

**DIAGNOSTICO, ANÁLISIS Y PLAN DE MEJORA DEL SERVICIO DE
ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL
PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE (ESE) AÑO 2017**

Presentado por:

VANESSA DINAS CAICEDO

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

SANTIAGO DE CALI

2017

**DIAGNOSTICO, ANÁLISIS Y PLAN DE MEJORA DEL SERVICIO DE
ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL
PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE (ESE) AÑO 2017**

PRESENTADO POR:

VANESSA DINAS CAICEDO

DIRECTOR:

EMILIO JOSE CORRALES

MSC CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

**Proyecto de grado presentado para optar al título del Programa de
Administración de empresas**

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

SANTIAGO DE CALI

2017

CONTENIDO

	Pag.
1. ASPECTOS METODOLOGICOS	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2. OBJETIVOS	13
1.2.1. Objetivo general	13
1.2.2. Objetivos específicos	13
1.3. JUSTIFICACIÓN	14
1.4. MARCO DE REFERENCIA	14
1.4.1. Antecedentes	15
1.4.2. Marco teórico	19
1.4.2.1. Lineamientos teóricos de planes de mejoramiento.	20
1.4.2.2. Lineamientos teóricos de estrategia y planeación.	28
1.4.2.2.1. Escuela de la planificación de la estrategia como un proceso formal.	29
1.4.2.2.2. Escuela del posicionamiento de la planificación de la estrategia como un proceso analítico.	30
1.4.2.2.3. Escuela empresarial de la estrategia como un proceso visionario.	30
1.4.2.2.4. Escuela cognoscitiva de la estrategia como un proceso mental.	31
1.4.2.2.5. Escuela del aprendizaje de la estrategia como un proceso emergente.	31
1.4.2.3. Lineamientos para el análisis.	34
1.4.2.4. Lineamientos teóricos de calidad.	35
4.2.4.1. Lineamientos de Calidad en atención médica empleados en el presente trabajo.	40
1.4.3. Marco conceptual.	41
1.4.4. Marco contextual	43
1.4.4.1. Lineamientos institucionales	43
1.4.4.1.1. Misión	43
1.4.4.1.2. Visión	43
1.4.4.1.3. Oferta de valor	43
1.4.4.2. Política de Calidad.	44

1.4.4.3. Estructura orgánica y ubicación de los servicios ambulatorios.	44
1.4.5. Marco legal	46
1.4.5.1 Ley 100 de 1993.	46
1.4.5.2. Decreto 806 de 1998.	46
1.4.5.3. Decreto 3039 de 2007.	47
1.4.5.4. Ley 1438 del 2011.	48
1.4.5.5. Resolución 5521 de 2013.	48
1.5. METODOLOGÍA	49
1.5.1. Tipo de estudio.	49
1.5.2. Método de estudio.	50
1.5.3. Recolección y análisis de datos	50
1.5.4. Diseño metodológico.	51
1.6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	52
1.7. PRESUPUESTO	52
2. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN ACTUAL	53
2.1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTERNA	53
2.1.1. Diagnóstico del proceso administrativo.	53
2.1.1.1. Proceso de planeación.	53
2.1.1.2. Proceso de organización.	54
2.1.1.3. Proceso de dirección.	54
2.1.1.4. Proceso de evaluación y control.	54
2.1.2. Análisis de la cultura organizacional.	55
2.1.3. Análisis de la gestión de las funciones en el área ambulatoria.	56
2.1.3.1. Gestión comercial.	56
2.1.3.2. Gestión del recurso humano.	62
2.1.3.3. Gestión del proceso de prestación del servicio.	64
2.1.3.4. Gestión de suministros.	69
2.1.3.5. Gestión de investigación y desarrollo.	70
2.1.3.6. Gestión tecnológica y de sistemas de información.	70
2.1.3.7. Gestión financiera.	71
2.2. RESULTADOS DEL ANALISIS INTERNO	74
3. PLAN DE MEJORAMIENTO	82
3.1. OBJETIVOS ESTRATEGICOS	82
3.2. PLAN DE ACCION	82
4. CONCLUSIONES	99
5. RECOMENDACIONES	102
BIBLIOGRAFÍA	103

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Selección de la herramienta de mejora	24
Cuadro 2. Fuentes y técnicas de recolección de información	50
Cuadro 3. Diagnóstico de pacientes de consulta externa año 2016	61
Cuadro 4. Diagnóstico de pacientes de Urgencias año 2016	61
Cuadro 5. Indicadores de Gestión del área de atención ambulatoria	62
Cuadro 6. Resultados de clima organizacional del HPUV	64
Cuadro 7. Actividades que intervienen en el proceso de atención ambulatoria en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle	65
Cuadro 8. Diagnóstico de variables internas	75
Cuadro 9. Plan de acción objetivo 1	83
Cuadro 10. Plan de acción objetivo 2	85
Cuadro 11. Plan de acción objetivo 3	88
Cuadro 12. Plan de acción objetivo 4	90

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Ciclo de mejoramiento continuo	28
Figura 2. Ejemplo de Diagrama de Ishikawa.	35
Figura 3. Fases del proceso de investigación	51
Figura 4. Diagrama de flujo del proceso de facturación del hospital	57
Figura 5. Modelo institucional del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle	63

LISTA DE GRAFICAS

Pág.

Gráfica 1. Pirámide Poblacional de los Pacientes del Hospital	59
Gráfica 2. Evolución de consultas de medicina general urgente 2015-2016	66
Gráfica 3. Evolución de consulta de medicina especializada electiva 2015-2016	67
Gráfica 4. Evolución de consulta de medicina especializada urgente 2015-2016	67
Gráfica 5. Evolución de Egresos 2015-2016	68

INTRODUCCIÓN

La presente investigación da a conocer los lineamientos que permitan diagnosticar la atención ambulatoria del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE en el año 2017.

El estudio de la calidad de la atención en salud es una preocupación vigente a nivel mundial. En América latina, uno de los principales aportes al estudio de la calidad de la atención lo hizo Donabedian, considerado el padre de la atención en salud, quien definió que el concepto de la calidad, encierra dos grandes enfoques, como son la calidad objetiva y la calidad percibida. La calidad objetiva está centrada en la oferta y mide las características objetivas y evaluables de los servicios; la calidad percibida se centra en la demanda y se refiere a la apreciación de los usuarios sobre dichas características.

Colombia como un estado social de derecho y donde se expresa una preocupación real por la calidad de la atención en salud, involucra este concepto en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en la atención en salud, que hoy en día está reglamentada en el decreto 1011 2006. Lo cual indica que las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS deben evaluar el grado de satisfacción de los usuarios y evaluación de la característica de la calidad definida en la misma norma.

En cuanto a la satisfacción del usuario el desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como la expresión de la diferencia entre la expectativa que se tiene de un servicio y lo que efectivamente se recibe como servicio. La satisfacción resulta de un equilibrio entre los logros que se pueden mostrar y las expectativas de la gente, siendo uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios de salud.

Para el desarrollo del estudio se utilizarán herramientas teóricas de diagnóstico organizacional tales como la matriz causa – efecto. La idea es que estos resultados, le sirva a la compañía para mejorar la calidad en el servicio.

En este sentido el desarrollo de este trabajo se va a estructurar, teniendo en cuenta dos fases, la cual inicia con los lineamientos de la investigación que se compone del planteamiento del problema, la definición de objetivos, la justificación, el marco de referencia y la metodología. Posteriormente se entra a desarrollar la fase de resultados que se integra de los siguientes capítulos:

Diagnóstico del área: Contiene el desarrollo del diagnóstico de los procesos que intervienen en el área ambulatoria del Hospital, donde se busca identificar sus principales fortalezas y debilidades.

Plan de mejora: Contiene las acciones, actividades, iniciativas y proyectos que la organización debe hacer para lograr el mejoramiento de la calidad en el servicio de atención ambulatoria del Hospital, de acuerdo a las causas identificadas en el capítulo anterior.

.

1. ASPECTOS METODOLOGICOS

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El termino de calidad en la prestación de servicios de salud se ha venido acuñando desde la década de los años 90, es así como la Ley 10¹ del mismo año indica que el “Estado fijará normas de calidad para la prestación de servicios de salud”.

En el año 1.993 con la expedición de la Ley 100² se ratifica la importancia del concepto de calidad al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS; dicha ley establece mecanismos de control a los servicios de salud que se oferten a fin de garantizar a los usuarios del mismo, la calidad en la atención, ello a expensas de estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales.

Con el ánimo de dar inicio a la reglamentación de la Ley 100 de 1.993 y en lo que a calidad se refiere, en el año 1.996 se entrega a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud el Decreto 2174³, por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual fue derogado por el Decreto 2309⁴ de 2.002 y a su vez éste por el Decreto 1011⁵ en el año 2.006.

¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 10 (10 Enero, 1.990). Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C., 1.990. p. 1-3.

² COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 (23 Diciembre, 1.993). Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D.C., 1.993. No41148. P85-86.

³ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2174. Por él se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2309. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 (3 Abril, 2.006). el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C., 2.006, p. 3.

En el entorno normativo el decreto 1011 del 2006 indica que las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS deberán evaluar sistemáticamente dos procesos que se anuncia como prioritarios al interior de la norma, son ellos, grado de satisfacción de los usuarios y evaluación de las características de la calidad de finidas en las misma norma.

En la actualidad, tanto en instituciones públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de atención; para mejorar la misma, en los servicios de salud. En cuanto al tema de satisfacción de los usuarios, estas instituciones han definido diversas metodologías que van desde la aplicación de encuestas, formulario, entrevista; sin embargo, estas evaluaciones se han sujetado estrictamente a los referentes normativos, desconociéndose otros aspectos que pudiesen ser incluso más relevantes para los usuarios.

En el caso del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE solo se evalúa la calidad desde un indicador de mejora de las condiciones de salud de los usuarios, sin contemplar otras variables que sean relevantes para su satisfacción, pues este se puede identificar con el conocimiento de su percepción del servicio.

De acuerdo a lo anterior, dicho centro de salud mental se ha visto afectado por dos situaciones que se han visualizado en su proceso de acreditación de calidad, específicamente por las situaciones que se presentan en el área de consulta ambulatoria.

En primera instancia, se observa deficiencias en la oportunidad de entrega de citas, dado que la última medición realizada para el mes de julio de 2017 alcanzó los 50 días, cuando su promedio del semestre anterior fue de 35 días y la meta debe ser como mínimo de 10 días⁶.

⁶ GESTIÓN DE CALIDAD. Entrevista a Director de gestión de Calidad. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE. 2017.

Por otro lado, se evidencia dificultades en la infraestructura de sus instalaciones, debido a que el área de urgencias se encuentra al lado del área de consulta ambulatoria, lo que se constituye en algo negativo para los usuarios que se encuentran estables, quienes pueden indisponerse por la situación crítica que puedan tener los pacientes de urgencias⁷.

Estas situaciones y muchas otras que a simple vista no se detecta solo con un análisis de observación como el que se ha realizado en el área de gestión de calidad, pueden ser factores que estén afectando el nivel de satisfacción del usuario frente a los servicios prestados por el Hospital.

Esto refleja una necesidad en la dirección y en el control de los servicios prestados, la cual se puede lograr a través de un diagnóstico, análisis y plan de mejora, pues gracias a ella se definen los objetivos que direccionan el esfuerzo institucional, donde se escoge el medio más apropiado para el logro de los mismos antes de emprender la acción. Dado que la planeación se anticipa a la toma de decisiones.

De acuerdo a esta problemática planteada se define la siguiente pregunta que va encaminada a orientar el desarrollo de este trabajo como propuesta que permitirá mejorar la calidad en la atención:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo desarrollar un diagnóstico, análisis y plan de mejora del servicio de atención ambulatoria en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (E.S.E) que permita mejorar la calidad de la atención en el año 2017?

⁷ GESTIÓN DE CALIDAD. Entrevista a Director de gestión de Calidad. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE. 2017.

1.3. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de los procesos que intervienen en el servicio de atención ambulatoria del Hospital?

¿Cómo se analizan las causas que generan los problemas de calidad en la atención ambulatoria del Hospital?

¿Qué plan de mejoramiento mostrará las estrategias que se deben implementar en el área de atención ambulatoria del Hospital?

¿Cuáles indicadores de gestión van a medir el alcance de resultados de las estrategias propuestas en el plan de mejoramiento?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

Desarrollar un diagnóstico, análisis y plan de mejora del servicio de atención ambulatoria en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (E.S.E) que permita mejorar la calidad de la atención en el año 2017.

1.2.2. Objetivos específicos

Realizar el diagnóstico de los procesos que intervienen en el servicio de atención ambulatoria del Hospital, para establecer las fortalezas y debilidades del área.

Analizar las causas que generan los problemas de calidad en la atención ambulatoria del Hospital.

Elaborar el plan de mejoramiento que muestre las estrategias que se deben implementar en el área de atención ambulatoria del Hospital.

1.3. JUSTIFICACIÓN

En la práctica este proyecto de investigación se justifica porque a través del diagnóstico, análisis y plan de mejora en el servicio de atención ambulatoria del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (E.S.E), se formularán estrategias que permitirá reducir los problemas de calidad en esta área.

En el contexto teórico, se justifica por el uso de distintas herramientas administrativas de diagnóstico y definición de estrategias, tales como el análisis de procesos para la identificación de fortalezas y debilidades, la matriz Ishikawa que permite sintetizar las principales causas que generan los problemas de calidad, al igual que el plan de acción que es un documento que resume las estrategias de mejora que se proponen.

En el ámbito metodológico, el trabajo se justifica por el uso de diversos métodos de investigación, donde se encuentran el exploratorio, descriptivo, deductivo e inductivo que más adelante serán explicados en la metodología, los cuales serán respaldados por fuentes primarias como la entrevistas para conocer las variables claves en la atención al usuario del área ambulatoria, al igual que de fuentes secundarias basados en información suministrada por la empresa para el análisis interno y de las distintas fuentes documentales descritos en los libros, artículos y proyectos de grado que tengan relación con el tema.

Adicionalmente el proyecto se justifica porque permite desarrollar las habilidades del estudiante para llevar a la práctica sus conocimientos teóricos a un hecho real del ámbito administrativo.

1.4. MARCO DE REFERENCIA

El presente segmento permite determinar los lineamientos investigativos del estudio como los antecedentes, el marco teórico, el marco conceptual, el marco

contextual y el marco legal, que sirven de sustento científico para el desarrollo de la investigación.

1.4.1. Antecedentes

El problema a resolver en el presente trabajo de investigación sobre la formulación de propuestas de mejoramiento en institutos prestadores de servicios de salud, ya se han abordado en diversos estudios que sirven de referentes bibliográficos para el presente trabajo, de los cuales se destacan los siguientes:

Tesis: Análisis administrativo y evaluación financiera para fortalecer la gestión administrativa del Hospital Francisco de Paula Santander, ubicada en el municipio de Santander de Quilichao, 2016⁸.

Autor: Juan David Duque López

Este trabajo de grado describe una propuesta de análisis administrativo y evaluación financiera para fortalecer la gestión administrativa del Hospital Francisco de Paula Santander, ubicada en el municipio de Santander de Quilichao, la cual comercializa productos de consumo masivo.

En el estudio se pudo establecer en el análisis de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que gran parte de las debilidades que tiene la empresa, obedece a la falta de una estructura organizacional que oriente sus procesos y actividades, de tal manera que se logre el máximo aprovechamiento de los recursos humanos, físicos y financieros para darle sostenibilidad y crecimiento.

⁸ DUQUE J. Análisis administrativo y evaluación financiera para fortalecer la gestión administrativa del Hospital Francisco de Paula Santander, ubicada en el municipio de Santander de Quilichao, 2016. Tesis para optar al título de administrador de empresas. Universidad del Valle. 2016.

Para ello se realizó un análisis estratégico donde se determinó que la empresa debe enfocar su gestión en un plan de comunicaciones y mercadeo que les permita una amplia variedad de redes de apoyo público y privado al igual que una amplia variedad de servicios dirigidos a la distribución.

Finalmente se realizó el análisis financiero de la entidad, donde se pudo determinar que La compañía está perdiendo valor y tiene un alto riesgo de iliquidez que afecta su sostenibilidad financiera y la limita para desarrollar nuevos proyectos.

Esta investigación es un buen referente para analizar la situación interna de la empresa, dado que emplea herramientas administrativas basadas en el análisis de procesos, al igual que el análisis organizacional, los cuales son necesarios tenerlos en cuenta para el desarrollo del presente trabajo.

Tesis: Percepción del usuario frente a la calidad de la atención en salud de una IPS ambulatoria de Cali en el año 2012⁹.

Autores: Carmen Cortez Caicedo y Eblin Granja Preciado

En esta investigación se indago sobre la percepción de los usuarios de una IPS ambulatoria de Cali frente a la calidad de su atención en salud, la cual se realiza dada la dinámica de crecimiento que ha tenido la entidad en el último año donde asumió una mayor cantidad de usuarios por decisiones de su regional administrativa.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, empleando la metodología SERVQUAL para medir la calidad del servicio que integra cinco dimensiones: Fiabilidad, capacidad de respuesta, empatía, seguridad y

⁹ CORTEZ C, GRANJA E. Percepción del usuario frente a la calidad de la atención en salud de una IPS ambulatoria de Cali en el año 2012. Tesis para optar a la Maestría en administración de salud. Universidad Libre seccional Cali. 2013.

elementos intangibles. Se complementó con el instrumento del HUV, encuesta de satisfacción del usuario versión 05 desarrollada por el Hospital Universitario del Valle con el apoyo de FUNDESALUD.

Los resultados arrojados determinaron que a nivel general la percepción de los usuarios frente a la calidad del servicio que presta la IPS es satisfactoria, sin embargo es necesario mejorar en las dimensiones de fiabilidad y de capacidad de respuesta, especialmente por los tiempos de atención.

Esta situación puede estar obedeciendo a la presión operativa que tiene la entidad al asumir la demanda de usuarios adicionales de otra IPS por razones de reestructuración. Aspecto que también puede estar afectando la percepción del usuario frente a algunos elementos tangibles.

Por otro lado, se destacó como relevante la percepción satisfactoria del usuario frente a las dimensiones de seguridad y de empatía, ya que en la primera se garantiza la promesa de valor con el usuario y en la segunda porque se mantienen relaciones de afecto con el paciente que son importantes en la retención de los usuarios.

Se puede apreciar que este proyecto de grado se constituye en una herramienta de referencia importante para determinar los aspectos más relevantes que pueden afectar la calidad en la atención de los servicios ambulatorios en el presente trabajo.

Tesis: Plan de mejoramiento continuo para una IPS¹⁰

Autores: Diana Marcela Carreño Beltrán, Luz Dary Castro Quilaguy, Sandra Patricia Ochoa Sánchez

¹⁰ CARREÑO, D. CASTRO L. OCHOA P. Plan de mejoramiento continuo para una IPS. Tesis de postgrado para optar al título de especialización de Auditoría en salud. Universidad EAN. Bogotá. 2012.

