

Diseño de una estrategia de mejora para el cumplimiento del proceso médico - administrativo durante la estancia del paciente en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá

Johanna Alexandra Marín Ríos y María Marcela Bermúdez Tautiva

Trabajo de grado para optar el título de Magíster en Dirección y Gestión de Proyectos

Director

Ruth Mira González Neira

Magíster en Educación

Codirector

Carlos Lizardo Corzo Ruíz

Doctor en Proyectos

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ingenierías y Arquitectura

Maestría en Dirección y Gestión de Proyectos

2022

Dedicatoria

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A mi madre Myriam y a mi hermano James.

Por haberme apoyado en todo momento, por el ejemplo de perseverancia que los caracteriza; por el valor mostrado para salir adelante y por su amor incondicional.

A mi esposo Mauricio.

Por su acompañamiento y voz de aliento para continuar con este proceso, gracias por ser parte importante en el logro de mis metas profesionales.

A mi hija Antonella.

Quién fue el impulso que necesitaba para culminar con éxito este trabajo de grado.

A mi compañera Marcela.

Con quién emprendí esta nueva etapa y que con su apoyo incondicional se pudo lograr nuestra meta.

Johanna Alexandra Marín Ríos

Dedicatoria

A Dios.

Por guiarme y permitirme cumplir las metas propuestas en cuanto a mi formación profesional.

A mi Familia.

Mi mamá Cecilia y mi papá Heli, que han sido mi motor de vida, son quienes siempre me han brindado su amor incondicional y me han apoyado en todos mis retos propuestos.

A mi compañera.

Johanna, por su compañerismo y apoyo de equipo, no hubiéramos logrado esta meta.

María Marcela Bermúdez Tautiva.

Agradecimientos

La elaboración de este proyecto fue posible gracias al apoyo, experiencia y acompañamiento permanente que nos brindaron: la Directora Ruth Mira González Neira y el Codirector Carlos Lizardo Corzo Ruíz.

Gracias por la orientación, interés y motivación que nos permitió culminar este proceso de manera exitosa.

Contenido

Introducción	15
1. Diseño de una estrategia de mejora para el cumplimiento del proceso médico - administrativo durante la estancia del paciente en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá	19
1.1 Planteamiento del problema	19
2. Objetivos	21
2.1 Objetivo general	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3. Descripción institucional	22
4. Revisión técnica de la propuesta.....	25
5. Marco referencial	26
5.1 Marco conceptual	26
5.2 Marco legal.....	29
5.3 Estado del arte	34
6. Análisis de Interesados -Involucrados	41
7. Análisis del problema	44
7.1 Modelo Árbol del Problema.....	44
8. Análisis de objetivos.....	46
9. Análisis de Alternativas	47
9.1 Identificación de alternativas	47
9.2 Evaluación de alternativas.....	48
9.2.1 Tecnología Informática	49
9.2.2 Rotación de personal	49

9.2.3 Formación y capacitación de personal.....	50
9.2.4 Comunicaciones	51
9.2.5 Sistemas de información para la calidad	51
9.2.6 Auditoría concurrente.....	52
9.3 Selección de la alternativa de solución	52
10. Construcción del Modelo Analítico del Proyecto.....	54
10.1 Estructura Analítica.....	54
10.2 Matriz de Marco Lógico.....	55
10.3 Resumen Narrativo.....	61
10.3.1 Fin.....	61
10.3.2 Propósito.....	61
10.3.3 Componentes o productos	62
10.3.3.1 Entregables.....	62
10.3.3.2 Actividades	62
10.4 Indicadores	63
10.4.1 Indicadores de propósito.....	63
10.4.2 Indicadores de componentes.....	64
10.4.3 Indicadores de Actividades.....	65
10.5 Medios de verificación.....	65
10.6 Supuestos.....	65
11. Recursos humanos, materiales y económicos.....	66
12. Cronograma	68
13. Difusión y comunicación.....	69

14. Método mediante el cual se realizará la evaluación de los resultados de la implementación	70
15. Resultados	71
16. Discusión	73
17. Conclusiones	74
Referencias.....	77

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Grupo de proceso estratégico del Hospital Universitario Clínica San Rafael</i>	24
Tabla 2. <i>Normatividad vigente.....</i>	30
Tabla 3. <i>Interesados del proyecto, necesidades y/o expectativas e influencia.</i>	42
Tabla 4. <i>Motivos del retiro de personal Hospital Universitario Clínica San Rafael año 2020 ..</i>	49
Tabla 5. <i>Evaluación de Alternativas de Solución</i>	53
Tabla 6. <i>Matriz de marco lógico.....</i>	56
Tabla 7. <i>Actividades para la capacitación del personal médico asistencial</i>	63
Tabla 8. <i>Indicadores de propósito</i>	63
Tabla 9. <i>Indicadores de componentes.....</i>	64
Tabla 10. <i>Indicador de actividades.....</i>	65
Tabla 11. <i>Supuestos del proyecto.....</i>	66
Tabla 12. <i>Recursos humanos, materiales y económicos.....</i>	66
Tabla 13. <i>Plan de comunicaciones</i>	69
Tabla 14. <i>Resultados alcanzados con la aplicación de la Metodología del Marco Lógico</i>	71

Lista de figuras

Figura 1. <i>Procesos estratégicos, misionales y de apoyo del Hospital Universitario Clínica San Rafael</i>	24
Figura 2. <i>Identificación de los interesados del proyecto</i>	42
Figura 3. <i>Árbol del Problema</i>	45
Figura 4. <i>Árbol de objetivos</i>	46
Figura 5. <i>Árbol de acciones</i>	47
Figura 6. <i>Estructura analítica del proyecto</i>	55
Figura 7. <i>Cronograma de Actividades</i>	68

Resumen

Este proyecto fue el resultado del análisis del área de auditoría de concurrencia frente a las desviaciones en la atención en salud encontradas durante la estancia hospitalaria de los pacientes; teniendo en cuenta los indicadores del Hospital Universitario Clínica San Rafael, IPS de IV nivel de complejidad en la Ciudad de Bogotá. Se planteó como objetivo principal “Diseñar una estrategia de mejora para el cumplimiento del proceso médico administrativo durante la estancia del paciente en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá; mediante la comparación de los datos previos y logrados después de su aplicación en un grupo de control; que permitiera la eficiencia operativa con una adecuada prestación de servicios de salud”. Se utilizó la Metodología del Marco Lógico que facilitó de manera sistemática y estructurada identificar los involucrados del proyecto; realizar un análisis profundo de las problemáticas, por medio de las cuales se logró la construcción del árbol del problema, árbol de objetivos y a partir de esto se formularon diferentes alternativas de solución; las cuales fueron validadas mediante la evaluación ex ante teniendo en cuenta 6 criterios; cuyo resultado fue la elección de la alternativa con mayor puntuación que propiciara el logro de los objetivos con un mínimo de riesgo de la inversión y alta probabilidad de éxito del proyecto. Este proyecto en fase perfil demostró la aplicación exitosa y eficiente de la Metodología del Marco Lógico y que esta es versátil y se alineó apropiadamente con los propósitos estratégicos de la institución.

Palabras clave: auditoría concurrente, Metodología de Marco Lógico, salud, procesos médicos administrativos, estancia del paciente

Abstract

This project was the result of the analysis of the concurrence audit area against the deviations in health care found during the hospital stay of the patients; taking into account the indicators of the Hospital Universitario Clinical San Rafael, IPS of IV Level of complexity in the City of Bogotá. The main objective was to “Design an improvement strategy for compliance with the medical-administrative process during the patient's stay at the Hospital Universitario Clinical San Rafael in Bogotá; by comparing the data before and after its application in a control group; that would allow operational efficiency with an adequate provision of health services”. The Logical Framework Methodology was used, which facilitated a systematic and structured way to identify those involved in the project; carry out a deep analysis of the problems, through which the construction of the problem tree, tree of objectives was achieved and from this, different solution alternatives were formulated; which were validated through ex ante evaluation taking into account 6 criteria; whose result was the choice of the alternative with the highest score that would promote the achievement of the objectives with a minimum of investment risk and a high probability of success of the project. This project in the profile phase demonstrated the successful and efficient application of the Logical Framework Methodology and that it is versatile and properly aligned with the strategic purposes of the institution.

Keywords: concurrent audit, Logical Framework Methodology, health, medical administrative processes, patient stay

Glosario

Atención en salud: “conjunto de procesos, procedimientos y actividades, mediante las cuales, se materializa la provisión de la prestación de servicios de salud y tecnologías de la salud a una persona, familia, comunidad o población” (Resolución 2292, 2021, p. 5).

Auditoría: “proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría” (Norma ISO 19011, 2018, p.1).

Auditoria concurrente: conjunto de procesos, procedimientos y actividades que permiten evaluar en forma sistemática, continua e integral la calidad de la atención médica del paciente hospitalizado; garantizando el cumplimiento de las órdenes médicas con racionalidad técnico científica y racionalidad en el costo de la prestación del servicio. (Steward Colombia, 2020, p. 29).

Auditoría de cuentas médicas: evaluación sistemática e integral de la facturación generada durante la prestación de servicios de salud; todo esto acorde con lo pactado contractualmente y bajo la normatividad vigente (Aplisalud, 2020, párr.1-2).

Calidad de la atención en salud: es 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 (Decreto 1011. 2006, p.2).

Censo: “informe generado por el sistema de información de forma continua que refleja cada uno de los pacientes que se encuentran dentro de la institución y los datos relevantes para su identificación y ubicación” (De la Hoz, 2021, p.1).

Devolución: “es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura” (Anexo técnico No 6. 2008, p. 1).

EPS: “Entidad Promotora de Servicios de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras” (Ley 100, 1993).

Estancia hospitalaria: es el período de tiempo de permanencia de un paciente desde el ingreso hasta el egreso en una institución de prestadora de servicios de salud.

Evento adverso: “es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles” (Ministerio de la Protección Social, 2008, p.14).

Evento adverso no prevenible: “resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial” (Ministerio de la Protección Social, 2008, p.14).

Evento adverso prevenible: “resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado” (Ministerio de la Protección Social, 2008, p.14).

Glosa: es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud (Anexo técnico No 6. 2008, p. 1).

Historia clínica: “es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás

procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención” (Resolución 1995, 1999. p 1).

IAAS: Infección Asociada a la Atención en Salud son aquellas que se dan en pacientes que reciben atención en hospitales u otros centros de atención en salud. Estas pueden causar complicaciones serias e impactar de manera importante a los pacientes, sus familias y al personal de atención en salud (Unahalekhaka, A., 2013, p.30).

IPS: “Institución Prestadora de Servicios de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Ley 100, 1993). Se refiere a todas las clínicas, centros de atención médica u odontológica y hospitales de la red pública y privada.

Pertinencia: “es la garantía de que los usuarios reciban, en todo momento, los servicios que requieran para tratar su patología con las mayores garantías de éxito” (Sierra, 2020, p.2).

Oportunidad: “estados operativos de los servicios y opciones terapéuticas que en un momento dado puede llegar a precisar un usuario” (Sierra, 2020, p. 2).

Salud: “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2006, párr.1).

Seguridad: “conjunto de medidas estructurales, organizativas y protocolarias encaminadas a reducir el riesgo de que el paciente pueda sufrir algún evento adverso durante la atención sanitaria” (Sierra, 2020, p. 2).

Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia está conformado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes se encargan de la afiliación de los usuarios; y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) quienes son los encargados de prestar los servicios de salud a los ciudadanos. De acuerdo con las cifras de la dirección de epidemiología y demografía para el año 2020, la mayor cantidad de IPS se encuentran en Bogotá con un 15%, seguido de Antioquia con un 10,93% y Valle del Cauca con un 9.94%, respectivamente.

El Ministerio de Salud y Protección Social en el informe de gestión para el año 2020, presenta una triple meta: alcanzar mejores resultados en salud, ofrecer una mejor experiencia en los servicios, y cumplir con los indicadores de eficiencia y responsabilidad financiera; (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021, p.7) para lograr esto se plantea el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022” Pacto por Colombia pacto por la equidad”.

El Hospital Universitario Clínica San Rafael, es una institución universitaria privada, prestadora de servicios de salud de IV Nivel de complejidad, que se encuentra ubicada en la ciudad de Bogotá. Esta IPS ha centrado sus esfuerzos en el fortalecimiento de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud, donde la auditoría de concurrencia se ha consolidado como una herramienta que facilita la evaluación de manera sistemática y continua de la integralidad y calidad de la atención médica que se brinda a los usuarios alineada con la normatividad en salud vigente.

Teniendo en cuenta lo anterior desde el área de auditoría de concurrencia se ha evidenciado una falta de cumplimiento por parte del personal médico asistencial de los procesos médico administrativos instaurados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá; lo que ha conllevado a que los indicadores de giro cama y promedio de la estancia hospitalaria no se

cumplan; trayendo consigo efectos negativos tales como: aumento de las complicaciones asociadas a la atención de salud, incremento del riesgo de eventos adversos, dificultad para la accesibilidad a los servicios de salud por no contar con disponibilidad de camas; también se ha detectado falencias en los registros de medicamentos e interpretaciones de medios diagnósticos lo que también conlleva a aumento de los costos durante la atención y la consecuente generación de glosas; que se traducen en pérdidas financieras para la institución. Estos hallazgos de auditoría pueden ser evitables o al menos se puede disminuir su incidencia.

En este proyecto se planteó la siguiente pregunta: ¿Qué estrategia de mejora permitirá el cumplimiento del proceso médico administrativo durante la estancia del paciente en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá y favorecerá la eficiencia operativa con una adecuada prestación de servicios de salud? Para dar respuesta a la misma se resolvió utilizar la Metodología del Marco Lógico la cual se encuentra compuesta por 2 etapas. La primera es la etapa analítica la cual se centra en la realización de un análisis de la situación actual versus la situación deseada, a través de diferentes momentos y técnicas que permitan el cumplimiento de los objetivos propuestos. “La segunda etapa es la de planificación donde se define el tipo de intervención por la que se ha optado a partir del análisis previo” (Moncayo y Chaves, 2021, p. 33). Este proyecto se desarrolló en fase perfil. Esta metodología facilita la identificación de diferentes alternativas y su análisis; de manera que se pueda elegir la mejor estrategia.

Con la estrategia que se plantee se espera que el personal médico asistencial cumpla cabalmente con sus responsabilidades administrativas; entendiéndose éstas como el adecuado registro de los medicamentos administrados a los pacientes y la interpretación adecuada de los medios diagnósticos y dentro de los tiempos establecidos antes del egreso hospitalario, para evitar

futuras glosas y así administrar los recursos técnicos, humanos y financieros de una manera eficiente.

