

**CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN
DE LA CLÍNICA HIGEA IPS S. A. EN EL AÑO 2012.**



**JADER FRÍAS OROZCO
JULIA SOFÍA LEEMOW BUENDÍA
YASMIN PASCUALES ROMERO**

**ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD – COHORTE XXI
FALCULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C.**

2013

**CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN
DE LA CLÍNICA HIGEA IPS S. A. EN EL AÑO 2012.**

Presentado por:

**JADER FRÍAS OROZCO
JULIA SOFÍA LEEMOW BUENDÍA
YASMIN PASCUALES ROMERO**

**Anteproyecto de grado para cumplir con los requisitos parciales y optar al
título de Especialista en Gerencia en Salud.**

Presentado a:

**Dr. FABIO ANTONIO DUITAMA VERGARA
Médico
Magister Administración en Salud**

**ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD – COHORTE XXI
FALCULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C.**

2013

TEMA

Causas de Estancia Prolongada

LINEA DE INVESTIGACION

Mejoramiento Institucional de entidades de salud.

TITULO PROVISIONAL

Causas de estancia prolongada en el área de hospitalización de la Clínica Higea
IPS S. A.

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Clínica Higea IPS S. A. como institución prestadora de servicios de salud de carácter privado, con ánimo de lucro, se encuentra ubicada en el primer callejón del barrio Amberes, N° 27 – 92 de la ciudad de Cartagena, inicio actividades el 27 de Junio del año 2009, que utilizó el segundo semestre del año para efectuar las adecuaciones requeridas, la instalación de los equipos, la escogencia del personal requerido, etc.

Para el desarrollo de su objeto social, la entidad cuenta en la actualidad, con contratos para la prestación de servicios correspondientes al régimen subsidiado con, aproximadamente, diez (10) Empresas Promotoras de Salud ó EPS de Cartagena, a través de la contratación por eventos.

En cuanto a la operación del área de hospitalización, esta está dirigida por un (1) coordinador médico, cuatro (4) médicos generales y un grupo de especialistas en pediatra, infectología, neurología, cirugía, ortopedia, internistas, ginecólogos, entre otros. Además, se cuenta con cuatro (4) enfermeras jefes y cinco (5) auxiliares de enfermería, todos comprometidos con la prestación de servicios seguros y humanizados, con calidad y calidez para, así, garantizar el bienestar de los pacientes hospitalizados. Por otra parte, ésta área cuenta con doce (12) camas, distribuidas en cinco (5) para adultos, tres (3) para el área de gineco-obstetricia y cuatro (4) camas pediátricas.

En estas condiciones, la problemática que se presenta en la institución está referida a que se requiere saber por qué suceden estancias prolongadas durante la hospitalización de los pacientes en la Clínica, lo cual debe ser analizado detalladamente para determinar por qué y cómo se generan, tanto desde los

aspectos de salud, administrativos, financieros y logísticos como económicos para la institución y el paciente.

Por otra parte, desde el punto de vista operativo y según el Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia en el año 2012, el problema corresponde a que “la estancia hospitalaria prolongada de un paciente es un problema de salud por el hecho de tener que brindarle mayores cuidados de los que se pensaron en un principio, posteriores a su atención médica, lo que hace más dispendiosa la administración de la institución”. Con el agravante de que la Institución prestadora del servicio (o Clínica) y el paciente deben destinar recursos adicionales a los que ya tenían programados, para su atención.

Además, es importante reconocer que son múltiples las causas que motivan estas estancias prolongadas. Tanto es así que en los estudios indican que, entre las detectadas, unas son de carácter médico (que pueden ocurrir por infecciones post-operatorias, alergias del paciente, virus, bacterias, etc.), otras pueden provenir de la situación socioeconómica de los pacientes y familiares y, además, las derivadas de la propia infraestructura de la institución hospitalaria; problema este que se presenta en la mayoría de los países del mundo con el agravante de que todos se sienten presionados por la alta demanda de camas en los hospitales.

Desde el punto de vista logístico, la entidad se caracteriza por el alto consumo de recursos humanos, materiales y de dotaciones para las habitaciones, con los cuales es necesario contar en el lugar, tiempo, tipo y cantidad requerida. Sin embargo, cuando se presentan las estancias prolongadas, éstos no alcanzan (especialmente el personal de atención) ni se cuenta con planes de emergencia para atender al resto de pacientes que van llegando, lo cual crea caos administrativo, operativo, logístico y de atención al usuario. Tanto es así que, en muchas ocasiones, se ha dado que la permanencia de los pacientes en esta área es del 25% de la capacidad instalada de camas, lo que conlleva a una menor

calidad asistencial por falta de espacio, dotaciones y de personal dedicado a la planificación de recursos.

Otro aspecto importante a tener en cuenta consiste en que actualmente no se tiene información confiable sobre la problemática planteada, lo cual complica aún más la situación si se tiene en cuenta que algunos son pacientes pediátricos y, por lo tanto, su manejo es más complejo y delicado, pues puede ser producto de su medio interno, el incompleto desarrollo inmunológico, etc., lo que hace que se aumenten los problemas de tipo administrativo.¹

Toda esta situación conlleva a tener que brindar mayores cuidados a los pacientes lo que se representa en un aumento en la cantidad y costo de materiales e insumos sin dejar de lado el incremento en el uso de los recursos medico-asistenciales, alterando así la planificación y la prestación del servicio de la clínica Higea por lo cual, a partir de la problemática anterior, se formula la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las circunstancias que originan o generan la estancia prolongada de los pacientes en el servicio de hospitalización de la Clínica Higea IPS S. A ?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas y las especialidades médicas por las cuales se presentan o generan estancias prolongadas para los pacientes durante el servicio de hospitalización de la Clínica Higea IPS. S. A. de Cartagena?

¹CAMACHO E. ARRIETA, Diomedes. Factores administrativos que determinaron estancia prolongada en los recién nacidos del Hospital Universitario de Santander, Rev. Univ. Ind. Santander, salud; 40(1):20-25, jan.-abr. 2008.

²NEGRO-ÁLVAREZ JM, GUERRERO-FERNÁNDEZ IM, Ferrándiz-Gómez R. El protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización(the appropriateness evaluation protocol) en alergología.Rev Esp AlergolInmunol Clin1998; 13(3):171-180.Disponible en <http://revista.seaic.es/junio98/171-180.pdf>

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las principales causas y factores que ocasionan e inciden en las estancias prolongadas de los pacientes en el área de hospitalización de la Clínica Higea de Cartagena, mediante el análisis de la información existente y la observación directa de las actividades, con el fin de determinar su impacto en la entidad y en el paciente para el año 2012.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar los procesos de hospitalización y el cumplimiento de los estándares normativos de habilitación en la Clínica Higea con el fin de observar qué pacientes tuvieron estancias prolongadas en la institución durante el año 2012, y de esta manera buscar la solución a la problemática relacionada con la baja eficiencia hospitalaria.
- Definir las principales causas y factores relacionados con la presentación de estancias hospitalarias prolongadas de los pacientes hospitalizados, con relación a las exigencias legales o normativas colombianas, así como el impacto y efectos para la Clínica y el paciente.
- Determinar las herramientas, estrategias y actividades claves para dar solución a la problemática analizada y cumplir con las expectativas de la Clínica.
- Detallar un plan de acción para solucionar la problemática presentada incluyendo un análisis costo-beneficio sobre las estancias prolongadas de los pacientes en el área de hospitalización en clínica Higea IPS S.A.

3. JUSTIFICACIÓN

La importancia del presente proyecto radica en que, con él, se busca encontrar soluciones a las dificultades para brindar con calidad el servicio de salud y evitar que se incrementen los costos por una atención más prolongada a los usuarios. De esta forma se hace necesario identificar las principales causas que generan e inciden en las estancias prolongadas en el área de hospitalizados de la clínica Higea, para poder, en lo posible, eliminarlas y así garantizar a los pacientes de esta entidad una mejor calidad de vida y un mejor servicio.

Además, con los resultados que se obtengan del presente trabajo se pueden definir los factores administrativos, operativos, logísticos, etc., más relevantes y las principales complicaciones intrahospitalarias que afectan a los usuarios de la clínica y que influyen en mayores o prolongadas estancias hospitalarias, para sugerir correcciones en los protocolos de atención de todas las patologías atendidas y, así, no haya pérdidas a futuro por glosas de las EPS.

Otro aspecto que justifica el proyecto se refiere a que, por datos suministrados por parte de la auditoría de la clínica donde se lleva a cabo el proyecto, se determinó que el porcentaje de glosas por estancias injustificadas durante el mes de noviembre de 2012, tuvo un valor de \$ 14.750.107, monto muy alto ya que corresponde al 2% sobre el monto anual facturado, lo que representa una pérdida significativa para el área financiera y debe evitarse que vuelva a suceder.

Además, otro factor importante, que se muestra en la Tabla 1., que sigue, se refiere al altísimo valor del total de facturas glosadas, tasado en \$2'423.582.037, de las cuales se han perdido \$133.883.374. En adición, el giro o cambio de camas es lento lo que limita el acceso en la atención de pacientes con patologías que ameritan un verdadero manejo hospitalario de calidad.

Adicional a lo anterior, debido a que suceden con frecuencia las estancias prolongadas en el área de hospitalización de la CLINICA HIGEA IPS S. A., se han venido presentando inconvenientes financieros ocasionados específicamente por glosas a la facturación realizada para las diferentes Empresas Promotoras de Salud – EPS, debido, entre otras cosas, por la inoportunidad de atención a los inter consultantes, a la demora en la administración de los medicamentos a los pacientes, etc., lo cual impacta considerablemente en el cumplimiento de los compromisos y costos asociados a la gestión de la clínica, como se muestra a continuación.

Tabla 1. Total y costos de facturación glosada por las IPS

TOTAL DE FACTURAS GLOSADAS	T. VALOR FACTURA GLOSADA	T. GLOSADO DE FACTURA	T. VALOR GLOSA ACEPTADO	T. VALOR GLOSA NO ACEPTADO
319	\$ 2.423.582.037	\$ 348.759.780	\$ 47.978.540	\$ 133.883.374

Fuente: Clínica Higea

Por último, se considera que el proyecto es significativo porque va dirigido a solucionar la problemática anterior y a que el paciente tenga una atención de calidad, no se vea obligado a incurrir en erogaciones adicionales por concepto de medicinas, hospitalización, exámenes, etc., y sea dado de alta con prontitud y acorde a la importancia de la intervención médica.

4. DELIMITACIÓN

4.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

El proyecto se llevará a cabo en la Clínica Higea IPS S. A. de Cartagena, ubicada en el Primer Callejón y nomenclatura 27 – 92 del barrio Amberes.

4.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL

Se espera realizar el presente proyecto en el período correspondiente al año 2012.

4.3 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

La temática a desarrollar está referida a analizar las causas de estancia prolongada en el área de hospitalización de la Clínica Higea IPS S. A., mediante la determinación de las principales causas y factores relacionados con la prolongación de la estancia de los pacientes hospitalizados, con relación a las exigencias legales o normativa colombiana, por otro lado la clasificación de los pacientes por especialidad médica, tipo de hospitalización, género y estrato a los pacientes, además, definir las herramientas, estrategias o actividades para dar respuesta a la problemática analizada y cumplir con las expectativas de la Clínica y, por último, detallar un plan de acción para solucionar las problemática presentada incluyendo un análisis costo-beneficio sobre la solución a las estancias prolongadas de los pacientes en el área de hospitalización en clínica Higea IPS S.A.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El desarrollo de los hospitales está ligado al propio devenir de la humanidad y a su búsqueda de un mejor vivir tanto físico como espiritual y, de ahí, el interés del ser humano por buscar medios curativos (plantas, dioses, etc.) que pudieran aumentar su perspectiva de vida y por eso, como se explica en Wikipedia, “para los años 4000 A. C., las religiones habían identificado a algunos de sus dioses con capacidades curativas. El templo de Saturno, y más tarde el templo de Esculapio en Asia Menor, fueron reconocidos como tales centros de curación”.

Por otra parte, según el mismo artículo, “los hospitales brahmánicos fueron establecidos en Sri Lanka aproximadamente en el año 431 A. C. y el rey Aśoka estableció una cadena de hospitales en la península indostánica alrededor del año 230 A. C.” En adición, “Para los Años 100 A. C., se establecieron los hospitales romanos para el tratamiento de sus soldados enfermos o heridos”.

Como parte de la historia, se puede decir que “En el mundo islámico medieval, la palabra "bimaristán" se utilizó para indicar un establecimiento hospitalario donde los enfermos eran recibidos, atendidos y tratados por personal cualificado. El hospital público en Bagdad se abrió durante el Califato Abasíde Harún al-Rashid en el siglo VIII”. En el mismo sentido, “Los hospitales medievales en Europa siguieron un patrón similar a la bizantina financiadas por las comunidades religiosas, con la atención prestada por monjes y monjas. Algunos hospitales eran multifuncionales, mientras que otros fueron fundados para fines específicos, tales como hospitales de leprosos o como refugio para los pobres o para los peregrinos: no solo para los cuidados de los enfermos”.

En estas condiciones se sabe que “Desde el siglo XV el hospital medieval presentó una separación entre la institución dedicada a la asistencia de los enfermos y los albergues para pobres, ambas bajo responsabilidad de la comunidad y no de la Iglesia”.

Posteriormente, se conoce que “A partir del siglo XVIII los hospitales fueron centro de renovaciones gerenciales al abrir sus puertas a estudiantes y profesionales no-residentes con un énfasis en la opinión multidisciplinaria para el diagnóstico y tratamiento efectivo de la enfermedad”.

Con relación a Colombia, la historia de su sistema de salud ha estado signada por problemas como su inexistencia en muchas regiones del país, por fallas como su falta de calidad, cobertura, etc., y, peor aún, por la imagen de acto de caridad que se le ha dado, lo cual ha propiciado su ineficacia e ineficiencia en la gestión en general. Esto, bien sea por motivos políticos a administrativos del gobierno de turno o por la negligencia del ente encargado de manejarla, ha suscitado que los hospitales tanto regionales como nacionales, siempre hayan carecido de los medios económicos, estructurales, financieros, tecnológicos y científicos que les permita prestar un servicio de calidad a los usuarios como lo determina la Constitución de 1991, donde se indica que la salud es un derecho fundamental del ser humano.

Por lo anterior, según Álvarez,² La Ley 96 del 6 de agosto de 1938 creó el Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social y, al mismo tiempo, el de Economía (Eslava, 2002: 34; Hernández, 2000: 171-3), un día antes de que terminase el gobierno de Alfonso López Pumarejo y empezase el de Eduardo Santos (1938-1942). Con el primero de esos ministerios –si bien al lado de los asuntos laborales y de previsión social-, comenzaba a concretarse la aspiración de

² ÁLVAREZ Hernández Mario. La Organización Panamericana de la Salud y el estado colombiano: cien años de historia. Universidad Nacional. Bogotá 2002. 39p.

los higienistas colombianos que, desde hacía un decenio por lo menos, habían venido luchando por una instancia técnica de integración de los servicios preventivos y curativos, apoyados en las recomendaciones de las Conferencias Sanitarias Panamericanas.

El Decreto 2392 de 1938, por el cual se organizaba este Ministerio, estableció en su interior los siguientes departamentos: Negocios Generales, Administrativo, Nacional del Trabajo, Cooperativas y Previsión Social, Servicios Coordinados de Higiene, Lucha Antileprosa, Protección Infantil y Materna, Asistencia Social e Ingeniería Sanitaria. El Departamento de Servicios Coordinados de Higiene, a cargo de un Jefe, tenía bajo su responsabilidad la unificación y coordinación de todos los servicios sanitarios, y el cumplimiento y desarrollo de las actividades administrativas que dependían de las secciones técnicas en que se componía. Este departamento quedaba encargado de la dirección de las Unidades Sanitarias, Comisiones Sanitarias, Centros Mixtos de Salud, y Direcciones y Secretarías Departamentales de Higiene, y del control de las Direcciones municipales de higiene. Le correspondía, además, la coordinación de los servicios sanitarios adscritos al ministerio y los establecidos en otras dependencias como Ferrocarriles Nacionales, Carreteras y Sanidad del Ejército. En su interior, y como dependencia del Departamento de Estadística de la Contraloría General de la República, continuaría funcionando la sección de Estadística Vital (Jaramillo Sánchez, 1938: 31, 40).

Por lo anterior, el cuadro que se muestra a continuación es el resumen de los diferentes entes encargados de la salud en Colombia, y da una visión más amplia de la forma como ha sido manejado este aspecto, dependiendo del color político y del dirigente de turno.

Cuadro 2. Nombre de la institución de higiene en Colombia y sus directores, 1886-1953

Período	Nombre Presidente de la República	Años	Entidad de Higiene	Directores
1886-1888	Rafael Núñez	1886-1913	JUNTA CENTRAL DE HIGIENE	Nicolás Osorio; Aureliano Posada, Carlos Michelsen.
1888-1892	Carlos Holguín			
1892-1898	Miguel Antonio Caro			
1898-1900	Manuel Antonio Sanclemente			
1900-1904	José Manuel Marroquín (designado)			
1904-1909	Rafael Reyes			
1909-1910	Jorge Holguín (designado)			
1910-1914	Carlos Eugenio Restrepo	1913-1914	CONSEJO SUPERIOR DE SANIDAD	
1914-1918	José Vicente Concha	1914-1918	JUNTA CENTRAL DE HIGIENE	Pablo García Medina (1914-1918)
1918-1921	Marco Fidel Suárez	1918-1925	DIRECCION NACIONAL DE HIGIENE	Pablo García Medina (1918-25)
1921-1922	Jorge Holguín (designado)			
1922-1926	Pedro Nel Ospina	1925-1931	DIRECCION NACIONAL DE HIGIENE Y ASISTENCIA PUBLICA	Pablo García Medina (1925-1931)
1926-1930	Miguel Abadía Méndez			
1930-1934	Enrique Olaya Herrera	1931-1931	DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE Y ASISTENCIA PUBLICA	Pablo García Medina
1934-1938	Alfonso López Pumarejo	1931-1938	DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE	Enrique Enciso 1931-1937 Joaquín Cano * Alejandro Villa Álvarez* Luis Patiño Camargo 1934-1935 Arturo Robledo 1935-1936 Benigno Velasco Cabrera 1937
1938-1942	Eduardo Santos	1938-1946	MINISTERIO DEL TRABAJO, HIGIENE Y PREVISION SOCIAL Departamento de Nacional de Salubridad Pública Dirección Nacional de Higiene	Alberto Jaramillo Sánchez (1938-9) Joaquín Caicedo Castillo (1939-42) Arcesio Londoño Palacio (1942-43) Abelardo Forero Benavides (1943) Jorge Eliécer Gaitán (1943-1944) Moisés Prieto (1944-1945) Adán Arriaga Andrade (1945-46) Blas Herrera Anzoátegui (interino)*

1942-1945	Alfonso López Pumarejo			
1945-1946	Alberto Lleras Camargo			
1946-1949	Mariano Ospina Pérez	1946-1953	MINISTERIO DE HIGIENE	Jorge Bejarano Martínez (1947) Pedro Eliseo Cruz (1947-48) Hernando Anzola Cubides (1948) Jorge Cavelier (1949-50) Alonso Carvajal Peralta (1950-51) Miguel Antonio Rueda G. (1952) Alejandro Jiménez Arango(1952-53)
1949-1952	Laureano Gómez			
1953	Rojas Pinilla	1953	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	Alejandro Jiménez Arango

Fuente: Álvarez y Eslava. 2002.

Como se puede observar, a pesar de no estar completo, los cambios en la gestión y concepción de lo que es la salud han sido muy variados y tratados de acuerdo a los intereses partidistas de los políticos de turno. Por eso, con algunas excepciones, aún hoy en día (año 2013) es común ver las largas colas de personas esperando conseguir una cita para medicina general para, después de muchos meses de espera, poder consultar a un especialista que le pueda dar solución a sus problemas de salud. Sin embargo, ahí no terminan los días de espera pues el paciente debe esperar a que haya los medicamentos formulados, si no es que el médico le receta solo aspirina, con lo cual el paciente empeora y muere.

