continuo posicionamiento de Sura Urgencias.</p>
Descripción	<p>Los procesos de servicio al cliente parten de una capacitación y educación continua de la fuerza de trabajo de Sura Urgencias.</p> <p>Existen unos principios en cuanto a la calidad, estos principios se fundamentan en el cliente, sus requerimientos y la capacidad de la organización para responder a los</p>

	<p>mismos. Los principios mencionados son:</p> <ol style="list-style-type: none">a. El cliente es el único juez de la calidad del servicio.b. El cliente es quien determina el nivel de excelencia del servicio y siempre quiere más.c. La empresa debe formular promesas que le permitan alcanzar los objetivos, ganar dinero y distinguirse de sus competidores.d. La empresa debe "gestionar" la expectativa de sus clientes, reduciendo en lo posible la diferencia entre la realidad del servicio y las expectativas del cliente.e. Nada se opone a que las promesas se transformen en normas de calidad.f. Para eliminar los errores se debe imponer una disciplina férrea y un constante esfuerzo. <p>Sura Urgencias debe prepararse continuamente y establecer metas que incrementen el grado de exigencia en cuanto a la calidad del servicio y la contundencia del mismo.</p> <p>Con base en los principios establecidos en procura de mejorar el nivel del servicio al cliente del instituto, es necesario realizar una planeación estratégica. A través de la planeación se establecerán objetivos a cumplir y cada área deberá asumir la responsabilidad de cada uno de los procesos que se desarrollan al interior de la misma. Un compromiso colectivo permite una sinergia laboral y unos resultados eficientes y favorables.</p> <p>Una vez cada área reconozca los procesos que debe</p>
--	---

	<p>mejorar, debe establecer las herramientas que utilizara para lograrlo.</p> <p>Capacitación para el personal vinculado a determinada área, procesos de retroalimentación periódicos, sugerencias continuas, propuestas innovadoras entre otras, todo este conjunto es posible definirlo en la orientación CMR¹ (Customer Management Relationship).</p> <p>Sura Urgencias debe buscar la eficiencia de sus procesos, una atención inmediata, un trato cálido y una asesoría continua a través de la cual se suministre toda la información que el paciente requiere de forma clara.</p>
<p>Perfil del profesional o departamento que debe realizarlo</p>	<p>El equipo a cargo de este proceso es el área de mercadeo y los líderes de cada área, obviamente todo el personal debe estar involucrado en los procesos de servicio al cliente, ya que este constituye una estrategia de la organización para la satisfacción del cliente.</p> <p>Perfiles profesionales o tecnólogos en servicio al cliente con capacidad para hablar en público y trabajar en equipo. Buen manejo de las relaciones personales, comunicación asertiva y conocimientos sobre las tendencias actuales de los procesos de servicio al cliente</p>

¹ CMR (Customer Management Relationship): Gestión de las relaciones con los clientes.

Indicadores	<ul style="list-style-type: none">- Reclamaciones- Nivel de satisfacción del cliente- Calificación de la atención y conocimiento del personal
-------------	---

BIBLIOGRAFÍA

- BOADA, J., DE DIEGO, R. y AGULLÓ, E. El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*. 2004. 16, 125-131.
- BORLO, David. *El proceso de la comunicación*. Argentina; Ateneo. 1984. 28 p
- CARO SANTA CRUZ, G. *Ausentismo laboral, diagnóstico, acciones y evaluación*. Cuadernos Laborales, N. 91, Confemetal, Octubre 1980.
- CASTELLS, I. *Todo sobre el ausentismo laboral*. Colección legal de Vecchi, Barcelona, 1987.
- CLUA, EX. *Análisis metodológico del ausentismo laboral*. Revista Psicología el Trabajo y las Organizaciones ~o 19,1991.
- COLLADO FERNÁNDEZ, Carlos. *La comunicación humana es ciencia social*. 2000. 126p.
- COMISIÓN INTERNACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL. *Ausentismo*. [Internet]. [Actualización: 3 de mayo de 2010. Consulta: 5 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.icohweb.org/scvo/files/Spanish%20application%20form.pdf>
- ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO. I.N.S.H.T. 1993.
- FREIRÉ, Paulo. *Que es la concientización y como funciona*. Conferencia ILET.1993.
- GRAJALES L., Alba Colombia; NIETO Z., Oscar. *Ausentismo Laboral*. ISS. Medellín, 1.993, p. 7.

GUTIÉRREZ PALACIOS, Rodolfo. Modelos *teóricos para el análisis del absentismo laboral*. Revista internacional de sociología, ISSN 0034-9712, N°. 49, 2009 , págs. 239-260.

HUON SCULLION, Pr. *La organización social del conflicto laboral, control y resistencia en la fábrica*. Ministerio de Trabajo y SS. 1987.

ICONTEC. NTC 3793. *Salud ocupacional. Clasificación registro y estadísticas de ausentismo laboral*. Tercera actualización: 2009. 34 p.