El proyecto se encuentra desarrollado en varios apartados, inicialmente está el planteamiento del problema donde se profundiza en el problema identificado en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá; luego se realiza una descripción general del Hospital objeto de este proyecto. Posteriormente se efectúa una revisión técnica de la propuesta donde en conjunto con la oficina de auditoría concurrente, la gestora y su equipo de trabajo se identifican las diferentes intervenciones que han efectuado de manera interna para dar manejo efectivo a la problemática identificada y que, sin embargo, no han generado buenos resultados. Por lo que este proyecto surge como una propuesta que permitiera elegir una alternativa de solución que contribuyera con el cumplimiento del proceso médico administrativo de manera óptima. El siguiente apartado está constituido por el marco referencial que incluye el marco conceptual donde se profundiza en los procesos médico administrativos, los diferentes tipos de auditoría, estancia hospitalaria y la Metodología del Marco Lógico como herramienta para la realización de este proyecto; marco legal donde se exponen las diferentes normas que reglamentan el ejercicio de la profesión de enfermería y medicina, el manejo de la historia clínica, calidad en salud y los procesos de glosas y devoluciones, finalmente se encuentra el estado del arte donde se realiza una revisión de los diferentes proyectos en salud que han aplicado la Metodología del Marco lógico en el área de la salud; encontrándose que es muy escasa su aplicación sin embargo se logra establecer que es una metodología versátil y permite alinearse a cualquier tipo de proyecto y se ajusta a cualquier necesidad, facilitando el cumplimiento de los diferentes objetivos planteados. También se hace mención a proyectos relacionados con la problemática identificada. En un penúltimo apartado se encuentra el desarrollo del proyecto aplicando la Metodología del Marco Lógico donde se

establecen los involucrados y si su influencia es positiva o negativa para el proyecto; además de tener en cuenta su fuerza, se efectúa un análisis del problema mediante la lluvia de ideas lo que se constituye en la materia prima para realizar el árbol del problema; seguidamente se estructura el árbol de objetivos y posteriormente se produce un análisis para establecer las diferentes alternativas de solución. Una vez se tiene claridad en las alternativas de solución, se elabora una evaluación ex ante teniendo en cuenta diferentes criterios o categorías de evaluación; lo que conllevó a elegir la mejor alternativa de solución posible con menor riesgo y mayor probabilidad de éxito para el proyecto; la alternativa propuesta se encuentra alineada con las necesidades y bajo la aceptación de los involucrados del proyecto. Finalmente se realizó la matriz del marco lógico donde se contextualiza todo el proyecto. El último segmento se encuentra conformado por los recursos humanos, materiales y económicos, así como el cronograma y el plan de comunicaciones y difusión del proyecto; el método de evaluación de resultados, resultados, discusión y conclusiones.

**1. Diseño de una estrategia de mejora para el cumplimiento del proceso médico -
administrativo durante la estancia del paciente en el Hospital Universitario Clínica San
Rafael de Bogotá**

1.1 Planteamiento del problema

Según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social al cierre del año 2020 el 97,8% de la población se encontraba cubierta por el sistema de Salud. Dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se encuentran las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) las cuales a corte a julio del año 2021 suman 19.682 sedes en el Territorio Nacional (Sistema Integrado de Información de la Protección Social, 2021).

“La mayor cantidad de IPS se encuentran en Bogotá (15%), seguido de Antioquia (10,93) y Valle del Cauca (9.94%), mostrando su concentración de acuerdo con la mayor densidad poblacional y desarrollo urbano” (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2020, p.165).

El Hospital Universitario Clínica San Rafael, es una institución universitaria privada, prestadora de servicios de salud de IV Nivel de complejidad, con más de 84 años de experiencia que respaldan su excelente labor. Es considerada una de las instituciones de salud más importantes de la zona centro oriente de la ciudad de Bogotá (Steward Colombia, 2021, párr. 1).

Presta servicios quirúrgicos, servicios médicos de diferentes especialidades, tiene departamento de pediatría, unidades de cuidado crítico, unidades de cuidado intermedio, imágenes y laboratorio clínico.

Esta institución cuenta con un modelo de auditoría el cual se centra en la detección, corrección y seguimiento sistemático de la atención en salud en los componentes médicos y administrativos (De la Hoz, 2021, p.1). Por tal motivo, posee un área de auditoría de concurrencia

la cual se encuentra encargada de detectar desviaciones frente al comportamiento esperado durante la estancia hospitalaria de los pacientes y a su vez proponer las medidas correctivas y realizar seguimiento a las mismas (De la Hoz, 2021, p. 1). Esta auditoría concurrente debe garantizar que el paciente reciba el tratamiento pertinente, oportuno, con el uso racional de los servicios y bajo el cumplimiento de los estándares de atención de calidad en salud y la normatividad que los rige.

Se ha evidenciado dentro del área de auditoría concurrente que el personal asistencial no cumple a cabalidad con los procesos médico – administrativos establecidos, los cuales propenden por garantizar atención integral y uso racional de los servicios; dando como resultado estancias prolongadas de los pacientes, las cuales repercuten en su salud; y en los indicadores de giro- cama y el promedio de la estancia hospitalaria, que afectan directamente los ingresos financieros de la institución. Estos indicadores se encuentran de acuerdo con el informe de gestión para el año 2020 en 6,3 días para Giro – cama y de 5,5 días para el promedio de estancia hospitalaria. El cual debería ser menor a 5 días para los mismos (Steward Colombia, 2020, p. 18).

Igualmente, durante la auditoría concurrente se ha detectado falencia en los registros de medicamentos e interpretaciones de medios diagnósticos, los cuales posteriormente conducen a glosas dentro de la prestación del servicio de salud. Según el informe anual de gestión para el año 2020 las glosas en general corresponden al 10% de la facturación realizada durante el mismo año (\$195.999 millones) (Steward Colombia, 2020, p. 30).

Es importante resaltar que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deben centrar sus esfuerzos en el cumplimiento de indicadores de eficiencia y responsabilidad financiera; por tal motivo desde la experiencia profesional como auditoras en salud, se plantea diseñar una estrategia de mejora para el cumplimiento del proceso médico administrativo durante la estancia del paciente en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá; que permita la eficiencia

operativa con una adecuada prestación de servicios de salud. Este proyecto es innovador debido a que se utilizará la Metodología del Marco Lógico para su planteamiento y posteriormente se pretende elegir la mejor estrategia que permita al proceso de Auditoría Concurrente del Hospital Universitario Clínica San Rafael el mejoramiento de los indicadores de giro- cama y promedio de estancias hospitalarias; y que de manera indirecta se alcancen los objetivos institucionales mediante la generación de valor que logre mejorar la satisfacción de las necesidades de los pacientes manteniendo una óptima relación entre costos y resultados.

Enunciado lo anterior, se plantea la siguiente pregunta:

¿Qué estrategia de mejora permitirá el cumplimiento del proceso médico administrativo durante la estancia del paciente en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá y favorecerá la eficiencia operativa con una adecuada prestación de servicios de salud?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Diseñar una estrategia de mejora para el cumplimiento del proceso médico administrativo durante la estancia del paciente en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá; mediante la comparación de los datos previos y logrados después de su aplicación en un grupo de control; que permita la eficiencia operativa con una adecuada prestación de servicios de salud.

2.2 Objetivos específicos

Identificar las principales causales de tipo administrativo y/o asistencial que aumentan la estancia de los pacientes y generan glosa en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de

Bogotá, mediante la validación de los registros de la historia clínica y los hallazgos del área de auditoría concurrente de la institución.

Estructurar la estrategia de mejora para el cumplimiento del proceso médico administrativo durante la estancia del paciente, mediante el análisis de las causales identificadas que aumentan la estancia de los pacientes y generan glosa en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá.

Evaluar la efectividad de la estrategia de mejora diseñada para el cumplimiento del proceso médico administrativo por parte del personal asistencial, durante la estancia del paciente, a través del contraste de los resultados previos y posteriores aplicados en un grupo de control, utilizando como evidencia los registros de la historia clínica e indicadores de auditoría concurrente de la institución.

3. Descripción institucional

El Hospital Universitario Clínica San Rafael es una institución universitaria prestadora de servicios de salud de IV nivel de complejidad.

“Inició sus operaciones en el 1929 con el nombre de Hogar Clínica San Rafael. Entre 1986 y 1993, la institución cambió su nombre al actual” (Vivvasz Colombia, s.f, párr.1). Es considerada una de las instituciones de salud más importantes de la zona centro oriente de la ciudad de Bogotá (Steward Colombia, 2021, párr.1).

Cuenta con una capacidad instalada de 170 camas de hospitalización general, 10 camas de obstetricia, 59 camas de UCI Adultos, 10 camas de UCI pediátrica, 10 camas de UCI neonatal, 10 camas de cuidado intermedio, 17 camas de cuidado intermedio neonatal, 10 camas de cuidado básico neonatal, 12 quirófanos de mediana y alta complejidad, 58 consultorios ambulatorios, sales

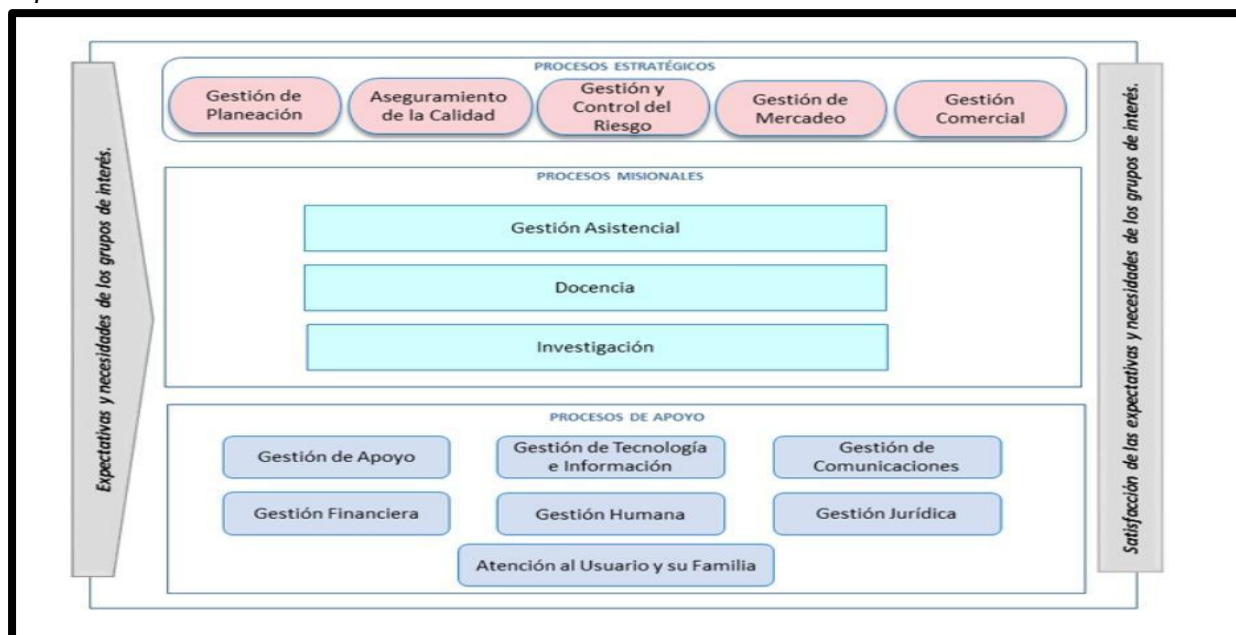
de rehabilitación cardíaca, física y ocupacional, unidad de laboratorio clínico, unidad de imágenes diagnósticas, banco de sangre y unidad transfusional.

Actualmente el Hospital Universitario Clínica San Rafael se encuentra aliado con Steward International, la cual es la red de atención médica dirigida por médicos más grande de los Estados Unidos. La red opera 38 hospitales en los Estados Unidos, Malta y Colombia (Steward Colombia, 2021).

Dentro de la misión institucional se encuentra el transformar vidas a través de la prestación de servicios de salud con calidad; y en su visión para el año 2023 quiere ser un hospital universitario acreditado en servicios de salud con un modelo de atención humanizado, innovador y reconocido por su nivel científico orientado a la excelencia; por tanto este proyecto se encuentra orientado al cumplimiento de su planeación estratégica, por lo que busca el mejoramiento del proceso administrativo; buscando la eficiencia operativa y una adecuada prestación de servicios de salud, lo que se traduce en alcanzar el trato humanizado y con calidad que lo lleve a la excelencia y el reconocimiento entre la red de hospitales de la ciudad de Bogotá.

El Hospital Universitario Clínica San Rafael cuenta con 3 tipos de procesos:

- Procesos estratégicos: Estos procesos definen los lineamientos de políticas o estrategias del Hospital.
- Procesos Misionales: Son los procesos con los cuales se cumple la misión del Hospital.
- Procesos de apoyo: Son aquellos que soportan los demás procesos, a través de la entrega de recursos.

Figura 1. *Procesos estratégicos, misionales y de apoyo del Hospital Universitario Clínica San Rafael*

Tomado de intranet Steward Colombia (2021).

En la tabla 1. Se puede identificar que en el área de Auditoría médica se encuentra ubicado el grupo de proceso estratégico y hace parte del proceso de gestión y control de riesgo.

Tabla 1. *Grupo de proceso estratégico del Hospital Universitario Clínica San Rafael*

Grupo de Procesos	Procesos
Estratégico	Gestión de Planeación
	Sistema de información para la calidad
	Mejoramiento Continuo
	Procesos – Documentación
	Habilitación
	Acreditación
	Salud Pública
	Control de Infecciones
	Auditoría Médica
	Riesgos
	Control Interno
	Control de Mercadeo
	Gestión Comercial

Nota: procesos estratégicos del Hospital Universitario Clínica San Rafael. Adaptado de área de control interno de la institución. (Moreno, E. s.f).

Teniendo en cuenta que el área de auditoría concurrente, se encuentra en el grupo de proceso estratégico; éste busca gestionar y controlar los riesgos asociados a la atención de la salud en sus componentes médico y administrativo; mediante la aplicación de la normatividad vigente y la detección de las desviaciones frente al proceso de atención; en pro de la calidad de la atención y la garantía hacia el paciente de brindar un tratamiento oportuno, integral enfocado hacia la seguridad del mismo. El proyecto pretende aportar mediante el diseño de una estrategia de mejora en el proceso médico administrativo, por tanto; va a contribuir con la gestión y control del riesgo en la institución.

4. Revisión técnica de la propuesta

El área de auditoría concurrente se encuentra dentro de los procesos estratégicos del Hospital Universitario Clínica San Rafael; durante la auditoría que se realiza se ha evidenciado que el personal asistencial no cumple a cabalidad con los procesos médico – administrativos establecidos, los cuales propenden por garantizar atención integral y uso racional de los servicios; dando como resultado estancias prolongadas de los pacientes, las cuales repercuten en su salud; y en los indicadores de giro- cama y el promedio de la estancia hospitalaria, que afectan directamente los ingresos financieros de la institución. Por otra parte, también se han detectado falencias en los registros de medicamentos e interpretaciones de medios diagnósticos, los cuales posteriormente conducen a glosas dentro de la prestación del servicio de salud. Estas falencias son las más recurrentes y desde la oficina de auditoría concurrente la gestora y su equipo de trabajo ha realizado diferentes intervenciones dentro de las cuales se encuentran: seguimiento diario, retroalimentación al personal médico y asistencial; sin la obtención de resultados óptimos; por tanto, surge este proyecto como una propuesta que permita elegir la mejor alternativa y que esta contribuya con el

mejoramiento continuo de la prestación del servicio hospitalario y que a su vez aporte en el cumplimiento de las estrategias y políticas de la institución.

