

GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD 2018

IMPORTANCIA DE UN GERENTE DE SALUD PARTIENDO DEL ANÁLISIS DEL
CONTEXTO QUE VIVE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE CUARTO NIVEL DE
ATENCIÓN EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ



ELABORADO POR: ROSA MARIA CERINZA ARIAS

NOMBRE DEL TUTOR: JOAN ADRIAN SALCEDO MIRANDA

Contenido

Contenido	2
INTRODUCCIÓN.	4
JUSTIFICACIÓN.	5
CARACTERIZACIÓN DE LA ENTIDAD.....	8
PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA.....	8
MISIÓN.....	11
VISION	12
VALORES CORPORATIVOS.....	12
OBJETIVOS	12
PRESENTACIÓN DE PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE OFRECE.....	13
DESCRIPCIÓN DE LA CADENA DE VALOR	14
PRINCIPALES PROVEEDORES	14
CLIENTES	15
DESCRIPCIÓN DE ÁREAS O DEPENDENCIAS.....	17
PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
OBJETIVO GENERAL.....	21
MARCO REFERENCIAL.....	21
MARCO CONCEPTUAL.....	21
MARCO NORMATIVO.....	27
EVIDENCIAS.....	28

GERENCIA ESTRATÉGICA Y DE SERVICIOS.....	28
Pregunta de Investigación.	28
Objetivo general	29
Selección y aplicación de instrumentos.	29
Análisis de la información.	32
AUDITORÍA Y CONTROL DE CALIDAD EN SALUD.	32
Pregunta de Investigación.	32
Objetivo General	32
Selección y aplicación de instrumentos.	33
Aplicación Del Instrumento PHVA.....	34
Análisis de la información.	37
DESARROLLO ORGANIZACIONAL.	39
Pregunta de Investigación.	39
Objetivo General	39
Selección y aplicación de instrumentos.	39
Análisis de la información.	48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	50
BIBLIOGRAFÍA/WEBGRAFÍA.....	52

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo está planteado después de realizar el análisis de diferentes problemáticas observadas en una institución prestadora de servicios de salud de cuarto nivel de atención de la ciudad de Bogotá, desde el punto de vista de estudiante de posgrado en gerencia y desde la perspectiva de la disciplina de enfermería; considero que los servicios de salud conllevan un compromiso social y médico-legal con la sociedad, por lo cual requiere de ajustes constantes, eficientes y fundamentados en la normatividad vigente, por ello, la toma de decisiones debe ser basada en la evidencia y en el estudio de las situaciones que viven a diario los prestadores, ya que el seguimiento de los procesos asistenciales de las empresas de salud deben articularse de forma armónica permitiendo que el usuario sea atendido de una forma oportuna y efectiva, evitando complicaciones en la atención y además creando confianza en los servicios.

Es por ello que a continuación se presentará tres situaciones con sus respectivo análisis y soluciones, basados en los conocimientos adquiridos durante el estudio de las temáticas de auditoria de la calidad, desarrollo organizacional y gerencia de los servicios, donde el principal problema será dar respuesta desde mi disciplina a las situaciones del día a día, entregando no solo herramientas gerenciales, sino también las consideraciones que pueden tenerse en cuenta y evitar con ello perdidas de recursos, aumento del stress laboral y saturación de los servicios. Por lo tanto, la importancia de este trabajo radica en la puesta en práctica de los conocimientos que debe conocer y analizar un gerente de salud y al final en la prestación de un servicio eficiente, oportuno y que genere satisfacción en el usuario.

JUSTIFICACIÓN.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud representan un eslabón muy importante en el aseguramiento del derecho fundamental que tenemos los colombianos: la salud, ya que debe ser continuo, oportuno y accesible a toda la sociedad, así lo manifiesta por ejemplo el actual ministro de salud Juan Pablo Uribe: *“Podemos mejorar muchos servicios para los ciudadanos haciendo intervenciones, planes de mejoramiento, monitoreo, sanciones e incluso incentivos, y eso lo estamos implementando para mejorar el acceso a los servicios y que los colombianos no se vean obligados a instaurar tutelas¹”*. Así que el alcance de las acciones en salud no solo se reducen a las acciones gubernamentales sino a su vez repercuten en la sociedad y en las instituciones, por lo cual adquiere tanta importancia, por ello, todas las medidas que se tomen de forma preventiva, permiten promover la seguridad en los procesos y la adecuada planeación de los procedimientos, si esta situación es pasada por alto, se da espacio a la improvisación y con ello al error, por ejemplo, hizo énfasis el ministro de salud, en la disminución este año del número de tutelas para acceder al servicio en un 3%. Según las proyecciones del Ministerio, al finalizar 2018 se habrán presentado 190 mil, de las que el 43% tiene como origen la demora en la asignación de citas médicas o la continuidad de los tratamientos.

Desde el módulo de Gerencia Estratégica y de Servicios, se analizó la problemática conocida como el giro cama, lo cual es de vital importancia para la organización y afecta al usuario directamente, ya que de esta manera se da respuesta a la necesidad de requerir un servicio, por lo tanto se pensó en crear una herramienta valorativa, la cual permitiera identificar si la institución puede hacerse cargo de los usuarios o requiere otras estrategias en cuanto a infraestructura y/o

¹ Boletín de prensa N° 205 [Ministerio de Salud y Protección Social](#) > Gobierno garantiza el funcionamiento de la salud en 2019

servicios, por lo tanto con esta herramienta se espera al final no encontrar servicios saturados de usuarios y servicios declarados en emergencia funcional, como es el caso de servicios como urgencias y salas de cirugía, de manera que si se planea la atención día a día, se permite el tránsito de los pacientes a los servicios que necesitan en las áreas intrahospitalarias que necesitan

Desde el módulo de Auditoría de la Calidad, se buscó dar respuesta a el grado de satisfacción que tiene el usuario frente a la prestación de los servicios, esta medición debe realizarse periódicamente y siempre que se realice algún cambio en el servicio, de tal forma que las decisiones sean basadas en argumentos o en evidencia real y se corrijan rápidamente los errores, con ello , se valida no solo la utilidad de los cambios, si no también se le da validez a la experiencia del usuario que es quien finalmente recibe el producto de nuestro servicio.

Igualmente, con las herramientas del módulo de Desarrollo Organizacional se buscó responder a las necesidades del departamento de enfermería, donde la necesidad está en contar con personal disponible en horas determinadas, para responder a la demanda del servicio, igualmente en el análisis de los eventos e incidentes, se puede identificar la necesidad de más personal calificado en áreas especializadas que esté disponible en los momentos críticos donde los servicios se encuentran en emergencia funcional, dado que los recursos humanos disponibles no pueden responder a la cantidad de usuarios que solicitan el servicio. Por lo tanto, a través del diseño de una herramienta de distribución de personal, se busca responder no solo en la cotidianidad de las labores, sino también en la contingencia a la demanda.

a lo largo de la investigación se observó que el tema de la distribución de personal de enfermería a preocupado a las instituciones, por lo cual han sido utilizadas diferentes escalas de medición como lo son Escala NAS (Nursing Activities Store) y la Escala TISS 28, las cuales son fáciles de utilizar y en general se implementan en servicios de alta complejidad, con esta investigación se

busca implementar una herramienta administrativa que permita la distribución del personal de enfermería de cualquier servicio de la institución en estudio, dependiendo más de la demanda del servicio, es decir que a través del conocimiento de estas escalas llegar a una netamente administrativa que puede ser utilizada por la gerencia de la organización en general.

Así, a lo largo de este trabajo se busca principalmente crear herramientas gerenciales, que pueden ser muy útiles a la hora de coordinar servicios, basados en las necesidades del sector y las organizaciones en la búsqueda de mejorar la atención a los usuarios que en el momento requieren recuperar su salud y solicitan un servicio.

CARACTERIZACIÓN DE LA ENTIDAD.

PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA

La IPS *CUC*² es una institución de cuarto nivel de atención ubicada en la ciudad de Bogotá en la *Calle 23B No. 66-46*, construida sobre un área de 26 mil metros cuadrados, tiene nueve pisos y un total de 307 camas, de las cuales 260 son para hospitalización, además, tiene 33 cubículos de observación para urgencias y 18 consultorios de atención inmediata. La Unidad de Cuidados Intensivos cuenta con 13 camas y la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular con 15. En la Institución hay 9 salas de cirugía y el servicio de maternidad cuenta con 12 habitaciones con el principio TPR (Trabajo de Parto y Recuperación).

