

PROPUESTAS DE MEJORA PARA LOS PROCESOS DE LAS CLÍNICAS
ODONTOLÓGICAS DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CON EL
PROPÓSITO DE ESTANDARIZAR LOS PROCESOS PARA GARANTIZAR UNA MAYOR
CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CON MIRAS AL PROCESO DE
ACREDITACIÓN EN SALUD

“Propuesta Aplicada”

Presentado por:

LAURA DEL PILAR MURCIA ROA

Directora:

Ing. Olga Lucía Araoz Cajiao

Codirectora:

Dr. Juliana González

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE INGENIERÍA

DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

BOGOTÁ, 2015

ÍNDICE

GLOSARIO.....	4
RESUMEN EJECUTIVO	6
INTRODUCCIÓN	6
ANTECEDENTES.....	8
1. Reseña histórica.....	8
2. Organigrama.....	9
3. Misión de las Clínicas Odontológicas.....	10
4. Visión de las Clínicas Odontológicas.....	10
5. Objetivos de las Clínicas Odontológicas.....	10
6. Servicios que prestan las clínicas odontológicas.....	11
7. Mapa de procesos actual.....	13
8. Importancia de las Clínicas Odontológicas en la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana.....	14
9. IPS de objeto social diferente.....	14
10. Habilitación para las Instituciones Prestadoras de Salud	15
11. Acreditación en salud	15
12. Situación en Bogotá en otras Universidades	16
12.1 Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá	16
12.2 Universidad El Bosque.....	17
12.3 Institución Universitaria Colegios de Colombia - UNICOC.....	17
JUSTIFICACIÓN.....	19
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	25
OBJETIVOS.....	25
Objetivo General	25
Objetivos Específicos:.....	25
ALCANCE DEL PROYECTO	26
MARCO TEÓRICO.....	27
1. Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia.....	27
2. IPS	28
3. IPS de objeto social diferente.....	29
4. Relación docencia – servicio.....	30
5. Habilitación en salud.....	30
6. Acreditación en salud	31

7. La cadena de valor o Value Stream.....	31
8. Gestión basada en procesos.....	32
9. Cuello de botella.....	34
10. Análisis de precedencia.....	34
11. Seguimiento de procesos.....	35
13. Balance Score Card.....	37
14. SIPOC.....	38
15. Costos de Calidad.....	38
METODOLOGÍA	40
RESULTADOS	42
1. Definición de la cadena de valor de las Clínicas Odontológicas y su relación con los procesos de las Clínicas Odontológicas.....	42
2. Realizar un análisis de los procesos actuales de las clínicas odontológicas con el propósito de establecer un diagnóstico y la definición de un submapa de procesos particular de las clínicas odontológicas	47
3. Identificar cuellos de botella más relevantes de los procesos de las clínicas odontológicas para proponer mejoras en estos procesos.	95
4. Identificar costos de no calidad en los procesos que se identifiquen como críticos.....	114
5. Caracterizar los procesos relacionados con lo definido en el submapa de procesos particular de las clínicas odontológicas.	128
6. Determinar mecanismos de seguimiento para permitir la mejora continua de las clínicas odontológicas.	132
CONCLUSIONES	137
RECOMENDACIONES	142
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145

GLOSARIO

- Acreditación en salud: metodología externa que permite asegurar la entrega de los servicios de salud seguros y de alta calidad, esto es lo que permite demostrar el cumplimiento de estándares superiores de calidad (Ministerio de salud y protección social, 2014).
- Análisis de precedencia: herramienta que determina la secuencia de los elementos de un proceso, a la vez permite conocer cuáles son las restricciones reales presentes (Niebel & Freivalds, 2009).
- Cadena de valor: son todas las acciones, que agregan valor y que no agregan valor, que se requieren para la producción de un bien o la prestación de un servicio (Rother & Shook, 2003, p. 3).
- Caracterización de procesos: herramienta documental que sirve para planificar las principales características de un proceso (Ríos, 2008).
- Cuello de botella: limitación de algún recurso que tiene capacidad inferior a la demanda y esta es restringida (Gamarra & Jiménez, 2012).
- Habilitación en salud: certificación sobre el cumplimiento de las condiciones que deben cumplir para prestar los servicios en salud (Ministerio de salud y protección social, 2014).
- Indicador: relación entre dos o más datos significativos que tienen un nexo lógico entre ellos y que proporcionan información sobre aspectos críticos o de importancia vital para la entidad frente a la toma de decisiones (Cubillos, Méndez & Rojas, 2009, p. 9).
- IPS: profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes, instituciones prestadoras del servicio de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

- IPS de objeto social diferente: su prestación de servicios de salud y por requerimientos propios de su actividad, brindan servicios de baja complejidad y/o consulta especializada que no podrán contratarse dentro del Sistema General de Seguridad Social en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).
- Mapa de la cadena de valor: herramienta de comunicación, planeación y gestión para cambiar los procesos cuando se requiera (Lovellette, 2001).
- Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados (Ríos, 2008, p.12).
- Procesos estratégicos: procesos de planeación y otros que se consideren ligados a factores clave o estratégico (Ríos, 2008, p.17).
- Procesos Operativos: procesos del negocio o misionales (Ríos, 2008, p.17).
- Procesos Soporte: procesos relacionados con recursos y mediciones (Ríos, 2008, p.17).
- Sistema General de Seguridad Social en Salud: regula el servicio público esencial de salud y crea condiciones de acceso al servicio en todos los niveles de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993).

RESUMEN EJECUTIVO

Al desarrollarse el proyecto en las Clínicas Odontológicas de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana se pretendió que en ellas se dejarán de generar los procesos de manera circunstancial, definiendo la cadena de valor para las Clínicas y sus diferentes roles, los procesos estratégicos, operativos y de apoyo proponiendo mejoras que van a permitir la estandarizar los procesos y eliminar lo que no genera valor a partir de herramientas aplicadas de Ingeniería Industrial y encaminarlos hacia la acreditación en salud, organización de los procesos de gestión, mejor satisfacción a los usuarios y mayor calidad en la prestación del servicio.

Para llegar a esto se analizaron los eslabones de la cadena de valor, se definió y se relacionó con los procesos de las Clínicas Odontológicas. Posteriormente, se diagnosticó según necesidades propias de la operación de las clínicas y requerimientos en acreditación en salud, bajo un enfoque de cero desperdicios e identificación de cuellos de botella, entre otros, y así se definió el mapa de subprocesos propios de las clínicas y se plantearon propuestas de mejora.

Posteriormente, se identificó los procesos clientes y proveedores teniendo en cuenta los requerimientos, y se construyó el mapa de caracterización de los procesos permitiendo un análisis sistemático. Finalmente, es necesario que las Clínicas Odontológicas establezcan mecanismos de seguimiento de los procesos por medio de un sistema de indicadores con el propósito de establecer un mecanismo de control y de mejoramiento continuo en la operación de las clínicas.

INTRODUCCIÓN

El proyecto se desarrolla en las Clínicas Odontológicas de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana, donde se pretende hacer un análisis de todos los procesos de

gestión, estratégicos, misionales y de apoyo, con el propósito de plantear mejoras en ellos para encaminarlos hacia la acreditación en salud, organización de los procesos de gestión, mejor satisfacción a los usuarios y mayor calidad en la prestación del servicio.

Lo anterior se debe a que dentro de las clínicas los procesos se han establecido poco a poco según las necesidades que se hayan presentado y en el momento en que deben adaptarlos a las actualizaciones de las normas para la prestación de sus servicios como IPS de objeto social diferente.

Las mejoras en los procesos y las herramientas de mejora continua se plantearán de manera que las Clínicas Odontológicas puedan mantener lo establecido en su misión, que pretende la formación de los estudiantes a la vez que buscan la prestación de servicios de salud oral con sentido humano y bajo parámetros dictados por la Pontificia Universidad Javeriana. A la vez, acercarlos un poco más al cumplimiento de su visión, la cual pretende que las Clínicas desean ser un punto de referencia para el país y para Latinoamérica (Dirección de Clínicas, 2014).

La importancia de realizar el proyecto es que le permitirá a las Clínicas Odontológicas la posibilidad de estandarizar todos los procesos que realiza, que puedan prestar un servicio con mayor calidad para el usuario y que una vez se haya finalizado tenga la posibilidad de tomar todas las nuevas herramientas y procesos, y encaminarlos hacia la certificación de los altos estándares con la acreditación en Salud.

ANTECEDENTES

1. Reseña histórica

La Facultad de Odontología en la Pontificia Universidad Javeriana se fundó el 23 de octubre de 1950, como primer decano fue nombrado el doctor Álvaro Delgado Morales. Esta se empezó a regir bajo los estatutos y reglamentos de la universidad con las modalidades necesarias para el desarrollo, como se consiga en el acta de fundación (Contreras, 2002).

A la vez, se establecen los objetivos de ocuparse de la carrera de odontología, de los programas científicos, técnicos y humanísticos y de bienestar que se desarrollen especialmente en el sector de la salud. De la misma manera, se busca tanto que los alumnos y colaboradores de la facultad se formen de manera integral, conservando, transmitiendo y desarrollando la ciencia y la cultura, con el fin de llevar más allá lo técnico e investigativo para el bien de la sociedad (Contreras, 2002).

“Los reglamentos de la Facultad de Odontología reflejan con claridad estos principios y sirven de orientación para el cumplimiento de los objetivos de la Universidad” (Contreras, 2002, p. 9). Es por esto, que se crea una fuerte relación con lo establecido por la Universidad sobre los objetivos y la misión propia de la universidad. Con respecto a los objetivos se establece esa trascendencia de conocimientos técnicos hacia el desarrollo, conservación y transmisión, la elaboración y difusión de cultura integrada en los valores humanos, todo encaminado a la transformación del contexto (Pontificia Universidad Javeriana, 2013). En relación con la misión, está también propone una formación integral desde la calidad humana, ética, académica, profesional y responsabilidad social (Consejo Directivo Universitario, 2013).

Se inician labores en 1951, posteriormente se aprueba el funcionamiento de la Facultad por parte del Ministerio de Educación Nacional, se logró semestralizar la carrera en 1974 y actualmente se desarrolla la carrera en 10 semestres académicos. Los estudios de odontología busca favorecer las actitudes investigativas y de formación haciendo énfasis en los procesos de aprendizaje de descubrimiento, reflexión, planteamiento y solución de problemas, en especial partiendo de las prácticas programadas. (Facultad Odontología)

Como parte de la formación para los estudiantes dentro de la Carrera de Odontología, se cuenta con las clínicas odontológicas para realizar las prácticas correspondientes a las diferentes asignaturas, esto es debido a que hace parte de su formación como profesional.