Un adecuado enfoque para el manejo de las falencias detectadas durante la auditoría concurrente permitirá en el corto, mediano y largo plazo impactar en la salud del paciente, permitiendo un alta temprana; una adecuada administración de los recursos técnicos, humanos y de infraestructura; y por consiguiente se verá reflejado en la mejora de los ingresos financieros de la institución.

5. Marco referencial

5.1 Marco conceptual

El proceso médico – administrativo para poder entenderse debe separarse en dos términos; el proceso médico el cual se encuentra centrado en la atención médica, lo cual hace referencia a todos los aspectos referidos a la atención del paciente; para la recuperación de su salud, aplicando el método científico a la práctica clínica; es la garantía de que el paciente va a recibir el tratamiento con pertinencia médica y por parte de personal idóneo, mediante el cumplimiento de las guías de práctica clínica de la institución.

El proceso administrativo fue detallado por Henry Fayol quién desarrolló 4 etapas para un proceso administrativo eficiente y correcto; las cuales son: planeación, organización, ejecución y control. Mediante el proceso administrativo se busca que la organización alcance sus fines, de manera eficiente, eficaz y efectiva (Equipo Editorial Etecé, 2022)

El autor Idalberto Chiavenato (2004, p.21). Indica que la administración es el “proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr los objetivos organizacionales.”

De acuerdo con lo anterior; el proceso médico administrativo busca garantizar la atención integral del paciente mediante la evaluación adecuada y oportuna de la pertinencia médica, centrada en la seguridad del paciente, garantizando la calidad de la atención en salud por parte de los profesionales de la salud, de manera que se optimice el talento humano mediante el uso de racional de los servicios de salud y que esto se traduzca en la eficiencia operativa y financiera de la institución que permita el alcance de los objetivos organizacionales.

Por otra parte, según Francisco Álvarez, (2015) la auditoría en salud es definida como un proceso de evaluación continuo, sistemático y objetivo de la atención médica con base en el análisis crítico y objetivo de la historia clínica. La finalidad principal de este tipo de auditoría es monitorizar, controlar y mejorar la calidad de la atención en salud, contribuyendo de manera continua a la educación de los profesionales de la salud (p.183).

Dentro del área de la salud existen varios tipos de auditoría, sin embargo, para este proyecto es necesario entender qué es la auditoría concurrente.

La auditoría concurrente realiza un seguimiento estricto a la calidad de la prestación de los servicios de salud a pacientes internados en el mismo lugar de la hospitalización; en tiempo real, su principal objetivo es vigilar y propender por el cumplimiento de la calidad en la atención al paciente y la racionalidad en el costo de la prestación del servicio (Aplisalud, 2020, párr.1).

Al realizar la auditoría concurrente en el Hospital Universitario Clínica San Rafael se busca detectar las desviaciones de la atención en salud, que prolongan la estancia hospitalaria y que pueden llegar a causar eventos adversos asociados a la atención en los pacientes. Con el fin de proponer soluciones e instaurar medidas correctivas que permitan evitar las glosas y la no racionalidad del uso de los servicios. Su finalidad primordial es propender por agilizar y optimizar

la atención en salud, con un tratamiento oportuno, pertinente, con calidad y enfocado a la seguridad del paciente.

La auditoría en salud y por ende la auditoría concurrente se encuentra ligada a la calidad de la atención en salud; la cual es entendida 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” (Decreto 1011, 2006, p. 2).

El promedio de la estancia hospitalaria en los pacientes es utilizado como un indicador de eficiencia, dado que muestra el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados (Jiménez, 2004).

Una estancia hospitalaria prolongada se puede considerar como un indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes. Además, existe una relación directa entre la prolongación de la estancia y la disponibilidad de camas, la cual se traduce en el aumento de los costos de la atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad (González, et ál., 2009).

Teniendo en cuenta lo anterior, la auditoría concurrente propende por analizar las estancias prolongadas; donde se valida si ésta es pertinente o si está asociada a fallas en la prestación de servicios de salud según los atributos de calidad, oportunidad y uso racional de los servicios; con el fin de brindar una solución en conjunto con las áreas involucradas.

Para el proyecto que da origen al diseño de una estrategia de mejora para el cumplimiento del proceso médico administrativo durante la estancia del paciente en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá; que permita la eficiencia operativa con una adecuada prestación de servicios de salud, se utilizará la metodología del marco lógico; esta metodología según Ortegón, et ál., (2005) contempla el análisis de los involucrados, análisis del problema, jerarquía de

objetivos y selección de una estrategia de implementación óptima; el producto de esta metodología analítica es la matriz (el marco lógico), la cual resume lo que el proyecto pretende hacer y cómo (p.15).

La Comisión Europea (2001), define al marco lógico como un instrumento que sirve para la estructuración sistemática y lógica de un proyecto o programa, que permite mejorar una situación afectada por una problemática la cual busca ser solucionada (p.8)

Esta metodología tiene 2 etapas. La primera es la identificación del problema donde se realiza un análisis de la situación actual versus la situación deseada dentro del Hospital Universitario Clínica San Rafael, mediante el uso de estrategias que permitan el logro de los objetivos propuestos. La segunda etapa es la de planeación, donde se definen las actividades y los recursos que se requieren para la ejecución del proyecto (Moncayo y Chaves, 2021, p. 33).

5.2 Marco legal

Para efectos de este proyecto se realizó la revisión de las normas que reglamentan el ejercicio de la profesión de enfermería y medicina, del manejo de la historia clínica, calidad en salud y glosas y devoluciones.

Tabla 2. Normatividad vigente

Norma	Objeto de la Norma	Correlación con el proyecto
Resolución 1995 de 1999	Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.	Dentro de las características de la historia clínica se encuentra la racionalidad científica y la oportunidad las cuales se encuentran inherentes al proyecto, por tanto, se describe su definición a continuación:
		Racionalidad científica en este caso esta racionalidad se entiende como: la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo
		Oportunidad: el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.
		Artículo 4. Obligatoriedad del registro. Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.
Resolución 1995 de 1999	Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.	Artículo 11. Anexos Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención.
		Parágrafo primero: Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.
		Parágrafo segundo: en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.
		Artículo 14. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: 1) El usuario. 2) El Equipo de Salud. 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos

Norma	Objeto de la Norma	Correlación con el proyecto
		en la Ley. 4) Las demás personas determinadas en la ley.
		Capítulo V responsabilidad del profesional de enfermería con los registros de enfermería
		Artículo 35. Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.
Ley 911 de 2004	Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.	Artículo 38. El profesional de enfermería diligenciará los registros de enfermería de la historia clínica en forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco y sin utilizar siglas, distintas a las internacionalmente aprobadas... Cada anotación debe llevar la fecha y la hora de realización, el nombre completo, la firma y el registro profesional del responsable.
Ley 35 de 1929	Por la cual se reglamenta el ejercicio de la Profesión de Medicina en Colombia	Artículo 2. Para los efectos legales se entiende por ejercicio de la medicina: Diagnosticar, instituir tratamientos, prescribir drogas o verificar operaciones quirúrgicas para cualquier enfermedad, dolor, daño, accidente o deformidad física; y se refuta como médico al individuo que ejerza profesionalmente cualquiera de tales actos, siempre que posea el título que le acredite su idoneidad.
		Artículo 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.
Ley 23 de 1981	Por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica	Artículo 33. Las prescripciones médicas se harán por escrito, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.
		Artículo 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.
Resolución 13437 de 1991	Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.	Artículo 1. Punto 5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
Decreto número	Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.	De la prescripción de los medicamentos

Norma	Objeto de la Norma	Correlación con el proyecto
Norma 2200 de 2005		Artículo 16. Características de la prescripción. Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico) y cumpliendo los requisitos... Artículo 17. Contenido de la prescripción. La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, 14 puntos mencionados en la norma.
Resolución 4331 de 2012	Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009.	Artículo 1. Modifíquese el Formato Único de Autorización de Servicios de Salud, definido en el Anexo Técnico No. 4 de la Resolución 3047 de 2008, el cual quedará tal como se señala en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución. Artículo 2. Modifíquese el artículo 10 de la Resolución 3047 de 2008, modificado por el artículo 2° de la Resolución 416 de 2009, el cual quedará así: Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios electivos las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, la respuesta positiva o negativa. Artículo 4. Modifíquese el artículo 12 de la Resolución 3047 de 2008, el cual quedará así: Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos - CUM -, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente - Consecutivo - ATC.
Resolución 4331 de 2012	Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009.	Artículo 10. Las autorizaciones de servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud tendrán una vigencia no menor de dos (2) meses, contado a partir de su fecha de emisión. Artículo 11. Las entidades responsables del pago de servicios y los prestadores de servicios de salud, deberán publicar obligatoriamente en cada punto de atención, avisos tipo cartel o similares, información relacionada con los diferentes trámites que han sido objeto de simplificación.
Ley Estatutaria 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Norma	Objeto de la Norma	Correlación con el proyecto
Ley Estatutaria 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Artículo 4. Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento, controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y la materialización del derecho fundamental de la salud. Artículo 6. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: Disponibilidad, Aceptabilidad. Accesibilidad. Calidad e idoneidad profesional. Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.
		Artículo 19. Política para el manejo de la información en salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones.
		Artículo 1. Campo de Aplicación. 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.
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Artículo 3. Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario. Deberá cumplir con las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad. Artículo 4. Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes: 1. El Sistema Único de Habilitación. 2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. 3. El Sistema Único de Acreditación. 4. El Sistema de Información para la Calidad.

Norma	Objeto de la Norma	Correlación con el proyecto
		Artículo 6. 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. Artículo 32. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Artículo 41. Sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Artículo 45. Sistema de Información Para La Calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB.

Tomado de las normas de referencia a la fecha (1929-2022).

5.3 Estado del arte

Durante la revisión bibliográfica se encontraron dos artículos que aplican la Metodología del Marco Lógico en el campo de la salud y otro documento creado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el cual es un Manual para diseño de proyectos en Salud; estos son expuestos a continuación:

El artículo denominado “Continuous quality improvement in a Maltese hospital using logical framework analysis” que traducido al español significa “Mejora continua de la calidad en un hospital Maltés utilizando análisis de marco lógico” presenta la aplicación del marco lógico en un estudio de casos múltiples, los cuales fueron llevados a cabo en tres unidades hospitalarias en el año 2011: la unidad de cuidados intensivos (UCI), la sala de cirugía y la unidad psiquiátrica de pacientes hospitalizados agudos. Estos estudios abordaron la gestión de camas, gestión del flujo de pacientes y la seguridad de los pacientes (Buttigieg, et ál., 2016).

Utilizaron la Metodología del Marco Lógico en 5 pasos, con el fin de resolver de manera integral los problemas de calidad en las organizaciones sanitarias. El primer paso fue identificar el área o proceso a estudiar, el segundo paso fue el desarrollo del árbol del problema, el tercer paso consistía en desarrollar el árbol de objetivos, luego en el cuarto paso formularon la matriz del marco lógico y por último se realizó la planificación, implementación y puesta en marcha del proyecto de mejora de la calidad. Siempre se tuvo en cuenta la participación de las partes interesadas por medio de grupos focales y entrevistas con el fin de tener un análisis más detallado de la problemática a tratar en cada área de estudio.

Para el estudio de caso de la Unidad de Cuidados intensivos con las medidas tomadas para la disminución de infecciones resultó ser tan efectiva que lograron ganar un premio a la excelencia.

Por otra parte, para la sala de cirugía consiguieron disminuir el promedio de estancia de 6.4 a 5 días y tuvieron una reducción de las tasas de infección del período 2010 – 2012 a 2013-2015 (0,24 por 1.000 días cama ocupados a 0,13, respectivamente) (Buttigieg, et ál., 2016).

En cuanto a la sala de psiquiatría muestran una reducción del promedio de la estadía durante un periodo de 5 años; el cual para 2010 fue de 14.4 días mientras que en el año 2014 bajo

a 11.8 días. La mejor gestión de camas dio como resultado que los pacientes pasaran en promedio dos días menos por admisión (Buttigieg, et ál., 2016).

El documento concluye que la Metodología del Marco Lógico permite identificar las causas fundamentales de cualquier problema operativo y las vincula con la planificación y los objetivos estratégicos de la institución; la investigación muestra que en los tres casos de estudio la aplicación de la metodología dentro de un hospital fue exitosa e indica que sin la participación amplia de las partes interesadas dentro del proyecto las mejoras no habrían sido posibles.

También menciona que el marco lógico es versátil y facilita desarrollar una matriz lógica de acuerdo con cada necesidad; y es única para cada entorno que se aborde. Y que, aunque el marco lógico se ha utilizado ampliamente para el desarrollo de proyectos para obtener fondos de los bancos de desarrollo, su aplicación en la mejora de la calidad dentro de los proyectos de atención médica es escasa (Buttigieg, et ál., 2016).

“Managing healthcare performance in analytical framework” es un artículo investigativo del año 2008 que desarrolla un marco de gestión de desempeño para los servicios de atención médica utilizando un proceso de jerarquía analítica combinado por sus siglas en inglés (AHP) y el marco lógico (Dey, et ál., 2008).

El marco propuesto se aplicó a tres unidades de cuidado intensivo de tres hospitales en países de desarrollo (Barbados, Trinidad e India). Esta investigación al igual que la anterior llevó a cabo numerosos grupos focales de las partes interesadas para comprender en profundidad los servicios investigados (Dey, et ál., 2008, p. 447).

Con el AHP buscan analizar el desempeño de un sistema de salud específico al compararlo con otros sistemas considerando múltiples factores a través de un enfoque de toma de decisiones en grupo y el marco lógico ayudó a planificar, implementar y evaluar medidas de mejora.

Dentro del resultado del análisis encontraron que los involucrados consideraron “la morbilidad de un paciente como una ocurrencia adversa del paciente que resulta de una estadía prolongada en la UCI/hospital, una discapacidad causada durante la estadía en el hospital y/o después del alta. La morbilidad es un factor importante en la evaluación de la calidad de una UCI, porque una UCI con un desempeño deficiente puede mostrar una mayor morbilidad de los pacientes, incluso si la mortalidad puede estar dentro de los estándares esperados” (Dey, et ál., 2008, p. 453).

Después de haber realizado el análisis de desempeño de las unidades de cuidado intensivo, se procedió a planificar, implementar y evaluar medidas de mejora mediante la Metodología del Marco Lógico; donde propusieron programas de capacitación para médicos, enfermeras y personal de apoyo, desarrollo de una red de comunicación mediante tecnologías de la información que permitiera establecer el protocolo de admisión y alta; al igual que administrar la cadena de suministro de manera efectiva (Dey, et ál., 2008, p. 457).

La investigación concluye que el enfoque AHP proporciona un marco jerárquico cuantitativo para la medición del desempeño y el marco lógico ayuda a formular proyectos para garantizar un desempeño superior (Dey, et ál., 2008, p. 464).

El documento denominado “Manual para el Diseño de proyectos de salud” estructura una parte conceptual basada en el marco lógico y la otra parte metodológica para contextualizar los diferentes procesos, momentos e instrumentos desarrollados para diseñar un proyecto.