Sector salud: Institución Prestadora de Salud (IPS) PRIVADA

Las actividades principales de esta institución son cirugías de alta y mediana complejidad y hospitalización para tratamiento médico de todas las especialidades médicas. Con la experiencia de más de 36 años en la dotación y operación de centros médicos, se constituye como una opción garantizada para lograr una eficiente y eficaz operación de infraestructura de salud. Con un modelo de administración eficiente.

Sector donde se desarrolla su actividad. El área de la salud en Colombia se desarrolla principalmente bajo dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, en los cuales la principal característica es la afiliación a las empresas prestadoras de salud, cuando los usuarios pertenecen al régimen contributivo, deben cancelar por medio de afiliación independiente o través de un empleador el servicio de salud de forma mensual dependiendo de los ingresos mensuales del trabajador. Cuando el usuario pertenece al régimen subsidiado, quiere decir que este usuario paso

² <https://www.colsanitas.com/usuarios/web/nuestros-centros/clinica-universitaria-colombia>

por un sistema de calificación, donde es el estado colombiano el encargado de subsidiarle este servicio, ya que no cuenta con un trabajo remunerado ni tampoco con los recursos económicos para hacerlo por sí mismo. En este caso de estudio, se trata de una institución prestadora de servicios de salud, donde principalmente se atienden usuarios afiliados al sistema contributivo y especialmente a una entidad prestadora de salud (EPS) específica.

Tabla 1 *Análisis PESTAL de la situación de la salud en Colombia actualmente*

ANALISIS PESTAL

Político

El aseguramiento en salud se rige a través de la creación de las EPS reglamentado por la ley 100 expedida el 23 de diciembre de 1993

Económico

Existen dos regímenes, el contributivo por medio de un pago mensual para aseguramiento de cada grupo familiar en una EPS y el subsidiado el cual se hace cargo el estado colombiano con calificación en el SISBEN, la demás población que no está incluida con estas características, debe cubrir por su cuenta sus servicios médicos.

Social

Al 2018 la deuda de las EPS con Hospitales y clínicas asciende, aproximadamente a los 10 billones de pesos³, y ese dinero es requerido para seguir funcionando, según informe del Ministerio de Protección Social.

³ <https://www.larepublica.co/economia/deuda-de-las-eps-a-clinicas-y-hospitales-ya-asciende-a-los-92-billones-2777783>

Tecnológicas

Muchas IPS cuentan con avances tecnológicos y de investigación reconocidos internacionalmente, pero el pago de las EPS no permite avances, dado que el dinero es utilizado en gastos de funcionamiento, cubriendo la deuda de atención de población no afiliada o subsidiada.

Ambientales

los servicios médicos contribuyen a mejorar la salud física del individuo dentro del concepto, aún más amplio, la protección o seguridad social, que abarca distintos mecanismos para atender las necesidades de las personas cuando enfrentan eventualidades o infortunios de la vida.

Legales

Artículo 49⁴. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Fundación universitaria de Ciencias de la Salud, Gerencia Estratégica de los Servicios, 2018

4

https://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macropceso%20Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm

HISTORIA

En el 2006 es inaugurada esta IPS y ha logrado posicionarse como una institución líder en la prestación de servicios de salud en el ámbito nacional e internacional. Su compromiso con la investigación, la educación y el fortalecimiento de una cultura de servicio integral y humana centrada en el paciente y su familia es cada vez más fuerte. Los trabajadores, pacientes y la sociedad en general son testigos de su desarrollo y crecimiento constante, buscando siempre ofrecer el mejor servicio en salud, marcar la diferencia y seguir siendo expertos en nuestros usuarios y afiliados. Los logros más relevantes en sus diez años han sido: -Ser una familia de 1.406 personas trabajando por la salud y el bienestar de nuestros pacientes y sus familias. - Contar con 15 grupos de investigación avalados por Colciencias y compuestos por 159 investigadores que se dedican al desarrollo de proyectos relacionados con el área clínica, la salud pública, los modelos de atención en salud y las ciencias básicas biomédicas. Sus resultados han sido divulgados en diversos eventos científicos y en reconocidas revistas nacionales e internacionales. Entre algunos logros se encuentra:

-Ser parte del ranking de las mejores clínicas de América Latina de la Revista América Economía (segundo semestre año 2014).

-Atención de 39.916 partos.

-Haber realizado, desde agosto de 2010, 157 trasplantes de donante vivo y cadavérico en niños y adultos.

-Proporcionar atención integral a 4.030 niños prematuros con el programa Madre Canguro.

MISIÓN

Trabajamos por el bienestar de nuestros usuarios mediante la prestación de servicios integrales de salud con recurso humano, tecnológico y científico de alto nivel, calidez y enfoque

académico.

VISION

Ser reconocidos siempre por nuestro enfoque humano, científico, técnico y ético en la prestación de servicios integrales de salud.

VALORES CORPORATIVOS

Los valores corporativos interiorizados y aplicados, son el resultado de una cultura empresarial; estos se expresan en cada actividad que se desarrolla en el entorno de la entidad y son conocidos por: accionistas, directivos, empleados, contratantes, usuarios y proveedores, sociedad donde desarrolla su labor con:

Ñ Compasión

Ñ Justicia

Ñ Respeto

Ñ Solidaridad

Ñ Verdad y Honestidad

Ñ Responsabilidad

OBJETIVOS

Su producto de aseguramiento en salud va dirigido a grandes poblaciones, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, centrado en la persona, soportado en una red de centros médicos resolutivos e integrado con todos los actores del Sistema de Salud, para facilitarle al usuario el acceso a niveles superiores de atención en caso de ser necesario. Sus objetivos son:

- Modelo de atención en salud estandarizado, eficiente y resolutivo.
- Identificación y manejo del riesgo en salud de cada uno de los usuarios, con el soporte de

actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación.

- Acceso ágil y de bajo costo al primer nivel de atención en salud, con coberturas definidas.

- Red de centros médicos integrales, que resuelve las necesidades de atención en salud y que se articula con el Sistema de Salud y los otros niveles de atención, buscando la eficiencia total del sistema.

- la cobertura integral a los trabajadores colombianos y sus familias, bajo un modelo que organiza y garantiza la prestación de los servicios de salud que se encuentran definidos en la canasta de beneficios y que es reconocida como la más amplia de la región. Su modelo basado en programas de Atención Primaria en salud.

PRESENTACIÓN DE PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE OFRECE

Se ha desarrollado un modelo generador de salud, que responde a las necesidades de la población. Por ello, el modelo de atención contempla aseguramiento, atención integrada, red hospitalaria, formación experta, tecnología aplicada y servicios avanzados de salud para los usuarios. Un Modelo Integral que pone su acento en la Atención Primaria actuando bajo los principios de las 5Ps, bajo criterios de máxima eficiencia - eficacia de los recursos invertidos.

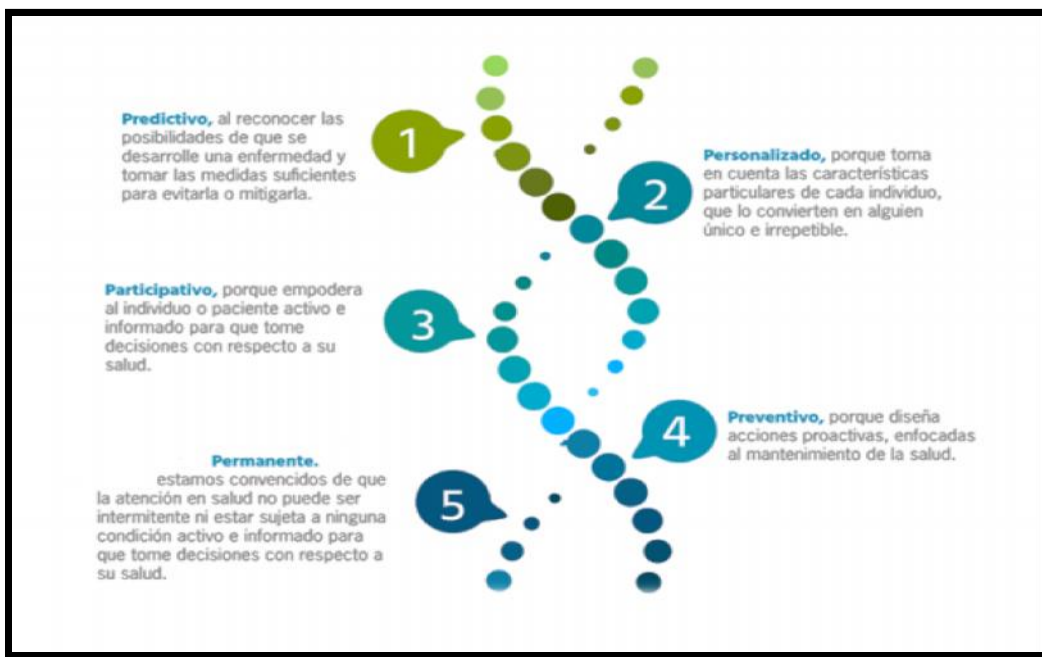


Figure 1 Modelo de las Cinco P

DESCRIPCIÓN DE LA CADENA DE VALOR

PRINCIPALES PROVEEDORES

Nuestros principales proveedores son las empresas de prestación de servicios de salud, en la cual, personas afiliadas al régimen contributivo y también a medicina complementaria pueden acceder a los servicios a través de autorización de servicios de salud con su respectiva EPS. El trabajo realizado desde cada unidad funcional a nivel científico y humano, permitirá obtener la acreditación, la satisfacción y fidelización de nuestros clientes.