2. Organigrama



Imagen no. 1 Organigrama de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana.
Fuente: Facultad de Odontología

El organigrama que se presenta en la imagen no. 1 corresponde a la Facultad de Odontología, en este se encuentra inmerso como se constituyen las Clínicas Odontológicas (encerrado en blanco).

Las Clínicas Odontológicas cuentan con un coordinador, un área de auditoría clínica interna y otra de convenios.

3. Misión de las Clínicas Odontológicas

“Unidad docente asistencial de la Facultad de Odontología, a través de la cual se desarrollan los programas académicos de pregrado y posgrados, y donde se articula la formación del estudiante con la prestación de servicios de salud oral, bajo los parámetros institucionales de la Universidad Javeriana, con un sentido humano, que a la vez que respeta y valora la individualidad del paciente. Se reconoce como un ámbito de aprendizaje donde el paciente recibe un tratamiento de calidad y el estudiante adquiere el conocimiento y la práctica basados en el conocimiento científico, la investigación y la interdisciplinariedad” (Dirección de Clínicas).

4. Visión de las Clínicas Odontológicas

Las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Javeriana serán en el año 2016 un centro de referencia para el país y para Latinoamérica (Dirección de Clínicas).

5. Objetivos de las Clínicas Odontológicas

Se definen objetivos, general y específicos, para las clínicas odontológicas. Como objetivo general, “responder a las necesidades de estudiantes y pacientes, con la aplicación del conocimiento científico en la prestación de servicios de salud oral en todos los niveles de complejidad bajo los principios de eficiencia, racionalidad técnico-científica, integralidad,

oportunidad y atención humanizada a través de un modelo de docencia servicio, de manera que permita la auto sostenibilidad y proyección social” (Dirección de Clínicas).

Como objetivos específicos la Dirección de Clínicas estableció:

1. Garantizar seguimiento y control a la atención y al aprendizaje en el ámbito clínico.
2. Implementar y desarrollar todos los procesos clínicos administrativos que soportan el modelo docencia servicio.
3. Establecer y mantener un plan de mejoramiento continuo para responder a las necesidades del modelo docencia servicio.
4. Velar por el seguimiento y la capacidad del talento humano para la prestación del servicio.
5. Asegurar la disponibilidad de tecnología de punta, equipos, insumos e infraestructura en óptimas condiciones para la prestación del servicio.
6. Establecer estrategias que garanticen la competitividad y la eficiencia en el manejo de los recursos.
7. Desarrollar e implementar sistemas de atención al usuario.

6. Servicios que prestan las clínicas odontológicas

Los servicios con los que cuentan las clínicas odontológicas de la Facultad de Odontología son:

1. Clínica de Alta Complejidad: se prestan servicios de salud oral a pacientes con casos complejos que requieren atención interdisciplinaria especializada, de post grado y últimos

semestres de pregrado. Se atienden especialidades: endodoncia, periodoncia, ortodoncia, rehabilitación oral y cirugía endodóntica con microscopio.

2. Clínica de Mediana Complejidad: se prestan servicios de salud oral, a pacientes con casos que requieren atención integral e interdisciplinaria de pregrado. Se realizan los procedimientos: operatoria, endodoncia simple, periodoncia simple y rehabilitación oral simple.
3. Clínica de Baja Complejidad: se prestan servicios de salud oral, a pacientes que requieren prevención, mantenimiento y diagnóstico integral a nivel de pregrado. El diagnóstico del paciente se prestan servicios en el área de Semiología Oral, con ayudas diagnósticas especializadas en el área de radiología.
4. Clínica de Odontopediatría: se prestan servicios de salud oral a pacientes niños en una forma integral y especializada. Los procedimientos que se realizan son: prevención, operatoria, ortopedia, odontología integral y manejo de pacientes especiales.
5. Clínica de Cirugía: se prestan servicios de salud oral exclusivamente quirúrgicos y de urgencias. Procedimientos: cirugía endodóntica, cirugía periodontal, cirugía oral y biopsias.

Por otro lado, se cuenta con un quirófano donde se realizan todos los procedimientos odontológicos que requieran anestesia general, como cirugía oral, cirugía periodontal, cirugía maxilofacial y odontopediatría bajo anestesia general.

Las clínicas cuentan con otras áreas que son de apoyo interno para las mismas, estas son la central de historias clínicas, la central de insumos y el laboratorio dental.

Además, las clínicas anualmente cuenta con 3.000 pacientes aproximadamente, 230 profesores y 800 estudiantes aproximadamente; en cuanto recursos físicos las clínicas cuenta con 136 unidades, distribuidas en las clínicas así: Alta complejidad (51), Media complejidad (41), Baja complejidad (24), Odontopediatría (10), Cirugía (6), Quirófano (1), y Consultorios (3).

7. Mapa de procesos actual

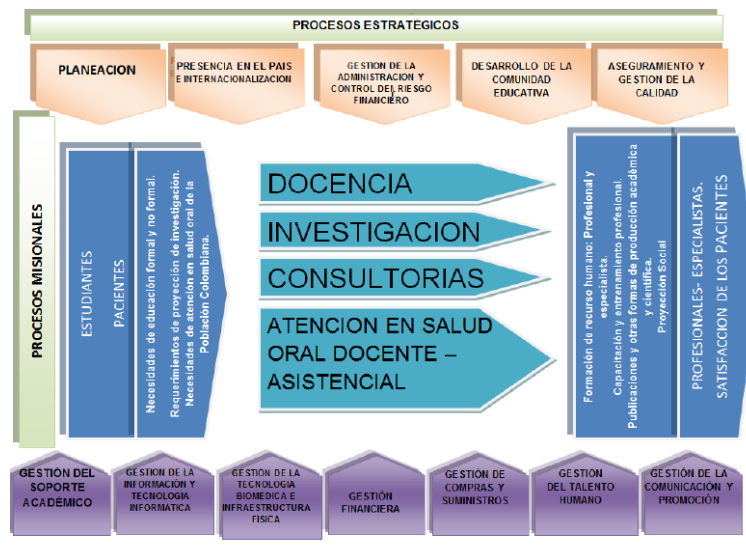


Imagen no. 2 Mapa de procesos actual Clínicas Odontológicas.

Fuente: Facultad de Odontología

El mapa de procesos actual de las Clínicas Odontológicas de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana se muestra en la imagen no.2, donde los procesos estratégicos y de apoyo que hacen parte de lo que dictan desde las diferentes áreas de la universidad y los procesos misionales que son propios de la Facultad de Odontología.

8. Importancia de las Clínicas Odontológicas en la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana

La integración de las clínicas odontológicas con la Facultad de Odontología son una fortaleza para la formación de los profesionales a nivel de pregrado y posgrado, ya que ha permitido que además la prestación de servicios odontológicos, se ha podido llevar a cabo procesos investigativos en el área de salud oral.

9. IPS de objeto social diferente

Las clínicas odontológicas de la Pontificia Universidad Javeriana están conformadas como una IPS de objeto social diferente, esto quiere decir que “la prestación de servicios de salud y por requerimientos propios de su actividad, brindan servicios de baja complejidad y/o consulta especializada que no podrán contratarse dentro del Sistema General de Seguridad Social en Colombia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Se constituye como objeto social diferente debido que se desarrollan programas académicos de pregrado y posgrado, donde se articulan la formación del estudiante y la prestación de servicios de salud oral.

Para que las clínicas odontológicas de la Pontificia Universidad puedan funcionar como escenario de práctica y formación para los estudiantes es necesario la creación de la relación docencia – servicio reglamentado en el Decreto 2376 de 2010 (Ministerio de salud y protección social, 2010), la cual es:

Un vínculo funcional en que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por los menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud.

Este vínculo se funda en el proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes de la relación docencia – servicio.

10. Habilitación para las Instituciones Prestadoras de Salud

Las Clínicas Odontológicas se encuentran habilitadas para la prestación del servicio bajo el Sistema Único de Habilitación que establece las condiciones que deben cumplir para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, las clínicas se encuentran haciendo la actualización de la habilitación bajo lo establecido por la Resolución 2003 de 2014.

11. Acreditación en salud

Una vez que las instituciones se han habilitado pueden dar el siguiente paso que es la acreditación en salud. La acreditación es una metodología externa que permite asegurar la entrega de los servicios de salud seguros y de alta calidad, esto es lo que permite que una Institución Prestadora de Servicios de Salud, (IPS), Entidad Promotora de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y Régimen subsidiado (EPS), Entidad de Medicina Prepagada (EMP) o Entidad Adaptada, Entidades Territoriales de Salud (ETS) demostrar el cumplimiento de estándares superiores de calidad, es decir, que se dé un buen manejo de las buenas prácticas en salud (Ministerio de salud y protección social, 2014).

Las Clínicas Odontológicas de la Pontificia Universidad Javeriana desean revisar los procesos que llevan a cabo con el fin de ajustarlos con miras a la acreditación, que representa mayores estándares de calidad de la prestación del servicio a los pacientes.

12. Situación en Bogotá en otras Universidades

12.1 Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá

En la Universidad Nacional en la sede de Bogotá se establece en 1952 la Facultad de Odontología después de la incorporación de la Escuela Dental Nacional, en la planta física se establecieron las clínicas, laboratorio y salones (Odontología Universidad Nacional – sede Bogotá, s.f.).

Los servicios que presta son:

1. SONRÍE: programa que permite a los estudiantes de pregrado y posgrado de la universidad acceder a un apoyo económico para realizar tratamientos odontológicos por medio del Convenio de Cooperación Intrainstitucional entre la dirección de Bienestar Institucional Universitario de Sede y la Facultad de odontología.
2. Servicio de apoyo diagnóstico: se cuenta con personal capacitado y equipos de tecnología de punta para brindar un servicio de calidad. Algunos de los servicios son: radiología oral convencional y digital; maxilofacial; modelos de estudio y de trabajo, fotografía clínica digital intraoral y extraoral; análisis y diagnóstico cefalométrico digital; y periodontograma digital.
3. Atención al usuario: se cuenta con una oficina de atención del usuario donde se encargan de recepcionar, orientar e inscribir a las personas que soliciten la atención y reciben las sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios para darles el trámite respectivo.
4. Servicio asistencial docente: atención prioritaria; atención integral del niño; atención integral del adulto; atención integral del adulto mayor; clínicas de

cirugía; posgrado de cirugía; posgrado de rehabilitación oral; semiología; posgrado de operatoria dental (estética); atención especializada en periodoncia y endodoncia; y atención en ortodoncia.