Describe la Metodología del Marco Lógico a partir de una necesidad o un problema identificado, para desarrollar una intervención ya sea a través de un programa, proyecto o plan, en búsqueda de facilitar su implementación, seguimiento y evaluación en el ámbito de salud pública. Dentro de los conceptos que resaltan es la “gestión integral” un proceso que comprende los

diferentes momentos o fases interrelacionados: diseño, ejecución, evaluación (Hidalgo y Rosemberg, s.f, p.1).

Documenta dos etapas para el diseño de proyectos con ML; etapa analítica que se encuentra centrada en el análisis del problema y la etapa de planificación precisando la intervención a partir del análisis previo. Posteriormente describe la matriz de marco lógico como instrumento para desarrollar cuatro elementos para facilitar el proceso de planificación del proyecto y generar un árbol de problemas y un árbol de objetivos, como herramientas para desarrollar objetivos y una planificación del programa (Hidalgo y Rosemberg, s.f, p.2).

En conclusión, presenta el manual como una herramienta dinámica para diseñar, ejecutar y evaluar proyectos dentro del marco lógico; adaptable al contexto y las diferentes condiciones particulares para ser aplicado. Por tanto, se consideró importante para tomarlo como instrumento para llevar a cabo este proyecto.

Por otra parte, se encontraron investigaciones afines a este proyecto las cuales se muestran a continuación:

El trabajo denominado “Modelos de gestión en instituciones hospitalarias” describe un diseño de investigación documental del modelo de la nueva gestión pública del Centro Latinoamericano de Desarrollo (CLAD); demostrando el papel del Estado en ser el formulador y financiador de políticas públicas, con el sector privado la ejecución de servicios públicos en cuanto a salud y educación básica (Perea y Rojas, 2019).

El planteamiento del nuevo modelo gerencial se enfoca en las transformaciones organizacionales ocurridas en el sector privado, cambiando la forma burocrático-piramidal de administración, flexibilizando la gestión y autonomía a los gerentes, pasando de una estructura

basada en normas centralizadas a otra sustentada en la responsabilidad de los administradores avalados por su gestión (Perea y Rojas, 2019, p.11).

En busca de una racionalidad económica ejerce un control basado en los resultados del desempeño medidos en función de los principios de eficacia, eficiencia y efectividad, y bajo un sistema de evaluación y control de la gestión pública del ciclo gerencial PHVA.

Por lo que concluye que, independientemente del modelo de gestión, se precisará de principios de calidad aplicados a la gestión moderna que les permitan a las instituciones hospitalarias tener una visión a largo plazo de su estrategia a través de procesos vinculados al cliente y aumento del valor agregado asistencial (Perea y Rojas, 2019, p.11).

Basados en el proyecto de grado “proyecto de grado plan de mejora giro cama: un pilar en la gerencia hospitalaria” pretendiendo optimizar el indicador giro cama en un tercer nivel de atención oncológica (CIOSAD), enfocados en incrementar el número de egresos e incentivar las altas tempranas, implementando la oportunidad del apoyo diagnóstico y terapéutico (Duque, et ál., 2020).

Describe en cuerpo de trabajo la intervención realizada en el Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego CIOSAD S.A.S. para fortalecer el convenio institucional y de los aseguradores, generar un convenio institucional con radiología y adquisición de concentradores de oxígeno institucionales.

“Por lo tanto, al evaluar los indicadores de calidad, se genera un impacto en la gerencia del riesgo, ya que se interviene el comportamiento de la tasa de eventos adversos y la tasa de infecciones intrahospitalarias” (Duque, et ál., 2020, p.66).

Concluye con la finalidad de la revista médica interdisciplinaria para resolutiveidad de la conducta médica y su consecuente direccionamiento a la estancia más adecuada para su ejecución.

Además de la eficiencia de auditoría de pertinencia de estancia hospitalaria en tercer nivel de complejidad (Duque, et ál., 2020, p.64).

Sustentados en el proyecto de grado “ Caracterización del impacto del indicador Giro Cama en la Calidad de las Entidades del Sector Salud en Latinoamérica” mediante el análisis de la calidad en el sector salud en Colombia y países de Latinoamérica, buscando respuesta a la problemática relacionada con la baja eficiencia hospitalaria, las variables que más influyen en el indicador giro cama son la estructura y capacidad instalada, así como condiciones sociodemográficas, los recursos tecnológicos, la estancia hospitalaria prolongada, la saturación de los servicios de urgencias, la eficiencia hospitalaria- indicadores de desempeño y la red de atención y transferencia de pacientes a otros servicios (Mendoza, et ál., 2019).

Determinó que las variables con mayor nivel de influencia en el indicador giro cama y que influyen en los procesos de calidad de la atención en salud, mediante priorización y categorización, fueron la eficiencia hospitalaria-indicadores de desempeño en un 30,43%, seguido de la estancia hospitalaria prolongada en un 21,73%, pero a su vez podemos encontrar a las condiciones sociodemográficas en un 13,4% seguida de la estructura y capacidad instalada de las instituciones en un 13,04% (Mendoza, et ál., 2019).

Mediante un análisis comparativo referenciación bibliográfica de Colombia respecto a países de Latinoamérica mostró atraso en la tasa de cobertura hospitalaria en comparación con otros países de Latinoamérica y en la falta de análisis de la situación actual, generando el aumento de los riesgos en la atención (Mendoza, et ál., 2019).

Soportados en la monografía “Modelos de Gestión Hospitalaria y su Influencia en la Calidad de Atención al usuario del Servicio de Salud: Revisión Sistemática Rápida de la literatura” teniendo en cuenta el modelo, los factores, atributos, componentes, y afectación al proveedor de

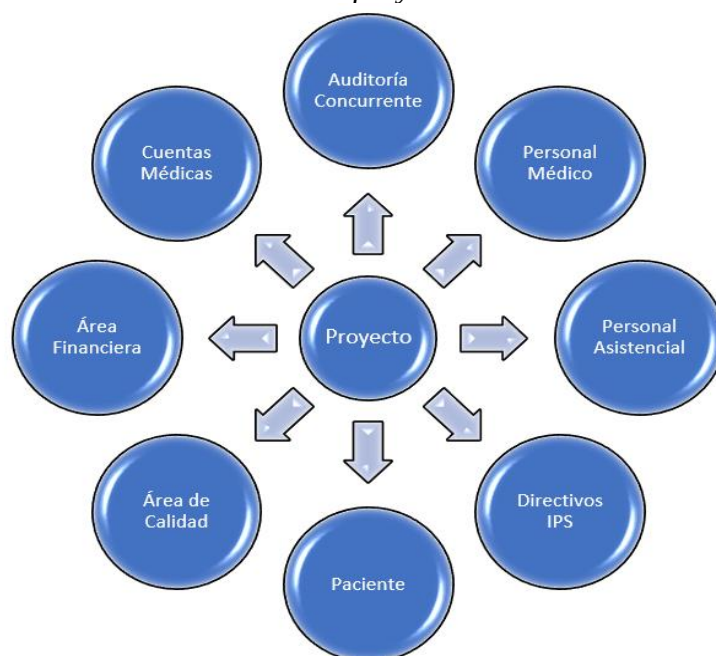
la salud y al usuario o receptor de la salud, con lo que se identificó que no existe homogeneidad en los modelos reportados y registraron dificultades y obstáculos a la hora de su implementación en el sistema de salud donde fueron aplicados o concebidos.

La mayoría de modelos de gestión en salud, revisados en esta investigación, tienen una connotación económica o social y presentan múltiples barreras que pueden ser detectadas por el profesional de la salud, el paciente y su familia, pero no reportadas por el mismo sistema. Además, se orientan a garantizar de alguna manera la atención en salud para satisfacer al usuario, pero, algunos modelos mostraron dificultades en términos de factores del propio sistema de salud para su implementación. Sopena de fallos como falta de protocolos, procesos y procedimientos bien establecidos, además de las políticas de seguridad del paciente instauradas (Díaz, 2021, p.177).

Concluye que los modelos de gestión hospitalaria influyen positiva o negativamente la satisfacción del usuario y la calidad percibida depende de múltiples factores como la rapidez en la atención, la reducción o incremento en los trámites administrativos, la preparación académica del profesional de salud que le atiende, y la distribución presupuestal para la contratación de los servicios de salud (Díaz, 2021, p.178).

6. Análisis de Interesados -Involucrados

Inicialmente se realiza la identificación de los principales interesados del proyecto en la figura 2. Que se tiene influencia en el proceso medico administrativo.

Figura 2. Identificación de los interesados del proyecto

Dentro de los interesados que se lograron identificar para el proyecto; se evidenció al paciente, diferentes áreas del Hospital Universitario Clínica San Rafael incluyendo los directivos y el personal médico y asistencial. Este análisis fue llevado a cabo en conjunto con la gestora de la Oficina de Auditoría concurrente.

En la tabla 3 se muestra los interesados del proyecto los cuales serán afectados o que pueden influir en el mismo de manera positiva o negativa; también se evaluó su fuerza en una escala del 1 al 10 donde 10 indica el mayor grado de importancia del interesado para el proyecto y el 1 indica el menor grado de importancia del interesado para el proyecto.

Tabla 3. Interesados del proyecto, necesidades y/o expectativas e influencia.

Número	Interesados/Área y/o Cargo	Necesidad o expectativa	Influencia (Positiva/Negativa)	Fuerza
1	Auditoría Concurrente	Disminución de la incidencia de errores u omisiones por parte del personal médico – asistencial durante la realización de la auditoría concurrente. Disminución de las desviaciones durante la atención en salud.	Positiva	10

Número	Interesados/Área y/o Cargo	Necesidad o expectativa	Influencia (Positiva/Negativa)	Fuerza
		Mejoramiento continuo de la calidad del diligenciamiento de la historia clínica. Manejo eficiente del talento humano que realiza la auditoría centrándose en otras problemáticas no prevenibles.		
2	Personal Médico	Disminución de la incidencia de errores u omisiones por parte del personal médico. Evitar reprocesos causados por errores u omisiones. Disminución de la no racionalidad durante la atención. Manejo eficiente del tiempo y del talento humano. Mejoramiento de los tiempos durante la atención. Disminución de los llamados de atención. Mejoramiento de conocimientos y competencias. Aumento de la motivación laboral.	Positiva	8
3	Personal Asistencial	Disminución de la incidencia de errores u omisiones por parte del personal asistencial. Evitar reprocesos causados por errores u omisiones. Manejo eficiente del tiempo y del talento humano. Mejoramiento de los tiempos durante la atención. Disminución de los llamados de atención. Mejoramiento de conocimientos y competencias. Aumento de la motivación laboral.	Positiva	7
4	Paciente	Atención efectiva y pertinente para el manejo de su estado de salud. Disminución de la estancia hospitalaria. Disminución de la ocurrencia de eventos adversos asociados a la atención en salud. Satisfacción del paciente.	Positiva	7
5	Cuentas Médicas	Disminución de glosa causada por errores u omisiones por parte del personal médico – asistencial. Manejo eficiente del talento humano en otras problemáticas técnicas.	Positiva	8
6	Área de Calidad	Mejoramiento continuo de la calidad del diligenciamiento de la historia clínica. Mejoramiento de la calidad durante la prestación de servicios de salud. Mejoramiento de los indicadores de calidad.	Positiva	6
7	Área Financiera	Optimización de procesos asistenciales e indicadores de calidad. Mejoramiento del recaudo. Mejoramiento del flujo de recursos.	Positiva	7

Número	Interesados/Área y/o Cargo	Necesidad o expectativa	Influencia (Positiva/Negativa)	Fuerza
8	Directivos IPS	Eficiencia en la prestación de servicios de salud. Mejoramiento del flujo de los recursos financieros. Cumplimiento de indicadores de las diferentes áreas de la institución.	Positiva	9

Nota: relaciona los interesados del proyecto con sus respectivas necesidades y/o expectativas y si su influencia es positiva o negativa para el proyecto, además de mostrar su fuerza.

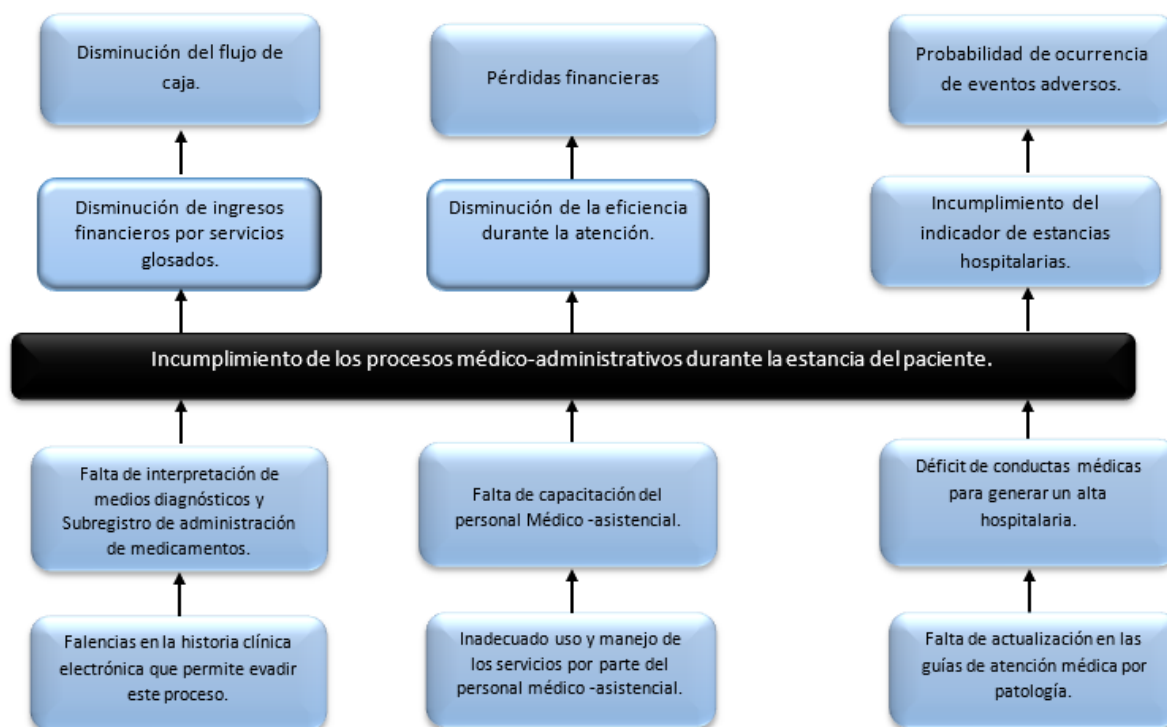
7. Análisis del problema

Para la realización del análisis del problema, se utilizó la técnica de tormenta de ideas; con el fin de identificar el problema que se desea intervenir, así como sus causas y efectos. Todo esto desde la perspectiva del área de desempeño el cual es en Auditoría concurrente dentro de la institución.

Una vez definido el problema; se elabora el respectivo análisis del problema identificado, sus causas y efectos, y finalmente se construye el árbol del problema.

7.1 Modelo Árbol del Problema

En la siguiente figura 3 se muestra el árbol del problema planteado luego de la tormenta de ideas.