Tabla 2 Plan estratégico de la organización.

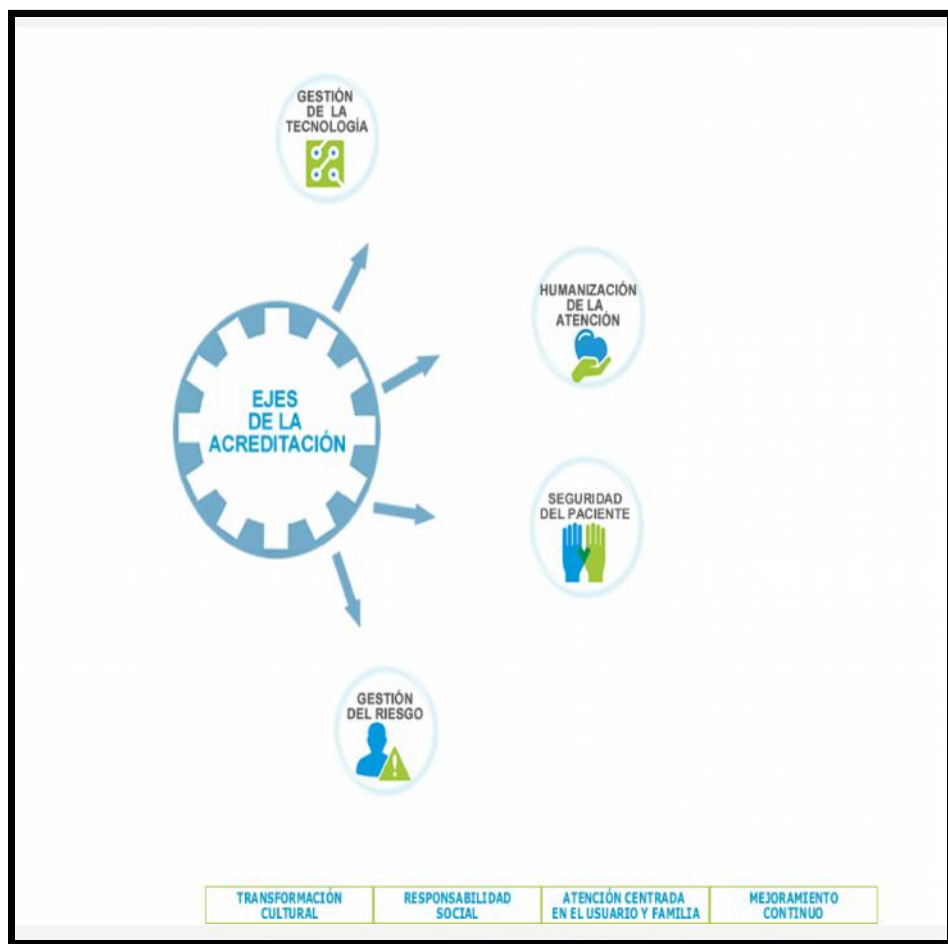


Figure 2EJES DE ACREDITACION

CLIENTES

Los clientes internos de nuestra organización son nuestros empleados, nuestros principales proveedores y nuestros aliados estratégicos, los cuales se encuentran de una u otra forma ligados a nuestra organización y prestan un papel importante en el funcionamiento y la prestación de los servicios.

Nuestros clientes externos, son todo aquel usuario que requiera atención en salud y cuente con una afiliación al sistema de salud colombiano y su empresa de salud lo autorice.

Tabla 3 *Análisis Porter de la actividad económica de las IPS*

ANÁLISIS PORTER DE LAS CINCO FUERZAS

Poder de negociación de los compradores o clientes	La unidad de pago por capitación está contemplada según el ingreso del trabajador, se pagara el 50% por este y el otro 50% por el empleador, por lo tanto el poder de negociación está definido y regulado por el estado, no en poder del cliente ni de la EPS.
Poder de negociación de los proveedores o vendedores	el impacto del costo de los insumos en el costo de la prestación de los servicios, influye negativamente, ya que muchos de los insumos médicos y medicamentos son de alto costo y deben regularse los precios por parte del estado, de lo contrario la EPS se ve obligada a dilatar los procesos de autorización de servicios que están incluidos en el plan obligatorio de salud, las patentes farmacéuticas o tecnológicas muy difíciles de copiar, permiten fijar los precios en solitario y suponen normalmente alta rentabilidad
Amenaza de nuevos competidores entrantes	Actualmente el estado colombiano, busca restringir la creación de nuevas EPS, no solo ante la posibilidad de fortalecer las existentes, sino también, ante la aparición de EPS inoperantes que no permiten la atención integral de las personas.
Amenaza de productos	En los últimos años se vio la creación de EPS de nombre, que se encargaban de recaudar los recursos, pero que no

sustitutos	contaban con infraestructura necesaria para atender a sus afiliados
Rivalidad entre los competidores	Los costos fijos de la UPC permite la regulación de los recaudos, el estado está en la obligación de vigilancia y control de la utilización de los recursos

Fundación universitaria de Ciencias de la Salud, Gerencia Estratégica de los Servicios, 2018

DESCRIPCIÓN DE ÁREAS O DEPENDENCIAS.

La institución hospitalaria, construida sobre un área de 26 mil metros cuadrados, tiene nueve pisos y un total de 307 camas, de las cuales 260 son para hospitalización. La clínica, además, tiene 33 cubículos de observación para urgencias y 18 consultorios de atención inmediata. La Unidad de Cuidados Intensivos cuenta con 13 camas y la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular con 15. En la Institución hay 9 salas de cirugía y el servicio de maternidad cuenta con 12 habitaciones con el principio TPR (Trabajo de Parto y Recuperación), en esta institución existen los más altos estándares en hotelería para hospitalización, servicios de diagnóstico complementario, laboratorio clínico, salas de cirugía, imagenología, cardiología no invasiva, Hemodinamia, gastroenterología, cuidados intensivos neonatal, salas de partos y sala de cesárea. Todo esto complementado con 20 consultorios de consulta externa, vacunación, programa de seguimiento del recién nacido prematuro (Plan Canguro) y servicio de terapia respiratoria.

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

En general a lo largo del análisis, se reflejó frente a los temas vistos en todos los módulos, la problemática que vivía esta institución de salud, se buscó llevar a la práctica, los conceptos estudiados, por ello, los temas más recurrentes tuvieron que ver con la problemática de la alta

demanda de los servicios y a la distribución del personal según las características de los servicios, por ello, el principal problema es el de responder a las contingencias del día a día de una institución de salud de cuarto nivel de atención de la ciudad de Bogotá, enmarcada en la ley 100 de 1993 con sus respectivas reformas.

Principalmente debemos estudiar las características de la institución en las áreas de mayor saturación de usuarios caracterizando en lo posible la población o las especialidades que poseen una tasa más alta de estancia hospitalaria, así como se evidencio en el informe de 2005 del Ministerio De Protección Social⁵, donde el numero general de camas de las ciudades principales de Colombia era de 25.406 y el 48.42% de ocupación de estas era establecido por la atención general de adultos, el resultado en este trabajo es similar, resulto que el grupo de medicina interna corresponde a los pacientes crónicos que requieren tratamientos de larga duración los cuales no permite dar de alta a los pacientes adultos, incluso hasta un tiempo promedio de 2 semanas, muy por encima del promedio de estancia de los hospitales públicos que hace mención el ese mismo informe, en el cual el promedio general de estancia hospitalaria es de 5,48 días en tercer nivel, en el orden sigue el grupo de pediatría que arrojó un promedio de 6 días, juntos promedios corresponden a los más altos en general de todas las especialidades cuyo promedio está por debajo de cinco días, así que principalmente se buscó las características de la larga estancia de los pacientes de medicina interna y estas fueron las razones:

5

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Política%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>. Pagina 55.