El servicio de atención de odontología general y especializada en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia – sede Bogotá se encuentra Habilitado.

12.2 Universidad El Bosque

Las clínicas odontológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque fueron creadas en 1985, estas crean el espacio para la atención básica y especializada para la comunidad y para el aprendizaje de los estudiantes en formación. Las clínicas tienen una infraestructura que cuenta con recientes avances tecnológicos para la atención en salud oral (Universidad El Bosque, s.f). Para que se de la atención se establece el documento de convenio docencia asistencia, se encuentran habilitadas para la prestación del servicio bajo los estándares mínimos de atención y se encuentran en el proceso de acreditación de las clínicas.

12.3 Institución Universitaria Colegios de Colombia - UNICOC

La universidad cuenta con Odontológico – red de clínicas con una trayectoria de más de 38 años, cuyo principal objetivo es la prestación a los pacientes de atención personalizada donde ofrecen servicios en tratamientos dentales seguros e innovadores. Las clínicas permiten la formación de odontólogos y especialistas, a la vez prestan un

servicio de calidad y con planes de financiación según las posibilidades del paciente (UNICOC, s.f.). Estas clínicas se encuentran habilitadas para la prestación del servicio.

Los servicios que prestan estas clínicas son: odontología general, imágenes diagnósticas, odontología pediátrica, implantología social, periodoncia, prostodoncia, cirugía oral, odontología estética, endodoncia, ortodoncia y ortopedia maxilar, y urgencias odontológicas.

JUSTIFICACIÓN

Las Clínicas Odontológicas de las universidades son esenciales para la formación de los estudiantes como profesionales en el área de salud oral tanto en niveles de pregrado como posgrado pues se da un aprendizaje práctico con pacientes que requieren algún tratamiento, particularmente para la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana que busca esa formación y atención con sentido humano y de calidad, y a la vez quiere que sus clínicas sean un punto de referencia a nivel nacional y a nivel Latinoamérica.

El proyecto nace a partir de la solicitud realizada desde la Facultad de Odontología para la revisión de sus procesos y planteamiento de mejoras para los mismos, el objetivo plantea el proyecto es que esas mejoras que se presenten puedan estar encaminadas hacia la Acreditación en Salud para la IPS (Clínicas Odontológicas), con el propósito de asegurar los altos estándares de calidad en su prestación del servicio a los pacientes a partir de la práctica y aprendizaje de los estudiantes, a la vez les permitirá acercarse un poco más a su visión de ser el punto de referencia a nivel país y Latinoamérica. Como el proyecto nace ante la necesidad de la Facultad de Odontología ellos están dispuestos a entregar toda la información que se requiera para la elaboración del mismo.

Por ello se determinó a partir de un diagnóstico y a necesidades manifestadas por la misma de un análisis y planteamiento de mejoras en sus procesos puesto que los han definido según la circunstancia o el momento en el que se han presentado situaciones o necesidades con el propósito de que la prestación del servicio como IPS de objeto social diferente sea estandarizada y con un mayor grado de calidad.

Con base en el requerimiento se planteó una herramienta de diagnóstico que presentara el estado actual de las condiciones establecidas en la Resolución 2003 de 2014 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Ver anexo A – Herramienta de diagnóstico de Habilitación en Servicios de Salud.

A la vez, pretende conocer cómo se define en las clínicas odontológicas el plan estratégico, el mapa de procesos y la cadena de valor para el cliente.

Las condiciones con las que se realiza el diagnóstico son los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud, fijando unas condiciones que se deben cumplir de acuerdo con la naturaleza de la institución. Estas son:

0. Procesos: esta no pertenece a la Resolución 2003, sino que se definió para reconocer a nivel de plan estratégico, mapa de procesos y cadena de valor como se encuentran las clínicas.
1. Capacidad Técnico – Administrativa: están referidas al cumplimiento de los criterios que se ajustan a la normatividad vigente y a la clasificación de las entidades de acuerdo con la naturaleza jurídica.
2. Suficiencia Patrimonial y Financiera: posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.
3. Capacidad Tecnológica y Científica: buscan proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud, bajo los principios de fiabilidad, esencialidad y sencillez.

4. Protección específica y detección temprana: según la Resolución 412 de 2000, protección específica es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la mitigación o control de un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad, para las clínicas se presenta atención preventiva en Salud Bucal.
5. Consulta odontológica general especializada: Es el servicio que utiliza medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico con criterios de prevención, tratamiento de las enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de los mismos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático.
6. Toma e interpretación de radiografías odontológicas: es el servicio dedicado al diagnóstico de las enfermedades odontológicas, mediante el uso de métodos diagnósticos con imágenes obtenidas mediante radiaciones ionizantes.
7. Cirugía baja complejidad: servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas que requieren total asepsia, sala quirúrgica.
8. Esterilización: es el proceso mediante el cual se provee material estéril a los servicios que dependen de éste para realizar sus procedimientos, con productos que garanticen la seguridad en la atención.

Las condiciones del 1 hasta el 8 cuenta con siete estándares de habilitación: talento humano; infraestructura; dotación; medicamentos, dispositivos médicos e insumos; procesos prioritarios; historia clínica y registros; e interdependencia, para determinar lo mínimo que deben tener los prestadores de servicios de salud para ofrecer y prestar el servicio.

Aplicada la herramienta de diagnóstico se identificaron fortalezas y oportunidades de mejora según las condiciones que se muestran en la tabla no. 1, que se encuentra a continuación:

Tabla 1

Resultado del diagnóstico de habilitación en salud

CONDICIÓN	FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
0: Procesos	Se cuenta con el plan estratégico, con el mapa de procesos.	Socialización del plan estratégico. Estandarizar y caracterizar los procesos. Generación de indicadores. Definición de la cadena de valor.
1: Capacidad Técnico – Administrativa	Al ser una IPS de objeto social diferente la Resolución 2003 de 2014 no exige esto, pero en caso de requerirlo deben dirigirse a los estamentos propios de la Universidad.	
2: Suficiencia Patrimonial y Financiera	Al ser una IPS de objeto social diferente la Resolución 2003 de 2014 no exige esto, pero en caso de requerirlo deben dirigirse a los estamentos propios de la Universidad.	
3: Capacidad Tecnológica y Científica	Control sobre documentos (hojas de vida); Evidencia de acciones de formación; sistema de información para hacer el seguimiento a estudiantes; Reporte de gestión del reporte adverso para seguridad del paciente y una política para ello; Fichas técnicas para indicadores; Manejo de historias clínicas digitales; protocolo de referencia (quién debe responsabilizarse de que)	Completar los documentos de las hojas de vida de los profesionales; Crear evidencia sobre criterios y metodologías de calidad y mantenimiento de condiciones de respeto y dignidad al paciente; Realizar un registro y control sobre pacientes con algún tipo de discapacidad; Socialización de la planeación estratégica; Realización del cronograma para la capacitación y entrenamiento en seguridad del paciente; Realizar un análisis para identificar riesgos y proponer mejoras que permitan su monitoreo; Crear cultura del reporte para la consolidación de datos y la generación de indicadores;
4: Protección específica detección temprana	Cumplimiento de la norma	Revisión de la normatividad para el ajuste correspondiente al servicio
5: Consulta	Acompañamiento permanente de	Verificación del instrumental que

odontológica general especializada	los docentes a los estudiantes; y Se cuenta con guías clínicas para saber que se requiere para la práctica del estudiante en las clínicas	se debe usar para la práctica de los estudiantes de las clínicas.
6:Toma e interpretación de Radiografías odontológicas	Se cuenta con protocolos para la descripción sobre el proceso de toma e interpretación de imágenes; Se cuenta con los recursos humanos, materiales y físicos; Se hace un acompañamiento del docente.	No se evidencian falencias por lo tanto no hay oportunidades de mejora.
7:Cirugía baja complejidad	Se cuenta con los recursos exigidos por la normatividad	No se evidencian falencias por lo tanto no hay oportunidades de mejora.
8:Esterilización	Se cuenta con los recursos humanos, materiales y físicos	No se evidencian falencias por lo tanto no hay oportunidades de mejora.

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

Además, durante el año 2013 se presentaron 20 casos de quejas por daños durante los tratamientos a pacientes que han sido remitidos a comité para tomar decisiones frente a ellos, en lo que va corrido del 2014 se han dado 12 casos. Se han presentado más quejas pero las clínicas no llevan registros de todos los casos. Además, las clínicas no cuentan con suficiente información y es por eso que no se puede cuantificar los problemas actuales de los procesos, es decir, se dificulta realizar la trazabilidad debido a que no cuenta con registros claros para evidenciar la información y hacer uso posterior de ella para mejorar los servicios.

Así mismo, las clínicas cuentan con las fichas de los indicadores como deficiencias en la conservación de la intimidad en el servicio de radiología, exposición innecesaria en el servicio de radiología, tasa de satisfacción global, oportunidad en la atención de consulta de odontología general, continuidad en los tratamientos de ortodoncia, respuesta a quejas, reclamos y sugerencias, e índice de eventos adversos. Al no existir una cultura en la toma de los datos y en la

consolidación es necesario establecer mecanismos de recolección de datos para poder generar información a partir de los indicadores y permitir la mejora continua en la atención del usuario.

También a partir del diagnóstico se pueden evidenciar las oportunidades de mejora frente a los procesos de las clínicas, para ello se requiere definir la cadena de valor y los procesos propios de las clínicas, pues no se evidencia una clara interacción entre ellos debido a que los procesos estratégicos y de apoyo son propios de la universidad y no específicos de las Clínicas Odontológicas, estos últimos no se van a intervenir en el proyecto. Una vez identificados los procesos particulares de las Clínicas Odontológicas de la Pontificia Universidad Javeriana será necesario realizar la caracterización de los mismos.