Figura 3. Árbol del Problema

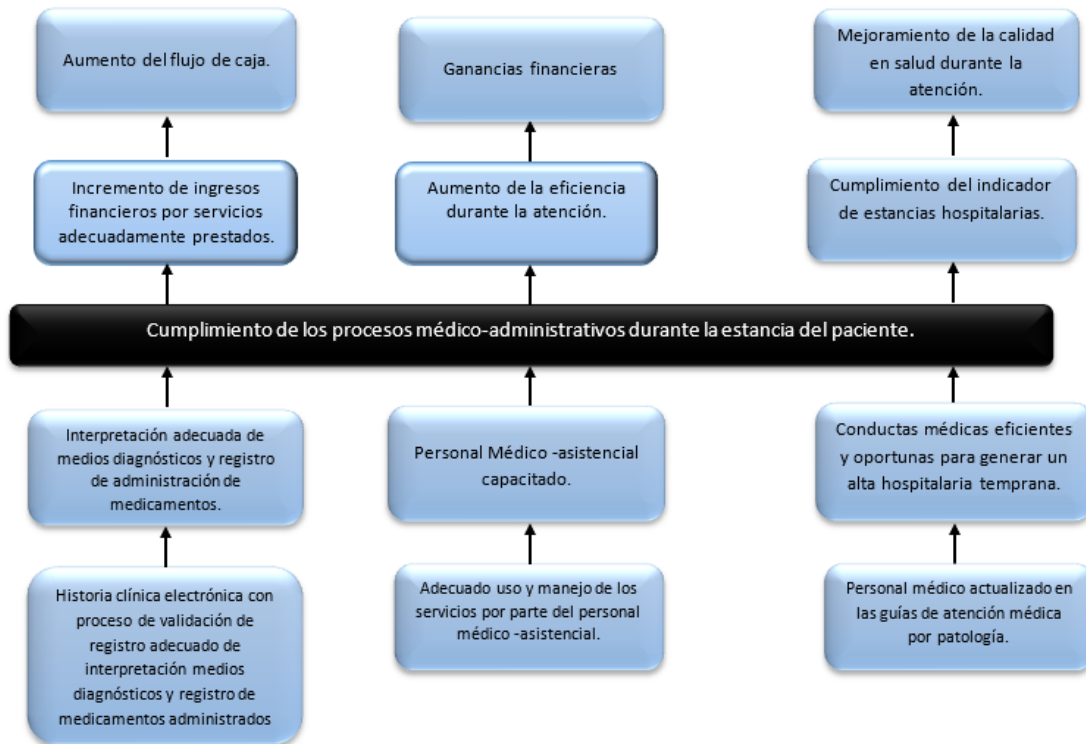
En el tronco del Árbol del Problema se establece la problemática central la cual es el incumplimiento de los procesos médico – administrativos durante la estancia hospitalaria del paciente. En la parte inferior se identifican las causas (raíces del árbol) que generan el problema descrito en el tronco del árbol; los cuales son falencias durante los registros en la historia clínica electrónica que permiten realizar una inadecuada interpretación de medios diagnósticos por parte del personal médico y evadir el registro correcto de los medicamentos administrados por parte del personal asistencial; también se logró establecer un inadecuado uso y manejo de los servicios médicos por la falta de capacitación del personal médico -asistencial. Además de evidenciarse que la falta de actualización en las diferentes guías de atención médica genera un déficit en conductas médicas que permitan un alta hospitalaria temprana. En la parte superior se muestra el efecto principal (ramas del árbol) los cuales tiene que ver con disminución del flujo de caja, pérdidas financieras para la institución y probabilidades de ocurrencia de eventos adversos; todos estos

efectos son el resultado de la disminución de ingresos financieros por servicios glosados (aumento en el valor de las glosas), disminución de la eficiencia durante la atención y el incumplimiento del indicador de estancia hospitalaria que también está relacionado con el indicador de giro – cama.

8. Análisis de objetivos

Con el análisis de los objetivos se busca describir la situación futura o deseada una vez se resuelva el problema. En este caso se retoman los estados negativos del árbol del problema planteado en el punto anterior, y se expresa en soluciones en forma de estados positivos. Por tanto, el problema central se transforma en el objetivo principal del proyecto (Ortegón, et ál., 2005, p. 17). En la figura 4 se puede observar el árbol de objetivos.

Figura 4. Árbol de objetivos.

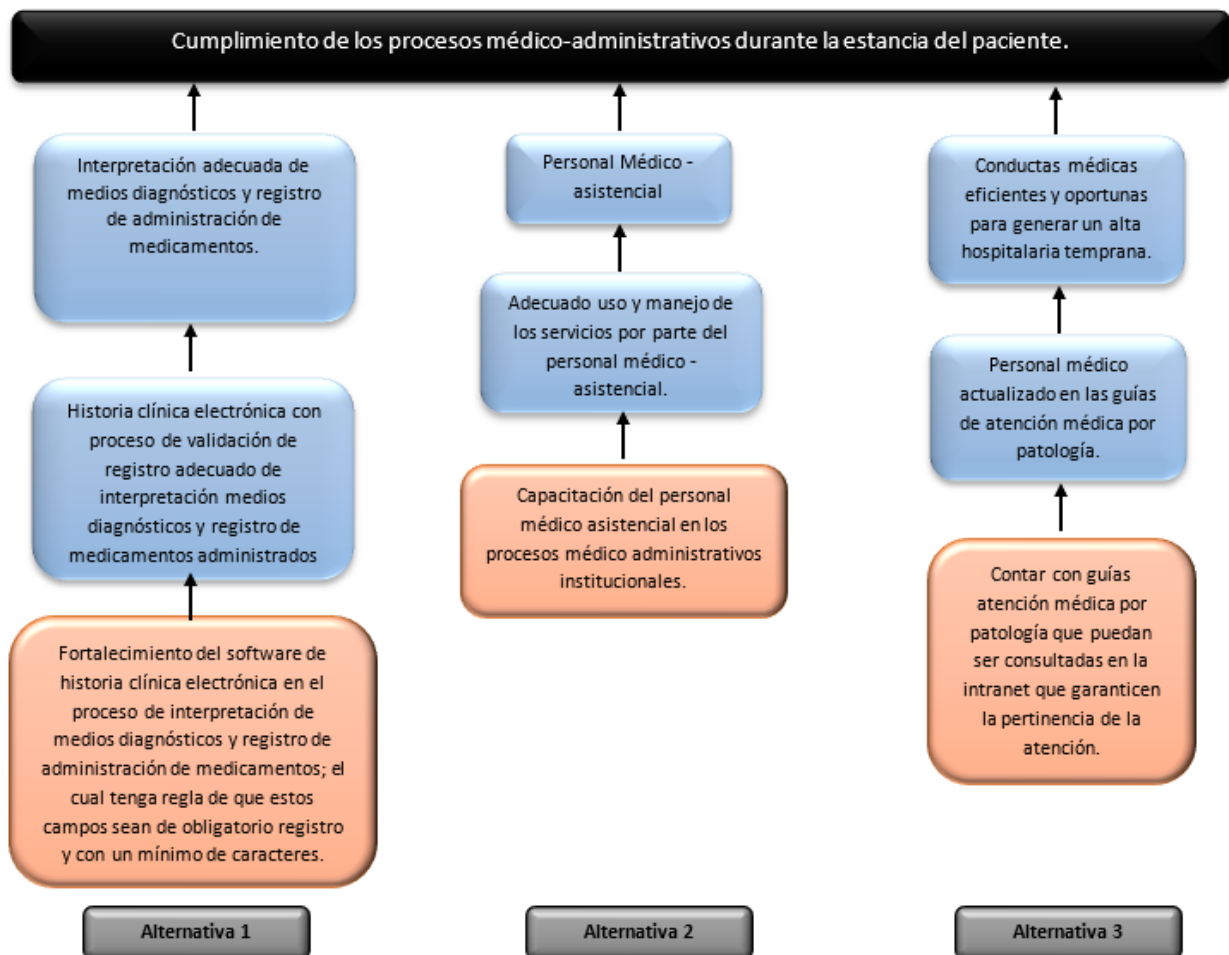


9. Análisis de Alternativas

9.1 Identificación de alternativas

Teniendo en cuenta el árbol del problema y del árbol de objetivos planteado en los puntos anteriores; se procede a identificar las posibles alternativas de solución que potencialmente conducirá al logro de los objetivos identificados. Para la identificación de alternativas se construye un árbol de acciones ver figura 5.

Figura 5. *Árbol de acciones*



Una vez formuladas las respectivas acciones para la solución del problema; se analiza cuáles son complementarias, excluyentes y cuales se encuentran fuera del dominio del proyecto. Luego de realizado este análisis, se sugieren las siguientes alternativas de solución:

- *Alternativa 1:* Fortalecimiento del software de historia clínica electrónica en el proceso de interpretación de medios diagnósticos y registro de administración de medicamentos; el cual tenga como regla que estos campos sean de obligatorio registro y con un mínimo de caracteres.
- *Alternativa 2:* Capacitación del personal médico asistencial en los procesos médico - administrativos institucionales.
- *Alternativa 3:* Guías de atención médica actualizadas por patología para consulta en la intranet.

9.2 Evaluación de alternativas

Para efectos de la evaluación de alternativas se utilizó la evaluación Ex ante donde se consideraron diferentes criterios de las consultas de fuentes primarias e informes del Hospital Universitario Clínica San Rafael. Esto permite validar el impacto y si éstas se encuentran coherentes con lo planteado en el árbol del problema. También permite identificar la factibilidad y pertinencia de las soluciones planteadas que garantice un uso eficiente de los recursos asignados.

Alternativa 1. Se establece que ésta se relaciona con los desarrollos y/o proyectos que planea o ejecuta el Hospital Universitario Clínica San Rafael en cuanto a la tecnología informática.

9.2.1 Tecnología Informática

Para el año 2020 se desarrollaron aplicaciones que facilitaron el mejoramiento de los procesos y los mecanismos de información para los pacientes y sus familias.

Sin embargo, no se tiene claridad si se encuentran realizando mejoras o desarrollo de nuevos requisitos en cuanto a la historia clínica electrónica con respecto a su adecuado diligenciamiento que permita una mejora en la calidad de los registros y por ende contribuya a disminuir las posibles glosas atribuidas a las falencias en los mismos.

Alternativa 2. Se encuentra directamente relacionada con la rotación del personal y la formación y capacitación del mismo, así como las comunicaciones.

9.2.2 Rotación de personal

De acuerdo con el informe anual de gestión para el año 2020 donde indican que el Hospital Universitario Clínica San Rafael generó nuevas alianzas con varias fuentes de empleo para reclutar personal por ocasión a la contingencia Covid-19. Durante el año 2020 se registraron 352 retiros de personas. Los principales motivos de retiro fueron los siguientes:

Tabla 4. *Motivos del retiro de personal Hospital Universitario Clínica San Rafael año 2020*

Motivo Retiro	Cantidad
Decisión de la empresa	40
Finalización del contrato	40
Muerte del trabajador	2
Voluntario	270
Total, General	352

Adaptado de informe de gestión Steward Colombia (2020).

Para el año 2020 con corte hasta el mes de noviembre, se registraron un total de 313 retiros voluntarios, lo que indica un aumento de aproximadamente un 15,93% de renunciaciones con respecto al año anterior; el cual presentaba 270 renunciaciones voluntarias.

En cuanto a la contratación de personal para el año 2020 el informe indica que se contrataron 421 profesionales de la salud para el área asistencial (Steward, 2020, p. 47).

La rotación del personal ocasiona dificultades para el adecuado desarrollo de la atención en salud de manera efectiva. Esto también puede conllevar a un aumento de las jornadas laborales para afrontar los puestos vacantes, lo que lleva al agotamiento y disminución de la calidad de la atención; además del tiempo que se requiere para una adecuada curva de aprendizaje para el talento humano nuevo que ingresa a la institución. Este tipo de situaciones puede ocasionar la falta de cumplimiento de los procesos médico administrativos durante la estancia hospitalaria del paciente.

9.2.3 Formación y capacitación de personal

En cuanto a la capacitación del personal esta se realizó de forma virtual mediante plataforma e-learning y blog de Enfermería. Durante el año 2020 las capacitaciones se centraron en temas propios del manejo de la pandemia. También se incluyó formación en código blanco, soporte vital básico-avanzado y Minuto de oro; los cuales son requisitos para la habilitación y acreditación institucional.

Para el año 2021 se evidencia un cumplimiento del 96% de las actividades de capacitación ejecutadas vs las actividades de capacitación programadas. Sin embargo, al validar los ejes de formación desarrollados se encuentran centrados en técnicos y de humanización. Y se evidencia una gran falencia en lo que tiene que ver con la normatividad en salud, la cual para el año 2021 fue sólo una capacitación.

9.2.4 Comunicaciones

Para el año 2020 implementaron mejoras en el área de comunicaciones del hospital teniendo como prioridad la mejora de la imagen corporativa y una mejor información para los pacientes y sus familiares. También contempla comités de obligatorio cumplimiento donde presentan y analizan indicadores con el fin de tomar acciones. Para el año 2020 se realizaron dos comités. Sin embargo, se evidencia con la información consultada que los avances y desarrollos en la comunicación se encuentran enfocadas en el cliente externo. Se debe realizar un análisis a profundidad de la gestión de las comunicaciones a nivel interno.

Alternativa 3. Se consideran las acciones que se encuentran enfocadas en los sistemas de información para la calidad y guías de atención.

9.2.5 Sistemas de información para la calidad

Para el año 2020, se creó una herramienta RITA- repositorio de indicadores y tableros analíticos, donde se reportan y analizan los indicadores asistenciales, administrativos, financieros y de talento humano. Por otra parte, realizaron la actualización y/o construcción de documentación de 1.124 documentos. Entre los cuales se encuentran 37 documentos de estandarización de prestación de servicios de salud para la etapa de contención y mitigación de la pandemia por covid-19. Se debe indagar si la actualización de documentos contempló las guías de manejo médico por patologías.

En cuanto a la auditoría concurrente se establece que esta se identifica de manera transversal para las 3 alternativas dado que mediante este proceso interno del Hospital Universitario Clínica San Rafael es que se han evidenciado las falencias que se quieren impactar con este análisis.

9.2.6 Auditoría concurrente

De acuerdo con el informe de gestión para el año 2020, el área de auditoría concurrente “realizó una evaluación sistémica, continua e integral de la calidad de la asistencia médica, teniendo en cuenta el uso racional y adecuado de los servicios y el resultado final obtenido por el paciente en la institución con los servicios brindados, además, lo que se facture, corresponda realmente a la cobertura correspondiente, según la normatividad vigente, analizando la satisfacción del Usuario y la evaluación de la calidad del diligenciamiento de la historia clínica” (Steward 2020, p. 29).

Se trabajó en conjunto con el área de calidad donde se revisó la calidad en la elaboración de las historias clínicas; los resultados de esta validación son informados a los servicios clínicos para que identifiquen las oportunidades de mejora y se adopten medidas de corrección si es del caso.