- J Pacientes cuyas edades corresponden a 50 años y más que requieren tratamiento de múltiples enfermedades y se interconsulta con otras especialidades.
- J Pacientes cuyos diagnósticos requieren medios diagnósticos múltiples y que no es posible realizarlos prontamente
- J Tratamientos de manejo antibiótico prolongados que no son recibidos por el programa de hospitalización domiciliaria por su complejidad o por no pertenecer a el perímetro de la ciudad

Respecto al servicio de pediatría, se evidencio que la estancia prolongada tenía que ver con el diagnóstico del paciente, ya que en el 70% de los pacientes su enfermedad tiene que ver con el aparato respiratorio, por lo tanto, la realización de la terapia respiratoria y el manejo de oxigenoterapia es la principal causa de permanencia en el hospital.

Teniendo en cuenta que las camas de pediatría son solo 17, la ocupación por diagnóstico es hasta de 12 camas, la cual es alta y requiere una intervención eficaz, se revisó las posibles soluciones las cuales se verán más adelante.

Como en la prestación de los servicios, se requiere de un análisis multilateral, se tendrá en cuenta la satisfacción de los usuarios, por lo tanto se realiza una intervención realizando una encuesta de la prestación del servicio pero también hay lugar a la calificación de quienes dan este servicio, de manera que se evidencio que existen problemáticas no solo en lo que tiene que ver con la organización, las instalaciones o el sistema de salud, existen inconformidades con quienes prestan el servicio, las cuales dan posibilidad de pulirse y generar mejor respuesta al usuario, por ejemplo, de 48 usuarios escuchados, se buscó que respondieran a dos interrogantes sencillos

frente a la atención definiendo como se habían sentido frente a el servicio y dos frente al personal que prestaba la atención, por lo que al final se dedujo que:

-) La demora en los tiempos de atención fueron los más relevantes con un 66% por encima de la toma de paraclínicos o en que no lo hubiesen atendido cuando requirió un servicio, entonces fue el indicador que se tomó para trabajar en este caso
-) Frente al personal, se observa que hubo un indicador del 48% que generaba discomfort, se trataba del uso del celular por parte de los empleados, lo cual generaba en el usuario la sensación que el personal no prestaba adecuada atención a sus requerimientos

Frente a estos temas se analizó y se encontraron estrategias para permitir que el trabajo se llevara de una forma más eficiente sin afectar la autonomía del empleado y se ajustó frente a la respuesta del servicio y los compañeros de trabajo después de realizada la estrategia.

Por último, dentro de las problemáticas para los jefes de áreas asistenciales, se encontraron complicaciones a la hora de disponer del personal capacitado y completo conforme a los requisitos de los servicios para desempeñarse en cada área, por lo tanto, se realiza un análisis de las áreas hospitalarias de esta institución , las cuales deben contar con el personal necesario y disponible en el momento que sea necesario, sin llegar a colapsar el servicio o sobrecargar el trabajo de los que ya se encuentran en estas áreas.

Por lo tanto, se creó una herramienta que clasifica las áreas hospitalarias de modo que las características del servicio arrojan que personal debe estar en esa área en cuanto a número y jornada. Respaldada esta información en la normatividad vigente y la bibliografía estudiada.

OBJETIVO GENERAL

Analizar algunas problemáticas que experimenta una institución de salud de cuarto nivel de atención del sector privado de la ciudad de Bogotá, partiendo de la visión de la gerencia de servicios

MARCO REFERENCIAL.

MARCO CONCEPTUAL.

al iniciar la elaboración de este trabajo y partiendo de los conceptos que se recibían en el estudio de la especialización, se identificó la plataforma institucional de la IPS (institución prestadora de servicios de salud), en ello se evidencio los anhelos institucionales los cuales consisten en la misión, la visión, los valores corporativos y el mapa estratégico, elementos vitales en el análisis de las organizaciones en salud especialmente.

Recordemos que la estrategia es denominada en el texto Despliegue de la Estrategia de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud como: *“la forma ordenada y metódica en que documentamos la táctica escogida, la cual, atreves de enunciados organizados y relacionados entre sí, definen el momento donde se quiere llevar la organización y como se planea hacerlo”*. Este texto se orientó en base a las metodologías de los analistas Robert Kaplan y David Norton (2000).

el Balance Scorecard de estos autores, conocido como el cuadro de mando integral, es el modelo para plantear, estructurar y poner en marcha la estrategia de la organización a mediano y largo plazo. Esto surge en 1991 en el libro “The Balance ScoreCard: Translating Estrategia into Action”, permitiendo a las organizaciones gestionar los cambios y alcanzar su visión con resultados, alineando la organización con la estrategia

algunos conceptos extraídos del cuadro de mando integral son:

-) **Visión:** es la situación a alcanzar por parte de la organización a largo plazo, es decir, cómo se visualiza la propia organización con el paso del tiempo y teniendo en cuenta las variaciones que se producirán en su entorno.
-) **Misión:** es el motivo de ser de la organización, es decir, la razón de la existencia de ésta, sus actividades y los valores sobre los que se sustenta y que actúan de guía.
-) **Objetivo estratégico:** son los resultados que se espera alcanzar con la aplicación de las actividades que forman parte de su misión y que se inspiran en la visión de la organización a largo plazo.
-) **Indicador estratégico:** es una magnitud que nos ayuda a medir el grado en el que se están alcanzando los objetivos estratégicos marcados para la organización.
-) **Proyecto estratégico o iniciativa estratégica:** es todo aquel conjunto de actividades que se ordenan y actúan de forma conjunta dirigiendo a la organización a la consecución de los objetivos estratégicos de la organización y, por lo tanto, de la estrategia y visión de futuro.

posteriormente con ayuda de la herramienta Pestel y poniéndola en práctica, se analizó el estado situacional del sistema general de salud en Colombia y su repercusión frente a la institución en estudio, se evidencio con ello, características del entorno social, tecnológico, económico, político, normativo y ambiental de la salud en el ámbito colombiano, esta herramienta Pestel, brinda información importante que debe analizarse desde sus distintas variables para alcanzar a entender su comportamiento, esta herramienta delimita el marco en el

que actúa la empresa y tiene en cuenta como la empresa afecta a su entorno específico: sector mercado, clientes, competencia, proveedores, etc. Los factores analizados con la ayuda de esta herramienta son:

-)] **Factores Políticos:** Se refiere a aquellos factores relacionados con la intervención del gobierno en la economía de un país o de las organizaciones
-)] **Factores Económicos:** se refiere a los consumidores, cliente, proveedores, mercado, etc.
-)] **Factores Socioculturales:** Son aquellos fenómenos socio-culturales que influyen en la ubicación de la organización
-)] **Factores Tecnológicos:** corresponde al entorno más actual, aporta herramientas vitales para gestionar nuevas oportunidades de la organización, frente al mundo
-)] **Factores Ecológicos:** la responsabilidad de las organizaciones con el medio ambiente es cada día mejor vista por el cliente, incluso puede convertirse en un factor para estar posicionado en el mercado.
-)] **Factores Legislativos:** corresponde al marco legal de las organizaciones, son aquellas leyes y reglamentos que influyen en la actividad de las organizaciones, por ejemplo: seguridad y salud laboral, salario mínimo, etc.

En el análisis de esta organización también se puso en práctica la Herramienta de las Cinco Fuerzas de Porter, elaborado por el ingeniero Michael Porter, la cual propone un marco de reflexión estratégica y sistemática para determinar la rentabilidad de un sector en este caso de una IPS, normalmente con el fin de evaluar los distintos actores económicos y su proyección a largo plazo.

El Análisis Porter consta de las 5 fuerzas de Porter: los proveedores, clientes, competidores, productos sustitutos y nuevos competidores.

-) **Poder de negociación con los clientes.** Es la capacidad de negociación con la que cuentan los clientes de un determinado sector/mercado.
-) **Poder de negociación con proveedores.** Es la capacidad de negociación con la que cuentan los proveedores de un sector. Puede ser más holgada o menos en función de la concentración de empresas, del número de proveedores
-) **Barreras de entrada (amenaza de nuevos entrantes).** Consistiría en la entrada potencial de empresa que vendan productos sustitutos o alternativas a los del sector o mercado
-) **Barreras de salida (productos sustitutos).** Los posibles sustitutos de los productos ofrecidos en ese sector o mercado, que pueden ser relevantes para el consumidor.
-) **Rivalidad entre los competidores.** Las empresas que compiten directamente en una misma industria o sector, ofreciendo el mismo tipo de producto/servicio.