Es necesario poder realizar un análisis costo beneficio, el cual estará enfocado hacia un análisis de costos de no calidad de los procesos identificados como críticos en el proyecto. El análisis financiero de las Clínicas Odontológicas está relacionado con el análisis financiero institucional en el cual no se podrá tener intervenir, por eso se plantea esta restricción. En conclusión, este proyecto es viable y pertinente para las Clínicas Odontológicas pues aunque su objeto social no sea la prestación del servicio va a permitir que se pueda desarrollar la formación en la práctica de los estudiantes de una manera mucho más definida y que se pueda llevar un control sobre todos los procesos que se realizan en la operación de las mismas. A su vez, conlleva alcanzar un impacto social en la medida en que sus usuarios se pueden ver beneficiados por la realización de tratamientos a menores costos y de mayor calidad.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las mejoras pertinentes para los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de las clínicas odontológicas de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana y su cadena de valor?

OBJETIVOS

Objetivo General

Definir los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de las clínicas odontológicas de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana con el propósito de plantear mejoras que permitan estandarizar los procesos con miras a la acreditación en salud y a garantizar una mayor calidad en la prestación de los servicios.

Objetivos Específicos:

1. Definir la cadena de valor y su relación con el mapa de procesos.
2. Realizar un análisis de los procesos actuales de las clínicas odontológicas con el propósito de establecer un diagnóstico y la definición de un submapa de procesos particular de las clínicas odontológicas.
3. Identificar cuellos de botella más relevantes de los procesos de las clínicas odontológicas para proponer mejoras en estos procesos.
4. Identificar de costos de no calidad en los procesos que se identifiquen como críticos.
5. Caracterizar los procesos relacionados con lo definido en el submapa de procesos particular de las clínicas odontológicas.

6. Determinar mecanismos de seguimiento para permitir la mejora continua de las clínicas odontológicas.

ALCANCE DEL PROYECTO

Revisar los diferentes procesos que se llevan a cabo en las clínicas odontológicas de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana hasta el planteamiento de mejoras de los mismos con miras a la acreditación en salud sin incluir su implementación.

MARCO TEÓRICO

1. Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia

El Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia se crea con la Ley 100 de 1993, el cual se define por la ley como:

El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Dentro de este Sistema de Seguridad Social Integral se encuentra el Sistema General de Seguridad Social en Salud el cual tiene como objetivo principal “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención” (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993).

Este último sistema está integrado por: organismos de Dirección, Vigilancia y Control (los Ministerios de Salud y Trabajo, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y la Superintendencia Nacional en Salud); organismos de Administración y Financiación (Entidades Promotoras de Salud – EPS; Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud; Fondo de Solidaridad y Garantía); Institucionales Prestadoras de servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas – IPS; demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la Ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo; los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados; los

beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades; y los Comités de Participación Comunitaria y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.

2. IPS

En el Decreto 2753 de 1997, se dictan las normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, allí se define una IPS (Institución Prestadora de Servicios) como “todo establecimiento organizado para la prestación de los servicios de salud” (Ministerio de salud y protección social, 1997). En el mismo Decreto se establece las modalidades para la prestación de servicios de salud, hospitalaria y ambulatoria (intramural o extramural).

Por otro lado en el Decreto 2309 del 2002, se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud de Sistema General de Seguridad Social en Salud, en este sistema se muestran los actores entre los cuales están las IPS, definidas como “los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes. Se consideran, para los efectos del presente decreto como instituciones prestadoras del servicio de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura” (Ministerio de salud y protección social, 2002).

Para las IPS se establece una forma estratificada de los niveles de complejidad para agrupar y utilizar recursos para dar satisfacción a las necesidades de salud que son necesarias para dar la máxima eficiencia del servicio. La clasificación se da según la capacidad que se tiene para resolver problemas de diagnóstico, tratamiento de rehabilitación en salud, promoción y prevención, de acuerdo con la tecnología y el personal responsable de cada actividad,

intervención o procedimiento de salud. Se presentan tres grados: de baja, media y alta complejidad, los cuales se definen en la Resolución 5261 (Ministerio de salud y protección social, 1994).

En los niveles de complejidad se analiza la relación entre la complejidad de una situación en salud y la complejidad de los métodos y recursos para obtenerla. Para implementar un nivel debe estudiarse tipo de patología que atiende o prevé atender, frecuencia de la misma, base poblacional, tipo y nivel de especialización del personal vinculado, características y condiciones del instrumental, equipo disponible en la entidad, características de la planta física y políticas de la institución (Ministerio de salud y protección social, 1994).

Las IPS deben cumplir con ciertos requisitos para la prestación del servicio: requisitos administrativos (declaración de requisitos esenciales para la prestación de servicios, estructura orgánica y funcional, manual de procesos, procedimientos y funciones); requisitos técnico-científicos (manejo sistemático de historias clínicas individualizadas, un sistema de garantía de calidad que incluya un plan de mejoramiento de la calidad, programa de salud ocupacional); y requisitos de información (sistema de información de acuerdo con las normas) (Ministerio de salud y protección social, 1994).

3. IPS de objeto social diferente

Existen IPS que están constituidas como una entidad de objeto social diferente, esto quiere decir que “la prestación de servicios de salud y por requerimientos propios de su actividad, brindan servicios de baja complejidad y/o consulta especializada que no podrán contratarse dentro del Sistema General de Seguridad Social en Colombia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Se evidencia que se constituye como objeto social diferente debido a la misión de

las mismas, pues esta establece que se desarrollan programas académicos de pregrado y posgrado, donde se articulan la formación del estudiante y la prestación de servicios de salud oral, es decir, se cuenta con un ámbito de aprendizaje donde el paciente recibe un tratamiento y el estudiante adquiere diferentes conocimientos.

4. Relación docencia – servicio

Para que las clínicas odontológicas universitarias o de formación puedan funcionar como escenario de práctica y formación para los estudiantes es necesario la creación de la relación docencia – servicio reglamentado en el Decreto 2376 de 2010 (Ministerio de salud y protección social, 2010), la cual es:

Un vínculo funcional en que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por los menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud. Este vínculo se funda en el proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes de la relación docencia – servicio.

5. Habilitación en salud

El Ministerio de Salud y Protección social busca que las Instituciones Prestadoras de Salud, los profesionales independientes de salud, los servicios de transporte especial de pacientes, las entidades de objeto social diferente, y las entidades Departamentales y Distritales de Salud, se encuentren habilitadas para la prestación del servicio. El Sistema Único de Habilitación establece las condiciones que deben cumplir para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, esto se establece en el Resolución 2003 de 2014.

6. Acreditación en salud

Una vez que las instituciones se han habilitado pueden dar el siguiente paso que es la acreditación en salud. La acreditación es una metodología externa que permite asegurar la entrega de los servicios de salud seguros y de alta calidad, esto es lo que permite que una Institución Prestadora de Servicios de Salud, (IPS), Entidad Promotora de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y Régimen subsidiado (EPS), Entidad de Medicina Prepagada (EMP) o Entidad Adaptada, Entidades Territoriales de Salud (ETS) demostrar el cumplimiento de estándares superiores de calidad, es decir, que se dé un buen manejo de las buenas prácticas en salud (Ministerio de salud y protección social, 2014).

La acreditación en salud está regulada bajo el Sistema Único de Acreditación en Salud con el Decreto 903 del 2014 y el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

7. La cadena de valor o Value Stream

La cadena de valor “son todas las acciones, que agregan valor y que no agregan valor” (Rother & Shook, 2003, p. 3), que se requieren para la producción de un bien o la prestación de un servicio. Permite conocer por cuales actividades el consumidor está dispuesto a pagar y por cuáles no. Es una herramienta poderosa usada principalmente para la visualización del sistema si produce un bien o si ofrece un servicio (Shararah, 2013). Mirando la cadena de valor en perspectiva se muestra como una gran imagen no como procesos individuales, donde se puede mejorar todo en conjunto (Rother & Shook, 2003, p. 3).

La forma de representar la cadena de valor es por medio del mapa de la cadena de valor que muestra el flujo de información y el flujo de producto o servicio. Se convierte en una

herramienta de comunicación y una herramienta de planeación y gestión para cambiar los procesos cuando se requiera. El primer paso es dibujar el estado actual a partir de información inicial obtenida como es el flujo de materiales o usuarios y flujo de información. Como segundo paso es el desarrollo y dibujo del estado futuro con la información que fue dado anteriormente. Como paso final se busca preparar y empezar la implementación de un plan que describe como este va alcanzar el estado futuro. Una vez el mapa actual se ha vuelto realidad se debe dibujar un nuevo mapa futuro pues es lo que va a permitir el mejoramiento continuo del proceso (Rother & Shook, 2003).

También por medio del mapa de la cadena de valor permite ver los desperdicios presentes en el proceso y poder imaginar como el estado futuro puede ser mejor acercarse a lo que se pretende bajo la metodología Lean. Se busca la identificación de los desperdicios: sobreproducción, defectos, movimientos innecesarios, inventario innecesario, procesamiento inapropiado, transportes y esperas (Lovellette, 2001).

8. Gestión basada en procesos

Un proceso es un “conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados” (Ríos, 2008, p.12). Es importante reconocer pues se permitirá conocer como la organización va a obtener productos o servicios que cumplan con las necesidades del cliente y serán el medio para cumplir con la estrategia propuesta para la empresa. Los factores que presenta Ríos (2008, p.13) para la identificación y selección de procesos son la influencia en la satisfacción del cliente, efectos en la calidad del producto o servicio, influencia en los factores clave de éxito – influencia en la visión y la misión, cumplimiento de los requisitos legales, del cliente o de la organización, e imagen corporativa.

Al haber identificado los procesos que son importantes para la organización se realiza una clasificación de ello. Ríos (2008, p 17) hace la clasificación en tres tipos:

- **Estratégicos:** están vinculados al ámbito de las responsabilidades de la dirección. Se refiere fundamentalmente a los procesos de planeación y a otros que se consideren ligados a factores clave o estratégico.
- **Operativos:** ligados directamente a la realización del producto y/o realización del servicio. Son los procesos del negocio o misionales.
- **Soporte:** aquellos quedan soporte a los operativos, se suelen referir a procesos relacionados con recursos y mediciones.

La manera de representar gráficamente la agrupación de los procesos como se describieron es por medio de un mapa de procesos, pues muestra los procesos, su clasificación y las relaciones entre ellos. A la vez, el mapa permitirá el análisis e interpretación de la secuencia e interacción entre los procesos.