MARTÍNEZ-LÓPEZ, Elkin, SALDARRIAGA-FRANCO, Juan. *Inactividad Física y Ausentismo en el Ámbito Laboral*. _Revista de Salud. Pública Print versión ISSN 0124-0064. Disponible <http://www.scielo.org.co/scielo.php>.

MACY, B. A. y MIRVIS, P. H. Measuring quality of work and organizational effectiveness in behavioral-economic terms. *Administrative Science Quarterly*, 21. 1976. pp. 212-226.

MELIÁ, J.L. La medición de la tensión en el trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y Organizaciones*. 1994. 10(28), 17-38.

MOCH, M. K. y FITZGIBBONS, D. E. The relationship between absenteeism and production efficiency: An empirical assement. *Journal of Occupational Psychology*. 1985 58, pp. 39-47.

NICHOLSON. *Ausentismo laboral*. 1977. 324 p.

NOVA MMELLE, Pilar. *El absentismo laboral como indicador de unas deficientes condiciones de trabajo*. 2008. Buenos Aires. 246 p.

OIT-OMS. *Factores psicosociales en el trabajo; naturaleza, incidencia y prevención*, Revista Internacional del Trabajo, 1986.

OIT. *Las horas que trabajamos; nuevos horarios en las políticas y en la práctica*. I.N.S.H.T. 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. GLOSARIO. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>. [Actualización y consulta: 3 de junio de 2010].

ORTIZ, Y. y SAMANIEGO, C. Reflexiones en torno a la evolución del modelo de Steers y Rhodes sobre absentismo laboral. En: GONZÁLEZ, L.; TORRE, A. DE LA; ELENA, J. DE (Comps.): *Psicología del trabajo y de las organizaciones, gestión de recursos humanos y nuevas tecnologías*. 1995. pp. 237-245. Salamanca. Eudema.

REYES MALTA, Fernando. *Comunicación y cambio social*. 1999. 26p.

PAZ BAENA, Guillermina. MONTERO O, Sergio. *La estrategia multimedia un enfoque social*. [Internet]. México. [Actualización: 10 de enero de 2005. Consulta: Octubre 5 de 2005]. Disponible en: [http:// www.comunicate_/html.mex](http://www.comunicate_/html.mex).

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. NTC 1486. Séptima actualización. 2010.

RUÍZ SALAZAR, Antonio. *Salud Ocupacional y Productividad*. México, Limusa. 1987, p. 244.

SALUDCOOP. [Internet]. [Consultado 2010 julio 2]. Disponible en: <http://www.saludcoop.com.co/Ninios%20-%20Principal.asp>.

SALUDCOOP. [Internet]. [Consultado 2010 julio 3]. Disponible en: <http://www.saludcoop.com.co/Ninios%20-%20Principal.asp.chiquitines>.

SAMPIERI HERNADEZ, Roberto. FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos. BAPTISTA LUCIO, Pilar. Op Cit. Pág. 43.

SAMPIERI HERNADEZ, Roberto. FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos. BAPTISTA LUCIO, Pilar. *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. 2008.

SÍNTESIS DE ACCIDENTES DE TRABAJO. B.E.L. 1991-1992-1993-1994-1995.

TORRES.L Estella. Factores de riesgo y el ausentismo por causa medica certificada de la fiscalía general de la nación. Pereira. Universidad tecnológica convenio universidad de atioquia.1997.

9. TRABAJOS CITADOS

- Berrocal, A. Y. (2011). *Diagnostico de ausentismo laboral en el personal asistencial*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Cuellar, L. M. (2010). *Auditoría interna de calidad en Coomeva Emergencia Médica (CEM)*. Trabajo de grado para optar al título de Diplomado en Gestion y auditoria de la calidad en ISO 9001: 2000 y Gestion y Auditoria Ambiental en ISO 14000), Universidad de Antioquia, Antioquia, Medellín.
- Donabedian, A. (2001). La Calidad de la Atención Médica 2001. *Revista de Calidad Asistencial*, 16: S29-S38.
- Echeverry, R. (2012). *Diseño del proceso de auditoría de cuentas médicas en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan del Suroeste de Hispania*. Tesis (Administrador de Salud con Enfasis en Gestion de Servicios de Salud), Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Publica, Medellín.
- EPS SURA. (1 de Noviembre de 2013). *Sura*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2013, de http://www.epssura.com/index.php?option=com_content&view=article&id=583&Itemid=480
- Fonseca Lazcano, J. A. (2009). Auditoría médica. *Medicina interna méxico*, 23-30.
- López, A. Y. (s.f.). *Audit*.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad*. Bogotá.
- Osorio SG, S. U. (2002). Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev Med Chile* 2002, ;130(2):226-9.

República de Colombia. (2006). Decreto 1011 . *Artículo 2*. Bogotá, Colombia.

Soto, L. (2011). *Análisis y mejoramiento del proceso autorización de servicios POS*. Tesis de grado para optar al grado de Ingeniería Industrial, Universidad de Antioquia, Antioquia, Medellín.

Villanueva, A. (2012). *Amanteles*. Medellín: Revista Catering.