En el ejercicio de este trabajo también se utilizó el método de Edward Deming del ciclo de PHVA, Planear, Hacer, Verificar y Actuar, el cual es un método de gestión de calidad que ha sido adoptado por las normas ISO y ha sido manejado por mucho tiempo por su eficiencia para reducir costos, optimizar la productividad e incrementar la rentabilidad de las empresas, consta de cuatro fases que se definen así:

-) **Planear:** en esta etapa se establecen los objetivos y se identifican los procesos necesarios

para lograr los resultados, estableciendo desde el comienzo los parámetros de medición que se van a controlar.

-) Hacer: consiste en llevar a la práctica los cambios o acciones necesarias para lograr los objetivos planteados, permitiendo corregir los errores durante la ejecución, generalmente esta etapa puede llamarse plan piloto o testeo.
-) Verificar: una vez se ha puesto en marcha la prueba piloto o testeo, se establece un periodo para medir y valorar la efectividad de los cambios, es una etapa de ajuste.
-) Actuar: realizados los ajustes, se observarán los resultados, se tomarán decisiones y acciones que mejoren continuamente al desarrollo de los procesos.

Este análisis es muy útil a la hora de analizar los procesos y de realizar correcciones eficientes en la ejecución.

Pasando al contexto nacional, se revisaron algunos conceptos definidos por la ley colombiana y que son de vital importancia para entender el contexto general de las organizaciones de salud estos conceptos se encuentran incluidos en el decreto 1011 de 2006 del sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud los cuales se definen así:

-) Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad: tiene como objetivo proveer 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.
-) Sistema Único De Habilitación: es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y

financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB).

) Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad En 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

) Sistema Único De Acreditación En Salud: es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2 del presente decreto, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del estado y la inspección, vigilancia y control de la superintendencia nacional de salud

) Sistema De Información Para La Calidad: con el que se pretende:

KH realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

AH brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el sistema general de seguridad social en salud.

MI ofrecer insumos para el referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del sistema.

MARCO NORMATIVO.

La salud en Colombia está regida por la ley 100 de 1993, allí se enmarca los Principios Del Sistema General En Salud los cuales son:

- J Universalidad: es el principio máximo, en el que la atención está asegurada para toda la población, sin distingo de raza, clero o edad
- J Eficiencia: es como de la mejor forma se aprovechen los recursos dispuestos en salud, para atender a la población en general.
- J Solidaridad: en este principio se busca el máximo aseguramiento, sea con la afiliación privada o subsidiada para permitir el aseguramiento en todo el territorio colombiano
- J Integralidad: es la prestación del servicio frente a todas las etapas del ser humano y en todas las etapas de la vida
- J Unidad: es la articulación del estado, el sector privado y la sociedad, en la búsqueda del bien común
- J participación: es la capacidad que proporciona la ley, para que la sociedad en general se integre no solo frente a la prestación, sino también en la fiscalización de los recursos.

En la siguiente tabla se realizó un resumen de los Integrantes Del Sistema General De Seguridad

Tabla 4 *Integrantes del Sistema de Salud en Colombia*

El Estado	Ministerio De Protección Social	Organismo que controla, dirige y coordina el sistema de salud
-----------	---------------------------------	---

	ARS	Administradoras del Régimen Subsidiado
Sector Privado	EPS (Entidades prestadoras de servicios de salud)	responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del plan obligatorio de salud a los afiliados
	IPS (Instituciones prestadoras de servicios de salud)	hospitales, clínicas y laboratorios, encargadas de prestar la atención a los usuarios.
Superintendencia Nacional de Salud	Ley 1122 de 2007	sistema de inspección, vigilancia y control del sistema general de seguridad social en salud

Elaboración propia

EVIDENCIAS.

GERENCIA ESTRATÉGICA Y DE SERVICIOS.

Pregunta de Investigación.

¿Existe una forma de predecir la saturación de los servicios antes de que se encuentren en emergencia funcional?

Objetivo general

Desarrollar una herramienta que permita predecir el giro cama de una organización de cuarto nivel de atención teniendo en cuenta las diferentes variables.

Selección y aplicación de instrumentos.

Se recogerá información acerca de las áreas hospitalarias de la IPS, se establecerá total de camas disponibles y se realizara el censo inicial de población, posteriormente se elaborara una tabla general por especialidad y se llevara ese mismo registro por quince días calendario, al mismo tiempo se llevara un registro diario de los pacientes que en el servicio de urgencias y cirugía requieren servicio de hospitalización, ya que es allí donde llegan los usuarios a requerir este servicio, para identificar diario durante esos quince días, cuantos llegaron a ser hospitalizados y cuantos se quedaron presados en estas áreas.

Se tendrá el censo al día de las salidas y se modificara al día la ocupación por especialidad, ya que es la principal forma de agrupar los pacientes, para identificar cuáles son las especialidades con más rapidez de respuesta o más rápida valoración.

Teniendo un comportamiento por estos quince días, se elaborará un promedio de la estancia hospitalaria, se tendrá un promedio general que espero logre predecir las camas libres diarias, para predecir cuantos quedaran hospitalizados y a cuantos usuarios hay que remitir a otras entidades para no represarlos en áreas que no son de hospitalización.

El Primer paso del análisis de comportamiento de los servicios de hospitalización, es identificar el número de paciente por especialidad para identificar que grupos de pacientes son los más altos, entonces:

Camas de hospitalización 260, en estas tres semanas se llevó el censo por especialidad, posteriormente se sacó el promedio para cada semana, quedando así:

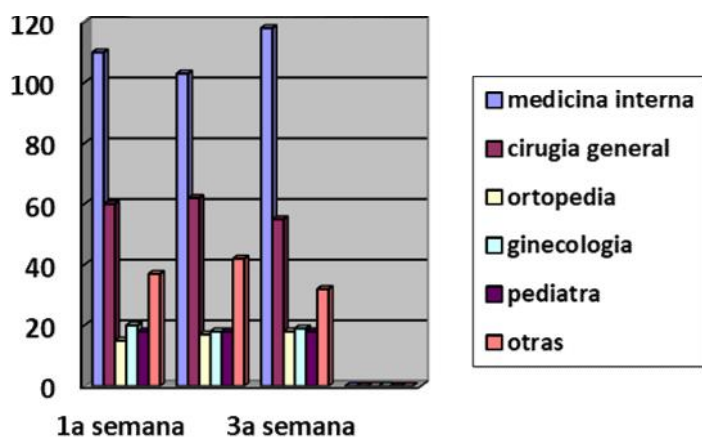


Tabla 5 *Especialidades Medicas*

medicina	110	103	118
interna			
cirugía general	60	62	55
ortopedia	15	17	18
ginecología	20	18	19
pediatra	18	18	18
otras	37	42	32
total	260	260	260

Elaboración propia

En otras, se agrupan especialidades como cx maxilofacial, otorrino, oftalmología, cx cabeza y cuello, urología y neurología.

Al realizar el análisis del grupo, se evidencia que el grupo de medicina interna corresponde a los pacientes crónicos que requieren tratamientos de larga duración los cuales no permite dar de alta a los pacientes, sino hasta un tiempo promedio de 2 semanas, por lo tanto, el tiempo promedio de hospitalización por especialidad es:

Tabla 6 *Promedio de días de estancia*

especialidad	Días de hospitalización en promedio
medicina interna	14
cirugía general	4
ortopedia	2
ginecología	2
pediatra	6
otras	2
promedio	5

Elaboración propia

Cuando el promedio general indica que todas las especialidades que están por encima de 5 permanecen mucho tiempo hospitalizadas, quiere decir que debe buscarse que estas especialidades reciban atención en otras instituciones o remitidos, para permitir la disponibilidad

de camas libres de forma más rápida, por lo tanto, debe reforzarse las medidas en estas especialidades para que no se extiendan los tiempos

Análisis de la información.

-) La especialidad de medicina interna y pediatría, una vez ordene hospitalizar a sus pacientes, deberá montar inmediatamente remisión para atención en otra institución prestadora de salud, siempre y cuando, el servicio de urgencias se encuentre con una ocupación del 100%
-) Se debe reforzar el programa de PHD de forma institucional, de manera que permita la atención de pacientes de baja complejidad en sus casas, por lo tanto, serán pacientes institucionales, pero con extensión de sus programas hasta el domicilio
-) Se debe reforzar la importancia de la toma de los paraclínicos para estas especialidades, de manera que no se extienda los tiempos de hospitalización a más de 14 días.
-) Se debe reforzar el programa de crónicos institucional
-) Se debe medir diariamente la estancia hospitalaria por especialidad, de manera que los tiempos para cada una no se extienda del que ya está establecido, si es el caso analizar cada caso por separado.

AUDITORÍA Y CONTROL DE CALIDAD EN SALUD.