Una forma de reconocer la secuencia de procesos es por medio de la caracterización de ellos pues “es una herramienta documental que sirve para planificar las principales características de un proceso” (Ríos, 2008, p. 22) La caracterización presenta de cada procesos identificación básica (nombre, objetivo y requisitos), flujo de procesos (actividades), interacción con otros procesos (insumos, proveedores, medios, productos y clientes), recursos (humanos, infraestructura, información, y conocimiento y habilidades); y seguimiento y medición (actividades de seguimiento e indicadores del proceso). Otros aspectos a tener en cuenta son límites de procesos, líder del proceso, alcance del proceso, variables de control, inspecciones y registros (Ríos, 2008).

9. Cuello de botella

El cuello de botella representa una limitación pues algún recurso tiene capacidad inferior a la demanda y esta es restringida. El poder identificar el o los cuellos de botella en los procesos permite el desarrollo de mejoras que conllevarán a que el flujo sea más efectivo (Gamarra & Jiménez, 2012).

Gamarra y Jiménez muestran que para poder identificar el cuello de botella se puede realizar por medio de un estudio de tiempos. El estudio de tiempo hace referencia al “procedimiento que usa un cronómetro para establecer estándares” (Niebel & Freivalds, 2009, p. 552). Para el cálculo del tiempo estándar se debe identificar la operación a medir, definir el número de observaciones, cronometrar el tiempo de la operación, cálculo del tiempo normal con el tiempo cronómetro y la calificación del desempeño de la persona que realiza la operación, y cálculo del tiempo estándar con el tiempo normal y los suplementos de fatiga.

10. Análisis de precedencia

El análisis de precedencia permite determinar la secuencia de los elementos de un proceso, a la vez permite conocer cuáles son las restricciones reales que en término de la secuencia de operaciones tienen los diversos procesos. A medida que las restricciones sean menores ante el orden en que se puede realizar un trabajo, se podrá hacer un mejor balance en las asignaciones laborales. Existen dos tipos de diagrama de precedencia: cerrado, no se permiten cambios en la secuencia; y abierto, se permiten alternativas pues las operaciones pueden realizarse de manera diferente (Niebel & Freivalds, 2009). Al analizar los procesos de esta manera se permitirá la generación de alternativas para la mejora de los procesos.

11. Seguimiento de procesos

Para hacer una observación del desarrollo de un proceso es necesario realizar un seguimiento con el fin de planear acciones de mejoramiento continuo de los procesos. Una forma de realizarlo es por medio de un sistema de indicadores.

Un indicador es “una relación entre dos o más datos significativos que tienen un nexo lógico entre ellos y que proporcionan información sobre aspectos críticos o de importancia vital para la entidad frente a la toma de decisiones” (Cubillos, Méndez & Rojas, 2009, p. 9). Toda la información que se obtenga de los indicadores debe agregar valor, y debe establecer el cumplimiento de una meta para ser alcanzada por medio de un plan de acción definido teniendo en cuenta el estado actual, basado en un ciclo PHVA, donde se cuenta con un plan, hacer, verificar y acción.

Los beneficios que presentan Cubillos, Méndez y Rojas al manejar un sistema de indicadores son (2009, p. 15):

- Facilitan el proceso de planificación y de formulación de políticas de mediano y largo plazo.
- Permiten detectar sectores de la organización con problemas de gestión.
- Permiten realizar ajustes y readecuar cursos de acción.
- Permiten asignar más eficientemente los recursos públicos.
- Aumentan la transparencia.
- Permiten evaluar los procesos y realizar seguimiento al cumplimiento de sus objetivos.
- La identificación de la satisfacción del cliente.
- Seguimiento del proceso.

Los indicadores se clasifican en tres tipos: de eficiencia (control de los recursos o las entradas del sistema, relación entre recursos y su aprovechamiento), de eficacia (control de los resultados del sistema (relación entre la salida del sistema y la meta) y efectividad (impacto sobre los clientes y usuarios) (Cubillos, Méndez & Rojas, 2009).

Todo indicador debe tener una estructura como lo mencionan Cubillos, Méndez y Rojas (2009): objetivo, definición, responsabilidad, recursos, periodicidad, nivel de referencia y puntos de lectura.

12. Lean en Salud

Nigel Wood (2004) define el enfoque Lean como la forma en que se le da a todas las personas de una organización las habilidades y se comparten definiciones para pensar de manera sistemática con el fin de expulsar el desperdicio diseñando mejores maneras de trabajar, mejorar conexiones y facilitando los flujos de la cadena de suministro. Complementando esto, Abdi, Shavarini, y Hoseini (2006) reconoce que la eliminación de los desperdicios puede a la vez reducir costos, hacer uso de los recursos y poder darle al cliente un mejor valor.

En el ámbito de la salud Lean es un set de herramientas, un sistema de gerencia y una filosofía que puede cambiar la manera en que los hospitales son organizados y gerenciados. A la vez, permite mejorar el cuidado de los pacientes para reducir errores y tiempos de espera, reducir costos y riesgos, y acabar con esas barreras entre departamentos que les permita trabajar en conjunto en pro del beneficio de los pacientes (Graban, 2011). Graban (2011), presenta los tipos de desperdicios, que al igual que en manufactura se dan en servicios: defectos, sobreproducción, transporte, esperas, inventario, movimiento, reproceso y desperdicio del talento humano.

Los beneficios que se presentan son diferentes para cada actor involucrado, para los pacientes: seguridad y calidad, y menos esperas o retrasos; para los empleados: orgullo por el trabajo, menos frustración, seguridad en el trabajo y carrera profesional en crecimiento; para el hospital: cumplimientos de la misión, mejor administración, estabilidad y crecimiento.

13. Balance Score Card

The Balance Score Card o Cuadro de mando integral “traduce la estrategia y la misión de una organización en un amplio conjunto de medidas de la actuación, que proporciona la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición estratégica” (Kaplan & Norton, 2002, p.14).

El cuadro de mando integral se muestra desde cuatro perspectivas (Kaplan & Norton, 2002):

1. Finanzas: ¿cómo deberíamos aparecer ante nuestros accionistas, para tener éxito financiero?
2. Clientes: ¿cómo deberíamos aparecer ante nuestros clientes para alcanzar nuestra visión?
3. Procesos internos: ¿en qué procesos debemos ser excelentes para satisfacer a nuestros accionistas y clientes?
4. Formación y crecimiento: ¿cómo mantendremos y sustentaremos nuestra capacidad de cambiar y mejorar para conseguir alcanzar nuestra visión?

El cuadro a su vez se muestra como un estructura o marco estratégico para la acción, puesto que permite: clarificar y traducir la visión y la estrategia, es decir llegar a un consenso sobre esto; comunicación, donde se establecen objetivos y se ve la vinculación

de las recompensas con los indicadores de actuación; planificar y establecer objetivos, los cuales se logran alinear con las iniciativas estratégicas, se asignan recursos y se establecen metas; y se aumenta la formación y el feedback o retroalimentación estratégica, donde al compartir la visión, conocer aquello en que se debe mejorar, se va a facilitar la formación y la revisión de la estrategia (Kaplan & Norton, 2002).

14. SIPOC

SIPOC es una herramienta que permite la identificación de quienes son los proveedores y clientes en un sistema, verificará a la vez los requerimientos de recursos. SIPOC, traduce en sus siglas: suppliers (proveedores), los cuales dan los elementos de entrada al procesos; input (entrada), son los recursos que el proceso requiere; proceso, definida como la actividad que transforma las entradas en salidas; output (salidas), son productos o servicios proporcionados; clientes, aquellos que han solicitado o establecido los requerimientos de salida (Advanced Integrated Technologies Group, 2005).

15. Costos de Calidad

Los costos de calidad son en los que se incurre para garantizar la calidad de los productos manufacturados o de la prestación de los servicios que brinda una empresa (Consultorio Contable, 2011). Los costos de calidad son la suma de los costos de calidad y costos de no calidad, los primeros hacen referencia a: prevención, que son aquellos que se buscan con el fin de prevenir un calidad deficiente, antes de que se de la prestación de un servicio o la terminación de un producto; detección, corresponde a la auditoria de productos o servicios. Los costes de no calidad están fallos internos y fallos externos. En los internos, son costos en que incurre la empresa por no cumplir las especificaciones del cliente antes que este tenga el producto o haya

recibido el servicio; y los externos son costos por incumplimiento de lo pedido por el cliente una vez el producto haya sido entregado o el servicio haya sido provisto.

Los costos de calidad permiten identificar áreas de mejora y proporcionar una medida de la mejora a lo largo del tiempo y su seguimiento por parte de la revisión del sistema de calidad para la toma de decisiones de manera adecuada. Por tanto un sistema de costos de calidad es una herramienta para que la dirección comprenda la magnitud del problema de calidad.

METODOLOGÍA

Tabla 2

Metodología

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	HERRAMIENTAS	RESULTADOS ESPERADOS
Definir la cadena de valor y su relación con el mapa de procesos	Analizar los eslabones de la cadena de valor de las Clínicas Odontológicas considerando suposición como IPS de objeto social diferente.	Blueprint (diagrama de servicios)	Cadena de valor definida y relacionada con los procesos de las Clínicas Odontológicas.
Realizar un análisis de los procesos actuales de las clínicas odontológicas con el propósito de establecer un diagnóstico y la definición de un submapa de procesos particular de las clínicas odontológicas	Diagnosticar los procesos actuales	Herramienta de diagnóstico	Propuestas de mejora para los procesos con miras a la acreditación, submapa de procesos propios de las Clínicas Odontológicas
	Definición de líderes de procesos y ejecución de talleres con los mismos.	Herramienta de mapeo de los procesos	
	Definición de procesos con análisis de cero desperdicios	Análisis y aplicación herramientas de Lean: <ul style="list-style-type: none"> • Ruta de calidad (identificación puntos críticos de procesos) • 5S • Kaizen • Justo a tiempo • AMEF 	
Identificar cuellos de botella más relevantes de los procesos de las clínicas odontológicas para proponer mejoras en estos procesos	Diagnóstico según acreditación en salud	Autoevaluación del Manual de Acreditación del Ministerio de Salud y Protección Social	Propuestas relacionadas con los cuellos de botella identificados y relación de procesos en función de éstos.
	Identificación de cuellos de botella	Herramienta de identificación de cuellos de botella y análisis de precedencia	
Identificar costos de no calidad en los procesos que se identifiquen como críticos	Identificación de costos de calidad de procesos críticos.	Costos en calidad	Matriz de costos de no calidad

Caracterizar los procesos relacionados con lo definido en el submapa de procesos particular de las clínicas odontológicas	Identificar procesos clientes y proveedores	Taller con los líderes de los procesos.	Sistema de caracterización de procesos
	Identificar requerimientos de entrada y salida	Análisis SIPOC	
Determinar mecanismos de seguimiento para permitir la mejora continua de las clínicas odontológicas	Identificar indicadores de gestión de acuerdo con los resultados de la caracterización	Definición de los indicadores de gestión	Sistema de indicadores relacionados con el análisis SIPOC y con los componentes definidos en un Balance Score Card.