En este trabajo se tiene en cuenta la normatividad vigente para generar un modelo replicable de fácil entendimiento y diligenciamiento sobre el mejoramiento continuo, esto debido a que en muchas IPS cuentan con los conocimientos y con la disposición para aplicar un PAMEC pero no cuentan con el personal capacitado y con los recursos para la contratación de los mismos.

Este modelo permite identificar los procesos administrativos y asistenciales claves, estableciendo la ruta crítica, la aplicación de la autoevaluación definiendo los procesos prioritarios estableciendo el tipo de medición para el diseño de un plan de mejoramiento continuo en una forma clara, practica, y dinámica que cualquier miembro de la institución lo puede interpretar.

Este trabajo es un buen referente por la dinámica de la aplicación del modelo de mejoramiento continuo en la IPS, el cual muestra las herramientas de diagnóstico utilizadas que pueden servir para el presente trabajo.

Tesis: Aplicación de los modelos de mejoramiento de procesos y de tiempos y movimientos en las áreas de urgencias y hospitalización de la Clínica Belén de Fusagasugá para garantizar la prestación del servicio en salud con calidad¹¹.

Autores: Heycel Yaneth Guarín Penagos y Andrés Felipe Palomino Baquero

En este proyecto a través de la aplicación de modelos de mejoramiento como la gestión de procesos y tiempos y movimientos se solucionaron problemas internos relacionados con la oportunidad, eficacia y eficiencia en una institución prestadora de salud de nivel II de complejidad, siendo aplicables en cualquier organización del sector salud cuya razón de ser sea atender pacientes, dándole a la organización la capacidad de responder adecuadamente a las necesidades

¹¹ GUARIN H, PALOMINO A. Aplicación de los modelos de mejoramiento de procesos y de tiempos y movimientos en las áreas de urgencias y hospitalización de la Clínica Belén de Fusagasugá para garantizar la prestación del servicio en salud con calidad. Tesis de grado para optar al título de maestría en administración de salud. Universidad del Rosario. Bogotá. 2012.

del cliente en términos de tiempo sin comprometer la calidad del servicio prestado.

Esto se desarrolló en la clínica Belén de Fusagasugá en el periodo comprendido entre septiembre de 2010 y septiembre de 2011, se utilizó la metodología de tiempos y movimientos, determinando los desequilibrios entre la capacidad instalada y el volumen de pacientes que ingresaron, a través de tiempos de atención socialmente aceptados, la capacidad instalada requerida para evitar retrasos en los horarios de alto volumen de consulta los cuales producen insatisfacción del usuario.

Lo anterior se aplicó en dos procesos institucionales: urgencias y hospitalización ya que son las unidades funcionales donde los tiempos de espera son mayores a los socialmente aceptados produciendo importantes fallas de calidad, se establecieron indicadores de alerta que permitieron detectar en tiempo real las demoras en la atención, para así realizar ajustes inmediatos a través de acciones de contingencia que se implementan en la institución, a partir de la desviación de los indicadores de alerta para cada uno de los procedimientos, determinando la existencia de cuellos de botella, gracias a la aplicación de la metodología de gestión de procesos y la que permitieron que el factor volumen de pacientes no afecte los tiempos de prestación de los servicios garantizando la satisfacción de los clientes.

De acuerdo al anterior trabajo se pueden tomar de referente diferentes técnicas de análisis de procesos para determinar las causas que originan los problemas de calidad que existen en el área ambulatoria del Hospital.

1.4.2. Marco teórico

El presente marco teórico define las herramientas que se van a emplear para el desarrollo del presente trabajo, las cuales están enmarcadas principalmente en los conceptos de mejoramiento y de calidad.

1.4.2.1. Lineamientos teóricos de planes de mejoramiento. En el presente estudio se busca brindar una solución a una importante IPS del Valle del Cauca, el cual presenta dificultades en la calidad del área de servicio ambulatorio.

De acuerdo a la problemática planteada en los inicios de este documento, se busca generar soluciones partiendo de los preceptos teóricos del Kaizen, que según Chase, “es un sistema enfocado en la mejora continua de toda la empresa y sus componentes, de manera armónica y proactiva”.¹².

Este sistema surgió en el Japón como resultado de sus imperiosas necesidades de superarse a sí mismo, de tal manera que pudiera alcanzar a las potencias industriales.

Algunos autores como Chase “plantean que el Kaizen y la innovación¹³ se mantienen bajo la filosofía del Mejoramiento Continuo y equivale a lo que se conoce como Mejora Radical o Reingeniería”. Además manifiesta que no requiere de grandes inversiones para ser implementada, más bien necesita de un esfuerzo permanente y un fuerte compromiso gerencial, pues es orientada al proceso, y no a los resultados como sucede con los esquemas occidentales.

Por otro lado, Roque afirma que “aunque el concepto Kaizen tuvo su origen en la mejora continua de los procesos industriales, se ha venido aplicando en muchos aspectos de la vida: en el hogar, en el estudio, en el deporte, en los negocios, en la salud, en el trabajo”, etc¹⁴.

Este autor afirma que “la Mejora Continua Kaizen, es la manera de mejorar el desarrollo en todos los niveles operativos utilizando todos los recursos humanos y de capital disponibles”. Es una estrategia destinada a servir a la gerencia para

¹² CHASE, R.; Aquilino, N. y Jacobs, F. Administración de Producción y Operaciones. Colombia: McGraw Hill. 869 p. 2006. P. 187.

¹³ Ibíd. P. 231.

¹⁴ ROQUE, Pedro. KAIZEN ISO 9000, La clave para incrementar la rentabilidad. Editorial Maya. 3 ra edición. México. 2007. P. 51.

lograr mayor competitividad y rentabilidad, contribuye a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización, lo cual le permite mejorar su productividad y competitividad en el mercado al cual pertenece la organización.

Con este sistema se busca mejorar continuamente productos y servicios para:

- Ser líderes en el mercado.
- Mejorar la calidad de vida de los trabajadores

En este sentido Roque “plantea que los elementos más importantes del Kaizen son”¹⁵:

1. Orientación hacia el proceso, antes que hacía al resultado.
2. Iniciar la puesta en práctica desde arriba e involucrar a todos.
3. Compromiso de los altos niveles gerenciales.
4. Una comunicación vertical y horizontal eficaz y sin trabas.
5. Mejoramiento continuo de los productos y procesos, internos y externos.
6. Constancia de los objetivos y una visión compartida.
7. El cliente manda. (Enfoque al Cliente).
8. La inversión en personal.
9. La gestión de calidad se inicia y concluye con la capacitación.
10. Dos cabezas piensan mejor que una.
11. Participación en la determinación y comunicación de metas.

Según Roque¹⁶, “el principal pilar del Kaizen es el ciclo de mejora continua o PHVA que consiste en aplicar varias veces sus distintas etapas de: Planear, Hacer, Verificar y Actuar”. Originalmente fue soportado en distintas herramientas como el Programa de las 5 S’s, el Control Estadístico de Procesos, los Grupos de Análisis de Procesos, las Células Autodirigidas, y el Justo a Tiempo dentro del cual se utilizan las técnicas del Kanban, Mantenimiento Productivo Total o TPM, los sistemas Jidoka, Pokayoke y la estandarización de los procesos que

¹⁵ ROQUE, Pedro. KAIZEN ISO 9000. p. 69.

¹⁶ Ibíd. p. 69.

se aplica por medio de la normativa ISO 9000. Todo esto en función de lograr la Calidad Total.

De igual manera Roque manifiesta que “el Kaizen actúa como sombrilla¹⁷, dado que el proceso de mejora continua se ha mantenido vigente hasta nuestros días. En el pasado cubría una serie de técnicas tales como: Justo a tiempo, 5 S’s, Grupos de análisis de procesos, Células autodirigidas, Sistema Camban, Control Estadístico de Procesos, Mantenimiento Productivo Total, Justo a tiempo”.

Actualmente, en el siglo XXI, sirve de sombrilla a las nuevas herramientas gerenciales tales como: Balanced scorecard, Sistemas Integrados de Gestión (Calidad-Ambiente-Riesgos Laborales), Premio a la excelencia (MB, EFQM), 6 Sigma, Lean Manufacturing, Lean sigma.

Algunas de esas herramientas de gerencia moderna que cobija la Mejora Continua del Kaizen se pueden resumir en las siguientes, según Roque¹⁸:

Sistema de Gestión ISO 9001:2008: “Orientado a la eficacia mediante la estandarización y mejora continua de los procesos que permitan incrementar la satisfacción de los clientes”.

Balanced Scorecard: “Traducir los activos intangibles en resultados tangibles mediante la entrega de una propuesta de valor diferenciada creada en la mejora continua de los procesos, las competencias, la información y la cultura organizacional”.

6 Sigma: “Reducir la variabilidad (sigma) mediante la mejora continua de los procesos que la producen hasta alcanzar un mínimo de 3.4 defectos por millón de oportunidades de mejora”.

¹⁷ ROQUE, Pedro. KAIZEN ISO 9000. P. 83.

¹⁸ Ibíd. P. 85.

Lean Manufacturing: “Reducir el “muda” (desperdicio) que se origina en el Gemba (planta) para mejorar incrementalmente la calidad y reducir tiempos y costos”.

Programa 5 S's: “Mejorar continuamente el ambiente de trabajo en la planta y en la oficina”.

Círculo de Mejora Continua: “El círculo de Mejora Continua Kaizen, el cual fue atribuido al Dr. Deming pero creado por su amigo el Dr. Shewhart, es el principio de este proceso”:

Planear: ¿Qué hacer y cómo hacerlo?

Hacer: ¿Hacer lo planificado?

Verificar: ¿Las cosas salieron como fueron planificadas?

Actuar: ¿Cómo Mejorar la próxima vez?

Cada una de estas etapas se desagrega en un conjunto de actividades aplicables tanto a los productos como a los servicios:

Planear:

1. Identificar productos o servicios
- 2.- Identificar clientes
- 3.- Identificar los requerimientos del cliente
- 4.- Trasladar los requerimientos del cliente a especificaciones
- 5.- Identificar los pasos claves para cumplir con lo especificado
- 6.- Identificar y seleccionar los parámetros de medición

Hacer:

- 7.- Determinar la capacidad del proceso
- 8.- Mantener el proceso dentro de sus límites de control

Verificar:

9.- Evaluar la efectividad

10.- Identificar las oportunidades de mejora

Actuar:

11. Institucionalizar la mejora

12. Identificar con quien se debe comparar (benchmarking)

13. Seguir mejorando volviendo al punto de partida.

Teniendo en cuenta las teorías de mejoramiento descritas anteriormente, se comparó cada uno de los modelos gerenciales modernos para elegir el más adecuado para la solución del problema en cuestión, dándole una calificación de 1 a 5, donde 1 es la calificación más baja y 5 la más alta. Ver cuadro 1 a continuación.

Cuadro 1. Selección de la herramienta de mejora

Sistema de mejoramiento	Descripción	Observación	Calificación
Sistema de Gestión ISO 9001:2008	Orientado a la eficacia mediante la estandarización y mejora continua de los procesos que permitan incrementar la satisfacción de los clientes.	La empresa ya tiene estandarizados sus procesos en el área. Sin embargo, el problema en cuestión no solo se concentra en los factores internos del área, sino externos.	3 puntos
6 Sigma	Reducir la variabilidad mediante la mejora continua de los procesos que la producen hasta alcanzar un mínimo de 3.4 defectos por millón.	Es un sistema más dirigido a la producción.	1 Punto
Lean Manufacturing	Reducir el “muda” (desperdicio) que se origina en el Gemba (planta) para mejorar la calidad y reducir tiempos y costos.	Es un sistema más dirigido a la industria con producciones en escala.	1 Punto

Sistema de mejoramiento	Descripción	Observación	Calificación
Balanced Scorecard	Traducir los activos intangibles en resultados tangibles mediante la entrega de una propuesta de valor diferenciada creada en la mejora continua de los procesos, las competencias, la información y la cultura organizacional.	Es un sistema muy positivo que recoge factores internos y externos de la organización. Sin embargo su aplicación es muy macro para el problema a resolver, además de que implica un cambio desde lo más estratégico hasta lo más operativo, siendo un proceso muy riguroso y costoso frente a lo que se busca resolver.	2 puntos
Círculo de Mejora Continua	El círculo de Mejora Continua Kaizen, es el principio de este proceso: Planear: ¿Qué hacer y cómo hacerlo? Hacer: ¿Hacer lo planificado? Verificar: ¿Las cosas salieron como fueron planificadas? Actuar: ¿Cómo Mejorar la próxima vez?	En el ámbito de mejoramiento, este sistema podría ser el más adecuado para la solución del problema en cuestión, dado que se aplica a todo tipo de industria y es abierto a la mirada de factores internos y externos de cualquier área o proceso de la organización.	4 puntos
Programa 5 S's:	Mejorar continuamente el ambiente de trabajo en la planta y en la oficina.	Aunque es un sistema muy bueno para mejorar el alcance de resultados y el trabajo en equipo; es un modelo del recurso humano.	3 Puntos

Fuente: Elaboración propia. Adecuado del texto de ROQUE, Pedro. KAIZEN ISO 9000, La clave para incrementar la rentabilidad.

De acuerdo al plan teórico de selección realizado en el cuadro 1, se consideró que el sistema de mejoramiento del círculo de mejora continua es el que va emplearse en la solución del problema.

De acuerdo a Chase, el mejoramiento debe fomentar el pensamiento orientado a procesos, “ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados planeados indica una falla en el proceso. La gerencia debe identificar y corregir tales errores debidos al proceso”.¹⁹

El “Mejoramiento de procesos”, se establece a través del ciclo PHVA (Planear, hacer, verificar, actuar) compuesto por las cuatro fases básicas: planificar, ejecutar, verificar y actuar correctivamente”²⁰.

Los términos usados en el ciclo PHVA, tienen el siguiente significado, según Chase²¹:

Planear (P): “Consiste en: Establecer metas para los indicadores de resultado y establecer la manera (el camino, el método) para alcanzar las metas propuestas”.

Hacer (H): “Ejecución de las tareas exactamente de la forma prevista en el plan y en la recolección de datos para la verificación del proceso. En esta etapa es esencial el entrenamiento en el trabajo resultante de la fase de planeamiento”.

Verificar (V): “Tomando como base los datos recolectados durante la ejecución, se compara el resultado obtenido con la meta planificada”.

¹⁹ CHASE, R.; Aquilano, N. y Jacobs, F. Op cit. 238.

²⁰ CHIAVENATTO, Adalberto. Administración: Proceso Administrativo. Tercera Edición. Colombia: Makron Books Do Brasil Editora, LTDA. 2005. Pág. 214.

²¹ CHASE, R.; Aquilano, N. y Jacobs, F. Op cit. 241.

Actuar (A): “Esta es la etapa en la cual el usuario detectó desvíos y actuará de modo que el problema no se repita nunca más”.

El ciclo PHVA es utilizado para el mantenimiento del nivel de control (Cumplimiento de las directrices de control. Cuando el proceso es repetitivo y el plan (P) consta de una meta, que es una faja aceptable de valores y de un método que comprende los “procedimientos Operacionales de Estándar POE”.

Por lo tanto, el trabajo que se ejecuta a través del ciclo PHVA en el Mantenimiento consiste, esencialmente, en el cumplimiento de procedimientos Operacionales de Estándar POE. Los indicadores de resultado, en este caso, son fajas de valores-estándar como, por ejemplo: calidad-estándar, costo-estándar, plazo-estándar, cantidad-estándar, etc.

Chase afirma que “el ciclo PHVA también se utiliza para el mejoramiento del nivel de control (o mejoramiento de la “directriz de control”²². En este caso, el proceso no es repetitivo y el plan consta de una meta que es un valor definido (por ejemplo: reducir en un 50% el índice de piezas defectuosas) y de un método que comprende aquellos procedimientos propios, necesarios para alcanzar la meta. Esta meta es el nuevo “nivel de control” que se pretende. Ver figura 1.

²² CHASE, R.; Aquilano, N. y Jacobs, F. Op cit. 245.

Figura 1. Ciclo de mejoramiento continuo



Fuente: CHIAVENATTO, Adalberto. Administración: Proceso Administrativo. Tercera Edición. Colombia: Makron Books Do Brasil Editora, LTDA. 2005. Pág. 228.

En este sentido, se elabora una auditoria de carácter operacional donde se busca mediante un análisis interno y externo del negocio, evaluar dichas causas. Para ello se procede a desarrollar los siguientes pasos:

1. Seleccionar los problemas.
2. Precisar el Problema (Describirlo).
3. Identificar la categoría donde se puedan clasificar las causas del problema.
4. Ilustrar el problema en el Diagrama de Pescado.
5. Definir los objetivos.
6. Plan de Acción. (Soluciones).

1.4.2.2. Lineamientos teóricos de estrategia y planeación. Henry Mintzberg²³ propone revisar y criticar las escuelas de diseño de la estrategia e investigar sus

²³ MINTZBERG, Henry, AHLSTRAND, Bruce & LAMPEL, Joseph Safari a la estrategia: una visita guiada por la jungla del management estratégico. México: Granica, 2003. P. 165.

partes para apreciar mejor para tener mayor claridad y construir una estrategia óptima para una organización.

Escuela de diseño de la estrategia como un proceso de concepción: este modelo propone la evaluación de situaciones externas (amenazas y oportunidades del entorno) e internas (virtudes y debilidades de la organización) y concibe el proceso de formulación de la estrategia como un proceso de tres pasos.

- Evaluación de las fortalezas
- Definición de la estrategia
- Especificación de la estructura para llevarla a cabo.

Reconoce la existencia de las estrategias formuladas en un pensamiento consciente y no de las estrategias emergentes.

Tabla 1. Evaluación externa e interna

Fortalezas y Debilidades	Amenazas y Oportunidades
Marketing	Cambios sociales
Investigación y desarrollo	Cambios gubernamentales
sistema de información de los directivos	Cambios económicos
Equipo de Management	Cambios competitivos
Operaciones	Cambios de proveedores
Finanzas	Cambios en el mercado
Recursos Humanos	

Fuente: Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. (2003).

1.4.2.2.1. Escuela de la planificación de la estrategia como un proceso formal. El modelo se basa en un proceso controlado consciente de la

planificación formal que se fija en plazos, programas y presupuestos los cuales responden a los objetivos de la organización. La planificación estratégica se realiza de un supuesto de estabilidad lo cual podría ocasionar traumatismos en cambios impredecibles en la misma organización.²⁴

- Etapa de la fijación de objetivos
- Etapa de verificación externa
- Etapa de la evaluación de la estrategia
- Etapa de la puesta en operación de la estrategia
- Fijar plazos para todo el proceso.