Pregunta de Investigación

¿Qué importancia tiene valorar las diferentes variables de insatisfacción individualmente?

Objetivo General

Desarrollar una herramienta que permita predecir el grado de satisfacción del usuario de forma confiable y rápida, fácil de usar para la organización y evidenciar el grado de insatisfacción del usuario observando algunas de sus variables

Selección y aplicación de instrumentos.

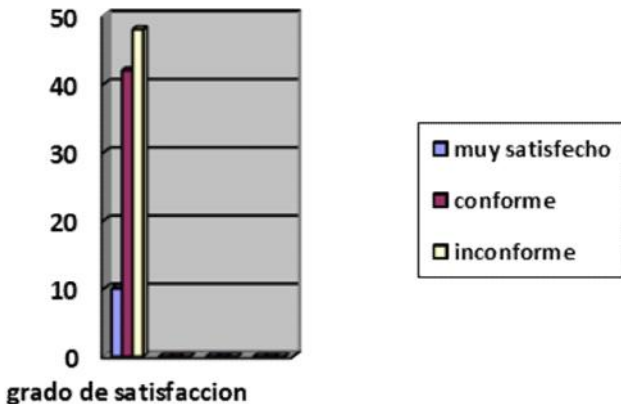
Se realizó un trabajo de observación y recolección de entrevistas informales realizadas a los familiares en una entrevista informal, donde por 50 días se recogió el sentir de las personas respecto a la atención prestada, al manifestar de una forma natural su sentir, se buscó analizar esta información y ubicarla en la tabla previamente realizada, donde se enumera de 1 a 10 el grado conformidad con la atención en el área de urgencias adulto, con lo cual arrojó el siguiente esquema:

Desde 1 a 5: inconforme: 48 usuarios

Desde 6 a 8: conforme: 42 usuarios

De 9 a 10: muy satisfecho: 10 usuarios

De los 100 usuarios entrevistados:



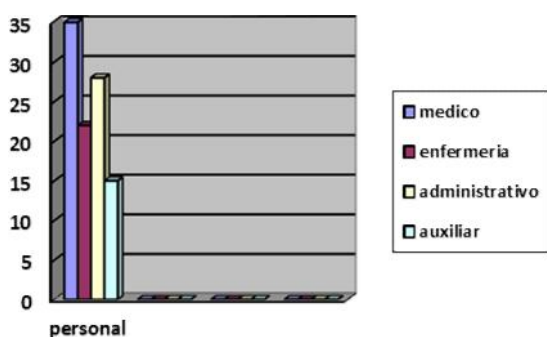
De que profesional recibió mejor atención:

Médicos: 35

Enfermería: 22

Personal administrativo: 28

Personal auxiliar: 15



En esta entrevista se buscó indagar más profundo en los usuarios inconformes sobre el motivo de su respuesta, para que definieran las causas de su respuesta identificando las más comunes así:

De 48 usuarios:

Inconformidad con el servicio:

Demoras en la atención: 32 usuarios

Dificultades con el proceso ejemplo: toma de paraclínicos o llamado a consulta: 9

Falta de instalaciones adecuadas: 5

No lo atendieron oportunamente: 2

Los profesionales que NO le atendieron correctamente, identificaron las siguientes causas

No atendieron sus necesidades: 18

Atendieron de forma descortés: 5

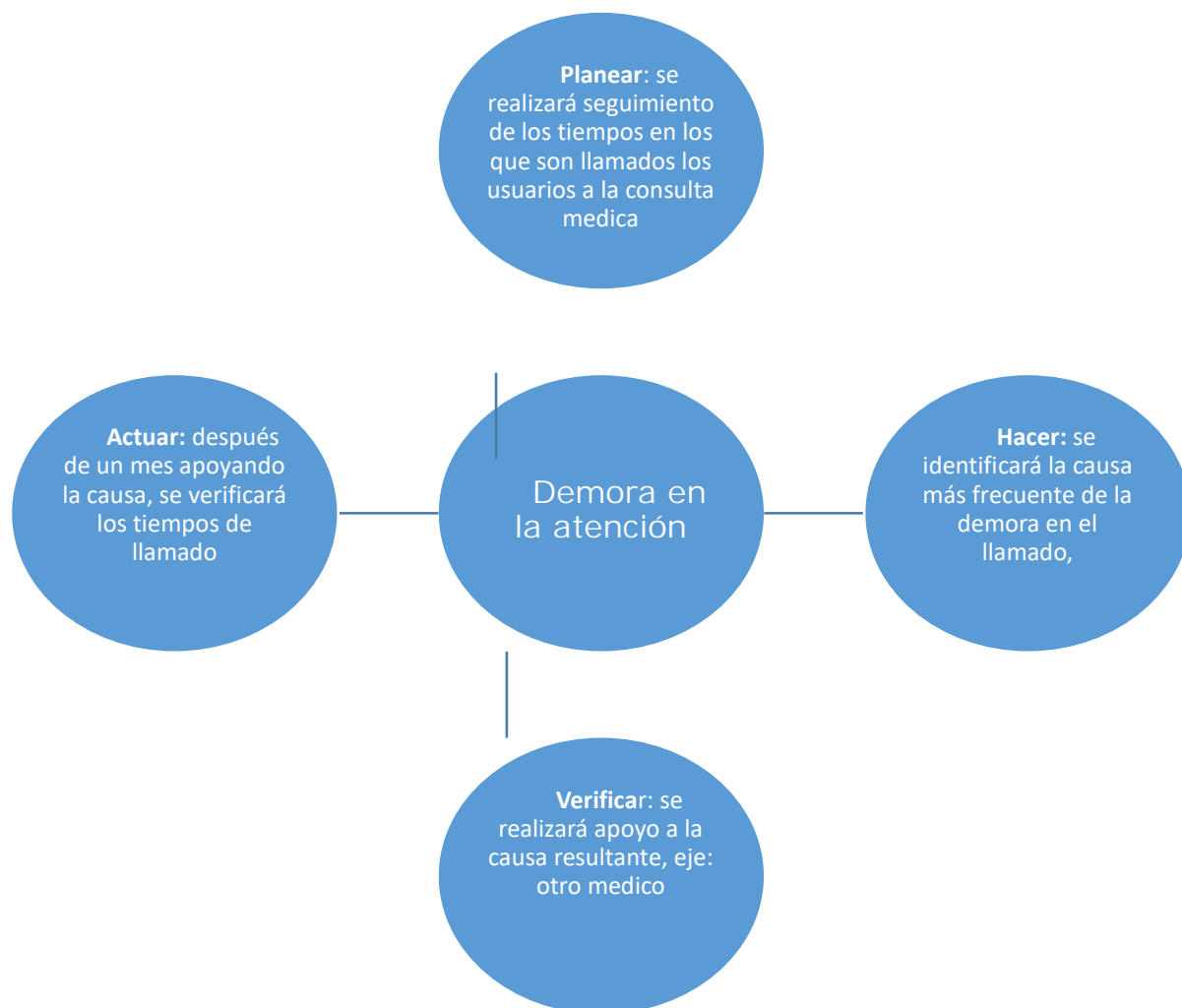
No estaban en su sitio de trabajo: 3

Usaban el celular muy frecuentemente: 22

Aplicación Del Instrumento PHVA

Según las respuestas de los usuarios frente a las principales inconformidades en su atención en el servicio de urgencias, se tomó las principales causas y se trabajó el ciclo de PHVA de William

Edwards Deming así:



Encuesta De Satisfacción En Cuanto Atención Del Servicio



Encuesta De Satisfacción En Atención Del Personal

Estas acciones no se llevaron a cabo, son solo una práctica del ciclo PHVA, por lo tanto, no se expone en este trabajo el resultado posterior al análisis.

Análisis de la información.

respecto a la encuesta de satisfacción en cuanto a atención del servicio, se estableció que la demora en la atención era la principal causa de insatisfacción, por lo tanto, se podría trabajar en agilizar estos tiempos de forma controlada, por lo cual se podría trabajar durante un tiempo de cuatro semanas apoyando el servicio con un médico más para atender la consulta, especialmente a los que deben ser revalorados después de la primera consulta, para lo cual se estimaba antes un tiempo de cuatro horas, de manera que el usuario reciba tratamiento más rápido y pueda darse de alta más rápidamente.

Este tiempo será tomado solo de las consultas de revaloración y permitirá reducir el tiempo de espera en las salas.

Respecto a la encuesta de satisfacción en atención del personal, se identificó que la recurrente consulta del celular por parte de los profesionales, crea insatisfacción y al ser reiterativa, se convierte en una causa de desconcentración del personal.