Es cierto que el gobierno nacional ha hecho esfuerzos por cambiar esta situación y, por eso creo el Instituto de Seguridad Social – ISS, entidad que manejaba clínicas, laboratorios, especialistas, medicinas y todo lo relacionado con la salud de los trabajadores, pero sin tener en cuenta a los no trabajadores, que eran la gran mayoría del pueblo colombiano y, por eso, morían muchas personas carentes de recursos para pagar un médico particular y, menos, el tratamiento.

Todo lo anterior ha hecho que en el país se presentan múltiples problemas relacionados con la salud, el último de los cuales es el denominado “paseo de la muerte” que sucede porque la entidad prestadora de los servicios no cuenta con camas, no tiene los medicamentos, o no tiene el nivel de atención exigido por la enfermedad que sufre el paciente, entre otros aspectos, lo cual demuestra la poca importancia que se le da a la salud de los colombianos.

Sin embargo, algunas personas han realizado grandes esfuerzos para cambiar este panorama y han realizado estudios sobre diversos tópicos relacionados con la salud. Uno de estos temas es el denominado “estancias prolongadas”, surgido a partir de la observación de pacientes que duran meses y hasta años en el centro de salud, hospital o clínica y, los investigadores, se han dado cuenta que entre mayor sea el tiempo de permanencia del paciente en estas entidades, mayor es el costo para la familia, la institución y el estado colombiano.

5.2 MARCO LEGAL

En el presente proyecto se tienen en cuenta las Leyes y Decretos que el gobierno nacional ha emitido y que son de obligatorio cumplimiento, aclarando que en la actualidad se está tramitando en el Congreso de la República una proyecto de Ley para reformar el Sistema de Salud. Entonces, entre los Decretos y Leyes están:

- **LEY 100 de 1993**, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, específicamente en el Libro II El Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Capítulo 1 y en los Artículos 152 a 156.
- **La Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios**, cuyo objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios

de Salud Pública. Esto porque la Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

- **Ley 1438 de 2011**, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

- **Resolución 1043 de 2006**, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

- **Decreto 1011 del 2006** que en su **ARTÍCULO 1o. - CAMPO DE APLICACIÓN**, explica que “Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGCS- de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

- **Resolución 1998 del 2010**, *Por medio de la cual se definen los lineamientos para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud.*
- **Resolución 2242 de 2011**, Por medio de la cual se amplía la vigencia de la renovación de la habilitación
- **Resolución 1352 del 2012**, Por medio de la cual se modifica el artículo 4° de la Resolución 1998 de 2010, modificado por el artículo 4° de la Resolución 2242 de 2011.
- **Resolución 1441 de 2013**, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 4747 de 2007**, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones
- **El Acuerdo 029 de 2011**, que exige lo siguiente: “A partir del 1 de julio de 2012 todos los colombianos, sin importar el régimen al que estén afiliados, pueden acceder a un mismo Plan Obligatorio de Salud. El POS vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud, CRES, en el Acuerdo 029 de 2011, es un conjunto de: 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, y más de 730 medicamentos para la atención de toda y cualquier condición de salud, enfermedad o patología para usuarios de todas las edades”.

Además, este Acuerdo “Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados de todas y cualquiera de las enfermedades o condiciones que hacen necesaria la atención en salud”.

- **La Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social** ha establecido, como sus objetivos estratégicos, lograr a través de la articulación del Ministerio y de manera intersectorial, participar en la gestión de políticas que estén enfocadas en tres aspectos básicos:
 - Lograr mejores resultados en salud
 - Mejorar la experiencia del usuario cuando entra en contacto con los servicios de salud
 - Hacer el mejor uso posible de los recursos en cada atención brindada

Para lograr lo anterior, se busca la coordinación de esfuerzos, un fuerte trabajo territorial para la articulación de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Direcciones Territoriales de Salud, tendientes a cumplir los objetivos trazados.

Se plantea además un enfoque de "buscar los mejores" en cada una de las áreas, de manera que puedan compartir sus experiencias y puedan ser llevadas a toda la población. Se logrará que en cada atención que brinda el sistema se cuente con la seguridad, efectividad, oportunidad y equidad necesarias, todo centrado en el paciente.

- **En cumplimiento del Auto 260 del 16 de noviembre de 2012 de la Corte Constitucional**, se publica el documento que contiene el ordenamiento de EPS de los regímenes contributivo y subsidiado basado en los parámetros del Alto Tribunal relacionados principalmente con la negación de los servicios de salud.

➤ **Documentos y Manuales como:**

- ✓ **Manual de Calidad**, basado en las directrices del Ministerio de la Protección Social y de la Secretaría de Salud,
- ✓ Programas para Promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud, emanado del Ministerio de Salud y Seguridad Social.
- ✓ Aplicación del Manual Guía para el Diseño Arquitectónico. Servicio de Hospitalización. Del Ministerio de Salud y Seguridad Social.

5.3 MARCO CONCEPTUAL

5.3.1 Estancia Hospitalaria: atendiendo a lo planteado en el documento del grupo investigador de IntraMed, se indica que “Cada día de estancia se define como las 24 horas comprendidas entre medianoche y la del día siguiente. El día de alta no debe considerarse como un día de estancia, por lo que no se evalúa.” Y además es “Conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles para la atención hospitalaria del paciente durante veinticuatro horas”.³

Adicional a lo anterior, en España se maneja el concepto de Estancias Causadas, la cual es definida así: “por estancia se entiende, a los fines de estadística, el conjunto de pernocta y el tiempo que correspondería al suministro de una comida principal (almuerzo o cena). No obstante, cuando el criterio empleado por el centro sea el de la hora censal, se podrá utilizar igualmente, haciendo constar tal situación. Se incluirán las estancias causadas durante el año por todos los enfermos que han permanecido ingresados, incluyendo las causadas (durante el

³ ISS. Manual de Salud. 2000.

año a que se refiere la estadística) por pacientes ingresados antes del 1 de enero”⁴.

Las sesiones de diálisis a pacientes ambulatorios, o la cirugía mayor ambulatoria, no se contabilizarán como estancias. El tiempo de permanencia en unidades de reanimación, unidades de transición, observación, urgencias, etc., como norma general no se considera estancia. Excepcionalmente, cuando en estas unidades haya camas en las que, de forma habitual, se produzcan estancias, se reflejarán estas en el apartado "Otras".⁵

En el mismo documento se indica que “Ocasionalmente pueden duplicarse las estancias en dos servicios distintos cuando haya existido reserva de cama en uno de ellos”.

Atendiendo a las directrices españolas, se entiende como estancias lo siguiente es la “Unidad de medida de permanencia del paciente en régimen de hospitalización, ocupando una cama en un intervalo de tiempo”⁶.

En los mismos indicadores se explica que “La contabilización se realiza a la hora censal (a las 00:00 horas). La estancia mínima es pasar la noche y tomar una comida principal (almuerzo o cena) en el hospital, por debajo de esto no se considera que se haya llegado a completar una estancia. No generan estancias, por ejemplo, las camas de observación de urgencias, puestos de hemodiálisis, hospital de día ni reanimación”.⁷

⁴ Manual de definiciones estadísticas. Ministerio de Sanidad y Política Social. España.

⁵ Op. Cit. Ministerio de Sanidad

⁶ Indicadores de Gestión Hospitalaria. Sanitaria 2000. España. Disponible en www.Google.com. Estancias prolongadas.

⁷ Op. Cit. Indicadores de Gestión Hospitalaria. Sanitaria 2000.

Para su cálculo se tiene que “El número de estancias se calcula mediante la diferencia entre la fecha de alta y la de ingreso. Los ingresos del Hospital de Día Quirúrgico no generan estancias”.⁸

Por otra parte, el mismo documento español indica que las ESTANCIAS SOCIALES con “Estancias generadas entre el alta médica y el alta administrativa, por causas de índole social, no asistenciales. Se imputarán al hospital y no al servicio en el que permanezcan hasta abandonar el hospital”.⁹

5.3.2 Estancias Hospitalarias Prolongadas. De acuerdo con el médico Mario Edmundo Camacho,¹⁰ “La prolongación de la estancia hospitalaria de un paciente es un problema de salud por el hecho de tener que mantener un paciente con cuidados, posteriores a la atención, mayores de los que se pensaron en un principio, además está el hecho de tener que destinar recursos adicionales a los que se tenían programados para su atención”.

El mismo investigador indica que “Actualmente no se tiene una información exacta de esta problemática, la cual se complica aún más si se tiene en cuenta en que los atendidos son pacientes pediátricos y que por lo tanto su manejo es más delicado, producto de su incompleto desarrollo inmunológico y del resto de su medio interno, aunque existen, también motivos de tipo administrativo”.¹¹

Adicionalmente, el investigador explica que “Hay estudios que señalan que existen factores de riesgos de tener estancia hospitalaria prolongada (EHP) como: origen foráneo diagnóstico de tumor maligno, presencia de complicaciones e infecciones

⁸ Op. Cit. Sanitaria 2000

⁹ Op. Cit. Sanitaria 2000

¹⁰ CAMACHO MEGO, Mario Edmundo. Estancia Hospitalaria Prolongada De Pacientes Post-Operados.

¹¹ Op. Cit. Camacho

hospitalarias y diferimiento en la realización de exámenes de laboratorio y de intervenciones quirúrgicas (2) otros investigadores señalan que las infecciones nosocomiales se asociaron significativamente con estancia prolongada en el servicio (mayor de 6 días) catéter central por un período mayor de 15 días, ventilación mecánica con duración mayor de 4 días administración de fármacos bloqueadores de la producción de ácido gástrico, alimentación parenteral y antimicrobianos de amplio espectro con duración mayor de diez días”.¹²

El mismo investigador señala que “Otros investigadores señalan que los principales factores de riesgo observados fueron estancia hospitalaria prolongada, edad avanzada, procedimiento tales como cateterización uretral, uso de catéter IV, intubación endotraqueal, intervenciones quirúrgicas de urgencia, cirugías contaminadas y sucias y el afeitado de la zona operatoria y el pubis así como la cohabitación con pacientes infectados”.¹³

5.3.3 Tiempo Promedio de Días de Estancia Hospitalaria. Al revisar la información sobre este aspecto se encontró que en el Manual de Servicios de Salud de México “Este indicador refleja la permanencia promedio de los pacientes en el hospital. Es un indicador de eficiencia de la prestación de servicios, así como el uso del recurso de cama. Puede indicar aplicación inadecuada de la capacidad resolutive cuando los días de estancia son demasiado cortos o demasiado largos, lo que hace especialmente útil a este indicador cuando se analiza por afección principal”.¹⁴

“Por ejemplo, una estancia muy corta en ciertos procedimientos (como las cesáreas) aumenta el riesgo de reingresos debido a complicaciones.

¹² Op. Cit. Camacho

¹³ Op. Cit. Camacho

¹⁴ Manual de Servicios de Salud. Dirección general de evaluación de desempeño. México. Disponible en www.google.com. Estancias hospitalarias.

El cociente para calcular el promedio de días de estancia es el siguiente:

$$\text{Promedio de días de estancia} = \frac{\text{Número total de días de estancia en el hospital}}{\text{Total de egresos hospitalarios}}^{15}$$

5.3.4 Estándares de Estancias Prolongadas. En este sentido, el doctor Mario E. Camacho explica que los días de estancia prolongada se pueden cuantificar así: “De acuerdo a datos del IMSS, es esperable que este valor se encuentre entre 3.96 y 4.24 días, para hospitales de segundo nivel y entre 5.85 y 6.41 días, para hospitales de tercer nivel”.¹⁶

Pero, según los doctores Jorge Loría y Porfirio Ortiz,¹⁷ “Los estándares internacionales indican que el tiempo de estancia en el servicio de urgencias debe estar entre 2 y 6 horas, de acuerdo al sistema establecido en cada unidad médica; no obstante se considera que hasta un 25% de los pacientes llegan a requerir una estancia mayor dentro del mismo”.

Además, explican que “el paciente que amerita observación de más de 6 horas, representa un problema real ya que satura los servicios de urgencias y repercute directamente en la calidad de atención de los pacientes así como en el incremento en consumo de recursos”.¹⁸

Por otro lado, indican que “entre las principales causas asociadas al incremento en la estancia hospitalaria se encuentran patologías que por su naturaleza ameritan de periodos prolongados de observación, tales como: dolor torácico, dolor abdominal, trauma cerrado o penetrante, hemorragia digestiva alta, padecimientos

¹⁵ Op. Cit Manual

¹⁶ Op. Cit. Camacho

¹⁷ Op. Cit. Loría. 1p

¹⁸ Op. Cit. Loría

psiquiátricos con ideación suicida, pacientes geriátricos con abandono social, entre otras”.¹⁹

Concluyen que “el hecho de que estos pacientes puedan llegar a requerir mayores tiempos de hospitalización en los servicios de urgencias ha obligado a desarrollar diversas estrategias para intentar reducir los mismos, cada uno de acuerdo a las características de población, recursos y políticas propias”.²⁰

5.3.4 Introducción a la Calidad.²¹ Acorde con lo expuesto en el curso mencionado “el término CALIDAD se ha introducido en el mundo de la empresa, industrial, comercial y de servicios. Pero son muchas las empresas que no conocen o confunden el significado de este concepto”. Aparte de lo anterior, los mismos autores indican que “unos lo confunden con un producto de unas cualidades inmejorables. Sin embargo la CALIDAD va más allá de las características de un producto o servicio” y que “otros la asocian con una acumulación de papeles que no sirven sino para torpedear el trabajo y el desarrollo de las actividades. Sin embargo, la CALIDAD, es algo más que una serie de documentos y papeles para llenar. Y muchos otros identifican CALIDAD con CONTROL DE CALIDAD, siendo este último sólo una parte que constituyen un SISTEMA DE CALIDAD, bueno pero en últimas ¿Qué es la calidad? Sigamos adelante”²².

Al realizar la pregunta, **¿QUÉ ES LA CALIDAD?: DEFINICIÓN DE LA CALIDAD**, los autores plantean que “cuando hablamos sobre un producto, nos estamos refiriendo a un producto y/o servicio, ya que el servicio se puede entender como tal. Además, últimamente la separación entre producto y servicio es cada vez más difusa, ya que a los típicos productos se les añaden cada vez más servicios, y a

¹⁹ Op. Cit. Loría

²⁰ Op. Cit. Loría

²¹ Conceptos extraídos del curso ofrecido por SISTEMAS DE GESTIÓN ISO - GEISO

²² Op. Cit. GEISO 2p.

los típicos servicios se les añaden cada vez más productos. Teniendo claro esto, pasemos a la definición de calidad”.²³

Todo esto da para explicar que “la palabra calidad ha aparecido ya muchas veces y aparecerá muchas más, pero, ¿qué es realmente la calidad?. Antes de responder a esta pregunta, piensen sobre la respuesta. ¿Qué cree usted que es un producto de calidad?”

Así se indica que “posiblemente habrá llegado a conclusiones como esta

1. un producto de calidad es un producto caro
2. un coche de la marca Mercedes
3. un sillón bonito
4. un televisor que nunca se daña”

Los autores continúan explicando que “todas estas respuestas se refieren a aspectos de la calidad, no a la calidad en sí. Como veremos más adelante, se confunden los dos aspectos fundamentales de la calidad: la calidad de diseño y la calidad de conformidad”. Como corolarios indican que: **un producto de calidad es aquel que satisface las expectativas del cliente al menor costo**, pues esta definición presenta tres conceptos claves dentro de la gestión de la calidad moderna: expectativas, cliente y menor costo”.

5.3.5.1 Expectativas. Un producto de calidad es aquel que cumple las expectativas del cliente. Si un producto no cumple todas las expectativas del cliente, el cliente se sentirá desilusionado, ya que no realiza exactamente lo que él quería. Sí el producto sobrepasa las expectativas del cliente, estará pagando por una serie de funciones o cualidades que no desea. De todas formas, es conveniente que el producto sobrepase ligeramente las expectativas del cliente, ya

²³ Op. Cit. GEISO. 3p

que de esta forma podrá quedar sorprendido y mantendrá su lealtad hacia nuestro producto.

¿Y qué ocurre si el cliente no sabe lo que quiere? Realmente esto es difícil que ocurra, pero se puede dar el caso en productos nuevos que supongan un gran avance tecnológico (caso del PC en su momento). De todas formas, el cliente tiene unas necesidades que debe cubrir, y éstas son las que nuestro producto debe satisfacer. Recordemos que no estamos vendiendo un taladro, vendemos un agujero; que no vendemos un supercomputador, sino la posibilidad de realizar cálculos complejos en menor tiempo.

5.3.5.2 Cliente. Según el mismo documento “Un cliente es toda persona que tenga relación con nuestra empresa. Existen clientes externos e internos. Los primeros son los típicos clientes, aquellos que compran nuestros productos, Los internos son los propios trabajadores de la empresa, sus proveedores, y un producto de calidad será aquel que cumpla sus expectativas. Por ejemplo, un informe de marketing para la dirección sólo será útil si contiene la información que necesita la dirección, pero si es excesivamente largo o corto, perderá parte de su valor”.²⁴

5.3.5.3 Menor Costo. El mismo documento explica que “Ésta también es fácil de entender, pero aunque parezca mentira, es lo último que se ha incorporado a la definición de calidad. En el modelo de Excelencia empresarial, los resultados de la empresa también son importantes, y hay que tenerlos en cuenta. Además, el cliente siempre buscará aquel producto que cumpla sus expectativas al menor precio. De todas formas deberemos considerar el coste a lo largo de toda la vida del producto, y no sólo el precio de venta. Aunque esta es la forma más usual de definir la calidad, existen autores que defienden otras. Una de las más modernas y

²⁴ Op. Cit. GEISO

que está encontrando gran aceptación es la de Taguchi: **Un producto de calidad es aquel que minimiza la pérdida para la empresa y la sociedad”²⁵**

Otra definición de calidad, aunque está más enfocada a los procesos que a los productos:

“Calidad es hacer las cosas bien a la primera. Esta definición está muy relacionada con la calidad total, cero defectos, sistemas Poka-Yoke, pero tiene poca relación con lo que es un producto de calidad. Es una filosofía muy válida para la gestión de los procesos de una empresa, pero seguimos teniendo que emplear la primera definición que hemos dado para los productos de la empresa”.²⁶

Veamos ahora las dos partes fundamentales de la calidad de un producto, la calidad de diseño y la calidad de conformidad.

5.3.5.4 Calidad de Diseño. La calidad de diseño engloba todas las funciones y características de un producto. La velocidad de un coche, el estilo de un jarrón, la comodidad de una silla son características que se refieren a la calidad de diseño de un producto. Es muy frecuente pensar que la palabra calidad se refiere tan solo a este aspecto de la calidad.

Para que un producto tenga una calidad de diseño elevada debe satisfacer los deseos del cliente en esos aspectos, Por ejemplo, el Comprador de un coche de la marca Mercedes buscará prestigio, elegancia, espacio, velocidad ... mientras que el comprador de un pequeño coche urbano buscará que sea pequeño, que consuma poco, que sea llamativo,... ¿Cree usted que porque un coche urbano, que corra menos que un Mercedes, es de peor calidad?. Se vuelve a confundir

²⁵ Op. Cit. GEISO

²⁶ Op. Cit. GEISO

calidad de diseño con calidad. Para el que busca un coche Mercedes, un pequeño coche urbano no será más que un "cohecillo", pero para el que busca un coche urbano, al Mercedes le parecerá una pérdida de dinero. De nuevo, el diseño debe cumplir las expectativas del cliente, y un producto con calidad de diseño elevada será aquel que las cumpla en mayor medida. Además, el pequeño coche urbano y el Mercedes no son productos competitivos, ya que cada uno busca a clientes bien diferenciados.