1.4.2.2.2. Escuela del posicionamiento de la planificación de la estrategia como un proceso analítico. El modelo propone observar el desenvolvimiento del negocio en la industria y verificar como puede mejorar su posicionamiento estratégico dentro de la industria. Esta escuela crea instrumentos analíticos, con los cuales se podría elegir la estrategia óptima; no diseña y se enfoca en condiciones externas que descuida las capacidades internas de la organización.²⁵

1.4.2.2.3. Escuela empresarial de la estrategia como un proceso visionario. Enfatiza en la intuición criterio, capacidad y percepción del líder. El concepto de la visión es el eje fundamental de esta escuela. Para Shumpeter la destrucción creativa es el motor que mantiene el capitalismo y el conductor de la máquina es el empresario quien genera combinaciones (innovación) haciendo cosas nuevas o realizando las cosas de distintas forma. El problema de la escuela es que se basa en lo personal y deja a un lado lo social o cultural tanto en la planeación como en la implementación de la misma. Las principales características de este enfoque fueron descritas por Mintzberg en 1973.

²⁴ MINTZBERG, Henry, AHLSTRAND, Bruce & LAMPEL, Joseph Safari a la estrategia: una visita guiada por la jungla del management estratégico. México: Granica, 2003. P. 169.

²⁵ Ibíd.

- En el modo empresarial, la creación de la estrategia se ve dominada por la búsqueda activa de las nuevas oportunidades.
- En la organización empresarial, el poder está centralizado en manos del principal directivo.
- La creación de la estrategia en el modelo empresarial se caracteriza por saltos drásticos frente a la incertidumbre.
- El crecimiento es el principal objetivo de la organización empresarial.

1.4.2.2.4. Escuela cognoscitiva de la estrategia como un proceso mental.

Lo que pretende esta escuela es llegar a la esencia mental del líder eliminando cualquier tipo de filtros; generando mapas cognitivos como factor clave para comprender la creación de la estrategia. Se han generado dos perspectivas²⁶:

La perspectiva objetiva que procura comprender el conocimiento como cierta clase de recreación del mundo

La perspectiva subjetiva considera que el conocimiento crea el mundo, es decir, que lo que se encuentra dentro de la mente humana no es una reproducción del mundo externo, sino que la mente impone cierta interpretación sobre el medio a partir de la cual se construye el mundo.

1.4.2.2.5. Escuela del aprendizaje de la estrategia como un proceso emergente. Se encuentra basadas en la descripción. La estrategia se basa en enfrentarse a un proceso real. Cómo un líder es capaz de afrontar, administrar, actuar, evolucionar, crear conocimiento y utilizar sus capacidades. Este mecanismo es útil debido a los comportamientos complejos en las organizaciones.

²⁶ MINTZBERG, Henry, AHLSTRAND, Bruce & LAMPEL, Joseph Safari a la estrategia: una visita guiada por la jungla del management estratégico. México: Granica, 2003. P. 204.

Planeación estratégica. La planeación estratégica en una institución se realiza con el fin de enfrentar la incertidumbre no controlable o imprevisible; al revisar las amenazas y oportunidades para una organización se pueden desarrollar estrategias para combatir los elementos ambientales. ²⁷

Sallevane (2004) cita a Faurel *“No es suficiente combatir la ignorancia de los ignorantes. Es preciso también, y en primer lugar, combatir la ignorancia de los que saben muchas cosas, incluso de los que creen saberlo todo”*. ²⁸

Una planeación estratégica se debe proyectar a largo o mediano plazo para poder percibir sus consecuencias, se orienta a las relaciones entre la empresa y su ambiente, y abarca el cien por ciento de los recursos de forma sinérgica comprendiendo la capacidad y potencial de la empresa. ²⁹

Las obras narrativas de Chandler permiten conocer los conceptos aplicados a las grandes corporaciones del capitalismo moderno desde los años 1850 a 1920. Tras la revolución industrial en Norte América se generó una revolución organizacional que abrió campo a una nueva institución que le permite a la empresa crecer ilimitadamente³⁰. El padre de la estrategia como se le conoce a Chandler concluye que el ambiente influye en la estrategia y que ésta utiliza la estructura organizacional; además propone un enfoque de estrategia inicial como punto de partida y que sólo podría tener éxito si cuenta con una estructura adecuada y tiene en cuenta los siguientes puntos.

- Los objetivos como una parte indispensable y las acciones a emprender para lograrlos
- Dejar a un lado la implantación de políticas y enfatizar en la búsqueda de nuevas claves.

²⁷ CHIAVENATO, Idalberto, & SAPIRO, A. Planeación estratégica. México: Mac Graw – Hill, 2011

²⁸ SALLEVANE, Jean Paul. Gerencia y planeación estratégica. Bogotá: Norma, 2004., p.1

²⁹ CHIAVENATO, Op.Cit.

³⁰ BUTTERFIELD, E. G. Estructura y estrategia empresarial. México: Mac Graw Hill, 1999.

- Los resultados que tiene una estrategia dependen de cómo se formula la estrategia
- Abandono de la noción convencional de estabilidad y previsibilidad de la relación de negocio y su entorno.

Chandler en su concepto de estrategia y estructura analizó las grandes empresas norteamericanas: DuPont, General Motors, Standard Oil Co y Sears Roebuck donde evalúa la importancia del recurso humano y la toma y la utilización de la información importante. Chandler ejerció un gran impacto en la historia de la organización definiendo el concepto de estrategia y estructura y la relación existente entre ellos³¹.

Chandler ³² Se centra en el desarrollo económico de la empresa moderna, el papel de empresarios y directivos: definiendo a estos últimos con la planificación estratégica como la mano visible de la organización.

De igual manera el mismo autor en otra obra³³ analizó doscientas empresas importantes de 1900 países y la segunda Postguerra; arrojando como resultado el predominio de empresas multidivisionales. Aplicó un método comparativo destacando la relación de estrategias, la forma organizativa de las empresas y la cultura económica de las naciones. Allí definió los siguientes conceptos:

Escala eficiente mínima: "equilibrio existente entre la capacidad instalada y la rotación de los factores de producción -"la escala de producción necesaria para alcanzar el menor costo unitario"³⁴.

³¹ CHANDLER, Alfred. Mano Visible: Revolución dirección empresa norteamericana. 1998. p. 97.

³² Ibíd. P. 101.

³³ CHANDLER, Alfred. Escala y diversificación: la dinámica del capitalismo industrial. España: Prensas universitarias de Zaragoza, 1996, 1220p.

³⁴ Ibíd. P. 37.

Dimensión óptima de la planta: “el tamaño óptimo de una unidad de producción para explotar las economías de escala y de diversificación”.³⁵

Escala y de diversificación: “las economías de escala se producen cuando la unidad operativa reduce el costo de producción o distribución, la economía de diversificación se produce cuando el uso de procesos incrementa la cantidad de producción o de distribución. Las diferencias entre las dos se basan en la introducción de diferentes tecnologías utilizadas en la producción y la distribución, en tamaño y localización de los mercados”.³⁶

1.4.2.3. Lineamientos para el análisis. En esta investigación se emplea el Diagrama de Ishikawa. Este diagrama se empleará en la investigación para ilustrar de una manera gráfica las causas identificadas en el diagnóstico y la lluvia de ideas. Esta técnica de análisis de causa y efectos para la solución de problemas, relaciona un efecto con las posibles causas que lo provocan. Se utiliza para cuando se necesite encontrar las causas raíces de un problema³⁷. Para ello se emplea los siguientes pasos:

1. Ponerse de acuerdo en la definición del efecto o problema.
2. Trazar una flecha y escribir el “efecto” del lado derecho.
3. Identificar las causas principales a través de flechas secundarias que terminan en la flecha principal.
4. Identificar las causas secundarias a través de flechas que terminan en las flechas secundarias, así como las causas terciarias que afectan a las secundarias.
5. Asignar la importancia de cada factor.

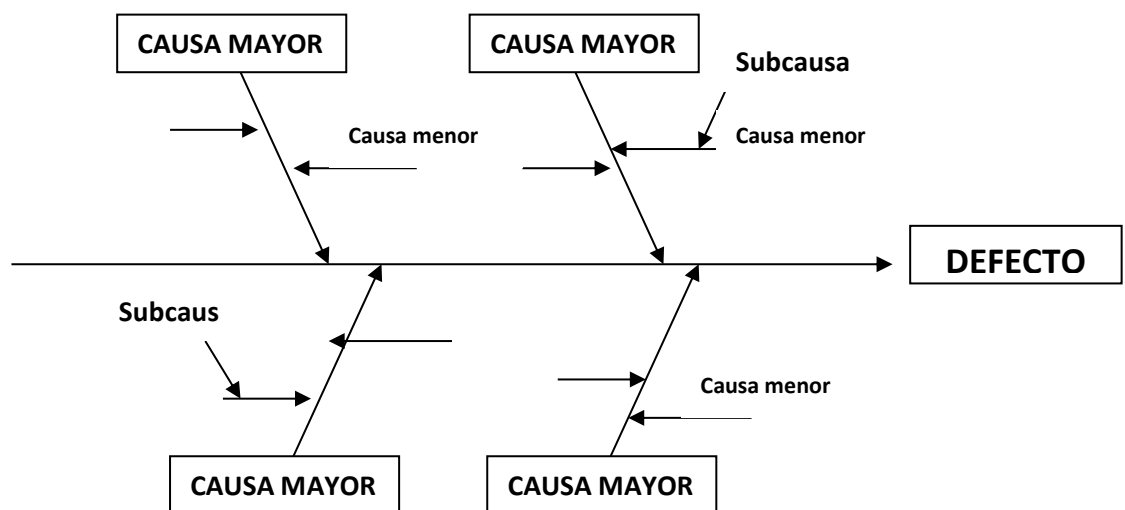
³⁵ CHANDLER, Alfred. Escala y diversificación: la dinámica del capitalismo industrial. Op. Cit. P. 38.

³⁶ Ibídem.

³⁷ HOROVITZ, Jacques. La Calidad del Servicio. Editorial McGraw Hill, 1991, Madrid, España, 1991. P. 152.

6. Definir los principales conjuntos de probables causas: materiales, equipos, métodos de trabajo, mano de obra, medio ambiente (4 M's).
7. Marcar los factores importantes que tienen incidencia significativa sobre el problema.
8. Registrar cualquier información que pueda ser de utilidad

Figura 2. Ejemplo de Diagrama de Ishikawa.



Fuente: HOROVITZ, Jacques. La Calidad del Servicio. Editorial McGraw Hill, 1991, Madrid, España, 1991. P. 152.

1.4.2.4. Lineamientos teóricos de calidad. En relación a la calidad Deltrá Deming define a la calidad como tangible, medible y es la clave para la competitividad ya que incide directamente en el aumento de productividad y reducción de costo³⁸. La filosofía de Deming se caracteriza por los siguientes aspectos: “La calidad aumenta y por lo tanto bajan los costos y los ahorros se le pueden pasar al consumidor”.

En cambio para Joseph M Juran se define a la calidad “como un servidor para planificar la calidad y las estrategias empresariales. Se entiende su filosofía

³⁸ MALANGÓN Londoño Gustavo. Garantía de la calidad de atención en salud. México DF: Editorial Mc Graw Hill 2000. P. 34.

como la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en las entregas, fallas durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas”³⁹.

Por su parte Kaoru Ishikawa afirma que “la calidad debe observarse y lograrse no solo a nivel del producto sino también en el área de ventas, en la calidad de administración, en la compañía en sí y la vida personal”⁴⁰, pues él dice que la “Calidad Total es cuando se logra que un producto sea económico, útil y satisfactorio para el consumidor”.

Para Philip B. Crosby la calidad es un servicio gratuito. Sus costos solo están relacionados con los diversos obstáculos que impiden que los operarios obtengan desde la primera vez. Su filosofía consiste en cero defectos, y los niveles aceptables de calidad deben prohibirse pues comprometen el objetivo de cero defectos⁴¹.

Para el caso de la calidad en salud Avedis Donabedian afirma que “la calidad es una propiedad que la atención médica – odontológica posee en grados variables, abarca tres puntos básicos para definirla: Relación entre la evaluación de la calidad y la evaluación de los programas dentro de sus componentes técnicos e interpersonales”⁴². Conceptos de accesibilidad, continuidad y coordinación con sus implicaciones en el contenido, cantidad y costos de la atención, para lograr la satisfacción de los pacientes y los profesionales. Según Avedis Donabedian. “La capacidad de juicio del consumidor es mayor de la estimada y enfatiza en su preponderancia como juez de la calidad, validando la percepción de satisfacción del usuario como un saber – sentir”. En esta perspectiva coinciden otros autores, como Edwards Deming, quien resalta al consumidor como eslabón central del

³⁹ MALANGÓN Londoño Gustavo. Garantía de la calidad de atención en salud. P. 42.

⁴⁰ Ibíd. P. 46.

⁴¹ PARASURAMAN, Zeithaml y Berry, Calidad Total de la Gestión de Servicios: cómo lograr el Equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los Consumidores. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 1996.

⁴² DONABEDIAN A. Calidad de la atención médica. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1994. P. 32.

proceso de producción y Joseph Juran, para quien la calidad es ausencia de defectos entendida como adecuación al uso⁴³.

De acuerdo a las definiciones anteriores, la calidad como concepto en la producción de un bien surge al interior de la empresa industrial y su evolución se ha planteado en diferentes etapas:

La primera de ellas se ubica a finales del siglo XIX con Frederic Taylor en donde la calidad está asociada al proceso de inspección para garantizar la oferta de una gran cantidad de bienes.

La segunda etapa se caracteriza por la búsqueda de la calidad por medio del control estadístico, corresponde a la década de los años treinta y dentro de sus principales exponentes se encuentran Shewart y Deming. Walter Shewart sugería en 1931, que los esfuerzos debían estar dirigidos no al sentido de descubrir y reparar problemas en los productos sino a descubrir y reparar problemas en los procesos⁴⁴. El adecuado control de los procesos de producción se consideraba más eficiente que la inspección realizada en el punto final. Esta novedosa idea cambió la manera de garantizar y mejorar la calidad en el sector industrial, los desarrollos conceptuales en el tema de la calidad iniciados por Shewart, continuaron con Deltrá Deming, Deltrá Juran, Philip Crosby, Kaoru Ishikawa, Masaaky Imai, y Vicente Deltrá.

Ya en la década de los años cincuenta se plantea la idea del aseguramiento de la calidad involucrando a todas las áreas de la organización para evitar que se produzcan bienes defectuosos⁴⁵. Juran, Ishikawa y Taguchi, entre otros, son exponentes de este pensamiento. Juran establece ocho significados para la calidad: nivel mediante el cual un producto específico satisface las necesidades

⁴³ DÍAZ, Ma del P. El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Salud Pública. 2002. P. 165.

⁴⁴ KOONTZ, H. Administración. Una Perspectiva global. Ed. McGraw-Hill. Sexta Edición. 1998. P. 37.

⁴⁵ Ibíd. P. 38.

del consumidor dado; grado en el cual una clase de productos posee satisfactores potenciales para la generalidad de consumidores; grado en que un producto específico responde a un diseño específico; grado en el que un producto específico es preferido sobre otros equivalentes o sustitutos, basada tal preferencia en pruebas comparativas; característica distintiva de un producto, tal como seguridad, confiabilidad, resistencia; expresión de la excelencia que posee algo; nombre de un proceso o función organizacional; y área estructural de una organización⁴⁶.

En la tradición oriental Ishikawa consideraba la calidad como el desarrollo, diseño, producción, comercialización y prestación de productos y servicios con eficacia en costo y utilidad óptima para satisfacer a los clientes.

Por su parte en la década de los noventa el concepto de calidad aparece asociado a la estrategia competitiva de la firma. Se adoptan las ideas y prácticas del control de calidad japonés para producir cambios, la idea es satisfacer tanto al cliente interno como externo, realizar procesos de mejoramiento continuo y asegurar la sostenibilidad de las organizaciones en el tiempo a través de la satisfacción de todos los involucrados en su éxito⁴⁷. Aparecen las normas internacionales ISO que señalan los requisitos que debe cumplir un sistema de calidad en una empresa; en Europa aparece la Fundación Europea para la Gestión de Calidad para impulsar la excelencia en las organizaciones europeas de manera sostenida a través de su modelo de calidad EFQM.

En cuanto a calidad en salud se recoge conceptos emanados de los desarrollos en materia de calidad en el sector industrial. La bibliografía sobre los antecedentes que marcan la evolución del concepto de calidad en salud se concentra fundamentalmente en los trabajos hechos en Estados Unidos. A principios del siglo XX, Abraham Flexner ingeniero cercano a las ideas de Taylor estableció la normalización de pautas de tratamiento y estrategias de auditoría

⁴⁶ MINTZBERG, H.J. Quinn B., El Proceso Estratégico, Editorial Prentice Hall. México. 1993. P. 69.

⁴⁷ MINTZBERG, H.J. Quinn B. Op cit. P. 79.

médica⁴⁸. En 1916 se implementó la evaluación de estándares de calidad en hospitales que dio como resultado que de 692 hospitales de Estados Unidos sólo 90 cumplieran con los estándares de calidad propuestos.

En 1951 la recién creada Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales generó estándares de calidad para estimular procesos de acreditación, impulsó ligas de consumidores y la creación de entidades evaluadoras de cuentas pagadas por la seguridad social pública. Posteriormente, en 1966 Avedis Donabedian publica su trabajo sobre la Medición de la calidad de la atención médica en donde propone evaluar la calidad a través del enfoque de estructura, proceso y resultado. Y ya en 1986, la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales crea un proceso de monitorización y evaluación de la calidad en hospitales orientado a resultados clínicos con énfasis en el desempeño institucional y los equipos de profesionales; la evaluación se concentra en los eventos clínicos más comunes y que presentan fallas en la atención médica ya sea por responsabilidad institucional o por responsabilidad de los profesionales⁴⁹.

Sin embargo existen otras definiciones sobre el concepto de calidad en salud, en 1984 la American Medical Association la definió como el cuidado que consistentemente contribuye a mejorar o mantener la calidad y/o duración de la vida. Una definición más reciente, de 1990, desarrollada por el Institute of Medicine de Estados Unidos señala que “la calidad consiste en el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la probabilidad de resultados deseados en salud y es consistente con el conocimiento profesional actual”⁵⁰.

⁴⁸ ROONEY, A Y OSTENBERG, P. Licenciatura, acreditación y certificación: enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud. CHS. Bethesda. 1999. P. 51.

⁴⁹ ROONEY, A Y OSTENBERG, P. Licenciatura, acreditación y certificación: enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud. CHS. Bethesda. 1999. P. 38.

⁵⁰ ANGELL, M Y KASSIRER, J. Calidad y el mercado médico - Después de elefantes. En el New England Journal of Medicine. Vol. 335 (12). 1996. P. 784.

4.2.4.1. Lineamientos de Calidad en atención médica empleados en el presente trabajo. Teóricamente se considera las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención del modelo desarrollado por Donabedian, el cual propone un análisis de la calidad a partir de tres dimensiones – estructura, procesos y resultados -. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, la cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura. Con base a lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta y en los trámites) y el resultado (cambios en el estado de salud y percepción general de la atención recibida).