Para esta problemática se podría iniciar un plan piloto, que consiste en trabajar de forma individual con cada empleado identificado sobre las consecuencias de la utilización del celular en el área de trabajo, posteriormente, se inicia un plan de dejar guardado el celular durante las horas laborales y consultarlo solo en horas de descanso, luego de una semana, se realizaría una valoración de los jefes de área, sobre las mejoras de atención y la disposición del personal en su trabajo y del propio empleado sobre la percepción de su trabajo sin el uso de este.

Tabla 7 cuadro de necesidades

Necesidad Del	Caracterización	Características De	Indicadores De Gestió
Cliente Interno Directo	Del Servicio	Calidad	
Consulta Médica De Urgencias Con Tiempos De Atención Más Cortos	valoración rápida de las necesidades médicas de los usuarios identificando la causa de la consulta actual) Adecuado) diagnóstico de la enfermedad) Solicitudes de paraclínicos necesarios) Definir prontamente manejo ambulatorio o intrahospitalario) % de disminución de tiempos de espera) % complicaciones por demoras en la atención.) % de quejas de los usuarios
Cubrimiento De Las Necesidades De Los Usuarios Hospitalizados En Urgencias Por Parte De El Personal Auxiliar	Se podría realizar una prueba piloto para disminuir las distracciones del personal asistencial Se realizara una encuesta de satisfacción nueva	Medir el grado de satisfacción de los usuarios en el tiempo de la prueba piloto	❖ % de caídas de los pacientes comparada con meses anteriores ❖ % de satisfacción de los usuarios con respecto a meses

después de dos
semanas a los
usuarios
hospitalizados
respecto a la ayuda
que le prestaron en
el servicio de
urgencias

Elaboración propia

DESARROLLO ORGANIZACIONAL.

Pregunta de Investigación.

¿Existe una herramienta de distribución de personal de enfermería que responda a las necesidades de la demanda del servicio en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud?

Objetivo General

Desarrollar una herramienta que permita predecir la distribución de personal directamente proporcional a los requerimientos de cada servicio y a lineamientos organizacionales y estatales.

Selección y aplicación de instrumentos.

A continuación, se realizará un diagrama de la distribución de personal por servicio en cada unidad de la institución, para así, tener claro los niveles de complejidad en cada servicio y las necesidades de personal en cada uno:

Tabla 8 *Distribución de personal*

Piso	Nº De Camas	Enfermeras Por Piso Día	Enfermeras Piso Noche	Ocupación De Cama
9	28	2 Jefes – 4 Auxiliares	2 Jefes – 4 Auxiliares	100%
8	28	2 Jefes – 4 Auxiliares	2 Jefes – 4 Auxiliares	100%
7	28	2 Jefes – 4 Auxiliares	2 Jefes – 4 Auxiliares	100%
6 NORTE	28	2 Jefes – 3 Auxiliares	2 Jefes – 3 Auxiliares	100%
6 SUR PEDIATRIA	18	1 Jefe – 2 Auxiliares	1 Jefe – 2 Auxiliares	100%
UCI PEDIATRICA	6	1 Jefe – 2 Auxiliares	1 Jefe – 2 Auxiliares	100%
5	56	2 Jefes – 6 Auxiliares	2 Jefes – 6auxiliares	100%
4	56	2 Jefes – 6 Auxiliares	2 Jefes – 6 Auxiliares	100%
3 UCI ADULTO	14	4 JEFES-4 AUXILIARES	4 JEFES-4 AUXILIARES	100%
3 UCI CARDIO	14	4 JEFES-4AUXILIARES	4 JEFES-4AUXILIARES	100%
2 CIRUGIA	9 Salas	1 Supervisor-3jefes-9 Auxiliares	1 Jefe-2 Auxiliares	100%
2	22	1 Jefe- 4 Auxiliares	1 Jefe -3auxiliares	100%
RECUPERACION	Cubícu			

	los			
2 TRABAJO DE PARTO	12 Camas	2 Jefes – 4 Auxiliares	2 Jefes-4 Auxiliares	100%
	14 Observación			
URGENCIAS OBSERVACION	50 Cupos	5 Jefes-5 Auxiliares	5 Jefes-5 Auxiliares	100%
URGENCIAS PEDIATRICAS	20cupos	1 Jefe -2 Auxiliares	1 Jefe-2 Auxiliares	100%

Elaboración propia

se discrimino las camas dependiendo los requerimientos de cuidado, por lo tanto, el área de hospitalización es nivel I, el área de cirugía, Trabajo de parto y recuperación es nivel II y el área de cuidado intensivo es nivel III, así:

NIVEL 1

Tabla 9 Nivel 1

piso	camas	jefes	auxiliares
9	28	2	4
8	28	2	4
7	28	2	4

6	28	2	3
	18	1	2
6p			
5	56	4	6
4	56	4	6
urgencias	50	5	5
adulto			
Urgencias	20	1	2
pediatría			
total	312	23	36
camas			

Elaboración propia

La relación enfermera paciente en el nivel 1 es por cada enfermera jefe debe ser 13.5 usuarios y una auxiliar de enfermería por cada 8.6 usuarios entonces los servicios se encuentran así:

Tabla 10 *Relación enfermera - usuario*

piso	jefes	auxiliares
9	cumple	cumple
8	cumple	cumple
7	cumple	cumple

6	cumple	no cumple 9,3
	no cumple18	no cumple 9
6p		
5	no cumple14	no cumple 9,3
4	no cumple14	no cumple 9,3
Urgencias adulto	cumple	no cumple 10
Urgencias pediatría	no cumple20	no cumple 10

Elaboración propia

Los servicios 9,8,7 y urgencias adulto cumplen con el estándar de atención dentro del rango, los servicios 6, 6p, 5, 4, urgencias adulto y pediátrico requiere ayuda para los enfermeros jefes y auxiliares de enfermería, por lo tanto, la distribución para estos servicios puede ser la siguiente:

Tabla 11 *Relación enfermera - usuario 2*

Piso	Jefes	Auxiliares
9	2 Jefes	4 Auxiliares
8	2 Jefes	4 Auxiliares
7	2 Jefes	4 Auxiliares
6	2 Jefes	4 Auxiliares
6p	1 Jefe	3 Auxiliares

5	4 Jefes	7 auxiliares
4	4 jefes	7 auxiliares
Urgencias adulto	5 jefes	6 auxiliares
Urgencias pediátrica	2 jefes	3 auxiliares

Elaboración propia

Nivel 2

Tabla 12 *Nivel 2*

SERVICIO	SALAS	PERSONAL	RELACION	RESULTADO
CIRUGIA	9	3 Jefes	1:3	CUMPLE
		9 Auxiliares		

Elaboración propia

Esta tabla indica que por cada 3 auxiliares debe existir una enfermera profesional en salas de cx, por lo tanto, si se busca aumentar la respuesta a la demanda de los servicios quirúrgicos en la noche donde solo se utilizan dos salas, el aumento de los auxiliares debe corresponder a la relación 1:3.

Tabla 13 *Relación enfermera - usuario 3*

SERVICIO	CUBÍCULO	PERSONAL	RELACIÓN	RESULTADO
	LOS			O

RECUPERACION	22	1 Jefe	1:4	NO CUMPLE
4 Auxiliares				

Elaboración propia

El resultado durante el día se cumple en relación de 1 enfermera por cada 4 auxiliares para los 22 cubículos del servicio, mientras que en la noche la relación baja a 1:3. Por lo tanto, que, si se aumenta la capacidad de salas de cirugía, debe aumentar la capacidad de recuperar los pacientes con la misma ecuación 1:4.

Tabla 14 *Relación enfermera - usuario 4*

SERVICIO	CAPACIDAD	PERSONAL	RELACIÓN	RESULTADO
TPR	28	2 Jefes	2:4	CUMPLE
4 Auxiliares				

Elaboración propia

Este servicio cumple con la relación de trabajo 2:4 para una capacidad de 28 usuarios, se encuentra en equilibrio desde que no se sobrepase la capacidad, en un servicio como trabajo de parto una característica del servicio es atención de urgencias maternas no permite un número estable de usuarios las 24 horas, en caso de aumentar la capacidad, por contingencia se debe aumentar el personal total del servicio con la misma ecuación 2:4 o 1:2 enfermera jefe: auxiliar.