Teniendo en cuenta el proceso que realiza el área de auditoría concurrente en conjunto con el área de calidad; se debe realizar un análisis de los resultados de las diferentes auditorías que se ejecutan a las historias clínicas con el fin de identificar porqué a lo largo del tiempo se continúan presentando falencias en su diligenciamiento lo que está conduciendo a la generación de glosas por la omisión o inadecuado registro de reportes de medios diagnósticos y de la administración de medicamentos. Es importante indagar cuales han sido las medidas tomadas para mitigar o controlar estas fallas.

9.3 Selección de la alternativa de solución

Se realizó una evaluación ex ante y se definieron los siguientes criterios para elegir la alternativa los cuales se basan en la comparación del costo de implementar la alternativa de

solución, facilidad de implementación (tiempo -esfuerzo), conocimiento de las alternativas, pertinencia, vinculación de las áreas y la viabilidad.

Estas alternativas de solución se evaluaron con una escala del 1 al 3 con el fin de elegir las que contengan la puntuación más alta (Ingenio empresa, 2018).

Esta evaluación se muestra en la tabla 5 que se encuentra a continuación:

Tabla 5. *Evaluación de Alternativas de Solución*

Alternativas de solución	Criterio 1 Costo de la implementación	Criterio 2 Facilidad de implementación (tiempo -esfuerzo)	Criterio 3 Conocimiento de las alternativas	Criterio 4 Pertinencia	Criterio 5 Vinculación de las áreas	Criterio 6 Viabilidad	Total
1 Fortalecimiento del software de historia clínica electrónica en el proceso de interpretación de medios diagnósticos y registro de administración de medicamentos; el cual tenga regla de que estos campos sean de obligatorio registro y con un mínimo de caracteres.	1	1	1	1	1	1	6
2 Capacitación del personal médico asistencial en los procesos médico-administrativos institucionales.	3	2	3	3	3	3	17
3 Guías de atención médica actualizadas por patología para consulta en la intranet.	2	1	1	2	1	2	9

Nota: valoración final en una escala de 1 a 3 con sumatoria en cada alternativa.

Una vez realizada la comparación de las alternativas de solución de acuerdo con los criterios planteados y al totalizarlos; se encuentra lo siguiente:

Alternativa 1: Fortalecimiento del software de historia clínica electrónica en el proceso de interpretación de medios diagnósticos y registro de administración de medicamentos; el cual tenga regla de que estos campos sean de obligatorio registro y con un mínimo de caracteres, presenta un puntaje de 6.

Alternativa 2: Capacitación del personal médico asistencial en los procesos médico - administrativos institucionales, puntaje total 17.

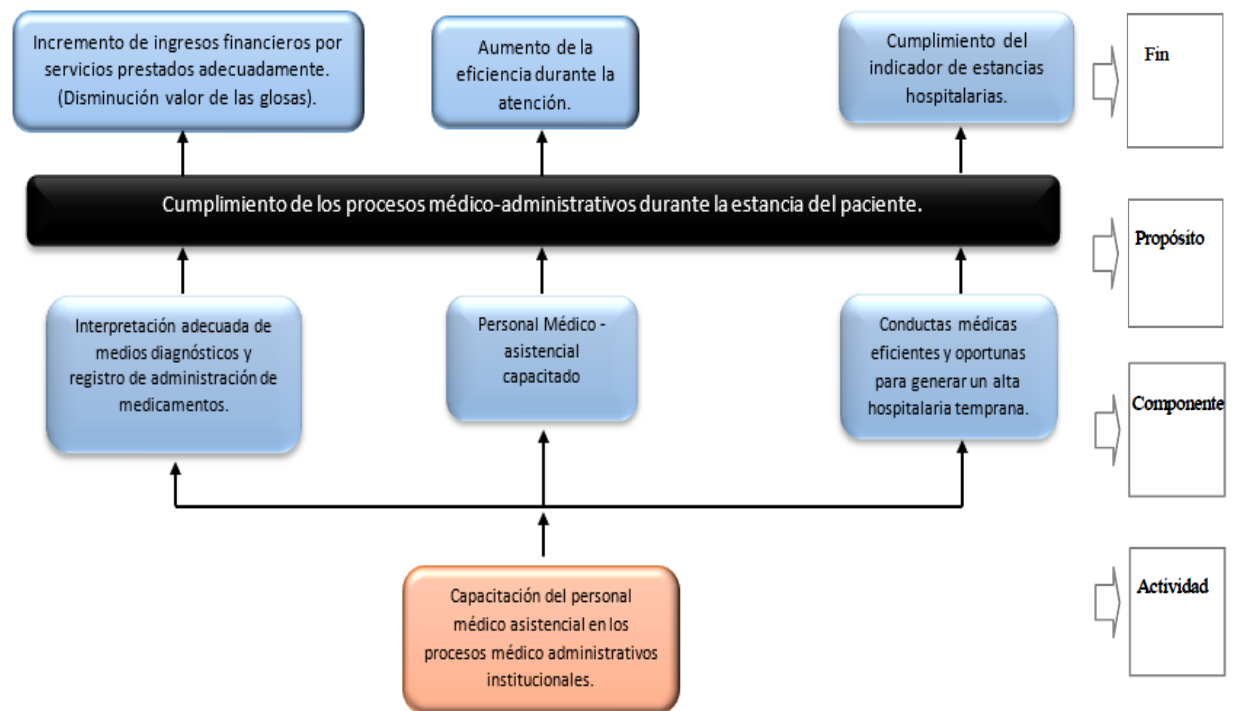
Alternativa 3: Guías de atención médica actualizadas por patología para consulta en la intranet, puntaje total 9.

De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta las observaciones del interesado el cual es el Hospital Universitario Clínica San Rafael este indica que tienen la intención de apuntarle a la alternativa número 2 ya que cuenta con el mayor puntaje y se considera que generará un mayor impacto sobre la problemática que se ha evidenciado.

10. Construcción del Modelo Analítico del Proyecto.

10.1 Estructura Analítica

La estructura analítica del proyecto es una matriz que contiene diferentes elementos; de manera vertical (filas): Fin, propósito, componentes y actividades. En sentido horizontal (columnas): resumen narrativo, indicadores, medios de verificación y supuestos. Este es un paso previo para la construcción de la matriz del marco lógico (Ortegón, et ál., 2005, p.21).

Figura 6. Estructura analítica del proyecto

10.2 Matriz de Marco Lógico

La matriz del marco lógico muestra de manera resumida los aspectos más importantes del proyecto (Ortegón, et ál., 2005, p.22).

Se encuentra conformada por 2 ejes; el eje vertical en el que se encuentra el fin, propósito, componentes y actividades. En el eje horizontal se encuentra los indicadores, medios de verificación y supuestos (García, et ál., 2016, p. 12 – 13).

Tabla 6. *Matriz de marco lógico*

Resumen	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Nombre del indicador: Porcentaje de glosa		
	Fórmula: Valor total de la glosa recibida en el mes/Valor Total de la facturación mensual allegada en el mes. (Indicador de auditoría médica del HUCSR)		Incumplimiento de las metas de facturación mensual.
<i>Incremento de ingresos financieros servicios prestados adecuadamente:</i>	Unidad de medición: Porcentaje	Registros de Auditoria IPS	Cambios en la normatividad en salud.
Disminución en el valor de las glosas por debajo del 10% con respecto al valor total de la facturación mensual.	Meta: < 10%	Archivo glosa EPS	Nuevo pico de la pandemia por COVID.
	Línea base: diciembre 2021 342.895.125 millones pesos m/cte/2.320.297.402 millones de pesos m/cte = 14,78% de porcentaje de glosa.	Software HeOn.	Sobre ocupación por Pico respiratorio en Bogotá por la temporada de lluvias.
		Informes del área financiera y de cartera.	
<i>Aumento de la eficiencia durante la atención:</i>	Nombre del indicador: Giro Cama		Falta de compromiso del área de auditoría médica y cuentas médicas con el proyecto.
Disminución en los costos de la atención cumpliendo el indicador de giro cama que muestra la eficiencia en la atención a 6 egresos por cama.	Fórmula: Número de egresos del periodo / Número de camas disponibles en el mismo periodo. (Indicadores de producción del HUCSR)	Software: HeOn donde se encuentran los reportes generales de los egresos hospitalarios.	Desmotivación de los profesionales de la salud.
	Unidad de medición: Egresos por cama		Falta de capacitación del talento humano en los procesos médico – administrativos.
	Meta: 6 egresos por cama		
	Línea base: 1.855/300=6.2 egresos por cama		

Resumen	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<i>Cumplimiento del indicador de estancias hospitalarias:</i> Disminución del indicador de promedio de estancias hospitalarias a 5,3 días.	Nombre del indicador: Promedio de Estancia Hospitalaria Fórmula: Número de días de estancia de los egresos del periodo / Número egresos del mismo periodo. Unidad de medición: Días Meta: <5,3 Días Línea base: diciembre 2021 11320/1821= 6,2 días en promedio de estancia hospitalaria.	Software: HeOn donde se encuentran los reportes generales de los egresos hospitalarios.	Falta de compromiso por parte del área de calidad para contribuir con la información necesaria.
Propósito			
Cumplimiento en el 95% de los procesos médico-administrativos durante la estancia del paciente.	Estadísticas de la revisión del área de auditoría concurrente muestren disminución en desviaciones de la atención de salud. Aumento en un 95% de la adherencia a buenas prácticas para el diligenciamiento de la historia clínica.	Registros de auditoría concurrente. Informes mensuales de resultados de auditoría.	Falta de realización de la auditoría concurrente de manera integral y rigurosa. Falta de capacitación del talento humano en los procesos médico – administrativos.
Componentes (productos)	Nombre del indicador: Cumplimiento registro e interpretación de medios diagnósticos. Fórmula: # de historias clínicas que cumplen con el adecuado registro de medios diagnósticos mes / # de historias clínicas auditadas mes *100. Unidad de medición: Porcentaje Meta: ≥ 95% Línea base: diciembre 2021	Registros de auditoría concurrente. Informes mensuales de resultados de auditoría. Informes de auditoría de la calidad de elaboración de las historias clínicas.	Falta de realización de la auditoría concurrente de manera integral y rigurosa. Falta de auditores concurrentes capacitados en los procesos médicos administrativos.

Resumen	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Interpretación adecuada de medios diagnósticos y registro de administración de medicamentos, con cumplimiento del 95%	120 historias clínicas que cumplen con el adecuado registro de medios diagnósticos mes/ 200 *100 = 60%	Planillas de asistencia.	Falta de capacitación del talento humano en los procesos médico – administrativos.
	Nombre del indicador: Cumplimiento registro de medicamentos	Software e-learning para las capacitaciones virtuales.	
	Fórmula: # de historias clínicas que cumplen con el adecuado registro de medicamentos mes / # de historias clínicas auditadas mes *100.	Registros de auditoría concurrente.	
	Unidad de medición: Porcentaje Meta: $\geq 95\%$	Informes mensuales de resultados de auditoría.	
Capacitar al 95% del Personal médico -asistencial en los procesos médicos administrativos.	Línea base: diciembre 2021		
	153 historias clínicas que cumplen con el adecuado registro de medicamentos mes / 200 *100 = 76.5%		
	Nombre del indicador: Personal médico -asistencial capacitado.		
	Fórmula: # de personas (médicos/enfermeras) capacitadas del ámbito medicina interna/ # total de personas que se desempeñan en el ámbito medicina interna *100	Software: HeOn donde se encuentran los reportes generales de los egresos hospitalarios.	
	Unidad de medición: Porcentaje Meta: 95%		
	<i>Nota:</i> Durante el 2021 no se realizaron capacitaciones referentes a los procesos médicos administrativos.	Software: HeOn donde se encuentran los reportes generales de los egresos hospitalarios.	

Resumen	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Conductas médicas eficientes y oportunas para generar alta temprana oportuna; el cual se valida con el cumplimiento del promedio de estancia hospitalaria y giro cama.	Disminución en el porcentaje de desviaciones en la atención en salud.		
	Nombre del indicador: Promedio de Estancia Hospitalaria		
	Fórmula: Número de días de estancia de los egresos del periodo / Número egresos del mismo periodo.		Personal médico asistencial desmotivado.
	Unidad de medición: Días Meta: <5.5 Días		Aumento de la carga laboral.
	Línea base: diciembre 2021 $11320/1821 = 6,2$ días en promedio de estancia hospitalaria.		Software desactualizado y que no muestra información en tiempo real.
	Nombre del indicador: Giro Cama		
	Fórmula: Número de egresos del periodo / Número de camas disponibles en el mismo periodo. (Indicadores de producción del HUCSR)		
	Unidad de medición: Egresos por cama Meta: 6 egresos por cama		
	Línea base: $1.855/300 = 6.2$ egresos por cama		
Actividades	Nombre del indicador: Cobertura capacitación		
	Fórmula: $N^{\circ} \text{ Personas asistentes} / N^{\circ} \text{ Personas programadas} * 100$		Falta de planeación de las capacitaciones.
	Unidad de medición: Porcentaje Meta: 95%	Planillas de asistencia.	Problemas técnicos para realizar las capacitaciones.
	Línea base: diciembre 2021		

Resumen	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Capacitación del personal médico asistencial en los procesos médico - administrativos institucionales en un 95%.	250 personas asistentes /280 personas programadas*100= 89% <i>Nota:</i> Durante el 2021 no se realizaron capacitaciones referentes a los procesos médicos administrativos. Las capacitaciones se centraron en normatividad en salud, habilitación, soporte vital básico y avanzado, manejo de paciente COVID entre otros.	Software e-learning para las capacitaciones virtuales.	Falta de espacios adecuados para realizar las capacitaciones. Falta de retroalimentación periódica. Personal agotado y poco dispuesto luego de su jornada laboral para recibir capacitación.

Tomados de Steward Colombia, (2021) indicadores de gestión.

10.3 Resumen Narrativo

10.3.1 Fin

Con la alternativa de solución seleccionada se busca impactar en el porcentaje de glosa el cual debe estar por debajo del 10% con respecto al valor total de la facturación mensual.

Por otra parte, los indicadores de giro – cama y promedio de estancias hospitalarias muestran la eficiencia durante la atención; un aumento de estos indicadores promueve la ocurrencia de eventos adversos, los cuales pueden ser atribuibles falencias en la calidad de la atención de salud o a las características de los pacientes. Por tal motivo este proyecto plantea que contribuya con el cumplimiento de los días de estancia sean menores a 5,3 días y los egresos por cama hospitalaria sean de 6 egresos con el fin de disminuir los costos de la atención.

10.3.2 Propósito

Cumplimiento en el 95% del proceso médico administrativo durante la estancia del paciente en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá; que permita la eficiencia operativa con una adecuada prestación de servicios de salud.

Dicha estrategia plantea el cumplimiento de las normas y responsabilidades del personal, que permitan mejorar los indicadores y estadísticas de la clínica.

Se busca que el personal asistencial cumpla a cabalidad con sus responsabilidades administrativas; entendiéndose éstas como el adecuado registro de los medicamentos administrados a los pacientes y la interpretación adecuada de los medios diagnósticos y dentro de los tiempos establecidos antes del egreso hospitalario, para evitar futuras glosas y así administrar los recursos técnicos, humanos y financieros de una manera eficiente.