En la actualidad Donabedian es considerado el más influyente en la difusión de los temas de la calidad paciente-profesional de la salud. Para Donabedian “la calidad de la atención en salud consiste en proveer el máximo beneficio al paciente, con mínimos riesgos dados unos recursos, cuya medición se aborda bajo el enfoque de estructura, proceso y resultado”.⁵¹

Por estructura se entiende “todas las características relativamente estables de los proveedores de la atención. Incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan y la forma como se organizan. La existencia de las características de la estructura que se sabe tiene efecto saludable sobre la calidad de la atención se toma como prueba indirecta de la calidad”⁵². El término estructura abarca características como el número, la calificación y distribución del personal, el tipo de práctica (individual o grupal), las formas de remuneración, la presencia de auditoría, la existencia de procesos, manuales o protocolos, los equipos, suministros y demás recursos en general. El grupo de actividades que

⁵¹ DONABEDIAN A. Calidad de la atención médica. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1994. P. 48.

⁵² DONABEDIAN A. Calidad de la atención médica. México, Op Cit. P. 55.

se lleva a cabo en una entidad de salud, y especialmente aquellas actividades por y entre profesionales y pacientes, constituyen el proceso de la atención y funcionamiento de una institución de salud. La relación entre las características del proceso de la atención y sus consecuencias, está determinada conceptualmente por el estado de la ciencia y la tecnología médicas en cualquier momento dado, al mismo tiempo que por un grupo de normas que rige el manejo de cada proceso. De lo anterior se puede inferir que la calidad del “proceso de atención en salud está definida en primer lugar como un comportamiento normativo. Normas que tienen sentido en cuanto contribuyen a alcanzar consecuencias determinadas”⁵³. Se considera que verificando el cumplimiento de las actividades o pasos implicados en la prestación del servicio y las normas que determinan el proceso, se puede hacer una evaluación de la calidad de la atención. El resultado “es el cambio en el estado de salud de una persona en función de sus características (edad, sexo, raza, estatus funcional, severidad al ingreso, etc.), compara el efecto esperado (en relación con las variables identificadas) con el resultado final”⁵⁴.

1.4.3. Marco conceptual.

En este marco se relacionan todos los conceptos que se van a considerar para el desarrollo del presente trabajo.

Atención al Cliente: Es el conjunto de actividades interrelacionadas que ofrece un suministrador con el fin de que el cliente obtenga el producto en el momento y lugar adecuado y se asegure un uso correcto del mismo.⁵⁵

Control: Consiste en verificar si todo ocurre de conformidad con lo adoptado, con las instrucciones emitidas y con los principios establecidos. Tiene como fin

⁵³ Ibíd. P.58.

⁵⁴ Ibíd. P.63.

⁵⁵ Parasuraman, Zeithaml y Berry, Calidad Total de la Gestión de Servicios: cómo lograr el Equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los Consumidores, (1993), Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

señalar las debilidades y errores a fin de rectificarlos e impedir que se produzcan nuevamente.⁵⁶

Dirección: Es la actividad que consiste en orientar las acciones de una empresa, una organización o una persona hacia un determinado fin.⁵⁷

Sistema de salud: Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.⁵⁸

Departamentalización. Es la división o agrupamiento de las funciones y actividades en unidades específicas con base en su similitud.⁵⁹

Descripción de funciones, actividades y responsabilidades. Es la recopilación ordenada y clasificada de todos los factores y actividades necesarias para llevar a cabo el trabajo de la mejor manera.⁶⁰

Diseño Organizacional. El diseño organizacional es conjunto de medios que maneja la organización con el objeto de dividir el trabajo en diferentes tareas y lograr la coordinación efectiva de las mismas.⁶¹

División del trabajo. Es la separación y delimitación de las actividades con el fin de realizar una función con la mayor precisión, eficiencia y mínimo de esfuerzo, dando lugar a la especialización y perfeccionamiento del trabajo.⁶²

Instituciones de atención. Instituciones públicas, privadas o mixtas que cuentan con infraestructuras físicas (propias o ajenas) en donde se prestan

⁵⁶ Pérez Castaño, Martha. Guía Práctica de Planeación Estratégica. Cali, Colombia: Universidad del Valle, Facultad de Ciencias de la Administración, Departamento de Dirección y Gestión Administrativa, 1999. 118.

⁵⁷ Ibíd. P. 125.

⁵⁸ Malangón Londoño Gustavo. Garantía de la calidad de atención en salud. México DF: Editorial Mc Graw Hill 2000. P. 37.

⁵⁹ Pérez Castaño, Martha. Op cit. P. 42.

⁶⁰ Ibíd. Op cit. P. 55.

⁶¹ Ibíd. Op cit. P. 89.

⁶² Ibíd. Op cit. P. 48.

servicios de salud o asistencia social y, en general, las dedicadas a la prestación de servicios de toda índole que beneficien al adulto mayor en las diversas esferas de su promoción personal como sujetos con derechos plenos.⁶³

1.4.4. Marco contextual

El trabajo se desarrolla en el área de servicio ambulatorio del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E ubicado en la ciudad de Cali en la calle 5ta no 80-00, en el cual se describe a continuación:

1.4.4.1. Lineamientos institucionales⁶⁴.

1.4.4.1.1. Misión. Proporcionar a la comunidad servicios integrales de salud mental con calidad, atención humanizada, oportuna, segura, con el compromiso de disminuir el estigma y promover la inclusión social, así como contribuir a la formación académica e investigativa en disciplinas afines a la salud mental.

1.4.4.1.2. Visión. Para el año 2020 el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, Empresa Social del Estado, será modelo y ocupará un lugar de reconocimiento nacional en la prestación de servicios de salud mental integral, en la investigación en el campo de la Salud Mental, el manejo terapéutico, la formación de recurso humano y su gestión en la Inclusión Social y la Reducción del Estigma.

1.4.4.1.3. Oferta de valor. Nuestros servicios de Salud Mental son ofrecidos con altos estándares académicos y técnico científicos, con respeto a la dignidad humana, calidad, comodidad, seguridad, oportunidad minimizando los riesgos.

⁶³ Malangón Londoño Gustavo. Op cit. P. 48.

⁶⁴ Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Plan de desarrollo institucional 2016-2020. Hacia un modelo de salud mental comunitaria. 2015. P. 30 - 33

1.4.4.1.4. Objetivos estratégicos.

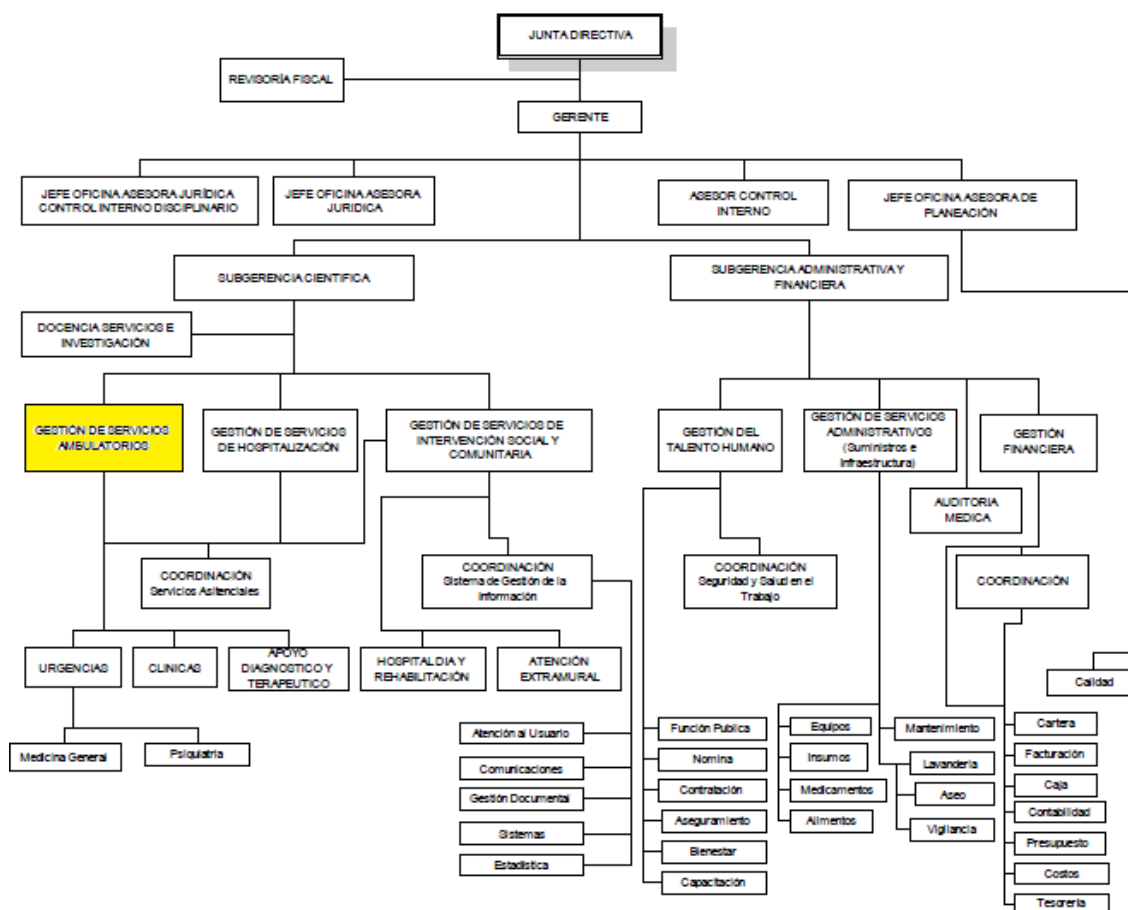
- Brindar servicios de salud mental integral con respeto a la dignidad humana, reduciendo el estigma y promoviendo la inclusión social.
- Lograr la sostenibilidad financiera que permita brindar servicios de salud mental con calidad, cumplir los compromisos financieros y ejecutar el plan de desarrollo institucional.
- Contar con funcionarios competentes y los sistemas necesarios que permitan un ambiente seguro y sano para lograr la prestación de servicios y el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Lograr la excelencia operativa mediante la innovación, el cumplimiento de los requisitos legales y la implementación del sistema de calidad y acreditación que permitan incrementar la propuesta de valor.
- Contribuir a la formación del talento humano en salud de la región y a la generación de conocimiento en el área de la salud mental.

1.4.4.2. Política de Calidad.

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle está comprometido con prestar servicios de salud mental integral respetando la dignidad humana, de fácil acceso con oportunidad y seguridad a través de personal competente, para lograr la satisfacción del usuario y su familia mediante la implementación de un sistema de gestión de calidad enfocado en la mejora continua y el cumplimiento de los requisitos aplicables.

1.4.4.3. Estructura orgánica y ubicación de los servicios ambulatorios. La junta directiva es la máxima autoridad y organismo directivo al interior de la empresa, posteriormente el primer nivel jerárquico se encuentra en el gerente y después en el segundo nivel jerárquico lo conforman sus respectivas dependencias a saber: subgerencia científica que es donde se ubica el área de servicios ambulatorios y subgerencia administrativa y financiera.

Figura 2. Estructura organizacional del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle



Fuente: Acuerdo No 6 de Mayo 13 de 2015. Por medio del cual se adopta el estatuto interno del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, empresa social del estado.

De acuerdo a la figura 2 se observa que el objetivo de la gestión de los servicios ambulatorios es brindar atención de consulta externa en el área de salud mental y psiquiatría en forma oportuna, humanizada y de calidad técnico científica para solucionar las necesidades de los usuarios.

En este sentido, la figura 2 muestra que la gestión ambulatoria está a cargo de las áreas de Urgencias que incluye los servicios de medicina general y Psiquiatría, la clínica y el área de apoyo diagnóstico y terapéutico.

1.4.5. Marco legal

1.4.5.1 Ley 100 de 1993⁶⁵. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

1.4.5.2. Decreto 806 de 1998⁶⁶. Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

1.4.5.3. Decreto 1011 del 2006⁶⁷. Componentes del SOGCS Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Tendrá como componentes los siguientes:

Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

⁶⁵ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Ley de seguridad social. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

⁶⁶ MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 806 de 1998. Disponible en: <http://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/13767>

⁶⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. *Accesibilidad*. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. *Oportunidad*. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. *Seguridad*. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. *Pertinencia*. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. *Continuidad*. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

1.4.5.3. Decreto 3039 de 2007⁶⁸. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos 154 de la Ley 100 de 1993, 42 de la Ley 715 de 2001 y 33

⁶⁸ Ministerio de la protección social. Decreto 3039 del 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3039-de-2007.pdf>

de la Ley 1122 de 2007.

1.4.5.4. Ley 1438 del 2011⁶⁹. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

1.4.5.5. Resolución 5521 de 2013⁷⁰. Que por lo establecido en los numerales 32 y 33 del artículo 2° del Decreto 4107 de 2011, modificado por el artículo 2° del Decreto 2562 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social es la entidad competente para definir y modificar el Plan Obligatorio de Salud (POS).

1.4.5.6. Resolución 2003 de 2014⁷¹. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. En ejercicio de sus atribuciones, especialmente las conferidas en los artículos 173, numeral 3 de la Ley 100 de 1993, 56 de la Ley 715 de 2001 y 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011, y en desarrollo de los capítulos I y II del Título III del Decreto 1011 de 2006 y del artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto-ley 019 de 2012.

⁶⁹ Ministerio de salud y protección social. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

⁷⁰ Ministerio de salud y protección social. Resolución 5521 de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>

⁷¹ Ministerio de salud y protección social. Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

1.5. METODOLOGÍA

1.5.1. Tipo de estudio.

En lo que respecta al tipo de estudio, la primera parte de este trabajo consiste en un **estudio exploratorio** pues Sampieri afirma que este método de estudio “permite preparar el terreno en una investigación”⁷². Por lo tanto se inicia con la identificación de los modelos de mejora continua abordados por diferentes autores expertos en el tema para evaluar el más adecuado en una institución de salud dedicada a la atención de usuarios en Hospitales.

Dado su carácter exploratorio, se considera el análisis documental para investigar sobre datos históricos y documentos de la institución que permitan conocer las causas que originan los problemas de calidad en el servicio.

Posteriormente pasa a ser un **estudio descriptivo** que se encarga de “considerar el fenómeno estudiado con sus componentes y variables”⁷³. En este trabajo se realiza a partir del análisis interno, donde se identifican situaciones que afectan e involucran los resultados que la organización desea alcanzar, dando como resultado hipótesis sobre una situación puntual que atraviesa la organización en dicho momento de verdad, derivado de este análisis la investigación pretende entregar herramientas de diagnóstico, que permitan identificar las causas de los problemas de calidad en la atención, los cuales eran necesarios para definir la manera adecuada para elaborar la propuesta de mejoramiento.

⁷² HERNANDEZ SAMPIERI R, FERNANDEZ COLLADO C. Metodológica de la investigación. Mc Graw Hill. Quinta edición. 2010. P. 78.

⁷³ Ibíd. Op cit. P. 77

1.5.2. Método de estudio.

Se emplea el método **deductivo**, pasando de lo general a lo particular⁷⁴, mediante un diagnóstico que permita identificar las situaciones presentes del área de atención ambulatoria hasta determinar las principales causas que generan los problemas de calidad en el servicio.

Finalmente es **analítico**⁷⁵, dado que con las causas identificadas se pueden formular las acciones que permitan minimizar estos problemas con el propósito de mejorar la calidad del servicio en el área ambulatoria del Hospital.

1.5.3. Recolección y análisis de datos

En el presente trabajo se utilizarán diversas fuentes para recolectar la información, entre ellas se pueden mencionar:

Cuadro 2. Fuentes y técnicas de recolección de información

Fuentes	Técnica	Información a recolectar
Primarias	Entrevista	Diagnóstico de los aspectos administrativos para conocer su: - Capacidad directiva - Capacidad tecnológica - Capacidad del talento humano - Capacidad competitiva - Capacidad financiera
Secundarias	Inspección	En la auditoría administrativa se utiliza esta técnica para la recolección de información relacionada con los documentos internos de la empresa, especialmente relacionados con el área tales como indicadores de gestión, índices de satisfacción, informe de quejas y reclamos, entre otros.
Secundarias	Documental	Se utilizará esta técnica para recolectar información que guíara en el diseño del plan de mejoramiento, tales como libros, artículos y tesis de grado relacionados con el tema.

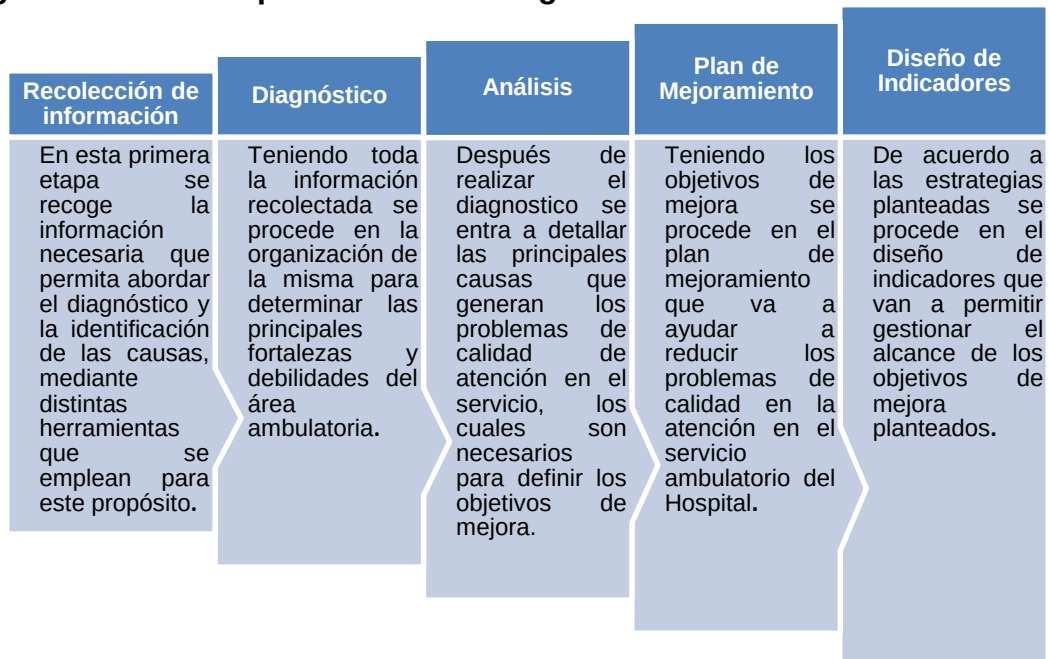
⁷⁴ HERNANDEZ SAMPIERI R, FERNANDEZ COLLADO C. metodología de la investigación. Op, p. 182.

⁷⁵ Ibíd. P. 185

1.5.4. Diseño metodológico.

La investigación contempla las siguientes etapas que se desarrollaran para llevar a cabo este trabajo.