NIVEL 3

Tabla 15 *Nivel 3*

SERVICIO	CAPACIDAD	PERSONAL	RELACION	RESULTADO
----------	-----------	----------	----------	-----------

UCI	6	1 Jefe	1:6 Pacientes	NO CUMPLE
PEDIATRICA		2 Auxiliares	1:3 Pacientes	
A				
3 UCI	14	4 Jefes	1:3.5 Pacientes	NO CUMPLE
ADULTO		4 Auxiliares		
3 UCI	14	4 Jefes	1:3.5 Pacientes	NO CUMPLE
CARDIO		4auxiliares		

Elaboración propia

En el servicio de uci pediátrica, la relación 1:6 de las enfermeras jefes supera la relación mientras que en las uci adulto y cardiovascular la relación es más alta con respecto a la uci pediátrica 1:3

Se analizó cada servicio por separado, respetando el nivel de complejidad y las características del servicio con respecto al flujo de pacientes, por lo tanto, se llegó a concluir una relación aproximada del personal que debe distribuirse en cada servicio, identificado por el número de pacientes, la ocupación corresponde al 100% ya que el giro cama es constante durante toda la época del año.

El orden de distribución del personal en orden de importancia es del nivel 3 al 1, dado que el nivel 3 pertenece al cuidado crítico y el 1 al de hospitalización general

Para concluir se realizó la tabla de distribución correspondiente a la ocupación de los servicios, estandarizando la asignación según sus características. Así:

Tabla 16 Distribución de personal final

PISO	OCUPACIÓN	JEFES
9	28	2 Jefes 4 Auxiliares
8	28	2 Jefes – 4 Auxiliares
7	28	2 Jefes – 4 Auxiliares
6 NORTE	28	2 Jefes – 4 Auxiliares
6 SUR PEDIATRIA	18	1 Jefe – 3 Auxiliares
UCI PEDIATRICA	6	2 Jefe – 2 Auxiliares
5	56	2 Jefes – 7 Auxiliares
4	56	2 Jefes – 7 Auxiliares
3 UCIADULTO	14	4 Jefes-4 Auxiliares
3 UCI CARDIO	14	4 Jefes-4auxiliares
2 CIRUGIA	9 Salas	1 Jefe:3 Auxiliares
2 RECUPERACION	22 Cubículos	1 Jefe- 4 Auxiliares
2 TRABAJO DE PARTO	28 Cubículos	2 Jefes – 4 Auxiliares

URGENCIAS 50 Cubículos 5 Jefes-5 Auxiliares

OBSERVACION

URGENCIAS 20 Cubículos 2 Jefe -2 Auxiliares

PEDIATRICAS

SUPERVISOR DE ENFERMERIA:1 POR NIVEL DE COMPLEJIDAD TOTAL 3

JEFE DEPARTAMENTO: 1

Elaboración propia

Análisis de la información.

Por lo tanto, dando respuesta a la pregunta, *¿Existe una herramienta de distribución de personal de enfermería que responda a las necesidades de la demanda del servicio en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud?*, se podría argumentar que después de valorar los niveles de complejidad y el mínimo de personal requerido por cada servicio, se daría una adecuada respuesta con la siguiente herramienta de distribución para áreas de atención, teniendo en cuenta la normatividad existente hasta revisada respecto a distribución de personal hospitalario:

HERRAMIENTA DE RELACION ENFERMERIA-USUARIOS

Tabla 17 HERRAMIENTA DE RELACION ENFERMERIA-USUARIO-NIVEL

NIVEL	USUARIOS	JEFES	AUXILIARES
1	14	1	2
2	14	1	3
3	3	1	1

Realizada por: ROSA MARIA CERINZA ARIAS

-) Instrucciones de utilización de la herramienta:
-) Identifique el nivel de complejidad del servicio
-) Asigne el grupo de enfermería correspondiendo al número de usuario
-) Refuerce las áreas donde los usuarios superan el numero establecido
-) En caso de contingencia y no tener jefes de área suficientes, refuerce con tantos auxiliares de enfermería pueda, lo óptimo sería dos auxiliares más en cada área por un enfermero jefe que no sea posible asignar.
-) Recuerde que el nivel de complejidad del servicio debe corresponder a la asignación de personal por cada área.
-) Tanto en las áreas clínicas como administrativas, es necesario realizar un análisis concienzudo acerca de las distribución del personal en los servicio, esta afirmación corresponde a la respuesta generalizada de la saturación de los servicios, los cuales muchas veces se quedan cortos a la hora de responder a la demanda de los servicios, para lo cual no debe dependerse de la contratación ni de la época del año, ya que esta se

analiza desde la visión de la normativa vigente y de la respuesta efectiva a estas necesidades desde el área gerencial hasta el nivel operativo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de realizar este trabajo y cada uno de los módulos vistos durante el estudio de la especialización, quiero hacer especial énfasis desde mi visión de enfermera asistencial, la importancia que tiene la coordinación de los servicios de salud, elaborando una adecuada planeación, contando con todos los recursos metodológicos disponibles se puede prestar una adecuada atención, claro que esto se logra, respaldando la toma de decisiones con evidencia de la literatura actual o de herramientas gerenciales conocidas y actualizadas, por ello, la importancia de contar con profesionales especialistas en el estudio de los servicios y el área asistencial, como lo es el Gerente De Servicios De Salud.

La toma de decisiones por otros profesionales, pueden ser estos netamente administrativos o asistenciales, puede ser acertada cuando más experiencia hay, sin embargo, puede no estar respaldada frente a la normatividad vigente o podría ser más eficiente cuando se cuenta con la información de programas como el de Gerencia, el cual proporciona evidencia y enriquece el conocimiento de frente al quehacer en salud, puede haber mucho por conocer y crear, pero si se parte de las evidencias anteriores, el resultado puede verse más prontamente o incluso puede utilizarse más eficientemente el recurso material y el recurso humano existente, todo ello redundando en beneficio de las empresas de salud y de sus empleados y por supuesto, finalmente del usuario quien es la razón de ser de estas empresas.

La importancia de contar con personal especialista en Gerencia coordinando los distintos servicios, permite que exista una base científica en la planeación, permite contar con

herramientas de aplicación práctica llevadas a la orientación del servicio desde la planeación estratégica de la empresa, conociendo sus empleados y las necesidades de los usuarios, generando espacios de confianza y evitando errores ya que el proceso general de atención va a tenerse cada día más definido dentro de un margen de seguridad.

Todas las acciones que puedan tomarse para mejorar el servicio, genera tranquilidad y confianza en todos los actores, especialmente en los empleados, quienes valoran trabajar en empresas sólidas, esto disminuye el estrés laboral y no permite improvisar, porque todas las acciones están dentro de procesos eficientes y no hay espacio para acciones inseguras, muy importante en el área de la salud. Por la tanto, la importancia que tiene un Gerente en salud, debe ser vital en los servicios hospitalarios del país, en las empresas de salud tanto privadas como públicas y debe ser un participante activo en toda la empresa, ya que son los responsables de que los procesos sean eficientes y eficaces, racionalizan recurso humano y financiero, gestionan proyectos, son quienes pueden darle solución a la mayoría de las necesidades de toda la empresa, por ello se recomienda contar con este recurso en las empresas de salud.

BIBLIOGRAFÍA/WEBGRAFÍA

-) administración, f. d. (Bogotá, diciembre 2009). sistema estadístico nacional de argentina, realizado por Alexander Carreño Dueñas. universidad y empresa, *
<http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49> *
<https://blog.luz.vc/es/Que-es/analisis-pest-pestal/>
-) (Fundación universitaria de Ciencias de la Salud, Gerencia Estratégica de los Servicios, 2018) * <https://www.isotools.org/2015/02/20/en-que-consiste-el-ciclo-phva-de-mejora-continua/> * <https://www.gestiopolis.com/mejora-innovacion-procesos/2011>, R. E.-p. (dic-2012). revista facultad de salud. Obtenido de
<https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/98/166>
-) Alicia Escobar Bermúdez¹, J. F. (Julio - diciembre de 2012;4-2). Relación Enfermera (O)/Paciente Según TISS 28. Aplicación Clínica En Cuidado Intensivo. 2011 Nurse - Patient Relationship According to TISS 28. Clinical application at Intensive Care Unit - 2011. Revista Facultad de Salud - RFS -, 55-65.
-) S. Arias-Rivera, -S.-G.-F.-R.-A.-V. (enero - marzo 2013). Adaptación transcultural al castellano del Nursing Activities Score. Recuperado el 2018, de
<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-adaptacion-transcultural-al-castellano-del-S1130239912000910>
-) <https://laculturadelmarketing.com/herramientas-claves-en-un-plan-de-marketing-ii-5-fuerzas-de-porter/>
-) <https://www.isotools.org/soluciones/estrategia/balanced-scorecard/>

) SOCIAL, M. D. (2005). BOLETIN N°205.

) <https://www.colsanitas.com/usuarios/web/nuestros-centros/clinica-universitaria-colombia>

) <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Pre%20staci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>.

ANEXO 1: PERMISO DE LA EMPRESA