“Se dice que aumentar la calidad de diseño de un producto lo encarece. En general esto es cierto, un coche que corre más cuesta más que uno que corre menos, un sofá de piel cuesta más que uno de tela, pero, de nuevo, para satisfacer las expectativas del cliente, es posible que haya que reducir la funcionalidad de nuestro producto, haciéndolo más barato. Además, si se gestiona de forma adecuada, es posible añadir más funcionalidades sin que suponga un costo añadido para la empresa. (En esto los japoneses son especialistas)”²⁷

5.3.5.5 Calidad De Conformidad. Se llega ahora a la segunda parte de la calidad, la de conformidad, que nos mide el grado de cumplimiento de las especificaciones del producto. Para que exista calidad de conformidad, debe existir antes un diseño, un patrón con el que medirse. Un eje de dimensiones 25 ± 2 mm en el plano, que cuando termine de fabricarse mida 25,5 mm es un producto con baja calidad de conformidad. A este respecto, la gestión de la calidad típica, siempre ha considerado que un producto dentro de sus tolerancias es un producto con calidad de conformidad.

La calidad de conformidad también está relacionada con la fiabilidad, o lo que es lo mismo, el cumplimiento con las especificaciones en el tiempo. Aquí también influyen las expectativas del cliente. Si el cliente se compra una tostadora por 5000 pesos, que se le estropea a los dos años, posiblemente se compre una

²⁷ Op. Cit. GEISO

nueva. Si se compra un carro Mercedes que rompe el motor a los dos años, lo más normal es que se sienta seriamente desilusionado. Por tanto, lo que espera el cliente también influye en el grado de fiabilidad que le va a pedir a un producto, de modo que la calidad de conformidad también se tiene que ajustar a lo que espera el cliente.

En general, se considera que una alta calidad de conformidad cuesta menos al fabricante, ya que genera menos rechazos, desechos, reprocesos e inspección, y por tanto, se reducen los costos, Si bien es cierto, que para que esto se cumpla es necesario gastar más a la hora del diseño, y utilizar maquinaria de mayor precisión.

Veamos ahora por qué eran incompletas las definiciones dadas al principio de este capítulo sobre la calidad.

- Decir que un producto de calidad es un producto caro no es del todo cierto. Un producto de calidad tendrá la mejor relación calidad precio.
- El caso de un coche de la marca Mercedes es típico. Este es un ejemplo claro de calidad de diseño. De todas formas, será un producto adecuado para aquellas personas que busquen lo que da un Mercedes, y no bajo consumo, por poner un ejemplo,
- Un sillón bonito es el menos caro. La funcionalidad "bonito" es muy relativa para cada persona, y no se podrá afirmar mucho sobre si el producto es de calidad. En todo caso, se trataría de un aspecto de diseño.
- Si un televisor nunca se estropea está claro que nos referimos a calidad de conformidad, más en concreto a fiabilidad, Puede que no sea el de pantalla más grande o el que tiene sonido estereofónico, pero no se estropea.”

Como se puede observar, es muy frecuente confundir las dos partes de la calidad. Es conveniente entender claramente la diferencia entre ambas.

Normalmente los japoneses centran sus esfuerzos en la calidad del diseño, mientras que en occidente nos centramos más en la calidad de conformidad. El resultado: el gasto total es menor en el caso de los japoneses. Una afirmación importante: a mayor gasto en diseño, menor es el gasto de inspección.

5.3.5.6 Gestión de la Calidad.²⁸

➤ Definición

Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad, incluye el establecimiento de la política, los objetivos, la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora de la calidad. Así pues la gestión de la calidad forma parte de la función general de la dirección de una empresa. Cuya responsabilidad es establecer la política y los objetivos de la calidad y asignar responsabilidades dentro de la organización para lograr dicha política y objetivos. Los medios utilizados para aplicar la política de la calidad y lograr los objetivos de la calidad son la planificación de la calidad, vista anteriormente.

5.3.5.6.1 La Gestión de la Calidad. Se acaba de ver que entre el modelo de control y el de aseguramiento existe una línea de evolución que va del primero al segundo. Aquí, no obstante, el grado de evolución entre aseguramiento y gestión no está tan claro, sobre todo si tenemos en cuenta la disparidad de interpretaciones que hay en torno al concepto gestión de la calidad. En términos generales, asociamos el concepto de gestión al cumplimiento de ciertos objetivos marcados. Cuando decimos que la calidad se puede gestionar, estamos asumiendo el hecho de que la calidad pueda ser tratada con las mismas técnicas y herramientas que con algunas salvedades podamos aplicar a otras áreas funcionales como pueden ser las finanzas, los recursos humanos.

²⁸ International Organization for Standardization (IOS)

Para entender lo anterior, debemos partir de planteamientos algo distintos a los de control y aseguramiento. En éstos, el tratamiento de la calidad sólo se entendía para aquellos procesos productivos que estaban directamente vinculados al ciclo de fabricación. Cuando hablamos de gestión, no obstante, estamos englobando dentro del espectro de la calidad a todos los procesos de la empresa, sean o no operativos.

Este enfoque global viene determinado por una especial concepción del producto. Aquí, por producto entendemos el resultado del trabajo de cualquier persona, sea cual sea su lugar en relación con la cadena de producción; luego, habrán productos externos y productos internos. Del mismo modo, consiste en un método orientado a la satisfacción del cliente, y, por cliente entenderemos cualquier destinatario de un trabajo anterior, sea otra unidad funcional (departamento, persona, ...) o bien sea el cliente final. El objetivo de la gestión es el mismo que el del aseguramiento: seguimos buscando asegurar la calidad del producto por la vía de asegurar la calidad de los procesos. Sin embargo, sí ha cambiado la extensión de ese objetivo en la medida que el producto es el resultado de cualquier actividad de la organización, la calidad afecta a todos los procesos sin distinción (sean o no operativos), y se orienta a las necesidades del cliente interno y externo.

La idea de gestión introduce otro valor añadido al de aseguramiento, el concepto de objetivo y mejora continua. Para evolucionar y mejorar por sí mismo, este enfoque exige una actitud proactiva de autoanálisis y de proposición de objetivos permanentemente. No es necesario haber detectado un error o una falta de previsión para iniciar una acción (correctora o preventiva); bastará no alcanzar los objetivos propuestos para que se desencadenen los mecanismos de intervención y mejora. En definitiva se actúa no sólo porque hay defectos, sino porque no se cumplen los objetivos propuestos.

En relación a esta diferencia entre gestión y aseguramiento basada en los objetivos, cabe decir que existen sistemas de aseguramiento de la calidad (el ISO 9000 es uno de ellos) que recogen la necesidad de fijar objetivos periódicamente. Sin embargo, podemos advertir que en estos sistemas los objetivos fijados suelen reducirse a elementos cuantitativos (número de errores, reclamaciones, rechazos, costos) y no a mejoras de tipo estructural difíciles de cuantificar. Sin embargo, la gestión de la calidad, entendida de esta manera, no deja de plantear dificultades en cuanto a su puesta en práctica. Entre otras, distinguimos éstas:

- En la medida que la gestión de la calidad afecta a todas las actividades de la organización, la participación activa de todo el personal es absolutamente necesaria a todos los niveles.
- Es difícil identificar y transmitir la idea de producto en algunos procesos no operativos, y en ocasiones, es todavía más difícil medir la calidad de ese producto intangible.

En la actualidad, hay quien opina que el modelo teórico de la gestión de la calidad sólo ve su realización práctica en tres métodos, la calidad total, el desarrollo de la calidad (quality function deployment) y la gestión por procesos. En cuanto cuál es cronológicamente anterior, el aseguramiento y la gestión, la doctrina no se ha puesto de acuerdo sobre cuál de ellos precede al otro, y sobre todo cuál es el más efectivo. Esta incertidumbre se debe, principalmente, a que son varias y divergentes las interpretaciones del concepto de gestión de la calidad.

En líneas anteriores se ha expuesto la idea de gestión como un tratamiento basado en un modelo que avanza por objetivos, que se orienta a la satisfacción del cliente y que es aplicable a todos los procesos internos, sean o no de fabricación. Luego, estamos ante un enfoque de la calidad basado en técnicas de gestión muy actuales. Sin embargo, no debemos olvidar que existe una mayoría doctrinal que asocia la idea de gestión a un estadio anterior en la evolución de la calidad. Esta interpretación no acoge el enfoque global y el espíritu de mejora

continua de la organización como algo propio de la idea de gestión. La gestión de la calidad es contemplada según este sector como el desarrollo de un axioma empresarial sin mayor trascendencia que las demás. Por ello, la sitúa en un plano anterior y más limitado que al del aseguramiento. Podemos adoptar una u otra interpretación del concepto de gestión de la calidad. Sea cual sea la interpretación adoptada, lo importante es aplicar el modelo de forma unívoca y con todas sus implicaciones.

ISO. Es la denominación con que se conoce a la International Organization for Standardization (IOS); sin embargo, considerando la tendencia a la estandarización global - homogeneización - que propone dicha organización, es que se le asigna la sigla ISO, vocablo que proviene del griego "iso" que en castellano significa "igual". Dentro de los estándares internacionales voluntarios elaborados por dicha organización encontramos a los de la familia ISO 9000, referidos a la gestión y aseguramiento de la calidad, e ISO 14000, sobre la gestión ambiental.

Gestión Ambiental. ISO 14000, en cambio, es el término genérico utilizado para designar a la familia de estándares internacionales sobre gestión ambiental, que enfatiza la acción preventiva antes que correctiva y un desempeño de continua mejora de temas ambientales. En las áreas contenidas en dicha familia se encuentran los sistemas de gestión ambiental (ISO 14001 y 14004); auditoría ambiental e investigación relacionada (ISO 14010, 14011 y 14012); evaluación de desempeño ambiental (14031); etiquetado ambiental (14022,14023); ciclo de vida (14040, 14041); términos y definiciones (14050) y estándares ambientales de productos (14060).

Certificados ISO. Son otorgados por las denominadas entidades certificadoras - que pueden ser entidades nacionales o extranjeras -, que realizan una evaluación exhaustiva de los procesos de las empresas que pretenden obtener el citado documento. Las entidades que voluntariamente buscan conseguir la certificación

deben asegurar que han implementado en sus procesos un sistema de gestión de la calidad.

Para obtener la certificación se realiza una serie de evaluaciones a la empresa interesada, tales como auditorias de diagnóstico, revisión del sistema por la dirección, evaluación de documentación, entre otras. Cabe resaltar que una misma entidad puede certificar diversos ámbitos o esferas de su producción o comercialización y, en tal sentido, obtener más de un certificado ISO.

La obtención de certificados que garanticen ciertos estándares de calidad o de preservación del medio ambiente ocasiona a las empresas una serie de ventajas competitivas. Entre las más importantes tenemos: Reducción de costos, mayor rentabilidad, mejoras en la productividad, motivación y compromiso por parte del personal en una cultura de calidad, mejor posicionamiento en el mercado, es decir, constituye una importante herramienta de marketing.

Los beneficios que consiguen las empresas al implementar un sistema de calidad según las normas ISO 9000 son considerables, pues permiten obtener una mayor satisfacción de los clientes por la confianza en los productos y servicios que brindan.

Otro aspecto fundamental es la reducción de costos, pues al contar con un sistema más eficiente se eliminan las posibilidades de efectuar un reproceso para la elaboración de los productos o servicios que no se adecuan a los estándares solicitados. Es decir, se logra una mejora considerable en la productividad de la empresa, así como con los compromisos de identificación de los trabajadores. La adecuación a estas normas genera las condiciones precisas para una gestión de calidad más efectiva y contribuye a lograr mayor participación en el mercado.

Representa adicionalmente una ventaja competitiva y un factor de diferenciación frente a las empresas que hasta el momento no han adoptado estas exigencias. Actualmente son más de doscientas mil empresas en el ámbito mundial certificadas con las normas ISO. El modelo a seguir para la implementación del sistema de gestión de la calidad dependerá de las características del proceso a certificar.

En términos generales, cuando las empresas desean demostrar que cuentan con un sistema que se ajusta a los requisitos establecidos en las normas ISO 9000, deben presentar su solicitud ante los organismos acreditados para este propósito. Como primer paso se realizará una auditoria a través de la cual se obtendrá un diagnóstico de la empresa. Así mismo, se llevará a cabo una capacitación para el cumplimiento de los objetivos planeados. Se hará posteriormente, un seguimiento y revisión de los sistemas adoptados por la empresa, tras lo cual se efectuará una auditoría interna que, de resultar satisfactoria, dará lugar a la certificación.

Tendencia a la estandarización. "El certificado ISO es una herramienta gerencial que ofrece grandes ventajas competitivas de marketing y posicionamiento en el mercado. No debe ser visto por los empresarios como un gasto sino como una inversión" así definió al certificado ISO el presidente del Comité Técnico ISO/176 sobre gestión y aseguramiento de la calidad, John Davies. El costo de implementar un sistema de gestión y aseguramiento de la calidad dependerá, sobre todo, del tipo de proceso que quiere certificar cada empresa, así como el tamaño y las características de la compañía.

5.3.5.6.2 Clases de Sistemas de Gestión de la Calidad. En la actualidad existen muchas clases de sistemas de gestión de la calidad, en este curso solo examinaremos en forma general alguna de ellas tales como HACCP, OHSAS, ISO 14000, pero aquí se centra en el sistema ISO 9000:2008. Cada una de estas tiene un objetivo específico.

5.3.5.6.3 Requisitos Generales de la Norma. Según lo expuesto en el mismo documento “Nos estamos adentrando en la norma específicamente ISO 9001 que, como se ha aprendido este manual, es el auditable es decir los empresarios deben cumplir con todos los "DEBES" que exige este documento para poder certificarse ante algún ente certificador. Hoy empezamos con el primer requisito que es el 4.1 que se refiere a los requisitos generales. En este punto la norma exige:

- Establecer
- Documentar
- Mantener
- Mejorar e
- Implementar un SGC”²⁹

Para cumplir con este punto entonces se debe identificar los procesos, que a manera de ejemplo se trato la semana anterior, en el módulo siguiente se tratará a fondo. Para cumplir con este requisito hay necesidad de determinar la secuencia de los procesos así como también asignar los recursos necesarios para la operación y seguimiento de los procesos.

➤ **Documentación.** En el numeral 4.2 se exige elaborar y mantener los documentos propios del sistema, tales como:

- Política y objetivos de la calidad.
- Manual de la calidad.
- Procedimientos requeridos por esta norma.
- Procedimientos necesitado por la organización
- Documentos para asegurar la eficaz planificación, operación y control de procesos.
- Registros requeridos por esta norma.

²⁹ Op. Cit. 8p

- **CONTROL DE LOS DOCUMENTOS.** En el numeral 4.2.3 se exige tener un control de los documentos del sistema y además llevar los registros necesarios para demostrar todo el proceso.

Los documentos requeridos por el SGC deben controlarse según se determine en los respectivos controles y mediciones.

Los registros son un tipo especial de documento (4.2.4).

Se debe establecer un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:

- Aprobar los documentos en su adecuación antes de emisión.
- Revisar y actualizar los documentos como sea necesario.
- Disponibilidad de los documentos en los puntos de uso.
- Permanecen legibles y fácilmente identificables.
- Identificar los documentos de origen externo y se controla su divulgación.
- Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos. Identificarlos si se mantienen.

5.3.5.6.4 Documentación de Sistemas de Gestión. A manera de ejemplo obsérvese cuáles son los ítems que debe contener un Proceso documentado.

(Ejemplo) Manual de un Proceso

- JUSTIFICACION Y MISION DEL PROCESO
- PLAN DE LA CALIDAD Y OBJETIVOS
- OBJETIVOS DE LA CALIDAD, INDICADORES Y
- MAPA DE PROCESOSMAPA DE INTERRELACION DEL PROCESO
- PLAN DE COMUNICACIÓN
- RESPONSABLES
- PROCEDIMIENTOS

- INSTRUCCIONES DE TRABAJO
- CONTINGENCIAS
- GLOSARIO Y DEFINICIONES
- ANEXOS

➤ **RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION.** En el capítulo 4 como se vio son las generalidades que se deben tener en cuenta para la implantación del sistema, ahora empezamos a estudiar el capítulo 5 que es decisivo, pues la dirección debe mostrar su completo compromiso para poder llevar a cabo el cumplimiento de todos los requisitos exigidos en esta norma.

➤ **COMPROMISO DE LA DIRECCION.** El numeral 5.1 exige que la dirección debe,

Proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del SGC, así como con la mejora continua de su eficacia, entre sus funciones se encuentran:

- Comunicar a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente, como los legales y reglamentarios. Establecer la política de la calidad
- Asegurar que se establecen los objetivos de la calidad
- Llevar a cabo las revisiones por la dirección
- Asegurar la disponibilidad de recursos

➤ **ENFOQUE AL CLIENTE,** numeral 5.2 La alta dirección. Debe asegurarse que los requisitos cliente incluyendo el cliente interno y las partes interesadas, se determinan y se cumplan para aumentar su satisfacción. La alta dirección debe evidenciar también la formulación de la política de la calidad y cumplir con el numeral 5.3. Esta política debe cumplir con las siguientes características:

- Adecuada al **propósito** de la organización.

- Incluye un **compromiso** de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del SGC.
 - Proporciona un marco de referencia **para establecer** y revisar los objetivos de la calidad.
 - Es comunicada y entendida dentro de la organización.
 - Es revisada para su **continua** adecuación.
- **OBJETIVOS DE LA CALIDAD**, Uno de los pilares del S.G.C. es la planeación y dentro de esta la identificación de los objetivos y así cumplir con el numeral 5.4.1 que exige que la dirección debe asegurarse de establecerlos en las funciones y niveles pertinentes, estos objetivos deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad.
- **PLANIFICACION DE LA CALIDAD (numeral 5.4.2)**. La dirección debe asegurar que:
- La planificación se realiza con el fin de cumplir con los requisitos citados en 4.1 así como los objetivos de la calidad.
 - Se mantiene la integridad del SGC cuando se planifican e implementan cambios. Ver lectura complementaria
- **RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN**
- a) RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD**, continuando con el ítem compromiso de la dirección, otra de sus funciones es evidenciar la responsabilidad y autoridad del personal que debe ser definida y comunicada dentro de la organización, así como también nombrar un miembro de la Dirección quien con independencia de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad para:

- Asegurar que los procesos del SGC se establezcan, implementen y mantengan. - Reportar a la Dirección sobre el desempeño del SGC y cualquier necesidad de mejora.
- Asegurar que en toda la organización se promueva la concientización sobre los requisitos del cliente

➤ **REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN** 5.6 Los puntos que se deben incluir en este ítem son:

- ✓ Resultados de auditorías.
- ✓ Retroalimentación del cliente.
- ✓ Desempeño de los procesos y conformidad del producto.
- ✓ Estado de las acciones correctivas y preventivas
- ✓ Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.
- ✓ Cambios que podrían afectar al SGC.
- ✓ Recomendaciones para la mejora.

Los resultados de la revisión "5.6.3" se muestran como:

- a) La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos;
- b) La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente, y
- c) Las necesidades de recursos.

5.4 MARCO INSTITUCIONAL

La Clínica Higea de Cartagena presenta los siguientes aspectos principales de su planeación estratégica:

➤ **VISIÓN**

En el año 2018 Clínica HIGEA IPS S.A, será reconocida en la región Caribe Colombiana, como una Institución líder en la prestación de servicios

especializados en salud, vanguardia en la seguridad del paciente, con soluciones integrales e innovadoras, dirigida y operada por recurso humano competente.

➤ **MISIÓN**

Clínica HIGEA IPS S.A, es una institución prestadora de servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad, con altos estándares de calidad, en la atención y seguridad del paciente, con enfoque familiar y comunitario, contribuyendo de manera eficiente al alcance efectivo del derecho a la salud de la población del Distrito de Cartagena y del Departamento de Bolívar.

➤ **VALORES INSTITUCIONALES.** Los principales, son:

- ✓ **COMPROMISO:** Actuamos con responsabilidad en cada una de las acciones que demandan de nosotros, el logro de la satisfacción de necesidades y expectativas de nuestros clientes.
- ✓ **AMABILIDAD:** Ser cálido y cercano en el trato con los demás.
- ✓ **SOLIDARIDAD:** Estar con el otro en la alegría y el dolor.
- ✓ **TOLERANCIA:** Tener consideración, y respeto hacia la manera de pensar, actuar y sentir de los demás.
- ✓ **RESPONSABILIDAD SOCIAL:** Basado en la política de seguridad del paciente.
- ✓ **FE:** Tener confianza en el otro y en lo que se hace.
- ✓ **INNOVACION:** Estamos orientados y preparados para el continuo cambio en nuestros procesos encaminados a la seguridad del paciente e innovación tecnológica.