Figura 3. Fases del proceso de investigación



Fuente: Elaboración propia

1.6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES					
	1	2	3	4	5	6
Recolección de información						
Diagnóstico						
Análisis						
Propuesta de mejoramiento						
Diseño de indicadores						
Conclusiones y recomendaciones						
Presentación y aprobación del proyecto						

Fuente: Elaboración propia

1.7. PRESUPUESTO

ITEM	FINANCIACIÓN		
	PROPIA	UNIVERSIDAD	OTRAS
1. Honorarios de orientador		\$700.000	
2. Honorarios de investigador	\$500.000		
3. Elementos de escritorio y papelería.	\$100.000		
4. Comunicaciones (Celular y correo)	\$50.000		
5. Fotocopias	\$100.000		
6. Bibliografía		\$120.000	
7. Transporte y gastos de viaje	\$250.000		
8. Software			
10. Impresión y empastado	\$100.000		
Total	\$600.000	\$820.000	
Valor total del proyecto	\$1.420.000		

Fuente: Elaboración propia

2. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN ACTUAL

El presente capítulo describe el análisis de situación interna que influye sobre el área de gestión ambulatoria del Hospital.

2.1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTERNA

El presente capítulo describe el área de gestión ambulatoria del Hospital, el cual busca identificar las principales fortalezas y debilidades en el área.

2.1.1. Diagnóstico del proceso administrativo.

Conforme a los lineamientos teóricos de la autora Martha Pérez en su Guía práctica de planeación estratégica ⁷⁶, se procede a realizar una descripción general del Hospital en los aspectos administrativos que relacionan sus actividades de planeación, organización, dirección y evaluación y control.

2.1.1.1. Proceso de planeación. Actualmente la empresa cuenta con un plan de desarrollo institucional 2016 – 2020 que se convierte en la hoja de ruta por los siguientes cuatro años y enmarca el actuar y los logros de la Institución durante este periodo. Este futuro se ve estructurado en un cambio en el modelo de prestación de servicios hacia un modelo de Salud mental Comunitaria y en la implementación de modelos de calidad en la gestión que permitan lograr la excelencia operativa, la satisfacción las partes interesadas, el respeto a la dignidad humana, la inclusión social y la reducción del estigma.

Sin embargo hay una variable que preocupa dado que el servicio recibido por los usuarios no corresponde a los establecidos dentro de la misión institucional, de acuerdo a las cifras presentadas en el componente de Clientes y Mercados, donde se obtuvo una calificación del 54% en una encuesta realizada por la

⁷⁶ Pérez Castaño, M. Guía práctica de planeación estratégica. Cali: Facultad de Ciencias de administración de la Universidad del Valle. 1999. P. 53 -71.

entidad, la cual no es satisfactoria debido a la falta de coherencia entre lo planeado y lo que actualmente se vive con los usuarios.

2.1.1.2. Proceso de organización. La compañía cumple con la documentación mínima que solicita el sistema de acreditación salud que dispone el ministerio de salud y protección social, donde se incluye un organigrama de tipo funcional que está enfocado por áreas, las cuales van alineadas a su mapa de procesos, quienes están especificados en los flujogramas que describen las actividades que se deben desarrollar en cada proceso.

De igual manera, se dispone de los respectivos manuales de procesos para cada cargo, donde se definen las funciones y responsabilidades de los funcionarios.

Se destaca como aspecto negativo, el hecho de que la estructura organizacional de la entidad al ser tan vertical por su nivel de burocracia, presenta algunos problemas de comunicación en las secciones más bajas de su organigrama, las cuales se están solucionando con algunos medios tecnológicos.

2.1.1.3. Proceso de dirección. Las líneas de autoridad dentro de la institución están bien definidas, aunque las funciones desarrolladas son rutinarias y especializadas pues así lo requiere este tipo de entidades.

De igual manera se cuenta con personal con experiencia y conocimientos para desarrollar sus labores, cuyos perfiles están de acuerdo con su nivel de formación como lo exige el hospital. En este aspecto, la entidad cuenta con programas de capacitación permanentes debido a la fuerte conexión que tiene con la Universidad del Valle, entre otras entidades públicas de formación de índole nacional y regional.

2.1.1.4. Proceso de evaluación y control. Actualmente la empresa desarrolla procesos de seguimiento y control mediante indicadores de gestión y el registro de sugerencias y peticiones que administra en la atención ambulatoria y de

hospitalización, sin embargo la falta de recurso humano, lleva a que los responsables de los procesos se enfoquen en buscar e implementar soluciones alternativas a la contratación de nuevo personal, teniendo en cuenta la estructura de costos y la coyuntura actual, particularmente en la sistematización de los procesos y la eficiencia de los recursos.

Por otro lado, es necesario eliminarse múltiples procedimientos para gestión de autorización en segunda instancia, generando un camino simple, eficaz y eficiente sin dejar a un lado el análisis y el control del costo.

La monitorización del costo debe ser más rigurosa. Deben generarse alarmas continuas direccionadas a los equipos de trabajo que les permita periódicamente tomar decisiones frente a la demanda recurrente de servicios.

2.1.2. Análisis de la cultura organizacional.

Actualmente el hospital cuenta con valores y principios organizacionales que orientan el comportamiento de su talento humano, el cual se ha ido fortaleciendo mediante capacitaciones donde ya ha obtenido frutos significativos, pues gracias al compromiso de su talento humano el Hospital fue reconocido con el Certificado de Aseguramiento de la Calidad ISO 9001 versión 2008 y en julio de 2009 con El CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN EN SALUD, otorgado por el ICONTEC y homologado internacionalmente por el ISQUA, que lo posicionó como el primer centro psiquiátrico del país en obtener la Acreditación y como uno de los más prestigiosos de Latinoamérica.

Incluso con la última encuesta de clima organizacional realizada en el Hospital en el año 2016, se evidencia que uno de los aspectos favorables fue el grado de identidad que tienen sus colaboradores con los valores organizacionales de la entidad.

2.1.3. Análisis de la gestión de las funciones en el área ambulatoria.

El área de gestión ambulatoria tiene como propósito atender la consulta externa a los pacientes que requieran los servicios del área mental, de urgencia Psiquiátrica y médica general. En este aspecto se encuentra comandando las secciones de Urgencias que incluye los servicios de medicina general y Psiquiatría, la clínica y el área de apoyo diagnóstico y terapéutico.

2.1.3.1. Gestión comercial. Actualmente en el área ambulatoria dispone de una amplia gama de servicios para atender de manera integral a sus usuarios:

Urgencias:

- Medicina General.
- Medicina Especializada (Psiquiatría).

Se brinda atención de urgencias en el área de Psiquiatría y de medicina general en forma oportuna, humanizada y de calidad técnico-científica.

Consulta externa:

Atención de Primera Vez, Control y Seguimiento por:

- Psiquiatría.
- Psicología.
- Trabajo Social.
- Psicoterapia
- Individual por Psiquiatría, Individual por Psicología.
- De Pareja por Psiquiatría, De Pareja por Trabajo Social.
- De Familia por Psiquiatría, De Familia por Trabajo Social.

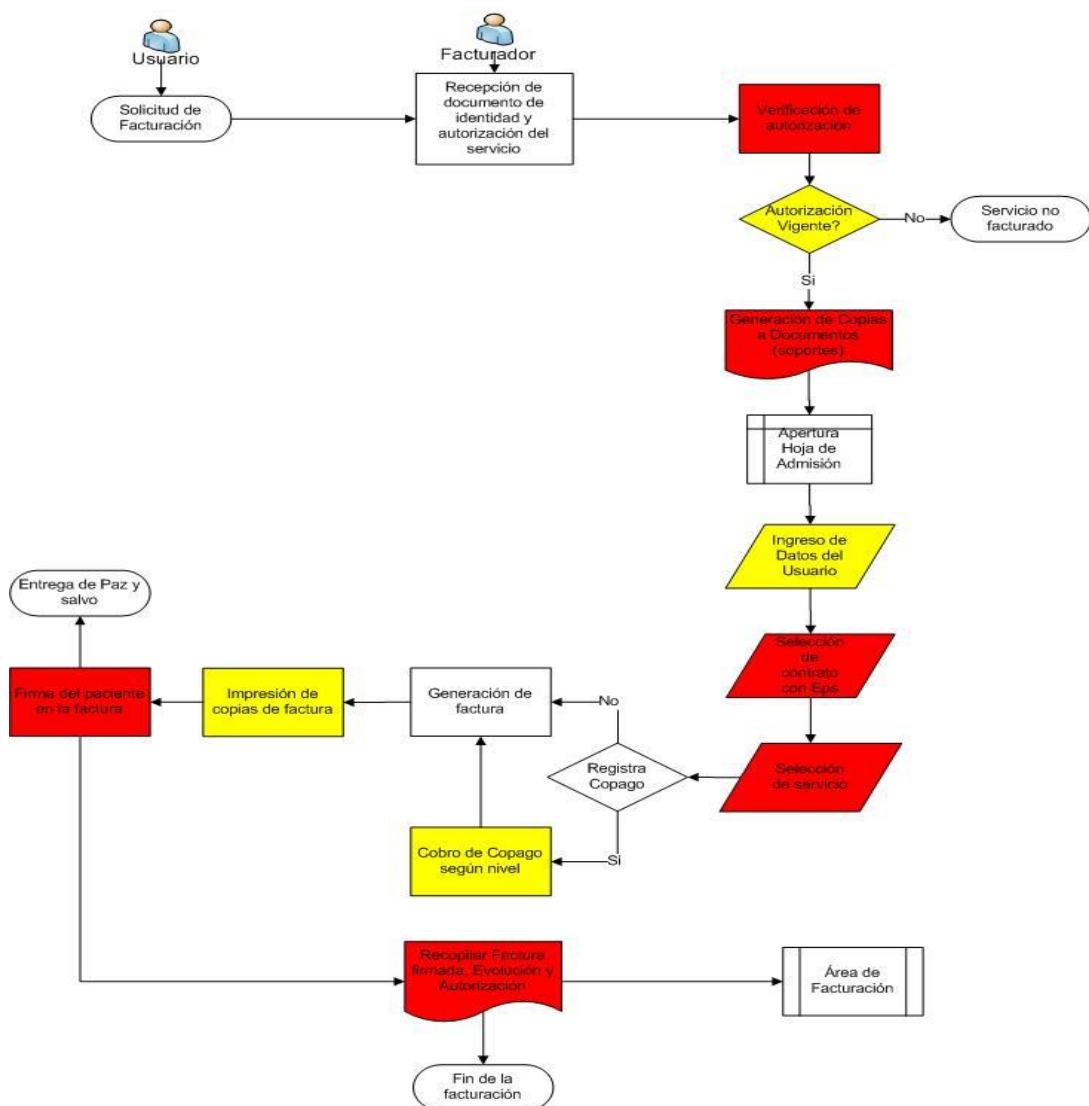
Clínicas Especializadas

Ansiedad, depresión, esquizofrenia, demencias, epilepsia.

Se brinda atención de consulta externa en el área de salud mental y psiquiatría en forma oportuna, humanizada y de calidad técnico científica para solucionar las necesidades de los usuarios.

Caracterización del proceso de facturación: Para contextualizar este proceso en el Hospital, es necesario observar en la figura 4 que se muestra a continuación, donde se puede apreciar las actividades que se desarrollan allí.

Figura 4. Diagrama de flujo del proceso de facturación del hospital



Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Caracterización del proceso. Facturación. 2015. 4-5.

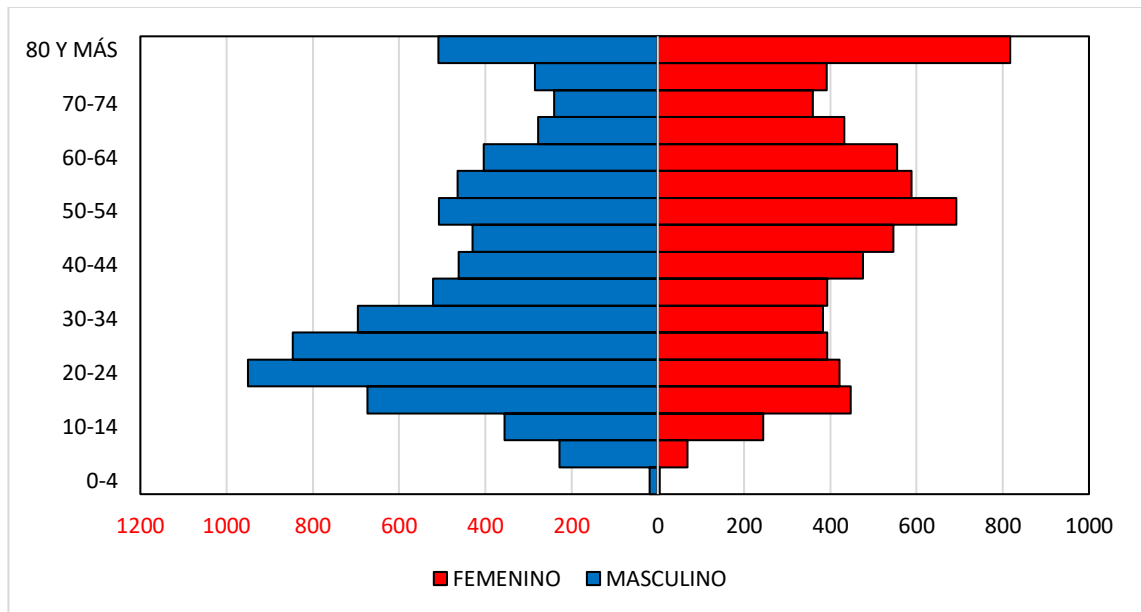
El proceso de facturación al usuario no presenta dificultades importantes, sin embargo en el proceso de facturación a las entidades prestadoras de salud EPS, requiere de mayor interacción con las demás áreas, especialmente con la de costos, dado que la entidad carece de sistemas de información avanzados que permita el conocimiento de los costos en tiempo real y de esta manera soportar de manera adecuada la facturación a las EPS, pues existe un alto porcentaje de facturas glosadas, las cuales representan el 12% de los ingresos de la entidad⁷⁷, lo que incide negativamente sobre el ingreso de recursos a la empresa.

Convenios: Actualmente la entidad tiene convenios con la nueva EPS, Medimas, Emssanar, Cosmitec y la Secretaria departamental.

Caracterización de los usuarios: De acuerdo a la información suministrada por el área estadística de la entidad, los pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico se encuentran distribuidos entre 19 y 35 años y la menor cantidad de pacientes están entre 0 y 14 años. La edad media de los usuarios del Hospital Psiquiátrico es de 45 años. Ver gráfica 1.

⁷⁷ Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Informe de gestión año 2016. P. 40. Consultado el 25 de octubre de 2017. Disponible en: <http://www.psiquiatricocali.gov.co/hdpuv1/images/pdf/2017/informe%20de%20gestion%20hdpuv%20ese%202016.pdf>

Gráfica 1. Pirámide Poblacional de los Pacientes del Hospital



Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Perfil epidemiológico 2016. Departamento estadístico. Marzo 2017.

En el mismo informe se dice que la cantidad de usuarios que llegan al hospital psiquiátrico en su mayoría son hombres con un 52.17%, mientras que las mujeres están representadas en un 47.83%. De los cuales, los pacientes menores de 40 años son generalmente hombres y de los 40 años en adelante el grupo de pacientes es su mayoría son de género femenino⁷⁸.

Estos usuarios son generalmente del Departamento del Valle con un 97,06%, seguido por usuarios del Departamento del Cauca con un 2.55% la participación de los otros departamentos es por debajo del 1%, que unidos aportan el 0.39%. En el caso del Valle del Cauca provienen principalmente de Cali con el 78,8%, seguidos por los usuarios de Jamundí con el 3,15%, Buenaventura con el 2,94% y Palmira con el 2,55% del departamento del Valle y del departamento del Cauca

⁷⁸ Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Perfil epidemiológico 2016. Departamento estadístico. Marzo 2017. P. 3.

aparece Puerto Tejada con el 0,63% y Santander de Quilichao con el 0,55% como los más representativos⁷⁹.

De acuerdo al origen de los usuarios por zona de influencia se observó que el 99.36% son de la parte urbana, el 0.63% son de la parte rural y el 0.01% no está definido a que zona pertenece⁸⁰.

Por otro lado, Al realizar un análisis del estado civil, los pacientes que más asisten al Hospital Psiquiátrico son los solteros con un 84.34% seguidos de los casados con el 6.64%, unión libre con 4.58%, viudos con el 2.72% y los que menos asisten son los separados con un 1.72%. Al realizar un cruce de estado civil por género se observa que entre los solteros asisten más los hombres que las mujeres; dentro de los otros grupos (casados, unión libre, viudos y separados) asisten más las mujeres que los hombres⁸¹.

De acuerdo a los diagnósticos que se presentan en servicio de atención ambulatoria, el principal diagnóstico con un 21.9% de los pacientes consultados sufre de esquizofrenia, el 10.1% presentó otros trastornos mentales debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física y trastorno afectivo bipolar con un 9.1%. Ver cuadro 5.

⁷⁹ Ibídem. P. 5.

⁸⁰ Ibídem. P. 6.

⁸¹ Ibídem. P. 7.

Cuadro 5. Diagnóstico de pacientes de consulta externa año 2016

CIE 10	DESCRIPCION	FREC	%
F20	ESQUIZOFRENIA	5366	21,9%
F06	OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A ENFERMEDAD FISICA	2479	10,1%
F31	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	2221	9,1%
F03	DEMENCIA, NO ESPECIFICADA	1976	8,1%
F32	EPISODIO DEPRESIVO	1912	7,8%
F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	1721	7,0%
F33	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	1069	4,4%
F25	TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	912	3,7%
G40	EPILEPSIA	788	3,2%
F01	DEMENCIA VASCULAR	509	2,1%
OTROS DIAGNOSTICOS		3537	14,4%
TOTAL		24506	100,0%

Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Perfil epidemiológico 2016. Departamento estadístico. Marzo 2017. P. 10.

En urgencias al igual que en los de consulta externa el diagnóstico más frecuente es la esquizofrenia con un 18.7%.

Cuadro 6. Diagnóstico de pacientes de Urgencias año 2016

CIE10	DESCRIPCION	FREC	%
F20	ESQUIZOFRENIA	1387	18,7%
F31	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	792	10,7%
F32	EPISODIO DEPRESIVO	454	6,1%
F06	OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A ENFERMEDAD FISICA	408	5,5%
F19	TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	400	5,4%
F25	TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	351	4,7%
F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	350	4,7%
F23	TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	264	3,6%
F33	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	238	3,2%
F43	REACCION AL ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	147	2,0%
OTROS DIAGNOSTICOS		2615	35,3%
TOTAL		7406	100%

Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Perfil epidemiológico 2016. Departamento estadístico. Marzo 2017. P. 11.