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

RESULTADOS

1. Definición de la cadena de valor de las Clínicas Odontológicas y su relación con los procesos de las Clínicas Odontológicas.

Para la definición de la cadena de valor se utiliza el *Blueprint* como herramienta *Lean Services* con el propósito de identificar claramente y bajo un análisis de cero desperdicios la ruta del cliente (paciente y cliente interno) durante todo el proceso. De igual forma visualizar como todos los procesos de soporte y estratégicos necesarios contribuyen a que la prestación del servicio de calidad al paciente se de una mejor manera para el paciente. A la vez, se requiere reconocer la relación entre los proceso encontrados y la premisa ya conocida de que las Clínicas son una IPS de objeto social diferente.

El *Blueprint* permitió realizar un conocimiento y análisis de cada proceso donde se encontró y se describió los elementos de actividades visibles, que son aquellas que realiza la persona de las clínicas junto con el paciente; las actividades invisibles, son aquellas que se realizan con el propósito de dar soporte a la prestación del servicio; y procesos de soporte, que representan quienes realizan esas actividades invisibles y visibles que no constituyen el servicio odontológico. Ver anexo B - *Blueprint*.

La cadena de valor se alimenta de lo encontrado, definiendo actividades primarias con todo aquello que hace parte de la prestación del servicio odontológico que incluye al paciente, estudiante y docente; y las actividades de soporte con actividades que al realizarse permiten que el servicio de atención a pacientes se pueda realizar de una mejor manera con todos los elementos requeridos.

La cadena de valor identificada para las Clínicas Odontológicas visualiza las actividades de soporte que dan paso al desarrollo de las actividades primarias para la correcta prestación del servicio, teniendo en cuenta que de manera transversal quienes intervienen son los pacientes, los estudiantes y los docentes – odontólogos. Ver imagen no.3.

CADENA DE VALOR CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS

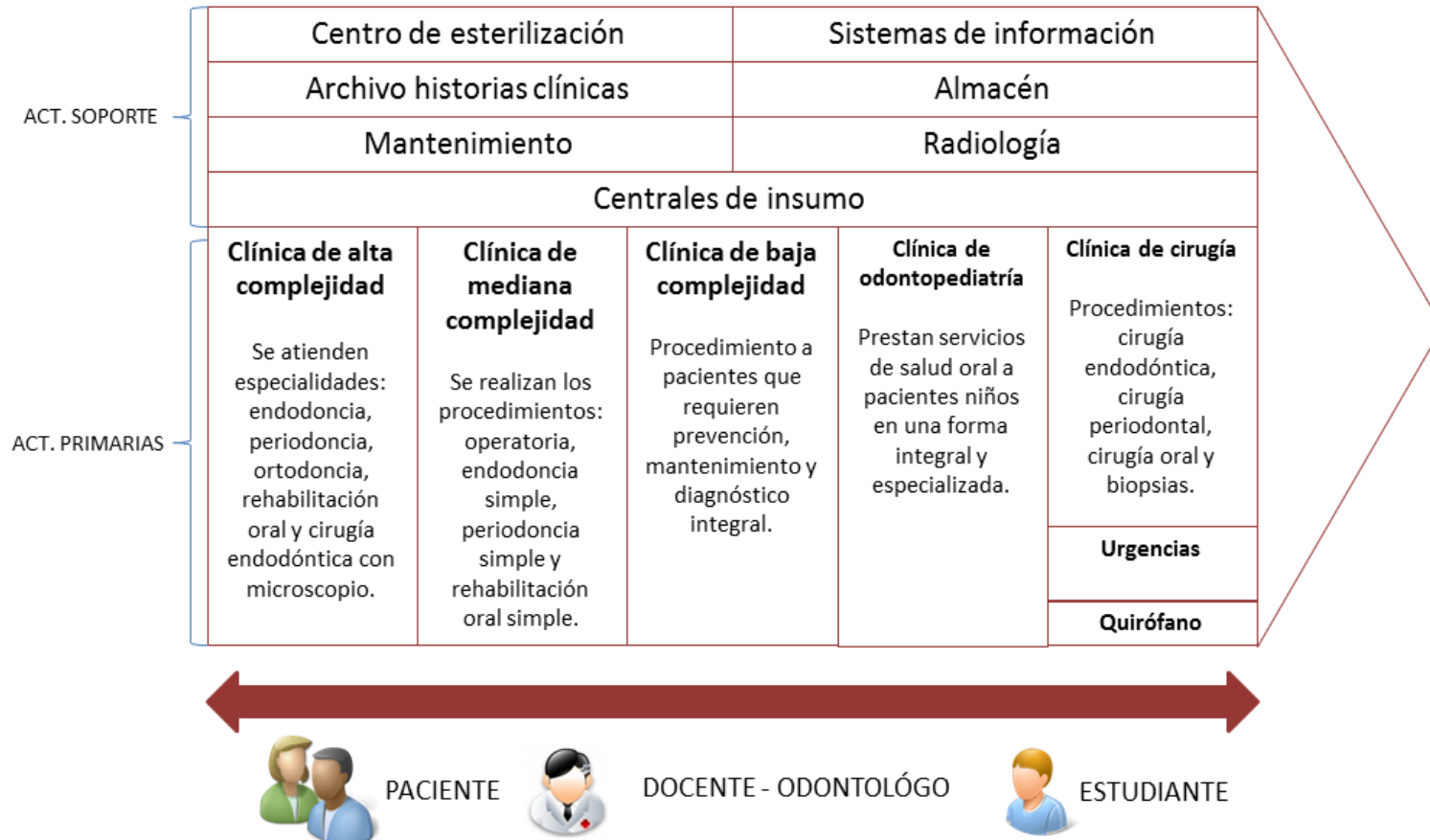


Imagen no.3

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

Esta cadena de valor le permitirá a las clínicas tener conocimiento sobre las actividades que constituyen los diferentes procesos con el propósito de tenerlos identificados para revisión del proceso de habilitación. A la vez, cuando se de inicio al proceso de acreditación permitirá la relación entre los procesos definidos para las clínicas y los diferentes grupos de estándares establecidos por el Ministerio de Salud; dentro del proceso de acreditación se deben establecer auditorias internas donde resultaran planes de mejoramiento, y al tenerse identificadas las actividades se sabrá en donde es que se debe actuar puntualmente para completar este paso antes de que el ente acreditado realice la auditoria externa.

Por otra parte, el *Blueprint* y la cadena de valor tienen relación con el mapa de procesos actual de las clínicas únicamente desde los procesos misionales, donde se reconoce la atención en salud oral, sin embargo se debe complementar con aquello que permite la prestación del servicio como los procesos de soporte y estratégicos.

El mapa de procesos que actualmente se maneja en las clínicas odontológicas define sus procesos estratégicos como aquellos que establecen las directrices de la universidad en general y que aplican para toda facultad, así mismo, los procesos de soporte son aquellos que prestan servicio a toda la universidad.

Ante esto es necesario planear un mapa de procesos que sea propio de las clínicas con el fin de conocer quiénes definen las directrices y quiénes prestan apoyo para el desarrollo de los procesos misionales de las clínicas que buscan la prestación de los servicios odontológicos.

Para la definición del mapa de proceso es necesario reconocer que las clínicas odontológicas son una IPS de objeto social diferente, es decir, que prestan el servicio de atención a pacientes pero su verdadero objeto social es la enseñanza, es necesario que en los procesos estratégicos se defina aquello que será el desarrollo del servicio desde la dirección de la clínicas y los diferentes comités de calidad, pues deben regirse bajo las directrices académicas y aquellas disposiciones de los entes de salud y de educación cuando se presenta este tipo de enseñanza.

2. Realizar un análisis de los procesos actuales de las clínicas odontológicas con el propósito de establecer un diagnóstico y la definición de un submapa de procesos particular de las clínicas odontológicas

Para identificar los proceso de las clínicas odontológicas, se determinó un análisis de caracterización por medio de talleres con los líderes de los procesos y personas involucradas en los mismos, esto basado en la Teoría Kaizen donde se menciona como un elemento organizacional en la que la participación de los empleados impacta directamente en la mejora de los procesos de trabajo (Suárez & Dávila, 2008). También se define al Kaizen como un mecanismo penetrante de actividades continuas, donde las personas involucradas juegan un rol explícito, para identificar y asegurar impactos o mejoras que contribuyen a las metas organizacionales (Suárez & Dávila, 2008).

Una vez conocidos los procesos, se definió el flujo de cada uno de ellos que a su vez fueron identificados en la cadena de valor y en la herramienta *Blueprint*. Ver anexo C – Herramienta de diagnóstico.

Los procesos actuales de las clínicas odontológicas identificados se presentan a continuación, cuyos detalles se encuentran en el Anexo F Análisis SIPOC:

- Gestión Estratégica:

1. GESTIÓN DIRECTIVA

- ✓ Planeación de servicios: se da a conocer de las necesidades, de la capacidad instalada y de número de estudiantes matriculados para el próximo semestre, con el propósito de entregar la información para ser

parametrizada en el sistema de información y así pueda ser usada para la prestación del servicio.

- ✓ Planeación presupuestal: se hace la revisión de las necesidades en cuanto a infraestructura, insumos, recurso humano y equipos, a la vez se analiza lo que se ha ejecutado del presupuesto hasta la fecha y la proyección para la siguiente vigencia, con el propósito de presentarlo ante el comité de presupuesto de la Universidad.
- ✓ Planeación y gestión del servicio: teniendo en cuenta las normas jurídicas en salud se presentan las estrategias y planes de mejoramiento para la prestación del servicio.
- ✓ Gestión del aseguramiento de calidad: se presenta la revisión del desarrollo de los planes para indicar las acciones de mejoramiento para la prestación, teniendo en cuenta el seguimiento y generación de la política de seguridad del paciente.
- ✓ Gestión de la comunicación y promoción: describe desde el momento en que se da la necesidad de crear estrategias para comunicar lo que sucede en las clínicas hasta que se da el desarrollo de las mismas.
- ✓ Gestión de compras y suministros – comité de presupuesto: se muestra como se toman decisiones a partir de la evaluación del movimiento del presupuesto para las clínicas.
- ✓ Gestión de compras y suministros – gestión de control y custodia: presenta el manejo de insumos y compras, teniendo en cuenta auditoria por parte de la Universidad.