5.4.1 Portafolio de Servicios. La Clínica Higea IPS S. A. está dispuesta y organizada para prestar los siguientes servicios relacionados con su objeto social:

5.4.1.1 Atención Médica por Consulta Externa. Presenta los siguientes servicios:

- **Servicio Médico de HIGEA IPS S. A.** integrado por cuatro (4) consultorios de consulta externa de medicina general y especializada, lo que asegura una atención oportuna y eficiente, con horario de Atención consulta externa: Lunes a Viernes de 08.00 A.M a 07.00 P.M. y Sábado de 09.00 A.M. a 1.00 P.M.
- **Servicio de Rehabilitación y Terapia física.** Contamos con una moderna sala de Terapia Física y de rehabilitación, Neuro-desarrollo, traumatología, terapia del dolor” a los afiliados de su EPS y programas complementarios. Disponemos de recursos propios que constan de un consultorio con aire acondicionado, ubicado en el primer piso de la clínica Higea IPS el cual está dividido en tres cubículos con una camilla cada uno, un baño interno y equipos como TENS, calientes, masajeador, US, lámpara de rayos infrarrojos; área para trabajar mano con instrumentos de mecanoterapia, zona de gimnasio que contiene bicicleta estática, barras paralelas, escaleras; y en general fortalecimiento de miembros inferiores y superiores, bandas elásticas, nevera con paquetes fríos. Horario de Atención de Terapia Física: Lunes a viernes de 7:00 a 11:00 am y de 1:00 a 5:00 pm.
- **Atención Médica por Consulta Prioritaria.** Con horario de atención de Lunes a Viernes de 07:00 A.M. a 10.00 P.M.

5.4.1.2 Servicio de Hospitalización. Unidad a cargo de profesionales que administran y supervisan directamente los cuidados que cada paciente necesita. Este personal se encuentra totalmente capacitado para cumplir con los máximos estándares de seguridad y calidad. Esta unidad cuenta con lo siguiente:

- **Habitaciones.** LA CLINICA HIGEA IPS S. A. dispone de amplias habitaciones para la atención de pacientes hospitalizados. Cada una de ellas cuenta con modernas camas, además de una completa Dotación para otorgar seguridad y comodidad, tanto para nuestros pacientes como para sus familiares y visitas.

5.4.1.3 Servicio Quirúrgico. Cuenta con 2 salas de cirugía dotada con toda la característica de Calidad Nacional e Internacional.

5.4.2 Facilidades y Bienestar. Se cuenta con los siguientes recursos:

- **Sala de Recuperación.** Amplia y moderna sala con monitoreo electrónico para el cuidado post-operatorio
- **Centro Obstétrico.** Una moderna sala de partos, con un área de recepción del recién nacido, QUE BRINDA SEGURIDAD Y CONFORT AL NEONATO
- **Central de Esterilización.** La más completa y moderna central de esterilización, para asegurar el óptimo servicio de higiene y garantía de descontaminación de la lencería
- **Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos - UCI.** Actualmente en proceso de remodelación y ampliación
- **Veinte (20) Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.** 14 plazas de neonatos intensivo y 6 de intermedio y cuidados básicos, con equipos modernos de última generación en cuidados críticos y monitoreo intensivo, conectados igualmente a la central de monitoreo.
- **Seis (6) Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.** 4 unidades de intensivo y 2 de intermedios
- **Imagenología.** El Área de Imagenología de HIGEA IPS S.A. tiene capacidad para realizar los estudios como Ecografías y RX, confiables y de calidad comprobada. Contamos con un staff médico de gran experiencia en el área y con equipos de última generación, que nos permiten entregar un servicio eficaz y con Calidad Además, nuestro personal se encarga de entregar los resultados en forma oportuna, haciendo más eficiente la atención de nuestros pacientes.
- **Laboratorio Clínico.** La CLÍNICA HIGEA IPS S.A. cuenta con un servicio de laboratorio moderno y seguro, en el que se realizan todos los exámenes necesarios para el apoyo de las unidades o centro de costos de toda clínica sin excepción. Este laboratorio está equipado con la más avanzada tecnología, lo que permite entregar los resultados en el menor tiempo posible. Y un novedoso Centro Transfusional. El equipo profesional de nuestro laboratorio está integrado por tecnólogos y auxiliares de vasta experiencia, quienes le ofrecen la garantía de resultados confiables y personalizados.
- **Central de Dosis Unitaria y Central de Mezclas.** En construcción actualmente.

- **Transporte Asistencial Básico y Medicalizado.** Contamos con una ambulancia de transporte básico y una ambulancia de transporte medicalizado con disponibilidad las 24 horas del día, los 365 días del año.

5.5 MARCO REFERENCIAL

Existen muchos estudios relacionados con la temática y disponibles en Internet. Entre ellos están:

5.5.1 ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA DE PACIENTES OPERADOS, investigación publicada por la Revista Salud, Sexualidad y Sociedad, realizada por el Comité de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Mario Correa Rengifo en Cali, Colombia por el médico Mario Camacho en el año 2009, cuyos resultados indican que:

- a) Al analizar las infecciones que se suceden en el sitio operatorio y describir la situación de éstas en el hospital, se encontró que la infección del sitio operatorio es la segunda infección nosocomial reportada más frecuentemente.
- b) En un período de dos años se encontraron 133 pacientes con infección del sitio operatorio, que correspondió a una tasa promedio de 1,84%, del cual el 53,4% de los pacientes eran hombres y la edad osciló entre 14 y 85 años.
- c) Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, donde se presentaron infecciones, fueron colecistectomía abierta (15,8%), Apendicectomía (12,8%) y rafia de intestino (9,8%).
- d) Entre los factores principales de riesgo descritos en la literatura se encontraron uso de drenajes (17,4%), estancia previa a la cirugía mayor de 72 horas (14,4%), cirugía previa (14,4%) y edad mayor de 65 años (12,9%).

e) Los criterios principales para el diagnóstico de infección del sitio operatorio fueron secreción seropurulenta (75,2%), cultivo positivo (26,3%) y eritema (19,5%). En 123 casos (92,5%) se obtuvo el resultado del cultivo y la bacteria cultivada con mayor frecuencia fue E. coli (36%), seguida por S. aureus (27%). La tasa de mortalidad fue 3,76%.

5.5.2 ESTANCIA PROLONGADA EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO,³⁰ realizada por C. Martín Villares y otros en el Centro ORL del Hospital del Bierzo, Ponferrada, León, en el cual se indica que “El objetivo del presente trabajo será el estudio del impacto del estado nutricional y los problemas faríngeos postoperatorios en la estancia hospitalaria, pues Los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de cabeza y cuello son enfermos que pierden dos de sus funciones básicas: la fonación y la deglución, siendo la pérdida de ésta última generalmente reversible en el postoperatorio”. Por lo anterior, se tuvo en cuenta: “*Pacientes y métodos:* Se estudian de forma prospectiva 54 pacientes con cáncer de cavidad oral o faringolaríngea sometidos a cirugía. Se valora el impacto en la estancia hospitalaria de los siguientes factores: el estado nutricional al ingreso, la localización tumoral, los problemas infecciosos y los problemas faríngeos postoperatorios”.

Los resultados de lo anterior consistieron en “El 53% de nuestros enfermos permanecieron en el hospital más de 2 semanas. El factor que con mayor frecuencia retrasa el alta hospitalaria es la recuperación de la función deglutoria normal (69% de estancias de más de 2 semanas), mientras que las infecciones fueron causa de hospitalización prolongada en un 23% de los pacientes (neumonía, sepsis). La malnutrición de forma aislada no predijo la duración de la

³⁰ C. Martín Villares, J Domínguez Calvo, J San Román Carbajo, M. E. Fernández Pello, M Tapia Risueño y P. Pomar Blanco. Centro ORL del Hospital del Bierzo, Ponferrada, León. 2004. 153p.

estancia hospitalaria, así como tampoco la localización del tumor en las vías aerodigestivas superiores.

En cuanto a las Conclusiones, se encontró que “Estos hallazgos sugieren que los problemas postoperatorios de la vía digestiva alta son los que con más frecuencia causan estancias hospitalarias prolongadas en los enfermos sometidos a cirugía por cáncer de cavidad oral y/o faringolaringe, por encima de las infecciones graves, del estado nutricional del enfermo o de la localización tumoral”.

5.5.3 ESTANCIA MAYOR DE SEIS (6) HORAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE SEGUNDO NIVEL DE LA CIUDAD DE MÉXICO. Realizada por Jorge Loría Castellanos y Porfirio Ortiz Díaz,³¹ con el siguiente resumen de los autores:

“El objetivo del presente estudio fue determinar la estancia mayor de 6 horas en un servicio de urgencias de 2do nivel en la Ciudad de México, así como las características asociadas a ésta. Se realizó un estudio transversal en el seguimiento de 3.122 pacientes consecutivos ingresados en el servicio de urgencias de un Hospital Regional de la Ciudad de México durante el 2002; se recabaron variables del paciente y el proceso de atención que se relacionaron con el tiempo de estancia en horas mediante un análisis multivariado empleando regresión lineal. El tiempo medio de estancia en el servicio fue de 19.37 horas (DE +- 7.32; IC 95% 15.67-24.8). El 59% de los pacientes se encontraron con >6 horas de estancia hospitalaria y hasta un 43.48% estuvieron más de 24 horas en el servicio. Los factores predictivos a esta estancia fueron edad ($p=0.01$), patologías cardiovasculares ($p=0.001$), requerir ingreso a hospitalización ($p=0.01$) y necesidad de valoración por subespecialista ($p=0.05$) El porcentaje de estancia hospitalaria mayor de 6 horas en nuestro servicio de urgencias es elevada y mayor a lo reportado en otras revisiones. Los pacientes de mayor edad, con patologías

³¹ LORIA, Jorge, ORTIZ, Porfirio. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2005. Cuba.

cardiovasculares, así como la necesidad de valoración por subespecialistas o ingreso a hospitalización incrementan notoriamente la estancia hospitalaria”.

5.5.4 Tiempo de estancia en medicina interna, Función del médico hospitalista.³² Llevada a cabo por Abraham Zonana y otros, cuyos resultados se indican a continuación:

- **Introducción:** el médico hospitalista es un internista que la mayor parte de su tiempo profesional está dedicado al cuidado de los pacientes hospitalizados.
- **El objetivo** de esta investigación fue evaluar si la función del médico hospitalista se asocia con menor frecuencia de estancia prolongada en pacientes hospitalizados en medicina interna.
- **Métodos:** pacientes hospitalizados en medicina interna de dos hospitales de segundo nivel, en Tijuana, Baja California. Se definió estancia prolongada como la ≥ 9 días y se clasificó en médica y no médica.
- **Resultados:** las causa principal de estancia prolongada no médica fue retraso en la realización de procedimientos. En el hospital con médico hospitalista hubo significativamente menor frecuencia de estancia prolongada (26 *adversus* 34 %, $p = 0.05$), mayor número de altas en fin de semana (35 *adversus* 21 %, $p = 0.01$) y menos días de hospitalización (6.3 ± 5.2 *adversus* 8.0 ± 6.2 , $p = 0.002$) que en el hospital sin médico hospitalista.
- **Conclusiones:** la función del médico hospitalista influye en los costos por hospitalización.

³² ZONANA-NACACH, Abraham. **BALDENBRO-PRECIADO, Rogelio, FELIX-MUÑOZ, Gustavo, GUTIÉRREZ, Pablo.** Unidad de Investigación Clínica y Epidemiología, Hospital General Regional, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California

5.5.5 FACTORES ADMINISTRATIVOS QUE DETERMINARON ESTANCIA PROLONGADA EN LOS RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER,³³ investigación llevada a cabo por Diógenes A. Arrieta y otros, con los siguientes resultados:

- **Introducción:** La estancia hospitalaria prolongada es uno de los problemas que enfrentan a diario las instituciones hospitalarias. En el caso de las estancias prolongadas por problemas administrativos es importante conocer las razones que las originan para plantear y realizar acciones correctivas.
- **Objetivo:** Describir los factores administrativos que influyeron en la prolongación de estancia hospitalaria en los recién nacidos del Hospital Universitario de Santander para posteriormente sugerir acciones correctivas.
- **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de los recién nacidos egresados durante el último trimestre del 2005, Hospital Universitario de Santander. De la información obtenida se caracterizó la población y se identificaron las estancias prolongadas no pertinentes por motivos administrativos.
- **Resultados:** Entre los resultados más relevantes se encontró que el 8 % de las estancias fueron no pertinentes por problemas administrativos y las causas principales fueron problemas en la liquidación (46,15 %) y demoras en la remisión de pacientes (15,38 %).
- **Discusión:** Se sugirieron acciones correctivas, como mejoras en el sistema de referencia, optimización del proceso de autorizaciones, subcontratación de servicios no disponibles por parte de las IPS y entrenamiento adecuado a los

³³ ARRIETA Diógenes Alexander, GUZMÁN James Alberto, JEREZ Alexander, ARRIETA Erika Paola. Universidad Industrial de Santander. Santander. Colombia

padres, con el ánimo de disminuir el porcentaje de objeciones en las facturas, mejorarían los ingresos del hospital y la oportunidad del servicio.

- **Conclusión:** el motivo más frecuente de estancia prolongada fue por problemas de tipo administrativo y su principal causa fue liquidación de la cuenta (6 casos) por falta de autorización, requisito obligatorio para facturar y egreso al usuario.

5.5.6 Estancia prolongada en terapia intensiva: predicción y consecuencias, investigación realizada por los doctores Luis David Sánchez Velásquez y María Helena Reyes Sánchez³⁴ en un hospital privado de la ciudad de México, cuyo resumen es:

- **Antecedentes:** Los enfermos con estancia prolongada en terapia intensiva (UTI) consumen hasta el 50% de los recursos.
- **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo y consecuencias de la permanencia prolongada en UTI.
- **Diseño:** Estudio de cohorte proyectiva.
- **Pacientes:** Se incluyeron setenta y tres pacientes.
- **Métodos:** Se colectaron variables demográficas, clínicas y APACHE II, Bruselas y TISS-28. El análisis consistió en regresión logística múltiple, considerando significativa una $p < 0.05$.
- **Resultados:** La estancia en la UCI fue de > 6 días. Los factores de riesgo fueron: género femenino OR 2.1 (IC95% 1.1-3.9), falla orgánica al ingreso OR

³⁴ SÁNCHEZ VELÁSQUEZ Luis David y REYES SÁNCHEZ María Helena. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. México. 2002. 2p

4.6 (IC95% 1.9-10.9) APACHE II > 10 OR 3.1 (IC95% 1.4-6.6) y TISS-28 > 25 OR 5.1 (IC95% 2.7-9.5). Tuvieron mayor frecuencia de complicaciones (morbilidad 60% y mortalidad 23%); $p < 0.05$.

- **Conclusiones:** La estancia prolongada en terapia se acompaña de mortalidad elevada.

5.5.7 Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias, investigación efectuada por la institución Intra Med³⁵ y cuyo objetivo es evaluar el número de ingresos y estancias adecuadas e inadecuadas, así como las causas de inadecuación, en los pacientes en edad pediátrica ingresados y dados de alta y cuyos resultados indican lo siguiente:

- **Materiales y métodos**

de los pacientes con los GRD objeto del estudio se solicitaron al servicio de archivos. La unidad de análisis fue el día de ingreso y cada uno de los días de estancia derivados, con la excepción del día de alta médica.

Durante el período de estudio se hospitalizaron 330 pacientes y, tras calcular el tamaño de la muestra estadísticamente significativo, se aplicó el AEP a 87 historias clínicas. Estos enfermos precisaron 87 ingresos y 479 estancias, al no incluirse el día de alta hospitalaria.

Todos los ingresos de los pacientes objeto del estudio fueron urgentes. En una segunda etapa los criterios fueron:

- **Pacientes:** Se ha realizado un estudio descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes de 0 a 14 años, ingresados en Pediatría u otros servicios del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", durante 1997, dados de alta con los GRD 774 y 775.

³⁵ Disponible en www.IntraMed.

A partir del listado del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de ingresos en nuestro hospital, clasificados por GRD según su diagnóstico de alta, las historias clínicas rios dudosos fueron revisados por un facultativo experto en revisión de AEP, para evitar desacuerdos en la aplicación de los criterios, y asegurar una revisión uniforme y completa de las historias clínicas AEP. En el proceso de evaluación se ha utilizado la versión modificada del AEP, (5) tras solicitar la autorización por escrito para su empleo a la Fundación "Avedis Donabedian". Se comprobó que no había diferencias relevantes con otras traducciones.

Cuando se aplican los criterios relacionados con el ingreso o con las estancias de pacientes pediátricos deben considerarse todos los factores: hallazgos en el área de urgencias, contenido de la historia clínica, exploración física, exploraciones complementarias solicitadas y anotaciones de enfermería. Cada día de estancia se define como las 24 horas comprendidas entre medianoche y la del día siguiente. El día de alta no debe considerarse como un día de estancia, por lo que no se evalúa. Para considerar adecuados tanto la estancia como el ingreso sólo es preciso que se cumpla un criterio. En las ocasiones en que no se estaba de acuerdo con las decisiones derivadas de los criterios, se utilizaron criterios extraordinarios, que permiten legitimar razones médicas para la hospitalización que no son respaldadas por los criterios.

No se deben aplicar en caso de que el paciente cumpla algún criterio de inadecuación. Por ello, la Fundación "Avedis Donabedian" recomienda que se utilicen en las siguientes circunstancias: 1) cuando el único criterio de día de estancia que se cumple es "medida de balances" y el revisor es una enfermera o un médico que considera que la hospitalización de ese paciente está indicada; 2) con revisores no expertos en AEP, con la concurrencia de un segundo revisor, experto en AEP (preferiblemente un médico entrenado en el uso de AEP o una enfermera entrenada), y 3) con revisores expertos, cuando

uno de ellos decide que está justificado el empleo de esos criterios. Una vez revisada la información disponible es preciso decidir si el ingreso o la estancia son necesarios. En caso contrario, a los días juzgados como inadecuados es preciso asignarles una causa.

Los ítems de la no adecuación de la estancia se dividen en cuatro apartados: el primero contempla la existencia de un retraso en el estudio o tratamiento del paciente y los otros tres analizan aquellos casos en los que el propósito médico de la hospitalización se ha cumplido o puede solucionarse en un nivel asistencial inferior. Antes de llevar a cabo la labor de campo y de proceder a la revisión de historias clínicas, se realizó un estudio pormenorizado del AEP y de su aplicabilidad en nuestro medio. Esto fue supervisado por un facultativo que realizó un período de entrenamiento en la unidad de calidad de uno de los hospitales con mayor experiencia del país. El protocolo contempla la posibilidad de aplicar criterios extraordinarios, si son clínicamente fundamentados, para situaciones que no estén recogidas en los criterios ordinarios de AEP.

- **Análisis estadístico:** Se han calculado medias y proporciones, así como los intervalos de confianza del 95%. La comparación de medias se llevó a cabo mediante la prueba de la t de Student y la comparación de proporciones, mediante la prueba de la χ^2 de Pearson y el test exacto de Fisher. Todos los análisis se han realizado con el programa S-Plus 4.0 para Windows ® ,de Stat Sci Europe.
- **Resultados:** El proceso de revisión fue realizado con un tiempo promedio de 15 minutos por historia clínica. Con el GRD 774 se produjeron 15 ingresos (17.24%), 7 varones y 8 mujeres , y con el GRD 775 los ingresos fueron 72 (82.76%), 43 varones y 29 mujeres. Sobre el total de la muestra había 50 varones (57.47%) y 37 mujeres (42 . 53 %) .La edad media de los pacientes

que formaban la muestra era de 1.51 ± 3.69 años, con un rango de edad de 0 a 14 años. La edad media de los pacientes con el GRD 774 era de 1.13 ± 3.02 años, con rango de 0 a 11 años, mientras que con el GRD 775 era de 1.59 ± 3.84 años, con rango de 0 a 14 años. Entre los dos grupos no había diferencias significativas.