10.3.3 Componentes o productos

Los productos que financia el proyecto son los siguientes:

- Producto 1: Interpretación adecuada de medios diagnósticos y registro de administración de medicamentos.
- Producto 2: Personal médico -asistencial capacitado.
- Producto 3: Conductas médicas eficientes y oportunas para generar alta temprana oportuna.

10.3.3.1 Entregables

Los entregables del proyecto son los siguientes:

- Informes mensuales de los resultados de la auditoria concurrente.
- Informe anual de glosas.
- Informes del área financiera y de cartera.
- Reportes mensuales de los egresos hospitalarios.
- Informes de auditoría de la calidad de elaboración de las historias clínicas.
- Planillas de asistencia a las capacitaciones.

10.3.3.2 Actividades

Para llevar a cabo la capacitación del personal médico asistencial en los procesos médico -administrativos institucionales se proponen las actividades que se muestran en la tabla 6 las cuales permiten alcanzar los componentes esperados:

Tabla 7. Actividades para la capacitación del personal médico asistencial

Componentes	Actividades
Interpretación adecuada de medios diagnósticos y registro de administración de medicamentos.	<i>1. Diagnóstico Inicial</i>
	1.1 Identificación de las temáticas a tratar en la capacitación
	1.2 Selección de los profesionales en salud (grupo control) a capacitar.
	<i>2. Implementación</i>
	2.1 Selección de la modalidad de capacitación (virtual - presencial).
Personal médico -asistencial capacitado.	2.2 Selección de herramientas multimedia
	2.3 Plan de divulgación.
	<i>3. Ejecución</i>
	3.1 Evaluación diagnóstica grupo control.
	3.2 Desarrollo de la capacitación.
Conductas médicas eficientes y oportunas para generar alta temprana oportuna.	<i>4. Evaluación</i>
	4.1 Aplicación de formato de evaluación de conocimientos obtenidos.
	<i>5. Seguimiento</i>
	5.1 Evaluación del desempeño logrado después de la capacitación.

10.4 Indicadores

Los indicadores que se encuentran en la matriz del marco lógico permitirán alcanzar el fin, los propósitos, componentes y actividades. Se utilizaron indicadores cuantitativos con el fin de medir los logros.

10.4.1 Indicadores de propósito

Los indicadores de propósito se muestran en la tabla 8.

Tabla 8. Indicadores de propósito

Propósito	Indicador
Cumplimiento en el 95% de los procesos médico-administrativos durante la estancia del paciente.	Estadísticas de la revisión del área de auditoría concurrente muestren disminución en desviaciones de la atención de salud.
	Indicadores utilizados para evaluar el FIN
	- Nombre del indicador: Porcentaje de glosa - Nombre del indicador: Giro Cama - Nombre del indicador: Promedio de Estancia Hospitalaria
	Adherencia a buenas prácticas para el diligenciamiento de la historia clínica.
	Nombre del indicador: Cumplimiento registro e interpretación de medios diagnósticos.
	Fórmula:

Propósito	Indicador
Cumplimiento en el 95% de los procesos médico-administrativos durante la estancia del paciente.	# de historias clínicas que cumplen con el adecuado registro de medios diagnósticos mes / # de historias clínicas auditadas mes *100. Nombre del indicador: Cumplimiento registro de medicamentos Fórmula: # de historias clínicas que cumplen con el adecuado registro de medicamentos mes / # de historias clínicas auditadas mes *100. Unidad de medición: Porcentaje Meta: $\geq 95\%$

10.4.2 Indicadores de componentes

Tabla 9. *Indicadores de componentes*

Componentes (productos)	Indicadores
Interpretación adecuada de medios diagnósticos y registro de administración de medicamentos, con cumplimiento del 95%	Nombre del indicador: Cumplimiento registro e interpretación de medios diagnósticos. Fórmula: # de historias clínicas que cumplen con el adecuado registro de medios diagnósticos mes / # de historias clínicas auditadas mes *100. Unidad de medición: Porcentaje Meta: $\geq 95\%$ Nombre del indicador: Cumplimiento registro de medicamentos Fórmula: # de historias clínicas que cumplen con el adecuado registro de medicamentos mes / # de historias clínicas auditadas mes *100. Unidad de medición: Porcentaje Meta: $\geq 95\%$
Capacitar al 95% del Personal médico -asistencial en los procesos médicos administrativos.	Nombre del indicador: Personal médico -asistencial capacitado. Fórmula: # de personas (médicos/enfermeras) capacitadas del ámbito medicina interna/ # total de personas que se desempeñan en el ámbito medicina interna *100 Unidad de medición: Porcentaje Meta: 95% Disminución en el porcentaje de desviaciones en la atención en salud. Nombre del indicador: Promedio de Estancia Hospitalaria

Componentes (productos)	Indicadores
Conductas médicas eficientes y oportunas para generar alta temprana oportuna; el cual se valida con el cumplimiento del promedio de estancia hospitalaria y giro cama	Fórmula: $\frac{\text{Número de días de estancia de los egresos del periodo}}{\text{Número egresos del mismo periodo.}}$ Unidad de medición: Días Meta: <5.3 Días Nombre del indicador: Giro Cama Fórmula: $\frac{\text{Número de egresos del periodo}}{\text{Número de camas disponibles en el mismo periodo.}}$ (Indicadores de producción del HUCSR) Unidad de medición: Egresos por cama Meta: 6 egresos por cama.

10.4.3 Indicadores de Actividades

Tabla 10. *Indicador de actividades*

Actividades	Indicador
	Nombre del indicador: Cobertura capacitación
Capacitación del personal médico asistencial en los procesos médico -administrativos institucionales en un 95%.	Fórmula: $\frac{\text{N° Personas asistentes}}{\text{N° Personas programadas}} * 100$ Unidad de medición: Porcentaje Meta: 95%

10.5 Medios de verificación

Son los diferentes documentos que contienen los informes de seguimiento realizados por el área de auditoría concurrente, auditoría de calidad, área financiera y de cartera, así como los generados con la herramienta tecnológica de HeOn que permite validar los reportes mensuales de los ingresos y egresos hospitalarios.

10.6 Supuestos

En este apartado se muestra los supuestos del proyecto que presentan alta probabilidad de ocurrencia; ver tabla 11.

Tabla 11. *Supuestos del proyecto*

Supuestos del proyecto	Probabilidad de ocurrencia
Incumplimiento de las metas de facturación mensual.	80%
Cambios en la normatividad en salud.	85%
Nuevo pico de la pandemia por COVID.	90%
Sobre ocupación por Pico respiratorio en Bogotá por la temporada de lluvias.	95%
Falta de compromiso del área de auditoría médica y cuentas médicas con el proyecto.	100%
Desmotivación de los profesionales de la salud.	95%
Falta de capacitación del talento humano en los procesos médico – administrativos.	100%
Falta de compromiso por parte del área de calidad para contribuir con la información necesaria.	90%
Falta de realización de la auditoría concurrente de manera integral y rigurosa.	85%
Falta de auditores concurrentes capacitados en los procesos médicos administrativos.	95%
Aumento de la carga laboral.	90%
Software desactualizado y que no muestra información en tiempo real.	90%
Falta de planeación de las capacitaciones.	80%
Problemas técnicos para realizar las capacitaciones.	90%
Falta de espacios adecuados para realizar las capacitaciones.	89%
Falta de retroalimentación periódica.	95%
Personal médico asistencial agotado y poco dispuesto luego de su jornada laboral para recibir capacitación.	98%

11. Recursos humanos, materiales y económicos

Los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para la realización del proyecto se encuentran descritos en la tabla 12:

Tabla 12. *Recursos humanos, materiales y económicos*

Recursos Humanos	Área /proceso
Auditora de concurrencia	Auditoría Médica
Auditora Facturación hospitalaria	Auditora Externa
Coordinadora de cuentas médicas – concurrencia	Auditoría Médica
Gestor de talento humano	Talento Humano
Gestor de tecnología	Área de tecnología

Gestor del área médica	Área médica
Gestor de enfermería	Departamento de enfermería
Recursos materiales	
Equipos de gestión	Computadoras Impresora Material impreso Conectividad a Internet
Recursos económicos	
Presupuesto asignado	Capacitaciones anuales del Hospital Universitario Clínica San Rafael año 2022.

12. Cronograma

A continuación, en la figura 7 se muestra el cronograma del proyecto con el cual se desarrollará las actividades que permiten el logro del objetivo propuesto.

Figura 7. Cronograma de Actividades

[illegible]

13. Difusión y comunicación

A continuación, se muestra el plan de comunicaciones, donde se tiene en cuenta el recurso humano identificado y los involucrados del proyecto. De tal manera que se pueda transmitir de una manera eficiente y oportuna información sobre el avance del proyecto, cambios, logros, entre otras particularidades.

Tabla 13. *Plan de comunicaciones*

Responsable	Información	Canal	Frecuencia	Destinatario
Auditora de concurrencia	Avance y estado del proyecto, problemas enfrentados y acciones correctivas.	Correo electrónico/reunión por teams	Cada 3 días	Coordinadora de auditoría concurrencia.
Auditora facturación hospitalaria	Información de cambios.	Correo electrónico/reunión por teams	Cada 3 días	Coordinadora de auditoría
Coordinadora de auditoría	Consultas sobre avance, logros, dificultades.	Correo electrónico/reunión por teams	Semanal	Auditora de concurrencia, auditora externa. Directivos ips.
Coordinador de talento humano	Programación de actividades, consultas, cambios.	Correo electrónico/reunión por teams	Cuando corresponda	Auditora de concurrencia, auditora externa.
Apoyo tecnológico	Programación de actividades.	Correo electrónico/reunión por teams	Cuando corresponda	Auditora de concurrencia, auditora externa.
Personal médico asistencial	Información de cambios.	Correo electrónico/reunión por teams	Cuando corresponda	Auditora de concurrencia, auditora externa.
Coordinador glosas	Información de resultados esperados con la implementación de la capacitación.	Correo electrónico/reunión por teams	Cuando corresponda	Auditora de concurrencia, auditora externa.
Coordinador de calidad	Información de resultados esperados con la implementación de la capacitación.	Correo electrónico/reunión por teams	Cuando corresponda	Auditora de concurrencia, auditora externa.
Directivo IPS	Avales para realización de actividades.	Correo electrónico/reunión por teams	Cuando corresponda	Coordinadora de auditoría concurrencia

Por otra parte, se tiene estipulado que los resultados obtenidos del proyecto se difundirán mediante los diferentes medios institucionales, tales como: página web, intranet y boletines informativos.

14. Método mediante el cual se realizará la evaluación de los resultados de la implementación

La alternativa de solución que se contempló luego de la evaluación ex -ante fue la *Alternativa 2*: Capacitación del personal médico asistencial en los procesos médico - administrativos institucionales, puntaje total 17.

Esta evaluación ex ante tuvo en cuenta diferentes criterios tales como: del costo de implementar la alternativa de solución, facilidad de implementación (tiempo -esfuerzo), conocimiento de las alternativas, pertinencia, vinculación de las áreas y la viabilidad.

También se consideraron diferentes informes del Hospital Universitario Clínica San Rafael en torno a tecnología informática, rotación de personal, formación y capacitación de personal, comunicaciones, sistemas de información para la calidad y auditoría concurrente que permitieron identificar la factibilidad y pertinencia de las alternativas planteadas; finalmente se tuvo en cuenta los involucrados del proyecto quienes estuvieron de acuerdo con apoyar la alternativa de mayor puntaje dado que consideraron que generaría un mayor impacto sobre la problemática que se ha evidenciado.

Este proyecto se desarrolló en fase perfil; sin embargo, la alternativa de solución derivada de la evaluación ex ante permitió disminuir el riesgo de la inversión e incrementar la probabilidad de éxito del proyecto.

15. Resultados

Al realizar este proyecto bajo la Metodología del Marco lógico se pudo estructurar de manera sistemática y lógica, mediante el análisis de los involucrados, análisis del problema, análisis de los objetivos y facilitando la obtención de diferentes alternativas viables y que fueran pertinentes para el proyecto.

Este proyecto en fase perfil permitió dar cumplimiento a los objetivos específicos propuestos. En cuanto al objetivo general este contribuyó a la identificación de una alternativa de solución que se podrá aplicar una vez el proyecto se encuentre en fase de ejecución.

Dentro de los resultados que se concretaron en la formulación de este proyecto en fase perfil; para los objetivos específicos definidos se encuentran los siguientes:

Tabla 14. Resultados alcanzados con la aplicación de la Metodología del Marco Lógico

	Objetivo Específico	Resultado
1	Identificar las principales causales de tipo administrativo y/o asistencial que aumentan la estancia de los pacientes y generan glosa en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, mediante la validación de los registros de la historia clínica y los hallazgos del área de auditoría concurrente de la institución.	Se logró el primer resultado el cual es la matriz de involucrados donde se relacionan los diferentes actores que intervienen como beneficiarios de este proyecto; a partir de esta matriz se estableció la influencia y fuerza de los mismos, la influencia fue positiva para todos los interesados con lo que se dispone del apoyo necesario para resolver la problemática identificada. Se realizó un análisis mediante el esquema del árbol para identificar el problema central que aumentan la estancia de los pacientes y generan glosa lo que dio paso para la realización de este proyecto.
2	Estructurar la estrategia de mejora para el cumplimiento del proceso médico administrativo durante la estancia del paciente, mediante el análisis de las causales identificadas que aumentan la estancia de los pacientes y generan glosa en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá.	Se utilizaron las herramientas del marco lógico para configurar de una manera estructurada, sistemática y coherente la problemática identificada en el objetivo específico 1 para lo cual se plantearon inicialmente el árbol del problema y seguidamente el árbol de objetivos, con estas herramientas se concretaron diferentes vertientes de la problemática que permitieron establecer múltiples alternativas de solución para la problemática identificada. En el árbol del problema se identificaron 3 líneas verticales con sus respectivas causas y efectos; las causas determinadas fueron la falta de interpretación de medios diagnósticos y subregistro de medicamentos, falta de capacitación del personal médico y asistencial

Objetivo Específico	Resultado
3 Evaluar la efectividad de la estrategia de mejora diseñada para el cumplimiento del proceso médico administrativo por parte del personal asistencial, durante la estancia del paciente, a través del contraste de los resultados previos y posteriores aplicados en un grupo de control, utilizando como evidencia los registros de la historia clínica e indicadores de auditoría concurrente de la institución.	y déficit en conductas médicas para generar un alta hospitalaria, lo que conlleva a una disminución de los ingresos financieros por el aumento del valor de las glosas, disminución de la eficiencia durante la atención lo que se relaciona con el aumento en los costos durante la misma; e incumplimiento en el indicador de estancias hospitalarias que se traduce en la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos asociados a la atención en salud. A partir del árbol del problema se logró establecer el árbol de objetivos y de allí se derivaron las alternativas de solución para el problema inicialmente planteado.
	A partir de las alternativas de solución identificadas articuladas a las verticales plasmadas en el árbol del problema y en el árbol de objetivos; y a su vez utilizando la evaluación ex ante como herramienta para determinar la mejor alternativa de solución que permita disminuir el riesgo de la inversión e incrementar la probabilidad de éxito del proyecto.
	Se realizó la evaluación ex ante de las 3 alternativas de solución planteadas teniendo en cuenta los siguientes criterios tales como: costo de implementación, facilidad de implementación (tiempo - esfuerzo), conocimiento de las alternativas, pertinencia, vinculación de las áreas y la viabilidad. La alternativa elegida con mayor puntuación fue la capacitación del personal médico asistencial en los procesos médico -administrativos institucionales con un total de 17 puntos. Esta alternativa a su vez contó con el apoyo de los involucrados en el proyecto quienes consideraron que generaría un mayor impacto sobre la problemática planteada. Se estructuró la matriz de marco lógico que expone de manera resumida lo que se pretende realizar con el proyecto y cómo se llevará a cabo. Esta matriz muestra de manera horizontal los indicadores; los cuales son cuantitativos y permitirán validar el progreso hacia el logro de los objetivos propuestos utilizando los medios de verificación. También se encuentran los supuestos donde se identificaron los posibles riesgos que pueden afectar el éxito del proyecto con su probabilidad de ocurrencia. De manera vertical se encuentra el fin, el cual está representados por los objetivos propuestos; el propósito el cual será el resultado esperado de los resultados previos y posteriores aplicados donde se busca el cumplimiento del 95% de los procesos médico-administrativos durante la estancia del paciente. Se describen los componentes (resultados) y las actividades requeridas para producir los componentes.