- ✓ Gestión de compras y suministros – direccionamiento y coordinación de inventario: describe como se hace una planeación sobre el inventario de los insumos que se manejan en las centrales de insumos y como se toman decisiones a partir de lo encontrado.
- ✓ Gestión de administración de historias clínicas: por medio de inconvenientes presentados se describe como se actúa ante ello.
- ✓ Gestión de control y custodia de tecnología e infraestructura: presenta como se hace seguimiento sobre lo que ocurre con equipos biomédicos e infraestructura propia de las clínicas.
- ✓ Gestión del recurso humano: describe el manejo que se le da al personal de apoyo y auxiliares, desde selección, seguimiento, evaluación y capacitación.
- ✓ Gestión financiera: establece a partir del presupuesto presentado como han sido los ingresos y los egresos por prácticas formativas, y las decisiones con base a lo encontrado.

2. GESTIÓN DE MEJORA CONTINUA

- ✓ Auditoría en habilitación: se hace revisión de los estándares presentado en la resolución correspondiente para habilitación en salud, para establecer un plan de mejoramiento, incluyendo la guía de prestación de servicios, con el fin de ser aprobado para su ejecución.
- ✓ Auditoría de historias clínicas – casos complicados: con este proceso se estudia y da solución a los diferentes casos que se presentanc en la prestación del servicio y que son de complejidad.

- ✓ Auditoría de historias clínicas: se da la revisión del cumplimiento de parámetros exigidos para el manejo de las historias clínicas.
- ✓ Encuesta de satisfacción del cliente: presenta el proceso para la medición del indicador de satisfacción global.
- ✓ Queja de los pacientes: describe el procedimiento sobre no conformidades de los pacientes.
- Gestión de la prestación del servicio odontológico:
 1. Gestión de consulta de clasificación: este proceso describe como el paciente que llega sin estudiante es atendido y clasificado a la clínica según su patología.
 2. Gestión de atención en clínicas: este proceso muestra como se desarrolla la prestación del servicio a los pacientes en las diferentes clínicas.
 3. Gestión de atención en urgencias: muestra del proceso en el cual se da la atención de urgencia de un paciente.
 4. Gestión de atención en quirófano: presenta el proceso de atención cuando la patología del paciente requiera una intervención donde se involucra sedación.
 5. Gestión de cirugía oral: define el proceso para este tipo de procedimiento que involucra una mayor complejidad que el quirófano.

- Gestión de apoyo:
 1. Gestión de admisión y pago: el proceso contempla la inscripción del paciente por primera vez y su pago, así como los pagos o abonos de los tratamientos a realizar.
 2. Gestión de imágenes diagnósticas: muestra el proceso de toma de imágenes diagnósticas.
 3. Gestión de mantenimiento de equipos biomédicos: describe el proceso para realizar los diferentes mantenimientos de equipos y unidades, así como el apoyo en infraestructura.
 4. Gestión de esterilización: presenta el proceso para el manejo de desinfección de instrumental y ropa.
 5. gestión de almacenamiento de insumos: describe como se hace una solicitud por parte de los estudiantes de los insumos usados para los procedimientos.
 6. Gestión de laboratorio odontológico: señala como se hace una solicitud para realización de piezas dentales en laboratorio.
 7. Gestión de insumos general: presenta el manejo de insumos para la distribución en cada central.
 8. Gestión de la información
 - ✓ Planeación y requerimientos por semestre: describe la forma en que se recibe y parametriza la información que alimenta los sistemas de información.
 - ✓ *Backup*: se especifica el proceso en el cual se distingue entre la información que ya no se encuentra activa y la que está activa.

- ✓ Generación de informes: relaciona desde la solicitud de información hasta la entrega de la misma como insumo para toma de decisiones.
 - ✓ Corrección de información: describe desde la notificación del error hasta su corrección por parte del administrador del sistema de información.
9. Gestión de archivo de historias clínicas
- ✓ Archivo de historias clínicas: presenta el manejo de historias físicas de los pacientes.
 - ✓ Historia clínica digital: describe el almacenamiento de la evolución del paciente.

En la imagen no.4 se puede ver el submapa de procesos de las clínicas odontológicas

MAPA DE PROCESOS DE LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS

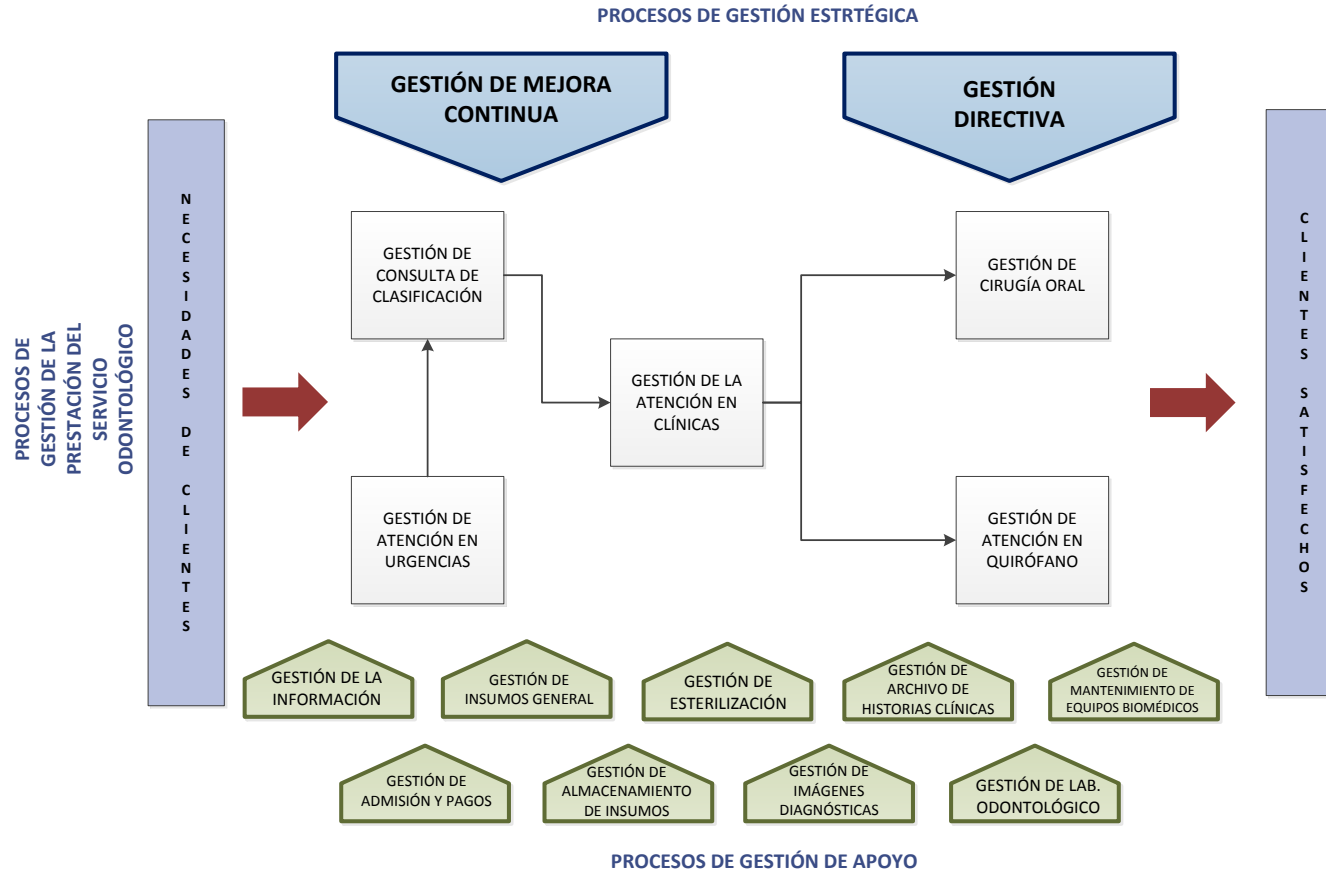


Imagen no. 4

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

Una vez identificados los procesos, a partir de un análisis con la herramienta de ruta de la calidad, la herramienta AMEF y el manual de acreditación del Ministerio de Salud y Protección Social, se determinan las no conformidades en los procesos, las fallas potenciales y aquellos estándares con los que no cuenta las clínicas odontológicas con respecto a los procesos.

Aquello que se encontró en la RUTA DE LA CALIDAD como causa raíz de los procesos se presenta en la tabla no.3. Para el análisis y acciones a establecer en el caso de las no conformidades en los procesos, se presenta en el capítulo 3 un análisis de cuello de botella que determinará las propuestas de mejora que se deben realizar para superar las situaciones presentadas.

Tabla 3

No conformidades sobre los procesos a partir del análisis de Ruta de la Calidad

PROCESO	NO CONFORMIDAD CON PROCESO
Inscripción y pago	Registro de pago dos veces por contar con doble sistema de información Se debe hacer registro manual y luego en sistema de información (Reproceso)
Radiología	No se cuenta con un control de registros para el proceso de gestión de imágenes diagnósticas
Cita de clasificación	Falta de capacitación a los estudiantes para que conozcan la función de la cita de clasificación
Atención quirófano	Falta de control sobre los documentos (solicitud de procedimiento y nota del odontólogo) Reprocesos al tener dos sistemas de información (HCOD y OSIS)
Atención cirugía	Uso inadecuado del formato para agendar el procedimiento
Mantenimiento	No existe un módulo en sistema de información para la actualización de las hojas de los equipos y para conocer las fallas en el momento en que ocurre
Procesos de quejas	Falta de control sobre la recepción de quejas e información suministradas para la presentación de la queja
Encuesta de satisfacción del cliente	El proceso sobre la realización de las encuestas no es claro, se determina la muestra según el tiempo del recurso que se tiene para la aplicación
Archivo de historias clínicas	No se notifica la repetición de historias clínicas y no se archiva de manera inmediata los documentos

	Desactualización del instrumental y ropa para esterilizar
Proceso de esterilización	Poco control sobre el lavado del instrumental y su importancia
Gestión de insumos general - almacén	Incidente por falta de insumos
Sistemas de información	Información errónea consignada en la historia clínica del paciente
Gestión de la comunicación y promoción	No se tiene documentado el proceso de comunicación en las clínicas
	Problemas de comunicación de lo que sucede en las clínicas, impacto en el desarrollo académico
Gestión de control y custodia - direccionamiento y coordinación de inventarios	No se cuenta con la herramienta adecuada para hacer el inventario