Entre tanto, en segundo lugar trastorno afectivo bipolar con el 10.7%, tercer lugar episodio depresivo 6,1% y cuarto lugar otros trastornos mentales debidos a lesion y disfuncion cerebral, y a enfermedad fisica 5,5%, que son los diagnosticos mas comunes en los servicios del hospital

2.1.3.2. Gestión del recurso humano. En el desarrollo de su labor intervienen la subgerente científica, los enfermeros, los médicos generales, los auxiliares de enfermería, los médicos especialistas, los auxiliares administrativos encargados de las citas y las admisiones, el cajero, el portero, el auxiliar de archivo y estadística, el profesional universitario de estadística y el coordinador de SIAU. Todos ellos cumpliendo con rol específico para la prestación de un servicio de calidad, los cuales deben repuntar en los siguientes indicadores que se manejan en el área:

Cuadro 3. Indicadores de Gestión del área de atención ambulatoria

INDICADOR	INDICE	META	FRECUENCIA
% de Pacientes Ambulatorios atendidos con Diagnostico y Conducta Definidos	$\frac{\text{Numero de Pacientes con Dx y Cx} \times 100}{\text{Numero de Pacientes atendidos}}$	100%	Mensualmente
% de Pacientes Ambulatorios con Mejoria	$\frac{\text{Numero de Planes de Tx seguidos} \times 100}{\text{Numero de Planes de Tx formulados}}$	80%	Mensualmente
% de Planes de Tratamiento Seguidos	$\frac{\text{Numero de Pacientes mejorados} \times 100}{\text{Numero de Pacientes atendidos}}$	80%	Mensualmente

Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Caracterización del proceso. Atención ambulatoria. 2015. 1-3.

Estos indicadores están respaldados con el modelo adoptado por el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, donde se armoniza bajo el lineamiento de contribuir con un Modelo en Salud Mental Comunitaria, cuyo enfoque es la Mejoría Clínica, la Dignidad Humana, la Inclusión Social, la Reducción del Estigma, entre otros factores que a través del desarrollo, sostenibilidad y compromisos institucionales se obtendrán teniendo como

vehiculó conductor al éxito el Sistema Integrado de Calidad que los oriente a la Excelencia Operativa. Ver figura 3.

Figura 3. Modelo institucional del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle



Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Plan de desarrollo institucional 2016-2020. Hacia un modelo de salud mental comunitaria. 2015. P. 38.

De igual manera es necesario destacar los aspectos de clima organizacional de la entidad con base a los dos últimos resultados de evaluación que se realizaron en el año 2014 y 2016. Ver cuadro 4.

Cuadro 4. Resultados de clima organizacional del HPUV

Variable Evaluada	Favorabilidad 2014	Favorabilidad 2016
Relaciones e Interacción	85%	89,9%
Liderazgo	78%	81,6%
Compromiso y Desempeño Laboral	90%	87,7%
Identificación y Pertenencia	93%	96,9%
Índice de Favorabilidad Clima Laboral HPUV	87%	89,1%

Fuente: Informe de gestión año 2016. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. P. 40. Consultado el 25 de octubre de 2017. Disponible en:

<http://www.psiquiatricocali.gov.co/hdpuv1/images/pdf/2017/informe%20de%20gestion%20hdpuv%20ese%202016.pdf>

Puede apreciarse que comparativamente con el año 2014, cuando se efectuó la última evaluación de clima, los niveles de favorabilidad aumentaron en el índice general y en tres de las cuatro (4) variables examinadas.

La variable en la cual se aprecia un descenso de favorabilidad en el indicador es la referente al compromiso y desempeño laboral, que permite conocer la autopercepción y la percepción del otro respecto a la calidad y la precisión de desempeño.

En este aspecto se realizó una entrevista personal con la enfermera jefe de consulta externa del Hospital, quien manifestó *“una falta de integración entre el personal, lo que hace aún más pesada la presión del trabajo, además de afectarse la comunicación, puesto que esto no permite apuntar a un mismo objetivo”*. Esta situación puede ser un sustento de la disminución en los indicadores de favorabilidad que se aprecia en el rubro de compromiso y desempeño laboral.

2.1.3.3. Gestión del proceso de prestación del servicio. Para dar cumplimiento al alcance de los objetivos del área bajo los cimientos del modelo de servicio que actualmente utiliza la institución se muestra a continuación en el

cuadro 4, las principales actividades que se realizan para dar cumplimiento a su propósito social.

Cuadro 4. Actividades que intervienen en el proceso de atención ambulatoria en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle

ENTRADAS	PLANEAR	RESULTADOS
Directrices contractuales y solicitud del servicio con aprobación de caja. Verificación de urgencia vital	Programación de recursos humanos, técnicos de infraestructura e insumos. Planificación de imprevistos.	Paciente con diagnóstico y conducta definida registrado en la historia clínica.
	HACER	
	1. Atención al cliente. 2. Estadística y Archivo 3. Preconsulta (Actividades de filtro, toma de signos vitales, orientación de trámites). 4. Consulta (consignación de HC, diagnóstico y plan) 5. Observación 6. Posconsulta (orientación, recomendaciones).	
PROVEEDORES	VERIFICAR	CLIENTE
Gestión administrativa. Comunidad. EPS, IPS y Entes del Estado.	1. Asignación correcta de Cita. 2. Disponibilidad y control de movimiento de la Historia clínica. 3. Que corresponda la atención con la identificación (sello) y que los formatos estén bien diligenciados. 4. Que se defina Dx y Cx al paciente y que se elaboren bien todos los registros. 5. Que se cumplan órdenes médicas y se evolucione el paciente. 6. NA.	Procesos de Hospitalización, Rehabilitación, Ayudas diagnósticas.
	ACTUAR	
	Cualquier actividad no realizada se toma como un no conforme y se corrige.	

Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Caracterización del proceso. Atención ambulatoria. 2015. 1-3.

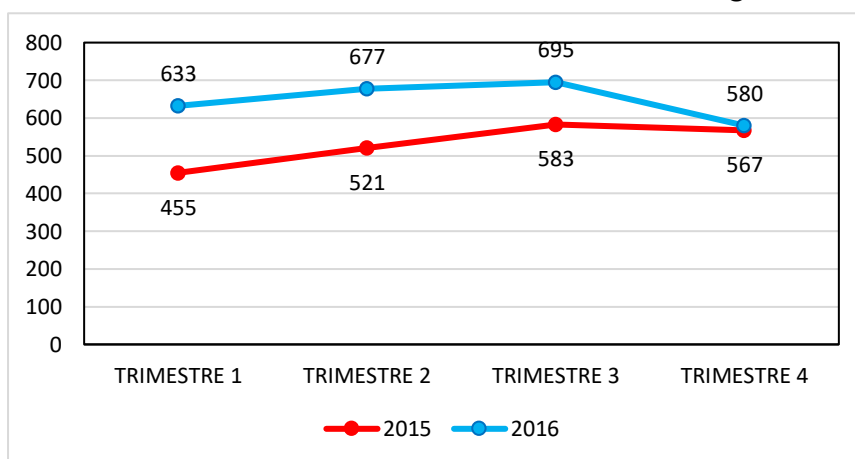
Conforme a esta infraestructura y funciones que se desarrollan en el área, se busca garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población de Cali y del Valle del Cauca, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la

Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Caracterización de los servicios prestados en del periodo 2015 – 2016.

Realizando un comparativo trimestral del año 2016 frente al 2015 se observa que en el año 2016 hubo un incremento de consultas en medicina general urgente comparando con la producción en el mismo periodo del año 2015, solo en el último trimestre se ve una tendencia negativa donde la producción es muy similar a lo ocurrido en el año 2015. Ver gráfica 2.

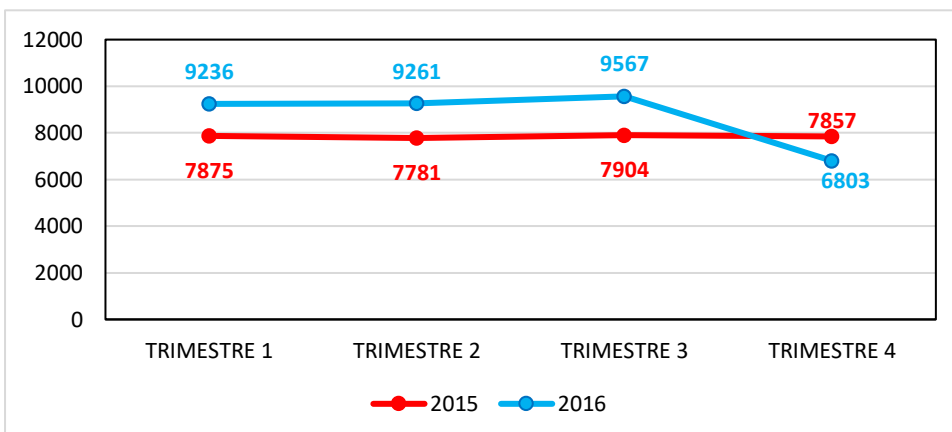
Gráfica 2. Evolución de consultas de medicina general urgente 2015-2016



Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Perfil epidemiológico 2016. Departamento estadístico. Marzo 2017. P. 9.

Al igual que en la consulta de urgencias, se puede observar que en el año 2016 hubo un incremento de consultas en medicina especializada electiva comparando con la producción en el mismo periodo del año 2015, solo en el último trimestre se ve una tendencia negativa donde la producción está por debajo a lo ocurrido en el año 2015. Ver gráfica 3.

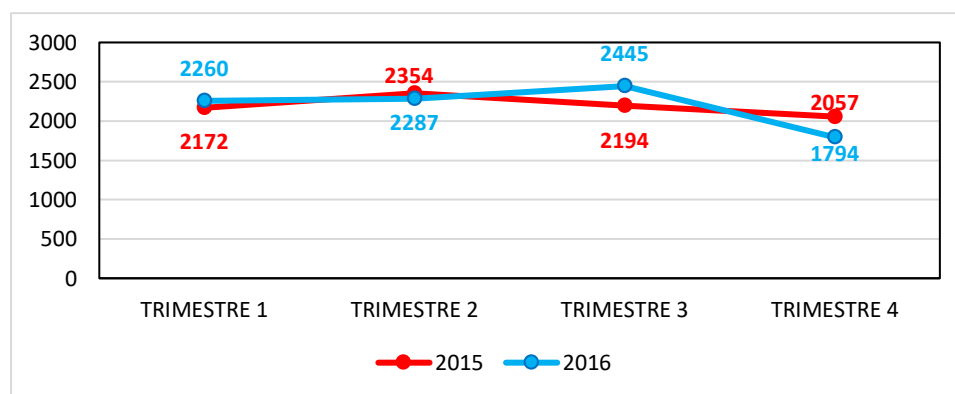
Gráfica 3. Evolución de consulta de medicina especializada electiva 2015-2016



Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Perfil epidemiológico 2016. Departamento estadístico. Marzo 2017. P. 9.

En la consulta de medicina especializada urgente se observa que fue un comportamiento muy similar entre la producción del año 2016 y la producción del año 2015 en el mismo periodo, solo en el último trimestre se ve una tendencia negativa donde la producción está por debajo de lo ocurrido en el año 2015.

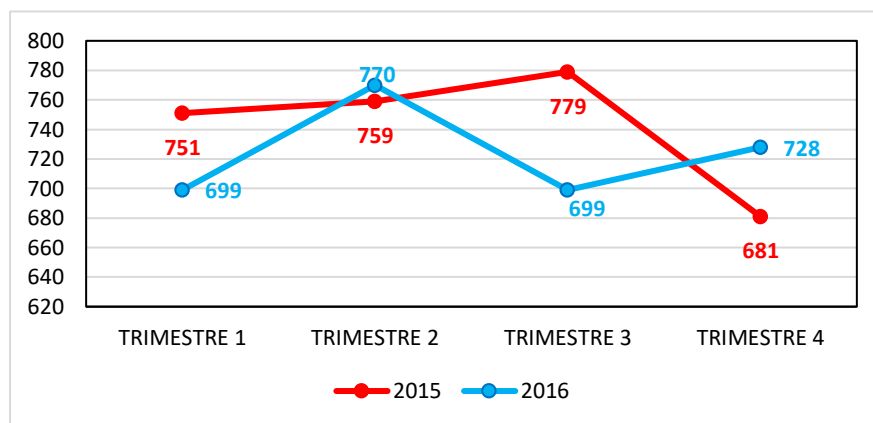
Gráfica 4. Evolución de consulta de medicina especializada urgente 2015-2016



Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Perfil epidemiológico 2016. Departamento estadístico. Marzo 2017. P. 10.

Entre los egresos del 2016 y del 2015 se observa mucha variabilidad trimestre a trimestre, pero se alcanza a observar que hubo más egresos en el año 2015 que en el año 2016. Al realizar los totalizados se evidencia que hubo menos egresos en el año 2016. Ver gráfica 5.

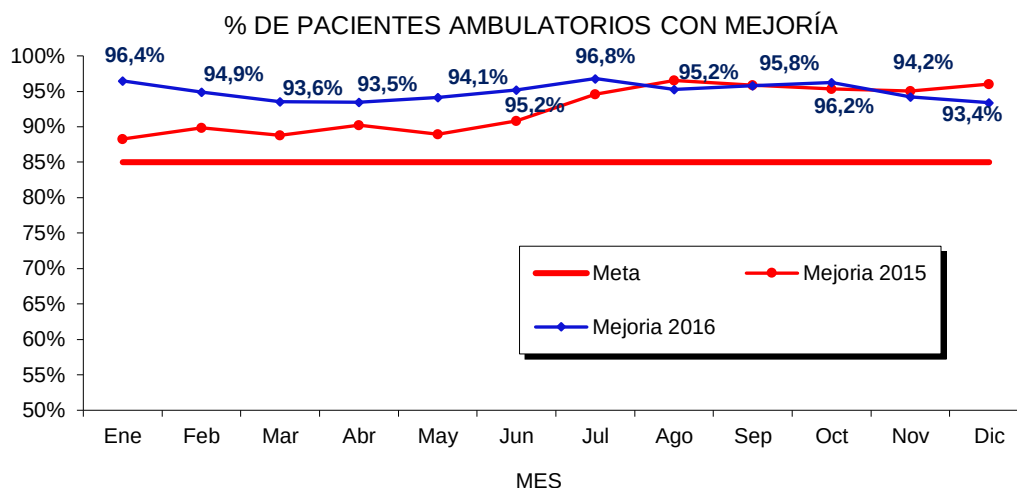
Gráfica 5. Evolución de Egresos 2015-2016



Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Perfil epidemiológico 2016. Departamento estadístico. Marzo 2017. P. 10.

En cuanto a la efectividad de tratamientos del año 2016 con respecto al año 2015 se observa una gran mejoría sobre la atención de los pacientes.

Gráfica 6. % De pacientes ambulatorios con mejoría. Comparativo años 2015 vs 2016



Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ESE. Perfil epidemiológico 2016. Departamento estadístico. Marzo 2017. P. 13.

Se puede observar que la mejoría en la adherencia al tratamiento refleja una mejoría en la evolución del paciente. Gráficamente el comportamiento presentado en la mejoría del pacientes es similar al comportamiento grafico de la adherencia al tratamiento de los pacientes que son atendidos en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle; en ambos casos la tendencia es muy buena, puesto que supera la meta del 85%, lo cual muestra el excelente desempeño clínico de los profesionales.

2.1.3.4. Gestión de suministros. Para garantizar la buena calidad de los servicios en el área ambulatoria se cuenta con 207 camas, ocho salas, entre las que se encuentran la Unidad de Cuidados Especiales en Psiquiatría, Salas de Cuidado Agudo y Salas de Recuperación.

Sin embargo, la infraestructura es limitada porque no se cuenta con los consultorios suficientes para atender la demanda que se tiene, además de que los accesos no están bien señalizados para facilitar la ubicación de los usuarios en las instalaciones.

Por otro lado, no se facilita la atención a personas discapacitadas quienes tienen su atención en el segundo piso, sin contemplar medidas que permitan su traslado como rampas o ascensores.

En cuanto a la oportunidad de cita también se observan incumplimientos por falta de profesionales psiquiatras en la prestación del servicio, además de psiquiatras pediátricos.

2.1.3.5. Gestión de investigación y desarrollo. Actualmente la entidad está implementando estrategias que le permiten fortalecer su investigación y desarrollo en tres frentes de trabajo que están representados en:

Docencia-Servicio: Se está documentando e implementando el proceso Docencia-servicio para cumplir con los requisitos como centro de práctica formativa como Hospital Universitario.

Educación: Se está conformando un portafolio de servicios educativos en el área de salud mental.

Investigación: se está conformando un grupo de Investigación que permita el reconocimiento como centro de investigación por COLCIENCIAS.

2.1.3.6. Gestión tecnológica y de sistemas de información. Aunque la entidad cuenta con sistemas de información adaptados bajo modelos estándar de entidades prestadoras de salud, estos ya son obsoletos para las necesidades actuales de la institución. Además es indispensable eliminarse trámites administrativos innecesarios que permitan a los encargados del proceso dar respuesta oportuna a requerimientos del hospital.

Por otro lado, debe existir unificación de sistemas de información teniendo en cuenta que las áreas manejan diferentes fuentes que no permiten trabajar de forma unificada, haciendo más eficiente el sistema de reportes y análisis de la

información, pues muchas veces las estadísticas no son confiables para la toma de decisiones.

También se observa que faltan componentes de apoyo a través de las TICS que permita optimizar todo tipo de recursos, permitiendo mayor eficiencia en la accesibilidad de los servicios para los usuarios.

2.1.3.7. Gestión financiera. En el contexto general se puede analizar los indicadores financieros de la entidad que muestra el comportamiento de la entidad con base a las cifras contables de los estados financieros.

INDICADORES DE LIQUIDEZ			2016	2015	2014
Razón corriente	$\frac{\text{Activo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente}}$	$\frac{49.252.729}{10.597.871}$	4,65	3,41	4,99
Por cada \$1,00 que El Hospital adeuda, tiene al 30 de Diciembre cuenta con \$ 4,65 para respaldar dicha deuda Corriente.					
PRUEBA ACIDA :	$\frac{\text{Activo Corriente-inventario}}{\text{Pasivo Corriente}}$	$\frac{49.130.351}{10.597.871}$	4,64	3,39	4,98
El Hospital cuenta con \$ 4,64 para responder por cada \$ 1,00 que adeuda sin depender de la venta de sus Inventarios.					
INDICE DE SOLVENCIA :	$\frac{\text{Activo Total}}{\text{Pasivo Total}}$	$\frac{82.305.524}{25.375.913}$	3,24	3,34	4,17207
Por cada \$1,00 que el Hospital adeuda, posee \$ 3,24 al mes de Diciembre 2016 para respaldar la deuda total.					

Fuente: Informe de gestión año 2016. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. P. 68. Consultado el 25 de octubre de 2017. Disponible en:
<http://www.psiquiatricocali.gov.co/hdpuv1/images/pdf/2017/informe%20de%20gestion%20hdpuv%20ese%202016.pdf>

A simple vista, estos resultados financieros revelan que la entidad no tiene riesgo de este tipo, dado que sus activos corrientes o de corto plazo pueden respaldar sus obligaciones de corto plazo (pasivos corrientes).

Sin embargo, se debe analizar la calidad de estos activos corrientes para poder examinar su realidad financiera, especialmente con la dinámica de su cartera, la cual se puede apreciar a continuación en los indicadores de actividad.