16. Discusión

Con la aplicación de la Metodología del Marco Lógico para el área de la salud se pudo comprobar que esta metodología es versátil y permite alinearse con los propósitos estratégicos de las organizaciones en salud.

Este proyecto en fase perfil demuestra la aplicación exitosa y eficiente de la Metodología del Marco Lógico, sus herramientas permiten dar solución a problemas específicos.

Mediante la identificación de interesados y con la construcción de la matriz de interesados del proyecto se pudo caracterizar las diferentes áreas y personas que podrían influir de manera positiva o negativa con el proyecto; se evaluó su fuerza en una escala del 1 al 10 donde se hizo evidente que los interesados presentaban una fuerza superior al 7; lo que demostraba la importancia de estos para con el proyecto.

Con el análisis de problemas, mediante la técnica de lluvia de ideas, se identificó como problema principal el incumplimiento de los procesos médico-administrativos durante la estancia del paciente el cual derivó en causas y efectos (árbol del problema) que no eran tan evidentes para los involucrados del proyecto; sin embargo, repercutían en los diferentes indicadores de calidad, eficiencia y eficacia durante la estancia hospitalaria de los pacientes, generando aumentos en los costos de la atención y pérdidas económicas.

A partir del árbol del problema se logró establecer el árbol de objetivos y se formularon las posibles alternativas de solución que mediante la evaluación ex ante posibilitó seleccionar una alternativa óptima y que minimiza el riesgo de la inversión e incrementa la posibilidad de éxito del proyecto. Los interesados del proyecto del Hospital Universitario Clínica San Rafael manifestaron la intención de apuntarle con mayor puntuación; dado que considera que generará un mayor impacto sobre la problemática que se ha identificado.

Con la matriz del marco lógico se expuso de manera concisa lo que se plantea con el proyecto y como se puede llevar a cabo. Esta matriz muestra de forma vertical el fin del proyecto representado en sus objetivos propuestos; el propósito que se quiere alcanzar y describe los componentes y las actividades que se debe realizar para producir los mismos. Por otra parte, de manera horizontal se describen los indicadores, que para este proyecto son cuantitativos, los cuales presentan unos valores de referencia que permitirán evaluar los resultados previos y posteriores aplicados en un grupo de control, mediante el uso de medios de verificación tales como los diferentes documentos que contienen los informes de seguimiento realizados por el área de auditoría concurrente, auditoría de calidad, área financiera y de cartera, así como los generados con la herramienta tecnológica de HeOn que permite validar los reportes mensuales de los ingresos y egresos hospitalarios. También se encuentran los supuestos del proyecto los cuales son los posibles riesgos que pueden afectar el proyecto.

Teniendo en cuenta los diferentes proyectos en salud encontrados dentro de la revisión del estado del arte es congruente afirmar que la aplicación de la Metodología del Marco Lógico permite desarrollar una matriz lógica acorde con cada necesidad y asegura un desempeño superior de las organizaciones.

17. Conclusiones

Con la matriz de los involucrados se pudo identificar las diferentes áreas del Hospital Universitario Clínica San Rafael incluyendo los directivos, pacientes, personal médico y asistencial; a su vez la totalidad presentaba una influencia positiva y una fuerza superior a 7 en una escala del 1 al 10; que indica el mayor grado de importancia del interesado para el proyecto; por lo que este contaba con la aceptación y el apoyo necesario para su realización.

A través de la herramienta utilizada de la Metodología del Marco Lógico; el árbol del problema facilitó la identificación tres categorías verticales que permitieron articular causa, problema y efecto. El problema principal es el incumplimiento de los procesos médico administrativos durante la estancia del paciente; cuyas causas fueron la falta de interpretación de medios diagnósticos y subregistro de medicamentos en la historia clínica electrónica, falta de capacitación del personal médico asistencial y el déficit de conductas médicas para generar un alta hospitalaria temprana. Los efectos identificados fueron la disminución de ingresos financieros derivados por el aumento en el valor servicio glosados, disminución de la eficiencia durante la atención que da como resultado un aumento en los costos de atención e incumplimiento del indicador de la estancia hospitalaria; lo que conlleva a disminución del flujo de caja, pérdidas financieras para el Hospital y probabilidad de ocurrencia de eventos adversos asociados a la atención en salud.

El árbol de objetivos permitió describir la situación deseada una vez se han resueltos los problemas identificados; lo que condujo a la formulación de diferentes alternativas de solución; para este proyecto se estipularon tres alternativas de solución las cuales fueron valoradas a través de la evaluación ex ante la cual contenía unos criterios tales como: costo de implementación, facilidad de implementación (tiempo -esfuerzo), conocimiento de las alternativas, pertinencia, vinculación de las áreas y la viabilidad. Posteriormente se logró elegir una de las alternativas con una ponderación de 17 puntos.

La alternativa de solución elegida fue la capacitación del personal médico asistencial en los procesos médico -administrativos institucionales. Con esta alternativa se busca disminuir el valor de las glosas por debajo del 10% con respecto al valor total de la facturación mensual, disminuir los costos de la atención cumpliendo el indicador de giro cama que muestra la eficiencia

en la atención a 6 egresos por cama; además de la disminución del indicador de promedio de estancias hospitalarias a 5,3 días.

Matriz del marco lógico presenta de manera sistemática y lógica el proyecto; correlaciona los ejes verticales con los horizontales, facilitando el proceso de conceptualización y diseño del proyecto. Esta matriz muestra lo que se pretende realizar con el proyecto y cómo se llevará a cabo.

Este proyecto en fase perfil permitió la consecución a los objetivos propuestos e identificar una alternativa de solución que se podrá aplicar una vez el proyecto se encuentre en fase de ejecución. También es importante destacar que la Metodología del Marco Lógico se puede desarrollar en diversos sectores, como es el caso de este proyecto para el sector salud en el ámbito administrativo.

La Maestría en Dirección y Gestión de Proyectos fue clave para lograr un desempeño profesional superior en el sector salud; aportando habilidades y competencias técnicas, analíticas para liderar proyectos en sus diferentes fases y ciclos de vida; mediante la aplicación diferentes herramientas y/o metodologías que orientan a la conclusión exitosa de los proyectos planteados y a su vez creando valor para la institución donde se ha llevado a cabo.

Referencias

- Álvarez, F. (2015). Calidad y auditoría en salud. Tercera Edición. Ecoe Ediciones.
- Aplisalud. (2020). Auditoría de cuentas médicas. <https://www.aplisalud.com/servicios/auditoria-de-cuentas-medicas>
- Anexo técnico No. 6, 2008. Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas Unificación. Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%203047-08%20y%20416-09.pdf>
- Buttigieg, S., Gauci, D., Dey, P. (2016). Continuous quality improvement in a Maltese hospital using logical framework análisis. Journal of Health Organization and Management. Vol. 30 No. 7, pp.1026-1046. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-11-2015-0185/full/html>
- Chiavenato, I. (2004). Introducción a la Teoría General de la Administración. Séptima Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana, México.
- Comisión Europea. (2001). Manual Gestión del ciclo de proyecto. http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/Manual_de_Gesti%F3n_del_Ciclo_de_l_Proyecto.pdf?revision_id=69497&package_id=69454
- Congreso de la República de Colombia. (1929, 22 de noviembre). Ley 35 de 1929. *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la Profesión de Medicina en Colombia*. Juriscol <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66164>
- Congreso de la República de Colombia. (1984, 27 de febrero). Ley 23 de 1981. *Por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica*. D.O No. 35711. https://www.redjurista.com/Documents/ley_23_de_1981_congreso_de_la_republica.aspx

- Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. D.O No. 41148. https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_-_ley_100.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (2004, 6 de octubre). Ley 911. *Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones*. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (2015, 16 de febrero). Ley Estatutaria 1751. *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Ministerio de la Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- De la Hoz, I. (2021). Manual de Auditoría. Auditoría Médica. Hospital Universitario Clínica San Rafael. Steward Colombia. Versión 8-2021.
- De la Hoz, I. (2021). Procedimiento de Auditoría Concurrente. Auditoría Médica. Hospital Universitario Clínica San Rafael. Steward Colombia. Versión 3-2021.
- Dey, P., Hariharan, S y Despic, O. (2008). "Managing healthcare performance in analytical framework". Benchmarking: An International Journal, Vol. 15 No. 4, pp. 444-468. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14635770810887249/full/html>
- Diaz, J. (2021). *Modelos de Gestión Hospitalaria y su Influencia en la Calidad de Atención al usuario del Servicio de Salud: Revisión Sistemática Rápida de la literatura*. [Tesis de Maestría, Maestría en Administración de Empresas]. Universidad EAN Repositorio

Universidad

EAN.

<https://repository.universidadean.edu.co/bitstream/handle/10882/10484/DiazJuan2021.pdf?sequence=1>

Dirección de epidemiología y Demografía. (2020). Análisis de situación de Salud (ASIS) Colombia, 2020. Ministerio de Salud y Protección social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>

Duque, N., Torres, P y Ruiz, S. (2020). *Proyecto de grado plan de mejora giro cama: un pilar en la gerencia hospitalaria*. [Trabajo de Grado, Especialización en Gerencia de la Salud]. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas. Repositorio Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud <https://repositorio.fucsalud.edu.co/bitstream/handle/001/1536/Proyecto%20de%20grado%20plan%20de%20mejora%20GIRO%20CAMA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Equipo Editorial, Etecé. (2022). Proceso administrativo. <https://concepto.de/proceso-administrativo/>

García, A., Gutiérrez, J. y Urbina, N. (2016). Guía práctica de marco lógico. Sistema de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación. Primera edición.

González, I., Rivas, G., Romero, A., y Cortina, B. (2009). Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. Revista Conamed. Vol 14.

Hidalgo, L y Rosenberg, h. (s.f). Manual para el Diseño de Proyectos de Salud. Organización Panamericana de la Salud. <https://docplayer.es/2636366-Manual-para-el-diseno-de-proyectos-de-salud.html>

Jiménez R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Revista Cubana Salud Pública. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-24853>

Mendoza, D., Ortiz, L., Rincón, M y Garzón, E. (2019). *Caracterización del impacto del indicador Giro Cama en la Calidad de las Entidades del Sector Salud en Latinoamérica*. [Trabajo de grado, Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Servicios de Salud]. Universidad de Santander UDES. Repositorio Institucional UDES. <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/4399/1/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20impacto%20del%20indicador%20Giro%20Cama%20en%20la%20calidad%20de%20las%20entidades%20del%20sector%20salud%20en%20Latinoam%C3%A9rica.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2006, 3 de abril). Decreto 1011. *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. República de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2005, 28 de junio). Decreto 2200. *Por el cual se reglamenta el Servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones*. República de Colombia. <https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/4-6-normograma-digsa/subdireccion-salud-digsa/grupo-aseguramiento-salud-proas/normas-externas-aplicadas-al-regimen/decreto-2200-2005-se-reglamenta-servicio>

Ministerio de la Protección Social. (2008). Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República De Colombia.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

Ministerio de Salud. (1991, 1 de noviembre). Resolución 13437. *Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.*
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf

Ministerio de Salud. (1999, 8 de julio). Resolución 1995. *Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.* República de Colombia.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012, 19 de diciembre). Resolución 4331. *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009.* <https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/4-6-normograma-digsa/subdireccion-salud-digsa/grupo-prestacion-operacion-servicios/normas-externas-aplicadas-al-regimen/resolucion-4331-2012-medio-se-adiciona>

Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Informe de gestión 2020.
<https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-gestion-msps-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021, 23 de diciembre). Resolución 2292. *Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnología de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202292%20de%202021.pdf

Moncayo, A., Chaves, D. (2021). *Propuesta de mejoramiento para la formulación de proyectos con recursos de banca multilateral en la herramienta MGA*. [Tesis de maestría, Maestría en Gerencia de Proyectos]. Universidad EAN. Repositorio Institucional Universidad EAN. <https://repository.universidadean.edu.co/handle/10882/10472>

Norma ISO 19011. (2018). Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión. <https://www.cecep.edu.co/documentos/calidad/norma-iso-19011-2018.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45. Ginebra. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Ortegón, E., Pacheco, J. y Prieto, A. (2005). Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Naciones Unidas. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf

Perea, L y Rojas, T. (2019). Modelos de gestión en instituciones hospitalarias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Nol. 18, núm. 36, 2019. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/25711>

Sierra, E. (2020). Procedimiento Definición de la Calidad Esperada. Aseguramiento de la Calidad. Hospital Universitario Clínica San Rafael. Steward Colombia.

Sistema Integrado de Información de la Protección Social. (2021). Indicadores. Central Prestadores de Servicios. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/Prestadores-de-Servicios.aspx>

Steward Colombia. (2020). Informe de Gestión Steward Colombia 2020. Hospital Universitario Clínica San Rafael. <https://stewardcolombia.org/wp-content/uploads/2021/05/3-Informe-Gestion-2020-HUCSR.pdf>

Steward Colombia. (2020). Informe de calidad Steward Colombia 2020. Hospital Universitario Clínica San Rafael. <https://stewardcolombia.org/wp-content/uploads/2021/05/3-Informe-Calidad-2020-HUCSR.pdf>

Steward Colombia. (2021). Nosotros. <https://stewardcolombia.org/nosotros/>

Steward Colombia. (2021). Nuestra sede. Hospital Universitario Clínica San Rafael. <https://stewardcolombia.org/nuestros-hospitales/hospital-universitario-clinica-san-rafael/>

Unahalekhaka, Akeau. 2013. Epidemiología de las infecciones asociadas a la atención en salud. Capítulo 3. p 30. https://www.theific.org/wp-content/uploads/2014/08/Spanish_ch3_PRESS.pdf

Vivvaz Colombia. (s.f). Hospital Universitario Clínica San Rafael. <http://co.vivvaz.com/clinicas-y-hospitales/distrito-capital/hospital-universitario-clinica-san-rafael#:~:text=El%20Hospital%20Universitario%20Cl%C3%ADnica%20San,n%C3%BAmero%20de%20camas%20a%20320.>