En ambos grupos la mayoría de la muestra estaba constituida por pacientes de 0 y 1 años, 73 pacientes sobre un total de 87 (83.90%). Esta cifra se corresponde con la población de referencia de 330 pacientes, en la cual el 87.57% tienen esa edad. De los 87 ingresos, 80 (91.95%) se consideraron adecuados y 7 (8.05%) inadecuados. Los 15 ingresos de GRD 774 se consideraron adecuados (100%), mientras que de los 72 de GRD 775, 65 fueron adecuados (90.28%) y 7 inadecuados (9.72%).

Si analizamos las causas de inadecuación de los 7 ingresos inadecuados, vemos que 5 de ellos (71.43%) corresponden al ítem nº 1 del protocolo, o sea que las pruebas diagnósticas o el tratamiento (o ambos) pudieron realizarse en consultas externas, y los otros 2 ingresos (28.57%) se contemplan en el ítem nº 19: otras (son los 2 únicos casos en que se aplicaron los criterios extraordinarios en todo el estudio. En los dos casos el motivo que especificaba la historia del paciente era "ansiedad materna"). Los 87 pacientes precisaron un total de 479 estancias, de las cuales 98 (20.46%) eran del GRD 774, con un rango de 2 a 15 estancias, y 381 (79.54%) de GRD 775, con rango de 1 a 7 estancias. Del total de 479 estancias, 435 (90.81%) se consideraron adecuadas y 44 (9.19%) inadecuadas.

Todas las estancias de los 15 pacientes con el GRD 774 fueron adecuadas (98), mientras que en los pacientes con GRD 775 un 88.45% de estancias fueron adecuadas y un 11.55%, inadecuadas. De los 72 pacientes con el GRD 775, en 55 (76.39%) todos los días de estancia eran adecuados, mientras que

en 17 pacientes (23.61%), una o más estancias eran inadecuadas. La estancia media global del estudio fue de 5.50 ± 3.08 días y no se encontraron diferencias significativas ($p = 0.15$) entre los dos grupos de estudio: GRD 774 (con una estancia media de 6.53 ± 3.79 días) y GRD 775 (con 5.29 ± 2.90 días). Si analizamos la estancia media en función de si todas las estancias o los ingresos eran adecuados o no, observamos los siguientes resultados: En el grupo del GRD 774 la estancia media de los pacientes con todas las estancias adecuadas y la estancia media de pacientes con todos los ingresos adecuados no difiere de la cifra antes indicada (6.53 ± 3.79 días), pues en todos los pacientes los ingresos y las estancias son adecuados en su totalidad.

La estancia media de pacientes del grupo del GRD 775 con todas las estancias adecuadas fue de 5.43 ± 2.86 días, mientras que si la comparamos con la de los pacientes con algún día de estancia inadecuada (4.82 ± 3.04 días) tampoco hay diferencias significativas entre ellas ($p = 0.312$). Al estudiar la estancia media en función de la adecuación del ingreso, en el grupo del GRD 775 con ingreso adecuado la estancia media fue de 5.55 ± 2.91 días, mientras que la de pacientes con ingreso inadecuado fue de 2.86 ± 1.21 días.

Aquí sí existen diferencias significativas entre los dos grupos ($p = 0.017$).

No se sigue un patrón claro ascendente o descendente, sino que las cifras oscilan: el porcentaje de inadecuaciones decrece hasta el día 4º, sube hasta el 8º, decrece el 9º, sube un poco los días 10 y 11, y cae a 0 a partir del doceavo día. Como se observa en la Tabla 7, la causa más frecuente de inadecuación de estancia hospitalaria es "cualquier procedimiento de diagnóstico o de tratamiento necesario pudo realizarse como paciente externo". La distribución de las causas de inadecuación en función del día de estancia indica que la causa más frecuente de inadecuación de estancia sigue siendo la misma

durante todos los días. Las causas de inadecuación empiezan el primer día de estancia y van en orden decreciente hasta el doceavo día.

- **Discusión:** De un tiempo a esta parte los costos de algunos servicios públicos se han disparado y, aunque el usuario no suele abonar directamente el importe en el momento de recibir la prestación (desconocer el precio del servicio en ocasiones conduce a que se lo use en forma indebida) repercuten directamente en el déficit público y, por lo tanto, en el incremento de los impuestos. En el presente estudio se comprobó que el protocolo de evaluación de la adecuación es aplicable para verificar los ingresos y las estancias de la población pediátrica.

La documentación clínica, cumplimentada tanto en el servicio de urgencias como durante la hospitalización, fue suficiente para aplicar el protocolo en todos los casos. Que el tiempo medio fuese de 15 minutos por historia clínica revisada garantizó que pudiera haber una continuidad en este tipo de estudios.

Se estipuló aplicar criterios extraordinarios de adecuación del ingreso o de la estancia en dos de los 87 pacientes (2.29%), cuando otros autores (9) admiten aplicarlos hasta en el 10% de los pacientes. Al revisar estudios de AEP en población adulta vemos que, en 1987, Payne y col.(10) aplicaron el AEP a diversos grupos de diagnóstico; concretamente en pacientes con problemas respiratorios obtuvieron un 13% de ingresos inadecuados y un 36.8% de estancias inadecuadas.

Bañeres y col. (11) aplicaron el AEP a pacientes con EPOC o neoplasia pulmonar, o ambas, y registraron 4.8% de ingresos y 15.5% de estancias inadecuadas. En época reciente, Mirón Canelo y col. (12) revisaron una muestra de 378 pacientes ingresados en un hospital comarcal y encontraron inadecuados el 13,8% de los ingresos y el 33,9% de las estancias. En 1998,

Negro Álvarez y col. (13) aplicaron el AEP a pacientes con GRD 096, 097, 774 y 775, que se corresponden con pacientes ingresados con asma o bronquitis, o ambas, con complicaciones o comorbilidad y sin ellas, en adultos ingresados a cargo de la sección de Alergología de un hospital universitario.

En ese estudio el 100% de los ingresos cumplía algún criterio de adecuación y se obtuvo un 18.6% de estancias inadecuadas. La causa más frecuente de inadecuación de estancias fue que no se prestara la suficiente atención a la necesidad de dar el alta con rapidez, una vez conseguido el propósito de la hospitalización, y la segunda, que los procedimientos diagnósticos o terapéuticos pudieran realizarse como pacientes externos. En otro estudio, de Porath y col.,(14) el AEP se aplicó a pacientes que ingresaron con neumonía comunitaria y obtuvieron un 61% de ingresos inadecuados.

En época reciente, Mc Donagh y col. (8) aplicaron el protocolo a pacientes ingresados a cargo de Psiquiatría y obtuvieron un 29 % de ingresos inadecuados y un 24 a 58 % de estancias inadecuadas. En este mismo año, Zambrana García y col. (15) revisaron 1046 estancias en un servicio de Medicina Interna y encontraron un 16.8% de inadecuaciones. Estos autores realizaron un análisis de regresión logística que revela que las variables que definen la inadecuación son los días de estancia, el diagnóstico clínico y el día de la semana (jueves y viernes son los días con menor número de inadecuaciones), y recuerdan que una estancia hospitalaria prolongada no es sinónimo de una mayor calidad asistencial. Aunque se han realizado numerosos estudios de aplicación del AEP en pacientes en edad pediátrica, (16-19) no se ha encontrado ninguno con los GRD objeto de este estudio.

Si nos centramos en estudios realizados en población pediátrica a la que se aplica el AEP (de 6 meses a 14 años), Esmail y col.,(16) en el Reino Unido,

encontraron un 8% de ingresos inadecuados en una población de 3324 niños de 13 hospitales, una tasa similar a la observada en este estudio (8.05%).

Estos autores concluyen que el bajo nivel de inadecuación de ingresos es indicativo del buen desarrollo de los servicios de atención primaria en el Reino Unido. En otro estudio del mismo grupo (17) se comparan 47 ingresos de 2 hospitales del Reino Unido, con el propósito de estudiar la concordancia entre varios evaluadores al aplicar el AEP pediátrico.

Los autores encuentran que el grado de concordancia al aplicar los criterios de ingreso fue excelente, pero pobre a la hora de emitir los juicios subjetivos; por eso su conclusión es que el EAP pediátrico alcanza alta confiabilidad y es juzgado por los clínicos como aceptable para la evaluación retrospectiva de la adecuación de ingresos. En un estudio español de Casanova y col.,(18) en una muestra aleatoria de 232 pacientes del hospital de Sagunto (Valencia), al aplicar el A E P se encontró que el 17.7% de los ingresos y el 15.5% de las estancias eran inadecuados. La causa más frecuente de ingreso inadecuado, al igual que en este estudio, fue que las pruebas diagnósticas o el tratamiento (o ambos) pudieron realizarse en forma ambulatoria.

El 70% de las estancias inadecuadas se debieron a no prestar la suficiente atención a la necesidad de dar el alta con rapidez una vez conseguido el propósito de la hospitalización, mientras que en este estudio sólo el 9.10% lo fue por esa causa. Oterino de la Fuente y col. (19) revisaron 388 estancias hospitalarias generadas por 151 ingresos e indicaron que fueron inadecuados el 27.8% de ingresos y el 48.7 % de las estancias.

Estancias prolongadas, ingresos programados, primeros ingresos en hospital e ingresos inadecuados fueron asociados significativamente con las estancias inadecuadas. De esas estancias inadecuadas, el 74.1% lo fueron por

responsabilidad del médico o del hospital, y el 21.7% por responsabilidad de la familia del paciente.

Concluyen que se debería reflexionar sobre los criterios de hospitalización en niños y que hay que tratar de mejorar la relación y coordinación entre hospitales, servicios centrales, atención primaria y los servicios sociales. En este estudio, la lista de causas del AEP ha sido suficiente para delimitar las causas específicas de la inadecuación de la estancia. En la evaluación de las causas de las estancias inadecuadas no se ha tenido que utilizar el rubro "otras causas", aunque parece conveniente la adaptación de la lista de causas de inadecuación del AEP al ámbito en el que se desarrolle el estudio.

En gran porcentaje de los casos las causas de los días de estancia inadecuada se centran en dos; la más frecuente, que los procedimientos diagnósticos o terapéuticos pueden realizarse como pacientes externos, y la segunda, estar pendiente de resultados de pruebas diagnósticas o interconsulta para la toma de decisiones terapéuticas o diagnósticas. La relación de causas de inadecuación facilita una información que permite diseñar las acciones correctoras necesarias, para conseguir un uso adecuado del hospital. Una vez puestas en marcha estas medidas, se procederá a realizar un estudio similar para evaluar la previsible variación de estancias inadecuadas en este hospital. En un futuro se intentará profundizar en la investigación de las pautas de práctica médica más adecuadas para alcanzar la estancia media adecuada (clínicamente necesaria) de los pacientes.

El resultado de 9.19% de estancias inadecuadas debe interpretarse con cautela, ya que al aplicar el AEP mediante la revisión de las historias clínicas se asume que los datos esenciales para determinar la necesidad médica de la hospitalización están documentados en la historia, por lo que historias clínicas poco documentadas contribuyen a obtener una proporción de inadecuación

mayor que la real, situación ya descrita con anterioridad.(2 0)La aplicación del AEP permite a los facultativos recapacitar sobre las posibilidades de mejora, y a la dirección del centro, poner en marcha estrategias de mejora para facilitar el trabajo de los profesionales, así como cuantificar las inadecuaciones producidas por deficiencias del sistema. Todo ello ayudará a que las decisiones sobre atención sanitaria en población pediátrica se basen en una evaluación sistemática de las mejores evidencias disponibles.

5.5 GLOSARIO DE TÉRMINOS

ATENCIÓN MÉDICA: Conjuntos de acciones directas y específicas destinadas a poner al alcance del mayor número posible de individuos, su familia y la comunidad, los recursos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CAMA HOSPITALARIA: aquella dispuesta para el alojamiento de un paciente internado durante las 24 horas del día. Se considera como cama hospitalaria la dedicada a la atención regular de los pacientes internados, las de aislamiento, las cunas e incubadoras de Pediatría (Neonatología).

CERTIFICACIÓN COMO REVISOR: El revisor debe ser un Médico con excelente criterio clínico, entrenamiento, responsabilidad, adecuado manejo del PRU y sus bases conceptuales, responsabilidad o una enfermera con entrenamiento, quien actuará como profesional de apoyo bajo la supervisión del médico. La certificación como tal será expedida por la Gerencia Nacional de Calidad. (ISS. MANUAL DE SALUD. 2000).

DÍA PACIENTE: períodos de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria se encuentra ocupada, sea por el mismo o por diferentes pacientes.

DIAGNÓSTICO O CAUSA PRINCIPAL: se entiende como diagnóstico o causa principal la condición establecida después de estudio, como la razón principal de la atención actual del paciente.

DÍAS CAMA: períodos de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria, ocupada o no, se mantiene dispuesta para los pacientes internados.

DOTACIÓN NORMAL DE CAMAS: es el número **fijo** de camas hospitalarias regularmente mantenido durante un período de operación normal en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de pacientes internados. En el concepto moderno de hospital, su importancia no está dada por el número de camas de dotación normal, sino por la estructura interna de los casos que está en capacidad de resolver eficientemente.

EFFECTIVIDAD: Expresa cambios que la ejecución de un programa de trabajo, genera en una población. Relaciona eficiencia y eficacia. Relacionada con indicadores de efecto e impacto.

EFICACIA: Califica logro de los objetivos. Relacionada directamente con la disponibilidad, accesibilidad, cobertura, concentración y calidad de los recursos.

EFICIENCIA: Califica relación entre el logro de un objetivo y el recurso utilizado. Se mide con factores como el costo, utilización, productividad, rendimiento y beneficio.

EGRESO HOSPITALARIO: se define como egreso hospitalario o episodio de hospitalización, el retiro de un paciente de los servicios de internamiento de un hospital. Puede ser vivo o por defunción. No toma en cuenta este concepto, los traslados internos (de un servicio a otro del mismo hospital), ni los recién nacidos sanos en el mismo. El egreso vivo puede producirse por orden médica, por salida exigida por el paciente, por traslado formal a otro centro o por fuga del paciente. En todo caso se establece la forma de egresar del paciente y se anota en su expediente con la firma del médico responsable y de los testigos cuando se requiera. A los pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria también se les toma como egreso hospitalario. También se incluyen los nacimientos ocurridos en el hospital que hayan sido tratados por morbilidad propia y a los que fallezcan en el, minutos, horas o días después de su nacimiento en el mismo.

ESTANCIAS DE EGRESADOS: períodos de 24 horas de permanencia del mismo paciente en un hospital o servicio de internamiento. Se cuentan al finalizar el episodio de hospitalización, restando la fecha de ingreso a la fecha de egreso. Cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día (ejemplo: Cirugía Mayor Ambulatoria) se le cuenta un día de estancia. No toma en cuenta los traslados internos (de un servicio a otro del mismo Hospital).

ESTANCIA PROMEDIO BRUTA (EPB): se obtiene sumando las estancias de los egresados en un período y dividiendo entre el número de egresos o episodios de hospitalización del mismo periodo. En los análisis específicos por causas se excluye de su cálculo la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), cuya estancia promedio es siempre un día. Se puede calcular para el hospital, los servicios, las causas de internamiento, etc. Es el período promedio de permanencia REAL en el

hospital. Los indicadores de desempeño del hospital moderno giran alrededor de este concepto.

ESTANCIA PREOPERATORIA: es el número de días que un paciente permanece hospitalizado antes de una intervención quirúrgica. Se obtiene restando a la fecha del procedimiento, la fecha de ingreso. Sirve para calcular la estancia promedio preoperatoria.

EVALUADOR MÉDICO: Profesional médico o de enfermería que reconoce o comprueba la adecuación de la utilización, empleando la metodología aquí definida. Sin embargo, el proyecto siempre debe estar cargo de un médico. (ISS. MANUAL DE SALUD. 2000).

GIRO DE CAMAS: representa este índice, el número de pacientes que en promedio recibió cada cama hospitalaria de dotación normal en un período determinado que suele ser el año; también se le llama "velocidad cama" o índice de renovación. Se calcula dividiendo los egresos hospitalarios de un periodo determinado entre el número de camas de dotación normal.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso en un hospital de una persona enferma o herida para su examen, diagnóstico y tratamiento.³⁶

HOSPITALIZACIÓN: Acción y efecto de hospitalizar.³⁷

MORTALIDAD: Número proporcional de defunciones en población o tiempo determinados.

³⁶ Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.

³⁷ Diccionario Enciclopédico Vox 1. © 2009 Larousse Editorial, S.L.

OTROS DIAGNÓSTICOS: otras condiciones que coexisten al inicio o durante la hospitalización y que afectan el tratamiento o la estadía del paciente. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio de atención anterior, y que no tienen que ver con el que ha ocasionado el actual.

PACIENTE: Persona que recibe tratamiento médico o quirúrgico, respecto de su médico o cirujano.

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN: indicador hospitalario tradicional por excelencia, que ha perdido importancia si no se le acompaña de la estancia promedio (5.2.8). Es la relación entre los días paciente y los días cama durante cualquier período, expresada como porcentaje. Se calcula para todo el hospital o por servicio; por un día, una semana, un mes, o un año. Mide la utilización de las camas.

UTILIZACIÓN INADECUADA: es aquella que no se ajusta a las necesidades del paciente, se refiere a *días médicamente inactivos*; sin embargo, denominar un día de estancia como inadecuada no significa necesariamente que el paciente deba ser dado de alta. (ISS. MANUAL DE SALUD. 2000).

UTILIZACIÓN INNECESARIA: es aquella que podría ser suprimida sin someter al paciente a ningún tipo de riesgos derivados de esta situación. (ISS. MANUAL DE SALUD. 2000).

5.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables a tener en cuenta en este estudio están referidas a dos ámbitos: Interno y Externo.

En cuanto al ámbito externo se analizan y tienen en cuenta:

- ✓ La legislación colombiana emanada del Ministerio de Salud y Protección Social
- ✓ Las políticas estatales sobre Salud Pública

- ✓ Las Normativas vigentes para la Gestión Pública de la Salud
- ✓ Las políticas gubernamentales para la prevención de epidemias o pandemias.
- ✓ Las directrices para el manejo y gestión de las IPS's

En el ámbito interno se analizan las estancias prolongadas en desde:

- ✓ Su efecto en la economía de los pacientes y de la Clínica
- ✓ Los avances investigativos
- ✓ La tecnología utilizada
- ✓ La aplicación de las TIC's en la gestión de la Clínica

El cuadro que se presenta a continuación es el resumen de todas las variables mencionadas anteriormente incluyendo su indicador y la fuente:

Cuadro 1. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	TIPO	INDICADOR
PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN	La Hospitalización Convencional es un proceso que permite: • Prestar asistencia sanitaria a pacientes no ambulatorios a pacientes iguales o mayores a los 14 años que no precisen de unidades especiales (UVI, Quemados, ...), aplicando atención sanitaria integral (médica, enfermería, farmacia, ...), utilizando para ello los medios diagnósticos y terapéuticos propios o concertados, con el fin de tratar (curar) la patología que sufre el paciente o al menos paliar sus consecuencias en la medida de lo posible	PACIENTE	Afiliado	Nº de pacientes hospitalizados/Nº de pacientes recibidos
			No afiliado	Nº de pacientes hospitalizados/Nº de pacientes recibidos
		DIAGNÓSTICO	Varios	Nº de pacientes diagnosticados / Nº de pacientes recibidos
		ATENCIÓN	Personal Médico	Nº de pacientes atendidos / Nº de pacientes recibidos
			Personal Paramédico	Nº de pacientes atendidos / Nº de pacientes recibidos
			Personal Administrativo	Nº de pacientes atendidos / Nº de pacientes recibidos
		TRATAMIENTO	Quirúrgico	Nº de pacientes tratados / Nº de pacientes recibidos

ESTÁNDARES	DEFINICIÓN	NORMATIVOS	Habilitación	Nº de estándares cumplidos / Nº de estándares exigidos
ESTANCIA	Cada día de estancia se define a las 24 horas comprendidas entre medianoche y la del día siguiente. El día de alta no debe considerarse como un día de estancia, por lo que no se evalúa.” Y además es “Conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles para la atención hospitalaria del paciente durante veinticuatro horas”. ³⁸	NORMAL	Hospitalización	Fecha de ingreso / Fecha de Alta
			Máximo 4 días	Días hospitalizado / Total días en el hospital
		PROLONGADA	Hospitalización	Fecha de ingreso / Fecha de Alta
			Más de 4 días	Estancias mayores de 192 horas / Total de hospitalizados
CAUSA O FACTOR DE ESTANCIAS PROLONGADAS		PACIENTE		Total pacientes graves / Total pacientes recibidos
		MÉDICA		Total pacientes con problemas / Total pacientes recibidos
		ADMINISTRATIVA		Total pacientes con deficiencia de atención / Total pacientes recibidos

Fuente: los autores

³⁸ ISS. Manual de Salud. 2000.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio o proyecto es una investigación de tipo descriptivo porque con él se busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos o comunidades y, generalmente, se asocian con el diagnóstico. Además es de tipo y evaluativo porque su objetivo es describir los procesos de hospitalización de la Clínica y evaluar los resultados de uno o más sucesos o programas que hayan sido implementados o estén acaeciendo dentro de un contexto determinado, en este caso el suceso se refiere a las estancias prolongadas que se presentan en la Clínica Higea IPS. S. A., y, además, la intención de la investigación evaluativa es medir los efectos de un suceso o programa por comparación con las metas que se propuso lograr, a fin de tomar decisiones subsiguientes para mejorar la ejecución futura.