INDICADORES DE ACTIVIDAD		2016	2015	2014	
PERIODICIDAD DE RECAUDO	<u>Ventas de Servicios</u>	29.079.549	1,03	0,79	0,98
CARTERA X VENTA DE SERVICIO	Cuentas x Cobrar Promedio	28.349.948			
Numero de veces que rotan las cuentas por cobrar					
	<u>No. de Días del Año</u>	360	350,97	455,2	370,66
	Veces que rota la cartera	1,03			
Esto expresa que las cuentas por cobrar al 31 de Diciembre del 2016 , se recauda cada 350,97 días calculándose sobre la cartera corriente de venta de servicios de salud , sin afectarse por los excedentes de facturación vigencias anteriores.					
ANÁLISIS EFECTUADO SIN INCLUIR SECRETARIA DPTAL DE SALUD.					
PERIODICIDAD DE RECAUDO	<u>Ventas de Servicios</u>	29.079.549	1,09	0,80	1,20
CARTERA X VENTA DE SERVICIO	Cuentas x Cobrar Promedio	26.799.608			
Numero de veces que rotan las cuentas por cobrar					
	<u>No. de Días del Año</u>	360	331,77	447,67	304,4
	Veces que rota la cartera	1,09			
Esto expresa que las cuentas por cobrar al 31 de Diciembre del 2016 se recaudan 331,77días SIN INCLUIR la Secretaria Dptal de Salud. La Gobernación del Valle Incrementa el indicador en días					
		19,19			

Fuente: Informe de gestión año 2016. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. P. 69. Consultado el 25 de octubre de 2017. Disponible en:
<http://www.psiquiatricocali.gov.co/hdpuv1/images/pdf/2017/informe%20de%20gestion%20hdpuv%20ese%202016.pdf>

Estas cifras contrastan la percepción positiva que se tenían de los indicadores anteriores, dado que la entidad está recaudando su cartera en un periodo superior a los 330 días, lo que se constituye en algo negativo para el flujo de caja del Hospital que debe financiar su gestión operativa durante 11 meses que no tiene recaudos.

Si se revisa en detalle la calidad de la cartera de la entidad se puede observar con mayor detenimiento la magnitud del problema. Ver cuadro 5.

Cuadro 5. Descripción de cartera por periodo de vencimiento

REGIMEN ESPECIAL	DE 1 A 30	DE 1 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 120	DE 121 A 180	DE 181 A 360	MAYOR A 361	PAGOS SIN APLICAR	TOTAL	% PART.
SUBSIDIADO	2.539.959.718	3.511.874.135	1.008.605.733	169.365.420	777.248.307	867.240.266	5.090.574.997	(519.770.415)	13.669.396.205	37%
VINCULADOS VALLE	956.437.270	799.664.075	390.826.461	342.264.952	336.423.536	463.841.978	5.876.707.577	(1.408.354.579)	8.299.570.408	23%
VINCULADOS VALLE- MEDICAMENTOS				73.320.628	394.597.990	152.401.063	3.920.643.438		4.540.963.119	12%
CONTRIBUTIVO	443.167.767	894.886.873	417.275.482	360.593.069	757.194.984	695.786.792	4.824.052.171	(5.359.303.859)	4.341.776.105	12%
VINCULADOS VALLE- INIMPUTABLES	154.058.122	135.974.935			47.843.026	322.648.294	2.030.847.985	(165.326.200)	2.777.002.943	8%
DPTO DEL VALLE- PIP	368.000.000						1.829.159.564	(10.192.000)	2.185.667.564	6%
VINCULADOS OTROS DPTOS	14.003.636	31.352.342	16.417.142	45.300	13.646.376	6.526.460	304.865.786		393.229.686	1%
IPS	37.000	103.100			111.000		241.068.084	(287.900)	241.185.684	1%
MEDICINA PREPAGADA	27.659.612	51.755	46.266		8.736.611	17.948.573	168.797.778	(34.259.800)	219.366.203	1%
REGIMEN ESPECIAL	26.637.765	33.211.765	28.445.348	8.565.472	41.267.118	18.481.737	17.530.354	(290.805)	194.679.038	1%
Convenios Docente Asist	15.874.048	29.182.434			10.025.714		26.309.470		86.962.026	0%
ASEGURADORAS	279.562	721.382	228.200	3.724.000	3.616.000	158.800	37.090.032	(6.249.283)	41.128.524	0%
ARRENDAMIENTO	1.350.000	2.700.000				2.200.000	17.478.128		28.128.128	0%
CONTRIBUTIVO-DIFÍCIL COBRO									21.061.477	0%
ECAT	-						18.496.221		18.496.221	0%
ENTE TERRITORIAL OTRO DPTO							12.167.903		12.167.903	0%
SUBSIDIADO-DIFÍCIL COBRO									6.169.601	0%
PARTICULAR	5.819.599								5.819.599	0%
SUBSIDIADO- MEDICAMENTOS							190.424		190.424	0%
VTAS DE CONTADO							37.180		37.180	0%
CONTRIBUTIVO- MEDICAMENTOS							-		-	
ARL	8.462.956	237.334	34.000	79.400	433.620	279.439	15.730.088	(261.218.766)	(228.240.479)	
TOTAL	4.561.748.035	5.440.060.201	1.862.878.632	957.958.261	2.311.244.282	2.447.913.402	24.430.847.160	(7.766.253.643)	36.854.826.789	

Fuente: Informe de gestión año 2016. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. P. 71. Consultado el 25 de octubre de 2017. Disponible en:
<http://www.psiquiatricocali.gov.co/hdpuv1/images/pdf/2017/informe%20de%20gestion%20hdpuv%20ese%202016.pdf>

En el cuadro anterior se observa que de los \$36.000 millones que maneja la entidad de cartera, la mayor parte se concentra en aquella que es mayor a los 361 días (\$24.000 millones) en un 67%, Esto evidencia una situación financiera critica para la entidad, además del nivel de facturación glosada por valor de \$4.986 millones⁸² que retrasa aún más los recaudos.

En consecuencia, las dificultades de recaudo de cartera que presenta la entidad debido a esta situación, se ha traducido en un aumento del nivel de

⁸² Informe de gestión año 2016. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. P. 64. Consultado el 25 de octubre de 2017. Disponible en:
<http://www.psiquiatricocali.gov.co/hdpuv1/images/pdf/2017/informe%20de%20gestion%20hdpuv%20ese%202016.pdf>

endeudamiento de la entidad, la cual paso de un 24% en el año 2014 a un 31% en el año 2016, tal como lo muestra el informe de gestión del mismo año⁸³.

INDICADORES DE ENDEUDAMIENTO			2016	2015	2014
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	<u>Pasivo Total</u>	25.375.913	31%	30%	24%
TOTAL	<u>Activo Total</u>	82.305.524			

Este indicador nos muestra que el nivel de endeudamiento total al 31 de Diciembre 2016 fue el 31 % por cada \$100,00 que el Hospital tiene invertido en sus Activos,

Fuente: Informe de gestión año 2016. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. P. 68. Consultado el 25 de octubre de 2017. Disponible en:
<http://www.psiquiatricocali.gov.co/hdpuv1/images/pdf/2017/informe%20de%20gestion%20hdpuv%20ese%202016.pdf>

2.2. RESULTADOS DEL ANALISIS INTERNO

Conforme a los resultados obtenidos en el análisis interno realizado se procede en la identificación de fortalezas y debilidades.

⁸³ Informe de gestión año 2016. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. P. 68. Consultado el 25 de octubre de 2017. Disponible en:
<http://www.psiquiatricocali.gov.co/hdpuv1/images/pdf/2017/informe%20de%20gestion%20hdpuv%20ese%202016.pdf>

Cuadro 12. Diagnóstico de variables internas

Variable	Subvariable	Fortalezas	Justificación	Debilidades	Justificación
Proceso Administrativo	Planeación	El hospital cuenta con lineamientos corporativos definidos, tales como la misión, visión, valores, entre otros.	Es una fortaleza porque cuenta con un rumbo definido donde le permite orientar sus esfuerzos y recursos de manera ordenada, conforme a sus objetivos estratégicos.	El servicio recibido por los usuarios no corresponde a los establecidos dentro de la misión institucional.	Es una debilidad porque el nivel de satisfacción de los usuarios es bajo, y por tanto, el Hospital no está cumpliendo con su misión institucional.
	Organización	El hospital cuenta con una estructura organizacional, al igual que sus manuales de cargos y mapa de procesos.	Es una fortaleza porque se tienen bien definidos los roles y responsables de cada cargo en la organización, lo que facilita el alcance de objetivos.	la estructura organizacional de la entidad al ser tan vertical por su nivel de burocracia, presenta algunos problemas de comunicación en las secciones más bajas de su organigrama	Es una debilidad porque el hecho de que no se pueda comunicar de manera adecuada las líneas de mando con las líneas inferiores, se dificulta el alcance de objetivos porque no se puede empoderar a estos colaboradores para que sus esfuerzos sean unánimes.
	Dirección	Se cuenta con un talento humano que tiene experiencia y conocimiento.	Es una fortaleza porque los colaboradores con experiencia y conocimiento tienen más capacidad de resolver problemas en un momento dado.	las funciones desarrolladas son rutinarias y especializadas pues así lo requiere este tipo de entidades	Es una debilidad porque las labores rutinarias genera mayor estrés laboral, lo cual tiene efectos sobre la salud del trabajador y un ambiente de presión con los usuarios.
		Se cuenta con programas de capacitación permanente.	La capacitación proporciona conocimiento en el colaborador, lo cual contribuye con una mejor prestación del servicio.		

Variable	Subvariable	Fortalezas	Justificación	Debilidades	Justificación
Proceso administrativo	Evaluación y control	Actualmente la empresa desarrolla procesos de seguimiento y control mediante indicadores de gestión y el registro de sugerencias y peticiones que administra en la atención ambulatoria y de hospitalización	Es una fortaleza porque cuentan con herramientas de medición para conocer el alcance en el cumplimiento de sus objetivos.	La falta de recurso humano, lleva a que los responsables de los procesos se enfoquen en buscar e implementar soluciones alternativas a la contratación de nuevo personal, teniendo en cuenta la estructura de costos y la coyuntura actual.	Es una debilidad porque la falta de personal en ciertas áreas no permite que los controles de la organización sean efectivos.
Cultura organizacional		Actualmente el hospital cuenta con valores y principios organizacionales que orientan el comportamiento de su talento humano.	Es una fortaleza porque si los valores y principios de la organización se alinean al comportamiento del trabajador este va tener un mayor empoderamiento sobre los objetivos del hospital.		
Gestión de las funciones en el área ambulatoria	Gestión comercial	El hospital en el área ambulatoria dispone de una amplia gama de servicios para atender de manera integral a sus usuarios	Es una fortaleza porque mejora los índices de oportunidad en el servicio, además de diversificar sus ingresos monetarios.	Existe un alto porcentaje de facturas glosadas.	Es una debilidad porque retrasa el ingreso de recursos operativos del Hospital.
		Actualmente la entidad cuenta con varios convenios con EPS.	Es una fortaleza porque los convenios permiten aumentar los ingresos de la entidad.		

Variable	Subvariable	Fortalezas	Justificación	Debilidades	Justificación
Gestión de las funciones en el área ambulatoria	Gestión del talento humano	Cuenta con una amplia gama de profesionales en salud mental para prestar el servicio.	Es una fortaleza porque es una buena carta de presentación para generar mayores convenios e ingresos.	Falta de integración entre el personal, lo que hace aún más pesada la presión del trabajo, además de afectarse la comunicación.	Es una debilidad por que se afecta el trabajo en equipo, en procura de alcanzar los objetivos de la organización.
		Tiene un modelo institucional de salud que orienta el accionar de los colaboradores en los procesos operativos.	Es una fortaleza porque el profesional de la salud tiene una metodología de atención para prestar el servicio. Generando una mayor confianza en los usuarios.		
	Proceso de prestación del servicio	Se cuenta con flujogramas que definen responsables y funciones.	Es una fortaleza porque reduce los riesgos de atención y permite un mayor control sobre el proceso.		
		Existe una tendencia creciente en los niveles de consulta de un año a otro.	Es una fortaleza porque al aumentar la demanda de servicios del hospital se aumentan sus ingresos.		
		Hay una tendencia positiva de la salud de los pacientes de un año a otro.	Es una fortaleza porque eso significa que muestra un buen desempeño clínico de los profesionales.		

Variable	Subvariable	Fortalezas	Justificación	Debilidades	Justificación
Gestión de las funciones en el área ambulatoria	Gestión de suministros	La institución cuenta con equipos e insumos médicos adecuados para la prestación del servicio.	Es una fortaleza porque se puede prestar un buen servicio en la atención clínica.	La infraestructura es limitada porque no se cuenta con los consultorios suficientes para atender la demanda que se tiene.	Es una debilidad por que se afecta negativamente la calidad del servicio y por consiguiente la satisfacción de los usuarios.
				Los accesos no están bien señalizados para facilitar la ubicación de los usuarios en las instalaciones.	Genera insatisfacción a los usuarios por no saber dónde le prestan los servicios, además del desgaste de los trabajadores para orientarlos.
				No se facilita la atención a personas discapacitadas quienes tienen su atención en el segundo piso, sin contemplar medidas que permitan su traslado como rampas o ascensores.	Es una debilidad porque se está incumpliendo uno de los principios corporativos que habla sobre la inclusión.
				En la oportunidad de cita se observan incumplimientos por falta de profesionales psiquiatras en la prestación del servicio, además de psiquiatras pediátricos.	La carencia de recurso humano profesional influye negativamente sobre el nivel de satisfacción de los usuarios.

Variable	Subvariable	Fortalezas	Justificación	Debilidades	Justificación
Gestión de las funciones en el área ambulatoria	Gestión de investigación y desarrollo	Se está documentando e implementando el proceso Docencia-servicio para cumplir con los requisitos como centro de práctica formativa como Hospital Universitario.	Es una fortaleza, dado que se puede aprovechar el personal practicante para apoyar ciertas áreas clínicas donde se tienen deficiencias de personal en la prestación del servicio.		
		Se está conformando un portafolio se servicios educativos en el área de salud mental.	Es una fortaleza porque la entidad podría diversificar su portafolio de servicios.		
		Se está conformando un grupo de Investigación que permita el reconocimiento como centro de investigación por COLCIENCIAS.	Es una fortaleza porque se puede generar conocimientos que permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la unión de la práctica y la teoría universitaria.		
	Gestión tecnológica y de sistemas de información			Aunque la entidad cuenta con sistemas de información adaptados bajo modelos estándar de entidades prestadoras de salud, estos ya son obsoletos para las necesidades actuales de la institución.	Es una debilidad porque se genera deficiencias en la comunicación de la información entre las áreas, al igual que una falta de actualización de datos estadísticos necesarios para la toma de decisiones.

Variable	Subvariable	Fortalezas	Justificación	Debilidades	Justificación
Gestión de las funciones en el área ambulatoria	Gestión tecnológica y de sistemas de información			Faltan componentes de apoyo a través de las TICS que permita optimizar todo tipo de recursos.	Esto es una debilidad porque no se aprovecha los beneficios de la tecnología para facilitar el acceso de los servicios para los usuarios.
	Gestión financiera			La entidad está recaudando su cartera en un periodo superior a los 330 días, lo que se constituye en algo negativo para el flujo de caja del Hospital que debe financiar su gestión operativa durante 11 meses que no tiene recaudos.	Es una debilidad porque la entidad presenta dificultades para financiar sus operaciones y por ello se ve afectada la prestación de un servicio de calidad para los usuarios.
				Aumento del nivel de endeudamiento de la entidad, la cual paso de un 24% en el año 2014 a un 31% en el año 2016	Es una debilidad porque en la medida en que se aumente su riesgo financiero, la entidad va siendo inviable porque su flujo de caja no va resistir el pago de sus compromisos.

Fuente: Autora

De acuerdo al diagnóstico interno realizado al Hospital y su área ambulatoria se observa fortalezas importantes que la institución puede utilizar para realizar sus actividades de mejora.

En primera instancia se destaca el hecho de que se cuenta con un marco institucional en sus procesos administrativos de planeación, organización, dirección y control que le permiten generar oportunidades de mejora en el corto, mediano y largo plazo para resolver algunos aspectos relacionados con sus problemas de comunicación y del cumplimiento de su misión institucional con los clientes.

En lo que respecta al área de servicio ambulatorio se destacan las fortalezas que se tienen con un talento humano calificado y de experiencia que constantemente es capacitado por la institución.

Sin embargo, se pudo evidenciar que la entidad presenta dificultades en su componente físico de las instalaciones que pueden influir sobre la percepción de los usuarios en la prestación del servicio, entre las que se destacan:

- La falta de señalización para que oriente a los usuarios en las instalaciones.
- Limitaciones para el acceso de usuarios que estén en silla de ruedas para el segundo piso.
- La oportunidad en las citas debido a la falta de personal en ciertas especialidades médicas como el caso de psiquiatras pediátricos.

Entre otros aspectos que también inciden sobre la calidad del servicio se destaca en la insuficiente infraestructura que tiene el Hospital para responder a la alta demanda que atiende y los problemas financieros que enfrenta debido a la poca rotación de cartera y la facturación glosada, la cual ha incrementado su endeudamiento.

3. PLAN DE MEJORAMIENTO

Teniendo en cuentas las fortalezas y debilidades identificadas en el presente capítulo se procede a desarrollar el respectivo plan de mejoramiento, focalizando las estrategias en 4 objetivos estratégicos de perspectiva de clientes, financiero, de procesos internos y aprendizaje.

3.1. OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Objetivo de perspectiva de clientes: Incrementar la satisfacción de los usuarios del servicio de atención ambulatoria mediante el mejoramiento de la efectividad en la programación de citas, la infraestructura física y la gestión tecnológica, durante el periodo 2018.

Objetivo de perspectiva Financiera: Mantener la sostenibilidad financiera del Hospital, mediante el mejoramiento de los ingresos y la gestión de los costos y cartera, durante el periodo 2018.

Objetivo de perspectiva de procesos internos: Aumentar la capacidad de gestión administrativa en el área de servicio ambulatorio en el periodo 2018.

Objetivo de perspectiva de aprendizaje: Fortalecer la idoneidad del cliente interno en el área de atención ambulatoria, mediante el mejoramiento del ambiente laboral y el desarrollo de competencias, durante el periodo 2018.

3.2. PLAN DE ACCION

De acuerdo a los objetivos estratégicos planteados se procede en el desarrollo del plan de acción para cada uno de ellos.