En cuanto al enfoque, el presente estudio es de tipo mixto por cuanto se manejaron datos numéricos (con tablas y cuadros estadísticos) y se tienen en cuenta la percepción de los usuarios y empleados sobre las causas que generan las estancias prolongadas en la Clínica.

6.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

El Universo tomado en cuenta corresponde a los 576 pacientes que acudieron y se atendieron durante el año 2012.

La población a consultar estuvo conformada por los usuarios hospitalizados que llegaron a la Clínica durante el año 2012, momento en que se hicieron las encuestas, escogidos mediante una tabla de números aleatorios, y que pudieron

responder a las preguntas (que estuvieran en condiciones de hablar o escribir) y por los quince (15) trabajadores del área de hospitalización.

Atendiendo a la cantidad de usuarios hospitalizados a entrevistar, se hizo uso del Muestreo Aleatorio Simple – MAS, porque es un método eficiente para poblaciones grandes que permite hallar fácilmente las unidades a encuestar.

En lo que hace referencia al tamaño de la muestra, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n_0}{1 + n_0 / N}$$

Donde:

n_0 es la primera aproximación al tamaño de la muestra y corresponde a la siguiente operación:

$$n_0 = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$$

Z = es el valor correspondiente al nivel de confianza y se obtiene de las tablas de distribución normal, así:

Para un nivel de confianza del 90% Z = 1.645

Para un nivel de confianza del 95% Z = 1.96

Para un nivel de confianza del 99% Z = 2.58

P = probabilidad de que suceda el evento

Q = probabilidad de que no suceda el evento.

d = margen de error del muestreo

N = tamaño de la población.

Nota: Como no se conocían los valores de P y Q, se asumió 0.5 para cada uno, puesto que corresponden a los valores que dan la máxima variabilidad en el producto de P por Q.)

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

En este sentido, los criterios de inclusión para la realización de las **encuestas**, son:

- Se tuvieron en cuenta a aquellas personas que habían estado hospitalizadas y registradas en las bases de datos como usuarias de la Clínica Higea
- Se aplicaron las encuestas al grupo de personas escogidas mediante la tabla de números aleatorios.
- Solo se utilizaron datos numéricos

Además, los criterios de inclusión para la realización de las **entrevistas**, correspondieron a:

- Solo se entrevistaron a los quince (15) trabajadores del área de Hospitalización

Los criterios de exclusión, para las **encuestas y entrevistas** están referidos a que no se aplicaron en:

- Otras clínicas de la ciudad de Cartagena
- Otros usuarios de la Clínica Higea
- Otros centros hospitalarios de la ciudad de Cartagena

6.4 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Entre las técnicas utilizadas se incluyeron: a) el Muestreo Aleatorio Simple. b) al manejo estadístico de datos y c) al análisis de los resultados.

Las fuentes de Información utilizadas fueron de tipo Primario y Secundario, así:

- Las Fuentes Primarias estuvieron conformadas por entrevistas y encuestas estructuradas que se aplicaron a los directivos y a los empleados de la empresa, respectivamente.
- Las Fuentes Secundarias estuvieron referidas a libros de texto, Revistas Indexadas, información clasificada de Internet y documentos, investigaciones y libros de autores reconocidos.

6.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez definido el universo y el tamaño de la muestra, se procedió a:

1. Definir, según la base de datos y la tabla de números aleatorios, cada una de las personas que se iban a encuestar.
2. Ubicar a cada persona de acuerdo al momento de llegada anotándolo en la base de datos.
3. Definir la cantidad de encuestadores requeridos de acuerdo a la cantidad de grupos o individuos a encuestar
4. Planificar el número de encuestas a realizar y el costo de la operación

7. EVALUACIÓN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES NORMATIVOS DE HABILITACIÓN EN LA CLÍNICA HIGEA DURANTE EL AÑO 2012

7.1 EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS

Con base en las encuestas, mes a mes, realizadas a los 484 pacientes escogidos aleatoriamente, se llegó a los siguientes resultados los cuales estuvieron orientados a reconocer si existe una cultura de atención al cliente y si ésta es una atención humanizada; para lo cual se preguntó sobre cuál fue la actitud de los encargados de los diferentes procesos. Para esto, primero se definió lo siguiente:

7.1.1 Determinación de las Estancias Prolongadas. Con el fin de conocer qué pacientes tuvieron estancia prolongada, se buscó si había un estándar internacional o nacional, pero se encontró que en el país no está establecido a partir de qué día y enfermedad se da la estancia prolongada. Sin embargo, a nivel internacional, las hospitalizaciones deben durar entre uno (1) y seis (6) días, de acuerdo a su gravedad,³⁹ pero no está especificado por tipo de enfermedad. Así pues, las enfermedades que tuvieron estancia prolongada están entre las anteriormente mencionadas en el análisis precedente.

Para efectos de aplicar las encuestas, se tomó la fórmula definida en la metodología de la investigación, teniendo en cuenta que:

- El universo es de 576 pacientes
- El nivel de confianza es de 2.58
- El margen de error del muestreo es de 0.03

La muestra estará compuesta por n_0 que es la primera aproximación al tamaño de la muestra y corresponde a la siguiente operación:

³⁹ Ministerio de la Protección Social. Manual de la Calidad. Colombia

$$n_0 = \frac{Z^2 P Q}{d^2} = \frac{2.58^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.0009} = 1849.0$$

Por esto, el tamaño de la muestra es de:

$$n = \frac{n_0}{1 + n_0/N} = \frac{1849.0}{1 + 3.21} = 484$$

Atendiendo lo anterior, se realizó la siguiente tabla para definir mensualmente a cuántos pacientes encuestar, teniendo en cuenta que se aplicó dicha encuesta a aquellas personas que tuvieron estancia prolongada, así:

Tabla 2. Definición de número de encuestas mensuales

PERSONAS ENCUESTADAS DURANTE EL AÑO 2012													
DESCRIPCIÓN	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
EGRESOS	28	51	29	45	43	44	49	66	79	54	39	49	576
ENCUESTADOS	21	32	21	32	23	38	47	50	83	54	39	44	484

Fuente: los autores

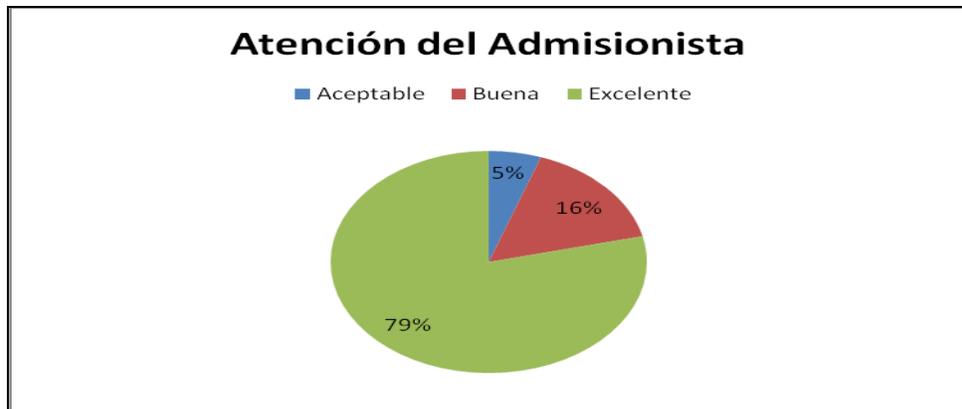
5.5.5 Análisis de las Fuentes Primarias. Con base en las encuestas realizadas durante todo el año 2012, se pudo determinar que en la Clínica Higea de la ciudad de Cartagena, la atención al cliente externo no muestra una problemática lo suficientemente marcada como para que requiera una intervención inmediata de los directivos. Sin embargo, se requiere de un análisis del por qué de los resultados desfavorables y definir programas para mantener esa buena imagen que mostraron los resultados y que es importante para la Clínica porque así se

puede perfilar como una entidad seria, responsable y con capacidad de atención de calidad a sus usuarios.

Esto, porque un alto porcentaje de pacientes indicaron que la atención que recibieron de los diferentes empleados asistenciales fue entre excelente y buena, como lo muestran las siguientes figuras:

Atención en Recepción

Figura 1. Atención en recepción



Fuente: encuestas

a) **Atención del Personal Médico.**

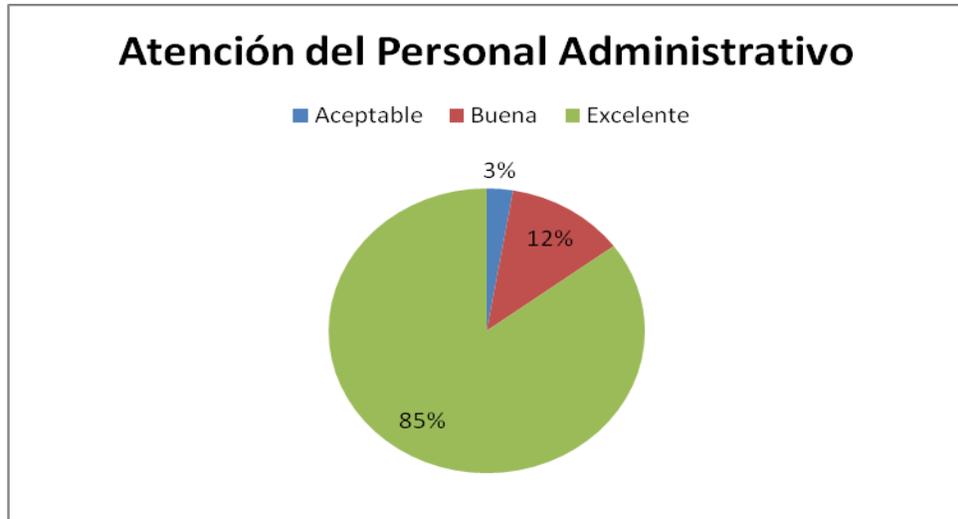
Figura 2. Atención de los médicos



Fuente: encuestas

b) **Atención del Personal Administrativo.**

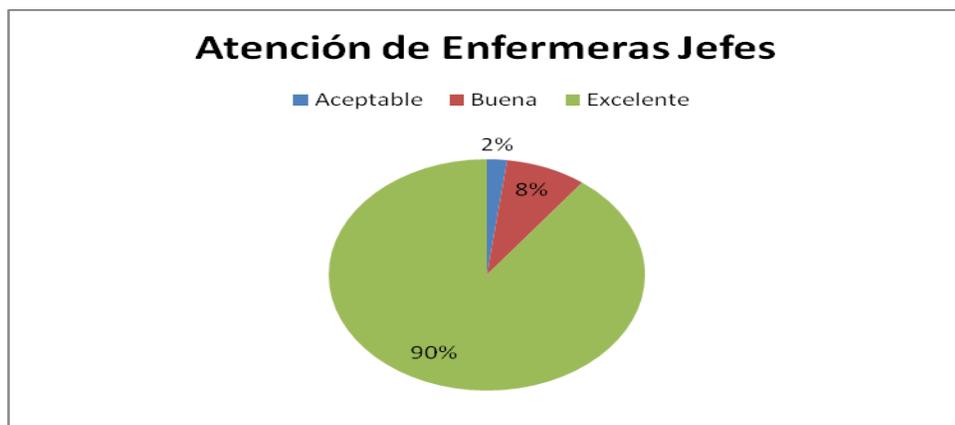
Figura 3. Atención administrativa



Fuente: encuestas

c) **Atención de las Enfermeras Jefes.**

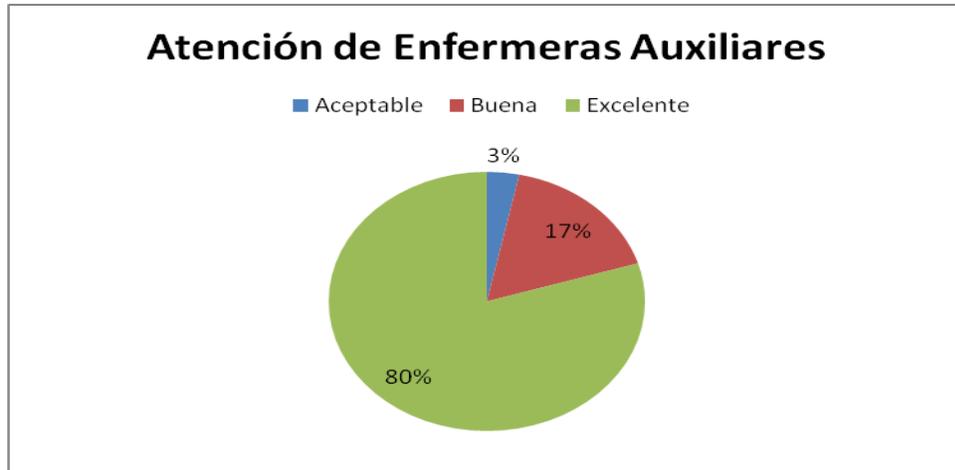
Figura 4. Atención Jefes de Enfermería



Fuente: encuestas

d) **Atención de Enfermeras Auxiliares.**

Figura 5. Atención auxiliares de enfermería



Fuente: encuestas

e) **Atención del Camillero.**

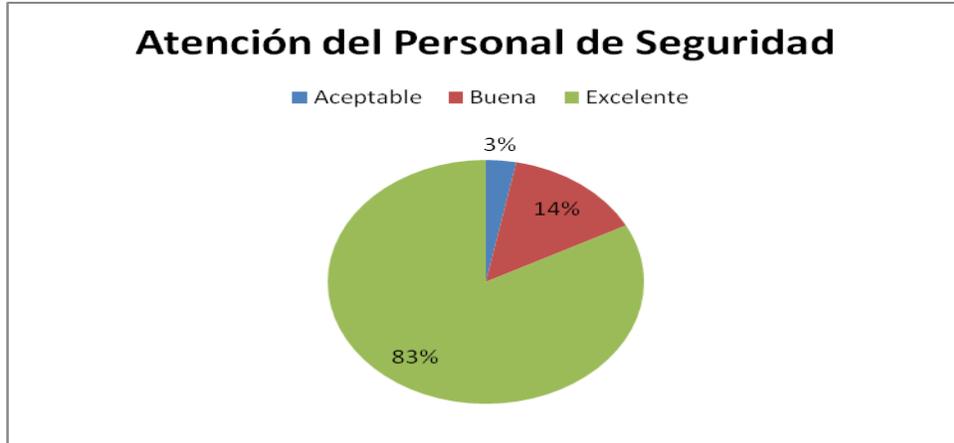
Figura 6. Atención Camillero



Fuente: encuestas

f) **Atención del personal de Seguridad.**

Figura 7. Atención personal de seguridad



Fuente: encuestas

Adicional a lo anterior, es vital para la Clínica saber que sus pacientes reconocen que los siguientes servicios prestados son calificados de excelentes por la gran mayoría, pues son aspectos muy controversiales, de difícil tratamiento y control y susceptibles de crítica destructiva. Esto se muestra a continuación:

g) **Horario para Visitas.**

Figura 8. Horario de Visitas



Fuente: encuestas

h) Privacidad en la Atención.

Figura 9. Privacidad



Fuente: encuestas

i) Aseo en la Habitación o en el Sitio del Servicio.

Figura 10. Aseo en la habitación



Fuente: encuestas

j) **Alimentación.**

Figura 11. Alimentación

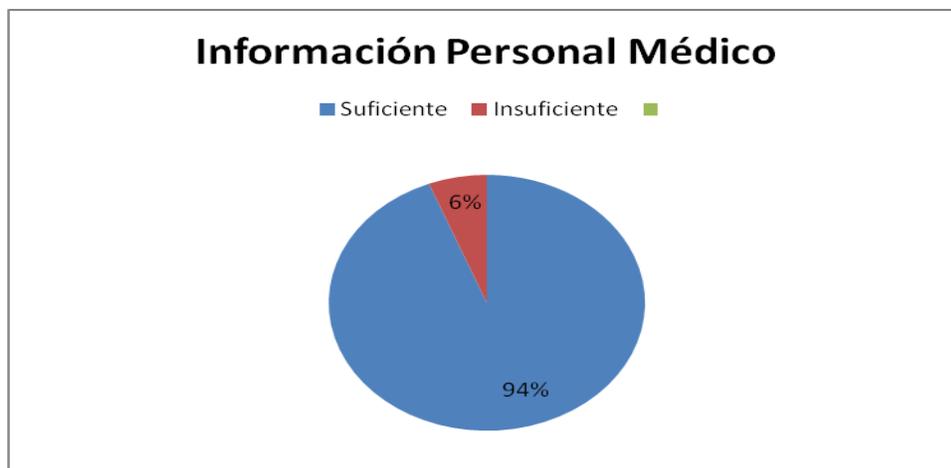


Fuente: encuestas

k) **Información.**

a) **Información del Personal Médico Durante la Atención.**

Figura 12. Información del personal médico



Fuente: encuestas

b) Información del Personal Administrativo.

Figura 13. Información del personal administrativo



Fuente: encuestas

l) Información del Personal de Enfermería durante la atención.

Figura 14. Información de las enfermeras



Fuente: encuestas

m) **Información del Personal de Seguridad.**

Figura 15. Información del personal de seguridad



Fuente: encuestas

n) **Utilización de los elementos del Sistema de Seguridad.**

Figura 16. Sistema de Seguridad



Fuente: encuestas

o) **Motivo de la Consulta.**

Figura 17. Solución al motivo de Consulta

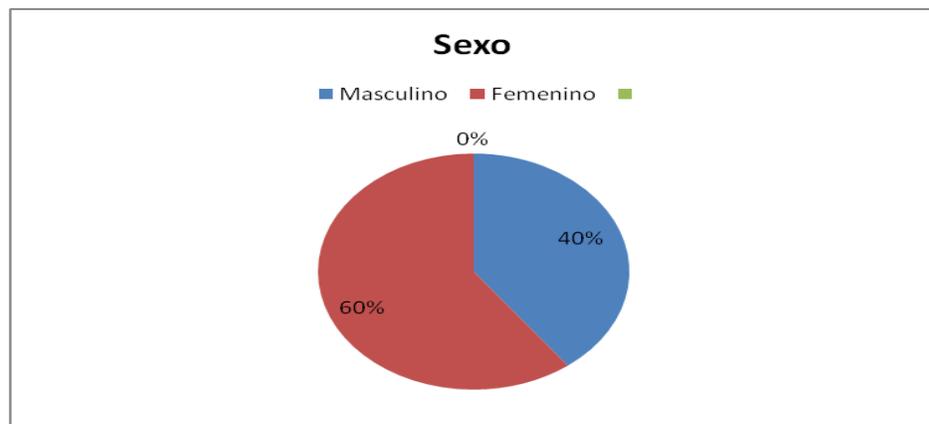


Fuente: encuestas

Los resultados obtenidos en cuanto a género, Eps de origen, etc., son importantes para la Clínica pues se requiere llevar estadísticas que permitan programar actividades de prevención o control y hacer partícipes a las entidades con las que tiene vínculos contractuales o de prestación de servicios.

p) **Género de los pacientes:**

Figura 18. Género de los encuestados



Fuente: encuestas

q) **EPS's de origen.**

Comfamiliar envió	80 personas
Comfacor envió	74 personas
Caprecom envió	54 personas
Solsalud envió	41 personas
Emdisalud envió	31 personas
Salud Vida envió	31 personas
Compartir envió	23 personas
Dadis envió	13 personas
Sin Entidad	89 personas
Otras	39 personas

s) **Información Personal:** en cuanto al estrato:

- El 62% son de estrato 3
- El 12% son de estrato 2
- El 6% son de estrato 4
- El 8% son de estrato 5
- El 2% no respondió

7.2 EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES NORMATIVOS DE HABILITACIÓN RENOVADA DE LA INSTITUCIÓN.

Los Estándares Normativos se refieren al cumplimiento del **Decreto 1011 del 2006**, la **Resolución 1998 del 2010** y la **Resolución 1352 del 2012**,⁴⁰ que reglamentan la habilitación renovada dada por el DADIS, bajo la cual funciona la Clínica Higea de la ciudad de Cartagena, teniendo en cuenta “Que de Conformidad con lo establecido en el artículo 14 del Decreto 1011 de 2006, la inscripción de cada prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la

⁴⁰ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

fecha de su radicación ante la Entidad Departamental y Distrital de Salud correspondiente, vencido el cual, según lo allí estatuido, podrá efectuarse su renovación de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social”.⁴¹

Además, la institución se acoge a lo que dice la Resolución 1352 del 2012 cuando considera “Que fue así como mediante la Resolución 1998 de 2010, se definieron los lineamientos para la renovación de habilitación de los prestadores de servicios de salud y en su artículo 4° señaló que el término de la habilitación renovada tendría una vigencia de un (1) año. Por otro lado, también acata lo relativo a “Que a través del artículo 2° de la Resolución 2242 de 2011, se modificó el artículo 4° de la Resolución 1998 de 2010, estableciendo entre otros, que la habilitación renovada tendrá una vigencia de dos (2) años, la cual vence a partir del 31 de mayo de 2012, razón por la cual se debe mediante el presente acto administrativo proceder a su ampliación por un (1) año más para garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud a la población colombiana”.⁴²

En atención a que la solicitud de renovación de habilitación como prestadores de servicios de salud se realizó el 5 de Junio de 2010, el plazo para iniciar el cumplimiento de la Resolución 1441 de Mayo de 2013 se contará a partir el día seis (6) de Junio de 2015, para lo cual se cumplirá con lo siguiente:

En la actualidad la Clínica Higea se estudia dicha resolución y comprende que “Según el Decreto 1011 de 2006 en el parámetro 1 del Artículo 4^o, el Ministerio de Salud y Protección Social debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud”⁴³.

⁴¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1352 de 2012

⁴² Op. Cit. Resolución 1352

⁴³ Op. Cit. Minsalud 1p

A partir de esto, se ha iniciado el análisis de lo demandado y se buscará, como lo dice la Resolución, “ajustar los procedimientos y condiciones para la habilitación de los servicios de salud, de conformidad con el desarrollo del país y los avances del sector que permitan brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud”, en razón a que la entidad es una Prestadora de Servicios de Salud y de Servicio de Transporte Especial de Pacientes”

Para dar cumplimiento al “Artículo 2. Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud”,⁴⁴ se contratará a un grupo de especialistas quienes definiran las condiciones, las características, la infraestructura, los aspectos legales, administrativos, financieros y de gestión en general

En lo relacionado con el “Artículo 3. Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar servicios”, se demostrará la Capacidad Técnico-Administrativa, la Suficiencia Patrimonial y Financiera y la Capacidad Tecnológica y Científica. Además, el grupo asesor estará pendiente de que “las definiciones, estándares, criterios, parámetros y forma de verificación” sean las establecidas en el Manual de Habilitación.

Tal como lo explica la Resolución 1441, antes de solicitar la inscripción para la habilitación, se dará inicio el proceso para cumplir con el “Artículo 4. Autoevaluación de las Condiciones de habilitación”.⁴⁵ Este proceso consistirá en la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Habilitación. Aparte de lo anterior, se tendrá presente que “En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de una o más condiciones de habilitación, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de

⁴⁴ Op. Cit. Minsalud 2p

⁴⁵ Op. Cit. Minsalud 2p.

inscribir, ofertar y prestar el servicio hasta tanto se de cumplimiento a la totalidad de los requisitos”.⁴⁶

Como parte importante del sistema de Habilitación, se tendrá en cuenta que en el “Artículo 5. Vigencia de la Habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud”, se indica que “La vigencia de la habilitación será de 4 años a partir de la inscripción, vencido este término se renovará automáticamente por períodos de un año, siempre y cuando se realice la autoevaluación anual y ésta se reportada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) en las condiciones definidas en la presente resolución”.⁴⁷

Como ya se explicó, de acuerdo al Artículo 6. Término de la Habilitación Renovada. Se tendrá en cuenta que la Habilitación Renovada de que trata el artículo 1 de la Resolución 1352 de 2012, tendrá vigencia hasta el 31 de Mayo del 2014, a partir de la cual se procederá a cumplir con el artículo 4 de la presente resolución.

Con el fin de dar cumplimiento a lo expresado en el “Artículo 7. Trámite para la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud”. La entidad dará “cumplimiento a las condiciones definidas en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud que hace parte integral de la resolución 1441 y efectuó el siguiente procedimiento de inscripción:

1. Realizar la autoevaluación y diligenciar el formulario establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) para tal fin.
2. Ingresar el enlace de formulario de inscripción disponible en el aplicativo del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) publicado en la página web de la de la Entidad Departamental o Distrital de Salud de la

⁴⁶ Op. Cit. Minsalud 2p.

⁴⁷ Op. Cit. Minsalud 2p

jurisdicción en que se encuentre ubicado el prestador, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión.

3. Presentar y radicar el formularios de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) con los soportes definidos en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud respectiva”.⁴⁸

⁴⁸ Op. Cit. Minsalud 3p

Dolor abdominal			2	2									4
Bronquiolitis aguda grave y otra			2						3		2		7
Embarazos	3								12				15
Embarazo + cesárea				4									4
Cesárea + rn										10			10
Cesárea					2	6	6	5	6	7	7		39
Cesárea + Rnum												14	14
Convulsiones				3									3
Crisis asmática +bnm					4								4
Bnm no especificada					3								3
Hta					2								2
Sor+ bnm					2								2
Apendicectomía					2								2
Bnm						7							7
Hat						3							3
Apendicitis							2		2				4
Sepsis neonatal								5					5
Crisis asmática								3					3
Sir + bnm + bq									2				2
Otras enfermedades	8	44	7	20	4	20	36	60	41	33	30	40	319
TOTAL	21	32	21	32	23	38	47	50	83	54	39	44	484

Fuente: Clínica Higea IPS

Mediante el cuadro anterior se puede observar que las enfermedades **más frecuentes**, que son atendidas en la Clínica, corresponden a: a) “Cesáreas” (existen diferencias en su nombre) con un total de 63 personas atendidas en el año, b) Bronconeumonía con 29 personas atendidas, c) Embarazos con 19, d) Celulitis con 10, e) Bronquiolitis aguda y BNM con 7 personas cada una, f) Celulitis con 6 personas, etc. Además se puede observar, en otras enfermedades, que por su variedad no se pueden agrupar, se atendieron 319 personas.

8.1 ENFERMEDADES CON MAYORES DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN

Para este efecto se escogieron las hospitalizaciones con más de cinco (5) días de estancia, porque aquellas entre 1 y 4 días de hospitalización se consideraron normales:

ENERO DE 2012: Total Pacientes Hospitalizados: = 28.

Enfermedades con Mayores Días de Hospitalización

➤ Bronquiolitis	45 días
➤ Fvenr + nr	14 días
➤ Sir convulsivo	13 días
➤ Status convulsivo	12 días
➤ Bronconeumonía	12 días
➤ Miosis cutánea	8 días
➤ Hemorragia gastrointestinal	8 días
➤ Sc epilepsia	8 días
➤ No especificada	8 días
➤ Leptospirosis	7 días
➤ Dolor abdominal	7 días
➤ Apendicitis	7 días
➤ Sir + bnm	7 días
➤ Embarazo + estatus convulsivo	6 días
➤ Sir + bn+	6 días
➤ Nm	6 días
➤ Fx de cadera	6 días
➤ Pielonefritis	5 días
➤ Sepsis +ictericia	5 días

FEBRERO DE 2012: Total Pacientes Hospitalizados: 51

Enfermedades con Mayores Días de Hospitalización

➤ Convulsiones	56 días
➤ Bronconeumonía	35 días
➤ Celulitis periorbitaria	34 días
➤ Fx de cubito	31 días
➤ Tec leve + convulsión	31 días
➤ Epilepsia no especificada	13 días
➤ Mastitis	13 días
➤ Apendicitis + parasitosis	12 días
➤ Neumonía	11 días
➤ Síndrome icterico	11 días
➤ Celulitis en otras partes	10 días
➤ Hemorragia de vías digestivas	10 días
➤ Laringotraqueitis	10 días

MARZO DE 2012: Total Pacientes Hospitalizados: 29

Enfermedades con Mayores Días de Hospitalización

➤ Pancreatitis aguda	20 días
➤ Celulitis	14 días
➤ Otitis media crónica	11 días
➤ No definida	10 días
➤ Sind.febril	10 días
➤ Anemia	9 días
➤ Celulitis en cara	9 días
➤ Dolor abdominal	8 días
➤ Ivu	8 días
➤ Neuro infección	8 días

ABRIL DE 2012: Total Pacientes Hospitalizados: 45

Enfermedades con Mayores Días de Hospitalización

➤ Pie diabético	28 días
-----------------	---------

➤ Bronconeumonía	9 días
➤ Convulsiones	8 días
➤ Celulitis en mano	8 días
➤ Dolor abdominal	7 días
➤ Miosotis infecciosa	7 días
➤ Bronconeumonía	6 días
➤ Bronconeumonía	5 días
➤ Apendicitis	5 días
➤ Colecistitis	5 días
➤ Fx clavícula	5 días

MAYO DE 2012: Total Pacientes Hospitalizados: 43

Enfermedades con Mayores Días De Hospitalización

➤ Artritis	60 días
➤ Sin especificar	30 días
➤ Diabetes + pie diabético	27 días
➤ Diabetes	22 días
➤ Hta	20 días
➤ Eda	19 días
➤ Ulcera varicosa	16 días
➤ Hepatitis	11 días
➤ Acv+	10 días
➤ Neuromia + estatus convulsivo	10 días

JUNIO DE 2012: Total Pacientes Hospitalizados: 44

Enfermedades con Mayores Días de Hospitalización

➤ Celulitis	33 días
➤ Colecistitis	26 días
➤ S.teb	13 días
➤ Epoc+nma	12 días

➤ Celulitis	10 días
➤ Les+piclonef	10 días
➤ Bnm	9 días
➤ She	8 días
➤ Hta+ira	8 días
➤ Piclonefritis	8 días

JULIO DE 2012: Total Pacientes Hospitalizados: 49

Enfermedades con Mayores Días de Hospitalización

➤ Crisis asmática	12 días
➤ Bronconeumonía	10 días
➤ Epistaxis	9 días
➤ Síndrome nefrítico	8 días
➤ Pancreatitis	8 días
➤ Convulsiones	8 días

AGOSTO DE 2012: Total Pacientes Hospitalizados: 66

Enfermedad con Mayores Días de Hospitalización

➤ Herida con arma blanca	14 días
➤ Menongoecefalitis	13 días
➤ Meningitis	11 días
➤ Bronconeumonía	18 días
➤ Sir + bronconeumonía	18 días
➤ Trauma en cráneo	9 días
➤ Fiebre no especificada	9 días
➤ Crisis asmática	8 días
➤ Crisis asmática severa	8 días
➤ Siir	8 días
➤ Sir+ sepsis neonatal	8 días
➤ Sepsis neonatal	8 días

➤ Sepsis neonatal	8 días
➤ Neuroinfección + acv	8 días
➤ Bronquiolitis	8 días

SEPTIEMBRE DE 2012: Total Pacientes Hospitalizados: 79

Enfermedades con Mayores Días de Hospitalización

➤ Bronconeumonía, no especificada	19 días
➤ Síndrome nefrítico agudo: no especificada	15 días
➤ Apendicitis aguda con absceso peritoneal	13 días
➤ Bronquiolitis aguda, no especificada	13 días
➤ Meningococemia, no especificada	13 días
➤ Bnm	10 días
➤ Neumonía bacteriana, no especificada	10 días
➤ Bronconeumonía bacteriana, no especificada	10 días
➤ Fiebre del dengue [dengue clásico]	10 días

OCTUBRE DE 2012: Total Pacientes Hospitalizados: 54

Enfermedades con Mayores Días de Hospitalización

➤ Diabetes	23 días
➤ Celulitis miembro inferior	17 días
➤ No especificada	12 días
➤ Pop	12 días
➤ Derrame pericardio	11 días

NOVIEMBRE DE 2012: Total Pacientes Hospitalizados: 39

Enfermedades con Mayores Días de Hospitalización

➤ Sir+c.asma	12 días
➤ Angina inestable	11 días
➤ Bronquiolitis sobre infectada	11 días

DICIEMBRE DE 2012: Total Pacientes Hospitalizados: 49

Enfermedades con Mayores Días de Hospitalización

➤ Pie diabético + deb	16 días
➤ Erisipela mib	16 días
➤ Intoler v.o.	12 días
➤ No especificada	11 días
➤ Sf e/e + les	11 días

8.2 CAUSAS O FACTORES QUE OCASIONAN ESTANCIAS PROLONGADAS

8.2.1 Causas o Factores Organizacionales o Administrativos Internos. Al analizar la información arrojada por las encuestas se puede observar que realmente la mayoría de los pacientes no perciben la existencia de problemas de tipo organizacional o administrativo que ocasionen las estancias prolongadas ya que:

- Respecto a la Atención en Recepción, solo el 5% de los encuestados tuvo algún reparo por el servicio
- Al calificar la Atención del Personal Médico, solo el 2% de las personas hizo alguna observación
- En la calificación de la Atención del Personal Administrativo, solo el 3% de encuestados hizo algún reparo.
- En la Atención de las Enfermeras Jefes, solo un 2% de las personas tuvo alguna queja.
- En cuanto a la Atención de las Enfermeras Auxiliares, solo el 3% de los pacientes hizo observaciones en contra del servicio.

- Al calificar la Atención del Camillero, el 4% de los pacientes hizo observaciones negativas.
- En lo respectivo a la Atención del Personal de Seguridad, solo el 3% de los encuestados tuvo percepción negativa.
- Al preguntar sobre los Horarios de Visita, el 7% de los pacientes los considero inadecuados.
- En lo referente a la Privacidad de la Atención, el 3% de los pacientes la consideró con fallas.
- Al indagar sobre el aseo del sitio de hospitalización o de atención, solo el 6% (14 personas) de los pacientes la consideraron deficiente.
- En lo que se refiere a la Alimentación ofrecida, el 11% (49 personas) la consideraron como mala.
- Los porcentajes de insuficiencia de la Información ofrecida son:
 - ✓ Del Personal Médico 6% (29 personas)
 - ✓ Del Personal Administrativo 5% (24 personas)
 - ✓ Del Personal de Enfermería 5%(24 personas)
 - ✓ Del Personal de Seguridad 5% (24 personas)
- En cuanto a los elementos de seguridad, el 10% consideró que no eran suficientes.
- En lo referente a si fue solucionado su motivo de consulta, el 90% (436 personas) indicaron que fue solucionado, EL 3.3% dijo que fue parcialmente solucionado y el 6.7% indicó que **NO** fue solucionado (es decir 32 personas)

8.2.2 Causas Médicas. Por el análisis de las entrevistas realizadas a los médicos de turno, quienes atendieron a los pacientes que tuvieron estancia prolongada, se encontró que los aspectos propios de la medicina y de las enfermedades que ocasionan este tipo de estancia, son:

- Las características propias de la enfermedad
- Complicaciones debidas al metabolismo de los pacientes
- Recurrencia de dolencias anteriores
- Secuelas de los medicamentos
- Secuelas de los tratamientos anteriores
- Debilidades vitamínicas y físicas de los pacientes
- Errores en el dictamen inicial atendiendo a los síntomas
- Errores en los exámenes médicos realizados en los laboratorios de la ciudad.
- Alergias a los medicamentos prescritos

8.2.3 Factores o Causas relacionadas con el Paciente, las IPS'S y las EPS's.

Acorde con las entrevistas realizadas a los médicos de turno, quienes atendieron a los pacientes que tuvieron estancia prolongada, se encontró que los aspectos propios de la medicina y de las enfermedades que ocasionan este tipo de estancia, corresponden a:

1. Factores Asociados a las IPS's, entre estos están:

- ✓ Demoras en la Remisión del paciente
- ✓ No autorregulación en el control de infecciones
- ✓ No utilización de Guías de Manejo de pacientes
- ✓ No presencialidad de Especialistas
- ✓ No contratación de Especialistas
- ✓ Pago por evento a Especialistas
- ✓ No disponibilidad de infraestructura para la prestación de los servicios ofrecidos

2. Factores Asociados a las EPS's, algunos de éstos son:

- ✓ Demora en la autorización de Exámenes médicos y de laboratorio
- ✓ Demora en la Remisión de pacientes
- ✓ Demora en autorizar los medicamentos NO POS
- ✓ Demora en la entrega de los medicamentos POS
- ✓ Red deficiente

3. Factores Asociados al Paciente, que están relacionados con EVENTOS ADVERSOS y que pueden ser:

- f) Complicaciones infecciosas
- g) Caídas
- h) Complicaciones anestésicas
- i) Complicaciones inherentes a las patologías del paciente
- j) El medio ambiente**
- k) Recurrencia de dolencias anteriores**
- l) Secuelas de los medicamentos**
- m) Secuelas de los tratamientos anteriores**
- n) Debilidades vitamínicas y físicas de los pacientes**
- o) Errores en el dictamen inicial atendiendo a los síntomas percibidos**
- p) Errores en los exámenes médicos realizados en los laboratorios de la ciudad.**
- q) Alergias a los medicamentos prescritos**

En estas condiciones, se debe aclarar que hay aspectos administrativos en lo contemplado para las IPS's y las EPS's y, por eso, en el plan de acción se discriminan.

9. DETERMINACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS, ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES CLAVES PARA DAR SOLUCIÓN A LA PROBLEMÁTICA ANALIZADA Y CUMPLIR CON LAS EXPECTATIVAS DE LA CLÍNICA

9.1 HERRAMIENTAS

Entre las herramientas para solucionar lo planteado en los dos capítulos anteriores, se incluyen las siguientes:

9.1.1 HERRAMIENTAS LEGALES. Verificar que se cumpla todo lo referente con la gestión en la hospitalización de pacientes en cuanto a:

- La **Ley 100 de 1993**, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, específicamente en el Libro II El Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Capítulo 1 y en los Artículos 152 a 156. Así mismo, aplicar de manera obligatoria a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de esta y en la Ley 647 de 2001, las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS.

- Llevar el control sobre la **Ley 1122 de 2007 con sus decretos reglamentarios**, porque su objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública. Esto porque la Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

- Tener en cuenta la **Ley 1438 de 2011**, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Aplicar la **Resolución 1043 de 2006**, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
- Aplicar el **Decreto 1011 del 2006**, en su Artículo 1º, ya que “Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.
- Tener en cuenta lo estipulado en la **Resolución 1441 de 2013**, porque define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.
- Atender lo dispuesto en el **Decreto 4747 de 2007**, que regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones
- Tener en cuenta lo que dispone el **Acuerdo 029 de 2011**, porque “A partir del 1 de julio de 2012 todos los colombianos, sin importar el régimen al que estén afiliados, pueden acceder a un mismo Plan Obligatorio de Salud. El POS vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud, CRES, en el Acuerdo 029 de 2011”.