Cuadro 13. Plan de acción objetivo 1

Objetivo de perspectiva de clientes: Incrementar la satisfacción de los usuarios del servicio de atención ambulatoria mediante el mejoramiento de la efectividad en la programación de citas, la infraestructura física y la gestión tecnológica, durante el periodo 2018.				
Estrategia	Actividad	Meta	Responsables	Presupuesto
Mejorar la oportunidad en las citas.	Aumentar el personal de especialistas en psiquiatría.	Junio de 2018 2 Profesionales	Subgerente científico, Subgerente administrativo	\$9.200.000 (mensual para los dos profesionales) Total = \$55.200.000 (para los 6 meses del año 2018).
	Cubrir la atención con médicos y psiquiatras practicantes, los eventos de baja complejidad.	Enero de 2018 2 Practicantes	Subgerente científico, Médico especialista (Docencia Servicio e Investigación)	\$1.500.000 mes Total = \$18.000.000 (Para los 12 meses del año 2018).
Fortalecer los canales de acceso en la infraestructura física.	Señalizar todas las instalaciones del hospital para facilitar la orientación de los usuarios dentro de la entidad.	Marzo 2018 100%	Subgerente administrativo	\$2.000.000
	Colocar una rampla que facilite el tránsito de pacientes discapacitados al segundo piso del Hospital.	Abril de 2018 100%	Gerente y Subgerente administrativo	\$10.000.000

Continúa cuadro 13.

Objetivo de perspectiva de clientes: Incrementar la satisfacción de los usuarios del servicio de atención ambulatoria mediante el mejoramiento de la efectividad en la programación de citas, la infraestructura física y la gestión tecnológica, durante el periodo 2018.					
Estrategia	Actividad	Meta	Responsables	Presupuesto	
Fortalecer los canales de acceso en la infraestructura física.	Mejorar el mantenimiento de las instalaciones físicas.	Diciembre de 2018 85%	Subgerente científico, Subgerente administrativo	\$2.000.000 (Trimestrales) \$8.000.000 (Total año 2018)	
Implementar los medios tecnológicos en los sistemas de información.	Compra de sistema de información administrativo y de consulta externa que integre en tiempo real a toda la organización.	Junio de 2018 100%	Gerente Y Subgerente administrativo	\$30.000.000 (Modulo integrado de SIESA)	
	Compra y actualización de equipos en el área de atención ambulatoria.	Junio de 2018. 100%	Gerente Y Subgerente administrativo	\$12.000.000 (5 equipos de cómputo)	
	Capacitación de los empleados del área de atención ambulatoria para el manejo de las renovaciones tecnológicas.	Junio – Julio de 2018 100%	Subgerente administrativo	Incluye dentro del costo de la compra de los módulos.	

Fuente: Autora

Cuadro 14. Plan de acción objetivo 2

Objetivo de perspectiva Financiera: Mantener la sostenibilidad financiera del Hospital, mediante el mejoramiento de los ingresos y la gestión de los costos y cartera, durante el periodo 2018.				
Estrategia	Actividad	Meta	Responsables	Presupuesto
Gestionar los procesos que permitan la reducción de glosas en la facturación.	Radicar la facturación pendiente de radicar por concepto de suministro de medicamentos ambulatorios a EPS y Secretaría Departamental de Salud.	Junio de 2018 100%	Director financiero	\$3.000.000 (Horas adicionales pagadas para cumplir con esta meta, durante seis meses)
	Implementar un programa de auditorías y gestión de glosas.	Junio de 2018 100%	Director financiero Auditor medico	\$6.500.000 (Costo de diseño e implementación).
	Implementar un programa de facturación eficiente.	Junio de 2018 100%	Gerente Director financiero	Costo incluido en el Módulo integrado (Propuesto en el objetivo anterior)
	Retroalimentar a los líderes asistenciales de los principales motivos de glosa derivados de la parte asistencial.	Marzo de 2018 100%	Director financiero	\$500.000 (Costo de tiempo en todas las reuniones de retroalimentación).

Continúa cuadro 14.

Objetivo de perspectiva Financiera: Mantener la sostenibilidad financiera del Hospital, mediante el mejoramiento de los ingresos y la gestión de los costos y cartera, durante el periodo 2018.				
Estrategia	Actividad	Meta	Responsables	Presupuesto
Desarrollar los procesos que permitan la reducción de cartera.	Circularización a cada una de las entidades deudoras enviando la información del estado actual de la cartera para poder así recibir la información detallada de lo que los deudores tienen en su contabilidad y poder así realizar el proceso de depuración y acordar citas para su revisión y actualización.	Marzo de 2018 100%	Director financiero	\$2.000.000 (Horas para cumplir con esta meta, durante seis meses)
	Convocatoria de las entidades a conciliación de la cartera ante la Superintendencia Nacional de Salud.	Junio de 2018 100%	Director financiero Auditor medico	\$3.000.000 (presupuesto de envió de correspondencia certificada).
	Visitas a las principales Entidades Responsables del Pago para establecer acuerdos de pago y conciliaciones de cartera.	Junio - Septiembre de 2018 100%	Gerente Director financiero	\$5.000.000 (Presupuesto para visitas)

Continúa cuadro 14.

Objetivo de perspectiva Financiera: Mantener la sostenibilidad financiera del Hospital, mediante el mejoramiento de los ingresos y la gestión de los costos y cartera, durante el periodo 2018.				
Estrategia	Actividad	Meta	Responsables	Presupuesto
Impulsar los procesos que permitan el aumento de la rentabilidad de la entidad.	Fortalecer el control sobre la adquisición de insumos, distribución, custodia, consumo, existencias y solicitudes en almacén general, sub-almacenes y farmacias.	Marzo de 2018 100%	Director financiero	\$1.500.000 (Tiempo destinado para la implementación de controles)
	Implementar un sistema de costos ABC.	Diciembre de 2018 100%	Director financiero Auditor medico	\$13.000.000 (presupuesto de diseño e implementación).
	Aumentar los contratos de prestación de servicios con otras EPS e IPS de la región suroccidente.	Junio - Septiembre de 2018 3 contratos	Gerente Director financiero	\$10.000.000 (Presupuesto de promoción y publicidad)

Fuente: Autora

Cuadro 15. Plan de acción objetivo 3

Objetivo de perspectiva de procesos internos: Aumentar la capacidad de gestión administrativa en el área de servicio ambulatorio en el periodo 2018.				
Estrategia	Actividad	Meta	Responsables	Presupuesto
Mejorar los procesos de comunicación interna dentro de la organización.	Fortalecer la comunicación por medio de plataformas virtuales (Facebook, LinkedIn, correos corporativos, sistemas de mensajes internos, etc.).	Marzo de 2018 100%	Subgerente administrativo	\$5.000.000 (Presupuesto de diseño e implementación)
	Permitir que los empleados conozcan los objetivos y hacerle seguimiento (semanal, quincenal o mensual) para saber si efectivamente se están cumpliendo los objetivos.	Diciembre de 2018 100%	Gerente	N.D.
	Realizar reuniones en por lo menos una vez al mes con todo el personal, para hacerlos partícipes de los logros o hechos por mejorar.	Junio - Septiembre de 2018 3 contratos	Gerente	N.D.

Continúa cuadro 15

Objetivo de perspectiva de procesos internos: Aumentar la capacidad de gestión administrativa en el área de servicio ambulatorio en el periodo 2018.				
Estrategia	Actividad	Meta	Responsables	Presupuesto
Fortalecer el empoderamiento de los empleados frente a la misión institucional del Hospital.	Crear reconocimientos en los empleados por el compromiso con la misión institucional.	Junio de 2018 100%	Gerente	\$1.000.000 (Presupuesto por reconocimientos)
	Diseñar un buzón de ideas entre los empleados y que puedan ser tenidas en cuenta.	Diciembre de 2018 100%	Gerente	N.D.

Fuente: Autora

Cuadro 16. Plan de acción objetivo 4

Objetivo de perspectiva de aprendizaje: Fortalecer la idoneidad del cliente interno en el área de atención ambulatoria, mediante el mejoramiento del ambiente laboral y el desarrollo de competencias, durante el periodo 2018.				
Estrategia	Actividad	Meta	Responsables	Presupuesto
Mejorar las relaciones laborales de los colaboradores	Realizar actividades recreativas en grupo que permita crear lazos de confianza para afianzar la comunicación entre las personas.	Octubre de 2018 Aumentar clima laboral en un 85%	Subgerente administrativo	\$3.000.000 (Presupuesto para estas actividades)
	Crear un programa de solución de conflictos destinado para mejorar las relaciones de los colaboradores.	Diciembre de 2018 100% Aumentar clima laboral en un 85%	Subgerente administrativo	N.D.
	Crear grupos de trabajo generando rotaciones permanentes entre los colaboradores en cada grupo.	Septiembre de 2018 Aumentar clima laboral en un 85%	Subgerente administrativo	N.D.

Continúa cuadro 16

Objetivo de perspectiva de aprendizaje: Fortalecer la idoneidad del cliente interno en el área de atención ambulatoria, mediante el mejoramiento del ambiente laboral y el desarrollo de competencias, durante el periodo 2018.

Estrategia	Actividad	Meta	Responsables	Presupuesto
Fortalecer las competencias de los colaboradores.	Implementar un programa de gestión por competencias.	Diciembre de 2018	Subgerente administrativo	\$3.000.000 (Presupuesto para estas actividades)
	Diseñar un plan de capacitaciones	Diciembre de 2018 100%	Subgerente administrativo	N.D.
	Evaluar el desempeño de los funcionarios de carrera administrativa e identificar las competencias a fortalecer.	Septiembre de 2018	Subgerente administrativo	N.D.

Fuente: Autora

El plan de mejoramiento anterior contempla unas inversiones totales de \$191.700.000, de los cuales 135.200.000 se destina para fortalecer la relación con los clientes, \$44.500.000 para la fortalecer las actividades financieras, \$6.000.000 para los procesos internos y \$6.000.000 para actividades relacionadas con el personal.

Se puede apreciar que la mayor parte de estos recursos se focalizan en aquellas actividades donde el Hospital presenta mayores debilidades, según el diagnóstico realizado.

Dado que la entidad es una institución pública, todos sus proyectos deben quedar consignados en el presupuesto anual que es aprobado por su junta directa, la cual es registrada como una apropiación presupuestal en el rubro de gastos de funcionamiento, teniendo en cuenta que este tipo de entidades tienen tres tipos de apropiaciones clasificadas en gastos de personal, gastos de inversión y gastos de funcionamiento, el cual supero los \$38.000 millones del año 2016.

4. CONCLUSIONES

Se realizó el diagnóstico de la situación actual, utilizando la herramienta de evaluación de la autora Martha Vidal, la cual describe las distintas variables que deben ser estudiadas para el desarrollo de un análisis interno. Sin embargo, en el contexto de las conclusiones que se van a mencionar a continuación se va a utilizar los criterios de Donabedian, dado que este autor proporciona las bases teóricas para explicar los hechos que conllevan a la satisfacción de los usuarios de la salud, basados en las dimensiones de resultado, proceso y estructura, pues el afirma que con estos indicadores, se puede obtener la percepción cerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta y en los tramites) y el resultado (cambios en el estado de salud y percepción general de la atención recibida).

En lo que respecta a la estructura se observa que el Hospital ha mejorado mucho en los temas administrativos con importantes lineamientos en planeación, organización, dirección y control, aunque hay aspectos que debe fortalecer dentro de estos fundamentos, donde se pudo determinar que en el área ambulatoria, algunos empleados no se identifican con la misión institucional de la organización, incidiendo negativamente en el alcance de los objetivos corporativos. A esto se le suma las dificultades de comunicación que existen en la entidad, debido a la carencia de un sistema de información que permite una mayor fluidez y agilidad en los procesos.

En los aspectos de infraestructura física se observan falencias en la señalización que orientan a los usuarios dentro del hospital, además de la carencia de medios de traslado para permitir el acceso de usuarios al segundo piso, en silla de ruedas.

En lo que respecta a los procesos de atención se destacan aspectos relacionados con la falta de profesionales médicos especializados,

especialmente en psiquiatría y psiquiatría pediátrica, dado que el Hospital presenta fallas en la oportunidad en las citas, pues se está incumpliendo con los tiempos de programación de citas establecidos por la institución.

Por otro lado, se observa que la relación de los empleados en el área todavía presenta dificultades, a pesar de que los resultados de clima laboral del último informe de gestión presentado en el año 2016 son positivos. Este aspecto ha influido negativamente sobre el trabajo en equipo, el cual es necesario para agilizar los procesos.

De igual manera se debe precisar las dificultades que tiene la institución en las variables financieras, donde se ha visto afectado su flujo de caja para desarrollar actividades de ampliación de capacidad de planta, además de las mejoras de infraestructura que se requieren para atender las actuales necesidades de la demanda. Todo ello obedece a los problemas generados por glosas en el proceso de facturación, además de las dificultades generadas en la recuperación de cartera con las EPS y la Secretaría departamental.

Todos estos hechos generan percepciones negativas en los indicadores de resultado que se traduce en una alta concentración de las quejas y reclamos de los usuarios, en los aspectos relacionados con la atención.

De acuerdo a estas oportunidades de mejora identificadas en el proceso de diagnóstico, se desarrolló los objetivos estratégicos de mejora desde la perspectiva del cliente, de lo financiero, de los procesos internos y de aprendizaje.

En la perspectiva del cliente se propuso las estrategias para mejorar la atención a los usuarios, enfatizando en las mejoras de programación de citas, en el acceso a las instalaciones y la implementación de los sistemas de información. En la perspectiva financiera se recomendó mejoras en la reducción de glosas, la recuperación de cartera y la reducción de costos para aumentar la rentabilidad.

Por el lado de la perspectiva de procesos internos se concentra en mejorar los procesos de comunicación y en fortalecer el empoderamiento del personal con la misión institucional del Hospital. Y en la perspectiva de aprendizaje se busca fortalecer las relaciones laborales y las competencias de los empleados.

Todas estas estrategias tienen un costo total de \$191.700.000, donde se propone que sea financiado por el presupuesto anual del Hospital, el cual es aprobado por su junta directa que se registra como una apropiación presupuestal en el rubro de gastos de funcionamiento.

5. RECOMENDACIONES

Es necesario que las estrategias de mejora que se proponen en este trabajo se den a conocer con los gestores del sistema de gestión de calidad de la institución para que se articule estas acciones dentro de los procesos y se le haga el respectivo seguimiento y control para que se logren los objetivos estratégicos propuestos.

Es importante que en el desarrollo e implementación de las estrategias propuestas en este plan de mejora, sean retroalimentadas todas las áreas de la organización para involucrar a todo el personal, de tal manera, que exista un compromiso unánime que facilite la gestión de dichas actividades. Todo esto deberá ser acompañado de reuniones y capacitaciones a los empleados focalizadas al desarrollo de estos procesos de mejora.

Conocer la percepción de los usuarios es importante para este trabajo, puesto que permite validar con su misma opinión, los diagnósticos realizados, además de realizar el seguimiento de las mejoras propuestas. En este contexto, se hace necesario realizar encuestas de percepción para realizar el análisis respectivo.

En próximas investigaciones que se adelanten en el Hospital, sería apropiado adelantar proyectos encaminados a mejorar la parte financiera, especialmente en las estrategias de gestión de glosas en la facturación, al igual que en la recuperación de cartera con las EPS y la secretaria de salud departamental, dado que esta es una problemática representativa que incide sobre la ejecución de nuevos proyectos y en las mejoras de calidad en el servicio.

BIBLIOGRAFÍA

ANGELL, M Y KASSIRER, J. Calidad y el mercado médico - Después de elefantes. En el New England Journal of Medicine. Vol. 335 (12). 1996.

BUTTERFIELD, E. G. Estructura y estrategia empresarial. México: Mac Graw Hill, 1999.

CARREÑO, D. CASTRO L. OCHOA P. Plan de mejoramiento continuo para una IPS. Tesis de postgrado para optar al título de especialización de Auditoría en salud. Universidad EAN. Bogotá. 2012.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 10 (10 Enero, 1.990). Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C., 1.990.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 (23 Diciembre, 1.993). Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D.C., 1.993. No41148. P85-86.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto 2174. Por él se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 2309. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 1011 (3 Abril, 2.006). El cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C., 2.006, p. 3.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Ley de seguridad social. Disponible en:

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 1011 de 2006. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3039-de-2007.pdf>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Resolución 5521 de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

CORTEZ C, GRANJA E. Percepción del usuario frente a la calidad de la atención en salud de una IPS ambulatoria de Cali en el año 2012. Tesis para optar a la Maestría en administración de salud. Universidad Libre seccional Cali. 2013.

CHANDLER, Alfred. Mano Visible: Revolución dirección empresa norteamericana. 1998.

CHANDLER, Alfred. Escala y diversificación: la dinámica del capitalismo industrial. España: Prensas universitarias de Zaragoza, 1996.

CHASE, R.; Aquilino, N. y Jacobs, F. Administración de Producción y Operaciones. Colombia: McGraw Hill. 869 p. 2006.

CHIAVENATTO, Adalberto. Administración: Proceso Administrativo. Tercera Edición. Colombia: Makron Books Do Brasil Editora, LTDA. 2005.

CHIAVENATO, Idalberto, & SAPIRO, A. Planeación estratégica. México: Mac Graw – Hill, 2011.

DÍAZ, Ma del P. El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Salud Pública. 2002. P. 165.

DONABEDIAN A. Calidad de la atención médica. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1994.

DUQUE J. Análisis administrativo y evaluación financiera para fortalecer la gestión administrativa del Hospital Francisco de Paula Santander, ubicada en el municipio de Santander de Quilichao, 2016. Tesis para optar al título de administrador de empresas. Universidad del Valle. 2016.

GESTIÓN DE CALIDAD. Entrevista a Director de gestión de Calidad. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE. 2017.

GUARIN H, PALOMINO A. Aplicación de los modelos de mejoramiento de procesos y de tiempos y movimientos en las áreas de urgencias y hospitalización de la Clínica Belén de Fusagasugá para garantizar la prestación del servicio en salud con calidad. Tesis de grado para optar al título de maestría en administración de salud. Universidad del Rosario. Bogotá. 2012.

KOONTZ, H. Administración. Una Perspectiva global. Ed. McGraw-Hill. Sexta Edición. 1998.

MALANGÓN Londoño Gustavo. Garantía de la calidad de atención en salud. México DF: Editorial Mc Graw Hill 2000.

MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 806 de 1998. Disponible en: <http://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/13767>

MINTZBERG, H.J. Quinn B., El Proceso Estratégico, Editorial Prentice Hall. México. 1993.

MINTZBERG, Henry, AHLSTRAND, Bruce & LAMPEL, Joseph Safari a la estrategia: una visita guiada por la jungla del management estratégico. México: Granica, 2003.

PARASURAMAN, Zeithaml y Berry, Calidad Total de la Gestión de Servicios: cómo lograr el Equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los Consumidores. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 1996.

ROONEY, A Y OSTENBERG, P. Licenciatura, acreditación y certificación: enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud. CHS. Bethesda. 1999.

ROQUE, Pedro. KAIZEN ISO 9000, La clave para incrementar la rentabilidad. Editorial Maya. 3 ra edición. México. 2007.

SALLEVANE, Jean Paul. Gerencia y planeación estratégica. Bogotá: Norma, 2004.