- Cumplir con las disposiciones de la **Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social** que ha establecido, como sus objetivos estratégicos, lograr a través de la articulación del Ministerio y de manera intersectorial, participar en la gestión de políticas que estén enfocadas en tres aspectos básicos:
 - Lograr mejores resultados en salud
 - Mejorar la experiencia del usuario cuando entra en contacto con los servicios de salud
 - Hacer el mejor uso posible de los recursos en cada atención brindada

- **Documentos y Manuales como:**
 - ✓ **Manual de Calidad**, desarrollado acorde a las necesidades, requerimientos legales y de gestión de la Clínica Higea. S. A.

 - ✓ **Directrices** para Promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud, emanado del Ministerio de Salud y Seguridad Social.

 - ✓ **Atender** al Manual Guía para el Diseño Arquitectónico del Servicio de Hospitalización. Del Ministerio de Salud y Seguridad Social.

9.1.2 Herramientas Administrativas

- **Desarrollar la Planeación Estratégica**, mediante los siguientes pasos (algunos ya los ha cumplido):
 - a) **Analice y realice un diagnóstico de las condiciones internas de la empresa.** Identifica Fortalezas (+) y Debilidades (-). Este paso y el anterior se denomina análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas).
-

- b) **Defina la filosofía de la empresa.** Pregúntese ¿Qué valores, prácticas y creencias representarán el compromiso de la organización en la sociedad?
 - c) **Defina la misión de la empresa, su razón de ser, su propósito.** Pregúntate y a tú equipo qué creen que el cliente espera de su empresa y expréselo en una lluvia de ideas, sin incluir las palabras calidad, precio y servicio, ya que son comodines frecuentemente utilizados: jerarquiza las ideas de cada miembro del grupo para llegar a un consenso y redacten la misión con esas ideas.
 - d) **Defina la visión.** Visualiza con tu equipo el estado futuro deseado de la empresa. Recuerda que la visión debe ser: 1) formulada por líderes; 2) compartida por el equipo; 3) amplia y detallada, sin generalidades, especificando qué, cómo, cuándo y por qué; 4) positiva y alentadora, debe tener alcance y alentar a todos crecer y justificar el esfuerzo. Una visión realmente compartida debe nacer de las visiones personales de los miembros del equipo.
 - e) **Establezca los objetivos estratégicos.** Pregúntate ¿Bajo qué criterios tomamos decisiones? Son los resultados específicos que se desean alcanzar. Deben ser alcanzables, medibles y cuantificables en un tiempo determinado, para alcanzar la misión. Responde a la pregunta ¿Qué vamos a hacer?
 - f) **Defina las estrategias, alternativas o cursos de acción para lograr los objetivos y la misión.** Muestra el uso y la asignación de los recursos. Responde a la pregunta ¿Cómo vamos a hacerlo? Para formular la estrategia puede usarse la Matriz FODA, un marco conceptual para un análisis sistemático que facilita el apareamiento entre las amenazas y oportunidades externas con las debilidades y fortalezas de la organización.
 - g) **Defina las políticas de la empresa, es decir, las pautas que orientan la toma de decisiones.** Son diferentes a las reglas, que son de observancia obligatoria y literal, no permiten ejercer discrecionalidad.
-

- h) Formule los programas, o sea, establece un conjunto de acciones, responsabilidades y tiempos necesarios para implantar las estrategias. Formule un presupuesto.** Formula ahora el plan en términos monetarios. El presupuesto es la expresión en números de los objetivos a alcanzar y de los recursos necesarios para hacerlo

9.2 ESTRATEGIAS

Algunas estrategias comprenden lo siguiente:

- Desarrollar Planes de Capacitación del personal asistencial en todos los niveles y referidos a:
 - ✓ Atención al cliente
 - ✓ Prevención de enfermedades infecto-contagiosas
 - ✓ Seguridad personal y laboral
- Programar mensual o semestralmente Seminarios sobre:
 - ✓ Nuevas Tecnologías Médicas
 - ✓ Enfermedades crónicas y no crónicas
 - ✓ Avances investigativos sobre enfermedades y su tratamiento
 - ✓ Políticas recientes de la Organización Mundial de la Salud - OMS

9.3 ACTIVIDADES

Se sugieren las siguientes:

a) En cuanto al Departamento de Calidad, las actividades sugeridas son:

- Creación de los Círculos de Calidad
- Creación de la Oficina de Quejas y Reclamos
- Creación de la Oficina de Documentación
- Desarrollo de los Indicadores de Calidad

b) En lo referido al Departamento Administrativo:

- Control a la Gestión de las IPS's, para verificar la calidad

- Control a la Gestión de las EPS's para verificar responsabilidades
- Control a la Gestión interna de Hospitalización

c) En cuanto al Apoyo Técnico

- Creación de la Oficina de Investigación y Desarrollo
- Desarrollo de nuevas técnicas de Hospitalización mediante la investigación aplicada.
- Definición de Indicadores de Gestión de acuerdo a lo definido por el Ministerio de la Protección Social

10. PLAN DE ACCIÓN

Acorde a los resultados obtenidos y en atención a que la Clínica Higea se rige en la actualidad por la Resolución 1043 del 2006 y está autorizada para prestar el servicio de hospitalización general de adultos como SERVICIO DE SALUD HABILITADO (Ver Anexo A.), lo que se presenta a continuación corresponde al análisis interno realizado en el capítulo anterior. Por lo tanto este plan de acción se ha pensado para desarrollar en las siguientes áreas:

1. Departamento de Calidad

- Creación de los círculos de calidad para:
 - ✓ La Recepción
 - ✓ Los Camilleros
 - ✓ El personal de Seguridad
 - ✓ Las Enfermeras
 - ✓ Los Médicos
 - ✓ El personal Administrativo
- Creación de la Oficina de Quejas y Reclamos
- Creación de la Oficina de Documentación
- Desarrollo de los Indicadores de Calidad

2. Departamento Administrativo

- 3. Control de la Gestión de las IPS's**
- 4. Control a la Gestión de las EPS's**
- 5. Control a la Gestión Interna de Hospitalización**

6. Departamento Técnico

- 7. Creación de la Sección de Investigación y Desarrollo I&D**
- 8. Desarrollo de nuevas técnicas de hospitalización**
- 9. Definición de Indicadores de Gestión**

Para cada uno de los departamentos se ha planteado llevar a cabo:

a. Actividades

- b.** Definir Responsables
- c.** Definir Fecha tentativa de Inicio
- d.** Determinar los requerimientos
- e.** Definir la Estrategia a utilizar
- f.** Definir un costo de inversión
- g.** Definir una fecha tentativa de terminación

El cuadro que se presenta a continuación es el resumen de todo lo planteado anteriormente.

Cuadro 6. Plan de Acción

ETAPA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA INICIO	REQUERIMIENTOS	ESTRATEGIA	VALOR PRESUP.	FECHA TERMINACIÓN
1	APOYO DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD						
1.1	Creación de los Círculos de Calidad	Jefe de Calidad	Enero 2014	Sistema de Gestión de la Calidad	Utilización del personal del SENA	\$ 10'000.000	Junio 2015
1.2	Creación de la Oficina de Quejas y Reclamos	Gerencia	Dic 2013	Manuales de Funciones	Capacitaciones al personal en atención al cliente	\$ 5'000.000	Marzo 2015
1.3	Creación de la Oficina de Documentación	Jefe de Calidad	Enero 2014	Sistema de Gestión de la Calidad	Utilización del personal del SENA	\$ 5'000.000	Junio 2015
1.4	Desarrollo de los Indicadores de Calidad	Jefe de Calidad	Enero 2014	Sistema de Gestión de la Calidad	Utilización del personal del SENA	\$ 2'000.000	Junio 2015
2	APOYO ADMINISTRATIVO						
2.1	Control a la Gestión de las IPS's	Gerencia	Enero 2014	Manual de Contratación	Establecer alianzas estratégicas	\$ 7'000.000	Abril 2015
2.2	Control a la Gestión de las EPS's	Gerencia	Enero 2014	Manual de Contratación	Establecer alianzas estratégicas	\$ 7'000.000	Mayo 2015
2.3	Control a la Gestión interna de Hospitalización	Gerencia	Enero 2014	Manual de Funciones	Establecer capacitaciones	\$ 10'000.000	Junio 2015
3	APOYO TÉCNICO						
3.1	Creación de la Sección de Investigación y Desarrollo	Gerencia	Marzo 2014	Estructura Física (Oficinas y Dotaciones)	Contratar especialista en Investigación médica	\$ 20'000.000	Agosto 2015
3.2	Desarrollo de nuevas técnicas de Hospitalización	Jefes de Sección	Junio 2014	Salas de clase	Contratación de especialistas	\$ 8'000.000	Septiembre 2015
3.2	Definición de Indicadores de Gestión	Jefes de Sección	Julio 2014	Manuales de Funciones	Contratar especialista	\$ 5'000.000	Septiembre 2015

Fuente: los autores

CONCLUSIONES

Al analizar todo lo incluido en los capítulos de desarrollo del presente trabajo de grado, se puede concluir lo siguiente:

Es muy difícil determinar uno, dos, tres o cuatro factores que ocasionen estancias prolongadas puesto que son muchas las variables que entran en juego en los aspectos de la salud. Sin embargo, entre los aspectos que menos tienen que ver con las estancias prolongadas están aquellos que se incluyeron en la encuesta a los pacientes, es decir: la atención del personal médico, del personal de administración, de las enfermeras jefe y auxiliares, etc., no ocasionaron días adicionales de estadía de los pacientes. Tampoco fue causa de esto: el aseo de la habitación, la alimentación y la utilización de los elementos de seguridad, pues no tuvieron que ver con la cantidad de días de más de estadía de los pacientes en la Clínica.

Lo que si existió fueron causas atribuibles al tipo de enfermedad y al tratamiento médico puesto que mediante las entrevistas realizadas se pudo detectar que entre los aspectos que ocasionan estancia prolongada, están:

- Las características propias de la enfermedad
- Complicaciones debidas al metabolismo de los pacientes
- Recurrencia de dolencias anteriores
- Secuelas de los medicamentos
- Secuelas de los tratamientos anteriores
- Debilidades vitamínicas y físicas de los pacientes
- Errores en el dictamen inicial atendiendo a los síntomas
- Errores en los exámenes médicos realizados en los laboratorios de la ciudad.
- Alergias a los medicamentos prescritos

Adicional a lo anterior, se puede decir que existieron otras causas atribuibles al paciente, a la IPS y a las EPS's, como son:

a) Factores Asociados a las IPS:

- ✓ Demoras en la Remisión del paciente
- ✓ No autorregulación en el control de infecciones
- ✓ No utilización de Guías de Manejo de pacientes
- ✓ No presencialidad de Especialistas
- ✓ No contratación de Especialistas
- ✓ Pago por evento a Especialistas
- ✓ No disponibilidad de infraestructura para la prestación de los servicios ofrecidos

b) Factores Asociados a las EPS's:

- ✓ Demora en la autorización de Exámenes médicos y de laboratorio
- ✓ Demora en la Remisión de pacientes
- ✓ Demora en autorizar los medicamentos NO POS
- ✓ Demora en la entrega de los medicamentos POS
- ✓ Red deficiente

c) Factores Asociados al Paciente, relacionados con Eventos Adversos:

- ✓ Complicaciones infecciosas
- ✓ Caídas
- ✓ Complicaciones anestésicas
- ✓ Complicaciones inherentes a las patologías del paciente
- ✓ El medio ambiente
- ✓ Recurrencia de dolencias anteriores
- ✓ Secuelas de los medicamentos
- ✓ Secuelas de los tratamientos anteriores
- ✓ Debilidades vitamínicas y físicas de los pacientes
- ✓ Errores en el dictamen inicial atendiendo a los síntomas percibidos
- ✓ Fallas en los exámenes médicos realizados en los laboratorios de la ciudad.
- ✓ Alergias a los medicamentos prescritos

La conclusión referente a la pregunta de investigación, es que las circunstancias que originan o generan las estancias prolongadas de los pacientes en el servicio de hospitalización de la Clínica Higea IPS S. A., están relacionadas a factores asociados a las EPS's y a la presencia de eventos adversos en los pacientes, como se describe en los párrafos anteriores.

RECOMENDACIONES

La recomendación de mayor peso consiste en que la Clínica Higea cumpla y haga cumplir a sus empleados, tanto administrativos como asistenciales, con todas las obligaciones legales emanadas del Ministerio de la Protección Social.

Por otro lado, se recomienda analizar el Plan de Acción presentado, cambiar lo que no se vea factible, por las condiciones técnicas, administrativas o de gestión propias de la Clínica, y realizar un CRONOGRAMA de actividades tendiente a cumplir con lo allí planteado.

Finalmente, se recomienda mantener estadísticas o bases de datos con información confiable, similar a la presentada o sugerida en este documento, con el fin de que la toma de decisiones sea más fácil, certera y orientada a dar respuesta a las problemáticas que se presentan. De ahí que el Plan Estratégico sea una prioridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AGUIRRE GAS, Héctor; GARCÍA MELGAR, Manuel; GARIBALDI ZAPATERO, Julio., Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel. *Gac. méd. Méx*;133(2):71-7, mar.-abr. 1997.

BAÑERES J, Alonso J, BROQUETAS J, Antó M. Ingresos hospitalarios inadecuados y días de estancia inactivos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasia pulmonar. *Med Clin (Barc)* 1993; 100:407-11.

BARRANTES, Tatiana¹, SUAREZ, Marilyns², MORERA, Herman³. Posibles factores de riesgo asociados a una estancia hospitalaria prolongada de los pacientes en la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl. *Acta Pediátrica Costarricense*, 2009 Asociación Costarricense de Pediatría.

C. MARTIN VILLARES, J DOMÍNGUEZ CALVO, J SAN ROMÁN CARBAJO, M. E. FERNÁNDEZ PELLO, M TAPIA RISUEÑO y P. POMAR BLANCO. Estancia prolongada en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: el impacto del estado nutricional y los problemas faríngeos. *Nutr. Hosp.* (2004) XIX (3) 150-153.

CAMACHO, Mario. Estancia hospitalaria prolongada de pacientes Pos-operados. *Revista Salud, sexualidad y sociedad* 2(2), 2009.

CASANOVA MATUTANO C, Gascón Romero P, Calvo Rigual F, Tomás Vi la M, Paricio Talayero JM, Blasco González L, Peiró S. Inappropriate use of pediatric hospitalization. *An Esp Pediatr* 1999; 51:241-50.

ESMAIL A, Quayle JA, Roberts C. Assessing the appropriateness of paediatric hospital admissions in the United Kingdom. *J Public Health Med* 2000; 22: 231 - 8.

Esmail A. Development of the Paediatric Appropriateness Evaluation Protocol for use in the United Kingdom. . J Public Health Med 2000; 22:224-30.

EVALUATION PROTOCOL EN ALERGOLOGÍA. Rev Esp Alergol Inmunol Clin 1998; 13: 171 - 80.

FETTER RB, Shin Y, Freeman JL, Averil RF, Thompson JD. CaseMix. Definition by Diagnosis Related

Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. Med Care 1981; 19: 855 - 71.

Groups. Med Care 1980;18:1-53. Casas M, Guasch E. GRD e información para la gestión. En: Casas M, ed. Los grupos relacionados con el diagnóstico, experiencias y perspectivas de su utilización. Barcelona: Masson y SG, 1991;179-219.

LORIA, Jorge¹, ORTIZ, Porfirio². Estancia mayor de 6 horas en un servicio de urgencias de 2do nivel de la ciudad de México. Rev. Cub Med Int Emerg 2005; 5(1)

McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. Health Policy 2000; 53: 157 - 84.

Mirón Canelo JA, Orosco Pedemonte JA, Alonso Sardón M, Sáenz González MC. Estimación de ingresos y estancias inadecuadas en un hospital comarcal. Rev Clin Esp 2000; 200:12:654-8.

Mozes B, Rosenblum Y, Rom L, Friedman N, Shabtai E, Porat A. Medical patients assessment protocol: a tool for evaluating the appropriateness of utilizing hospital-

stay days for acute medical patients; development, reliability and applications. Am J Med Qual 1996; 11: 18 - 24.

Negro Álvarez JM, Guerrero Fernández M, Abellán Alemán F, y col. Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes con asma bronquial. Rev Esp Alergol Inmunol Clín 1998; 13:350- 358.

Negro Álvarez JM, Guerrero Fernández M, Ferrándiz Gomis R. El Protocolo de Evaluación del Uso Inapropiado de la Hospitalización (The Appropriateness

Ortiz Sequeira, Roberta Jeannine, Factores asociados al desarrollo de infecciones nosocomiales en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Manuel de Jesús Rivera de Managua en los meses de Julio 1999 a Diciembre 2000, Managua; s.n; 42 p. 2000.

Oterino de la Fuente D, Martínez Martínez A, González Fouces I, Peiró S. Is it necessary to hospitalize so many children for so many days? Unnecessary paediatric hospitalization. An Esp Pediatr 1999; 51:241-50.

Payne SMC. Targeting utilization review to diagnostic categories. QRB 1987; 12: 394 - 404.

Peiró S, Meneu de Guillerna R, Roselló Pérez ML, Martínez E, Portella E. ¿Qué mide la estancia media IntraMed de los grupos relacionados con el diagnóstico? Med Clin (Barc) 1994;103:413-7.

Pérez Díaz, Hugo René; Reyes Gutiérrez, Gerardo Alí, Factores de riesgo para infecciones nosocomiales: enero 1996 a diciembre de 1997, Hospital Roberto Calderón Gutiérrez: Managua; UNAN; abr. 56 p. 1999.

Porath A, Schlaeffer F, Lieberman D. Appropriateness of hospitalization of patients with communityacquired pneumonia. *Ann Emerg Med* 1996; 27: 176 - 83.

Restuccia JD. Appropriateness Evaluation Protocol. Manual para la revisión. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian, 1984.

SANCHEZ, Luis¹, REYES, Maria², Estancia prolongada en terapia intensiva: predicción y consecuencias. Vol. XVI, Núm. 2 / Mar.-Abr. 2002

Santos-Eggiman B, Sindler M, Schopfer D, Blanc T. Comparing results of current and retrospective designs in hospital utilization review. *Int J Qual Health Care* 1997; 9:15-33

Smeets PM, Verheggen FW, Pop P, Panis LJ, Carpay JJ. Assessing the necessity of hospital stay by means of the appropriateness evaluation protocol: how strong is the evidence to proceed?. *Int J Qual Health Care* 2000; 12:483-93.

Tamagho E1. Arrieta, Diomedes. Factores administrativos que determinaron estancia prolongada en los recién nacidos del Hospital Universitario de Santander, *Rev. Univ. Ind. Santander, Salud*;40(1):20-25, jan.-abr. 2008.

Zambrana García JL, Delgado Fernández M, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Díez García F, Ruíz Bailén M. Factores predictivos de estancias no adecuadas en un servicio de Medicina Interna. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 90 - 92.

ZONANA, Abraham. Tiempo de estancia en medicina interna, Función del médico hospitalista. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (5)

ANEXOS

ANEXO A.

SERVICIO AUTORIZADO



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**HOSPITALIZACIÓN GENERAL
ADULTOS**



N° 241080

En caso de cualquier inquietud con este servicio comuníquese con la Secretaría Distrital de Salud a los teléfonos (5) 6604176-6605917- 6605196-6606390 - 6642246 - 6605252 - 6600532 - 6642543

Línea gratuita de atención al ciudadano: 018000-910097

El presente Distintivo de Habilitación se expide de conformidad con lo previsto en el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 y sus normas reglamentarias.



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**HOSPITALIZACIÓN GENERAL
PEDIÁTRICA**



N° 241126

En caso de cualquier inquietud con este servicio comuníquese con la Secretaría Distrital de Salud a los teléfonos (5) 6604176-6605917- 6605196-6606390 - 6642246 - 6605252 - 6600532 - 6642543

Línea gratuita de atención al ciudadano: 018000-910097

El presente Distintivo de Habilitación se expide de conformidad con lo previsto en el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 y sus normas reglamentarias.