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

El paciente se ve afectado por:

- Al no tener actualizados los pagos de su tratamiento
- Perder el tiempo al asistir a la cita de clasificación pensando que le pueden hacer otro tratamiento ahí.
- Demora para procedimiento en quirófano porque no se le puede asignar la cita de quirófano pronto.
- Asignación de nueva cita para realizar el procedimiento de cirugía.
- No se le da respuesta de la queja que presentó

Las operaciones en la clínicas se ven afectadas:

- Al manejar la información diferente en dos sistemas de información que no están alimentados entre ellos.
- Retrasos en adjuntar la radiografía a la historia clínica digital y física
- Reprocesos en registros dobles de la información del paciente, en cada uno de los sistemas de información.
- Demora en cumplir horarios establecidos para procedimientos
- Retraso al no atender de manera inmediata la falla de algún equipo o unidad odontológica
- Baja calidad en la resolución de quejas de los pacientes
- Resultado incoherente en el indicador de satisfacción global
- Pérdida de material para historias clínicas físicas al encontrarse duplicadas las historias

- Retraso en el proceso de esterilización pues el instrumental no viene bien lavado
- Información errónea mal cargada de los pacientes y tratamientos impide cerrar historias clínicas.
- Falta de comunicación efectiva al personal y estudiantes de las clínicas
- Mayor tiempo invertido en el proceso de realizar inventario físico de insumos

Por otra parte, es necesario considerar las situaciones que están latentes a presentarse ante fallas de los procesos con el fin de establecer mecanismos de prevención, es por eso que se hace uso de la herramienta AMEF y del análisis Pareto para reconocer fallas potenciales y como se pueden controlar.

La herramienta AMEF se define como un grupo de actividades de análisis sistemático con el fin de reconocer y evaluar fallas potenciales de un producto y/o proceso y sus efectos. A la vez, identificando acciones que puedan eliminar o reducir la probabilidad que ocurra una falla potencial (Barreiro, 2010).

Por medio de talleres con los líderes de los procesos se buscó identificar las posibles fallas que se puedan presentar en las clínicas odontológicas que puedan afectar la calidad de la prestación del servicio y las posibles acciones para prevenir esas fallas potenciales.

En la tabla no.5 se presenta lo identificado para actividades de los procesos establecidos.

Para las columnas de severidad, ocurrencia y detección se establecieron las siguientes escalas:

Tabla 4

Escalas para análisis AMEF

	SEVERIDAD	OCURRENCIA	DETECCIÓN
1	Muy leve impacto	0% - 20%	Nunca
2	Leve impacto	21% - 40%	Muy pocas veces
3	Impacto Promedio	41% - 60%	Algunas veces
4	Alto impacto	61% - 80%	Casi siempre
5	Muy alto impacto	81% - 100%	Siempre

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

Tabla 5

Análisis AMEF

Actividad del proceso	Fallas potenciales	Causas	Efectos	Severidad del efecto	Controles actuales	Ocurrencia	¿Es fácil de detectar?	Total	Acciones a seguir para evitar la falla potencial
Asignación de cita de Radiología	Mala identificación del paciente	Error de ingreso de info. en la base de datos	Toma de ayuda diagnóstica al paciente equivocado	5	Ninguno.	1	5	25	Procedimiento de identificación del paciente
	Mala identificación del paciente	Error de ingreso de info. en la base de datos	Procedimiento a paciente equivocado	5	Ninguno.	1	5	25	Procedimiento de identificación del paciente
Cita de procedimiento clínico	Accidente laboral de riesgo biológico	Mala segregación de residuos	Enfermedad infectocontagiosa	4	PGIRH Plan de gestión integral de riesgos hospitalarios	2	3	24	Evaluar nivel de adherencia
	Daño o injuria al paciente por el uso de tecnologías biomédicas.	Desconocimiento en el uso de tecnologías	Daño al paciente	5	Ninguno.	1	5	25	Procedimiento de uso de tecnologías biomédicas relacionado con la seguridad del paciente
Interconsultas con otra especialidad	Mala identificación del paciente	No se cumple procedimiento de referencia	Procedimiento a paciente equivocado	5	Ninguno.	1	4	20	Procedimiento de identificación del paciente

Registros de atención en Historia clínica	Mala identificación del paciente	Error de ingreso de info. en la base de datos	Procedimiento a paciente equivocado	3	Sistema HCOD	1	4	12	Procedimiento de identificación del paciente
--	----------------------------------	---	-------------------------------------	---	--------------	---	---	----	--

Autor: Dr. Carlos Romero – Auditor de calidad Clínicas Odontológicas

Una vez identificado el AMEF es necesario reconocer cuales son las causas que ocasionan el 80% de los de los defectos en los procesos, es por eso que se presenta a continuación el análisis de Pareto. Ver tabla no. 6

Tabla 6

Conclusión análisis AMEF

Fallas potenciales	Total	Porcentaje	% Acumulado
Mala identificación del paciente en asignación de cita de radiología	25	19%	19%
Mala identificación del paciente en cita procedimiento clínico	25	19%	38%
Daño o injuria al paciente por el uso de tecnologías biomédicas.	25	19%	57%
Accidente laboral de riesgo biológico.	24	18%	76%
Mala identificación del paciente en interconsulta	20	15%	91%
Mala identificación del paciente registro en historia clínica	12	9%	100%
TOTAL	131	100%	

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

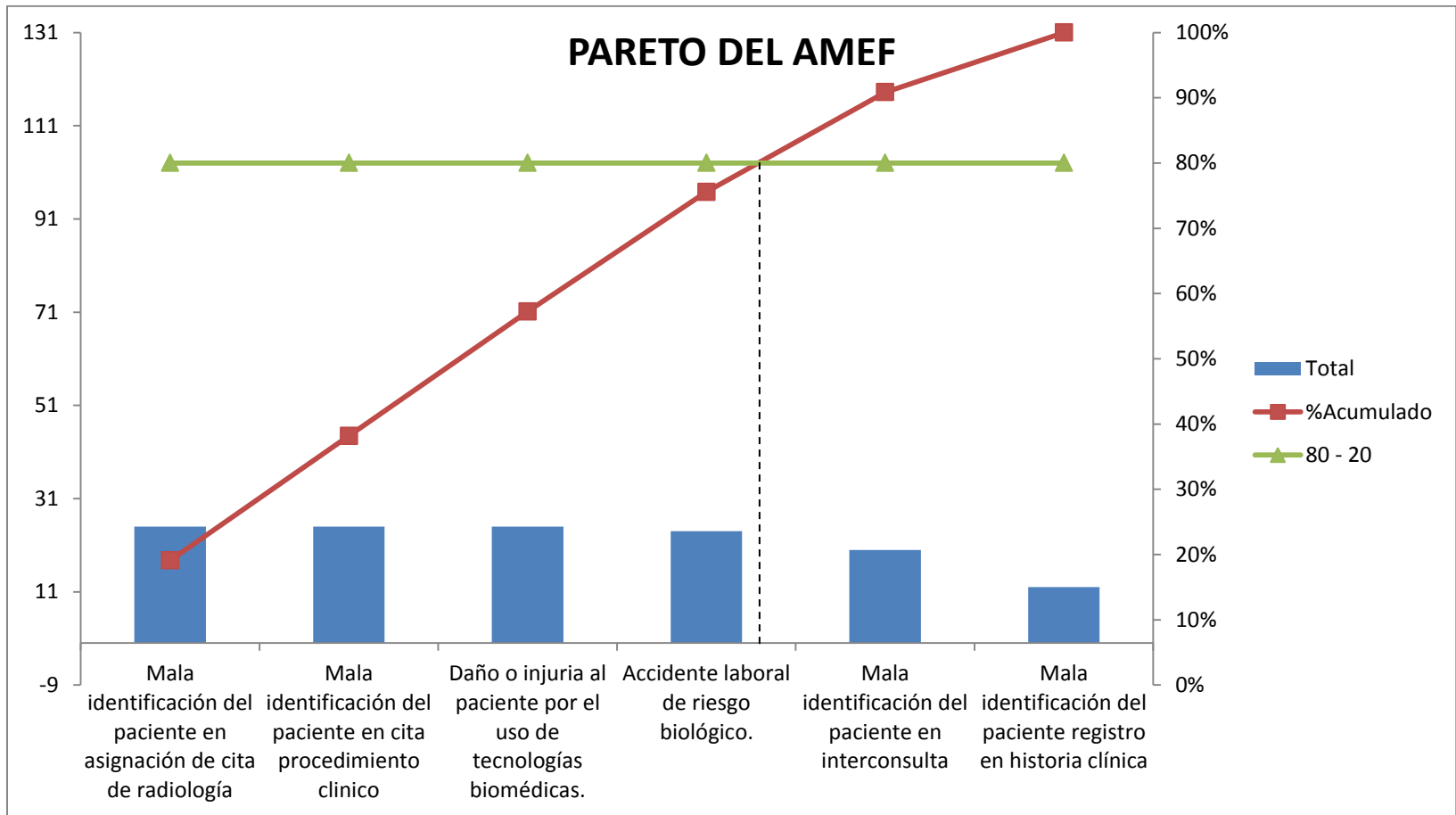


Gráfico no. 1

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

Con el anterior gráfico se determina que las causas que podrían provocar el 80% de los defectos en los procesos son:

1. Mala identificación del paciente en asignación de cita de radiología
2. Mala identificación del paciente en cita procedimiento clínico
3. Daño o injuria al paciente por el uso de tecnologías biomédicas.
4. Accidente laboral de riesgo biológico.

Es sobre esto que se debe establecer acciones de mejora que permitan evitar las fallas potenciales que se puedan dar en la prestación del servicio de las clínicas

Primero, con respecto a la mala identificación del paciente en asignación de cita de radiología y en cita procedimiento clínico es necesario que el estudiante, docente o administrativo hagan la correcta identificación del paciente por medio de una lista de chequeo que incluya:

1. Usted es ...
2. Su número de cédula es ...
3. Se le va a realizar el siguiente procedimiento o se le va a tomar la siguiente radiografía
4. ¿Presenta alguna alergia médica?

Es necesario realizar una capacitación a los administrativos, auxiliares, docentes y estudiantes sobre la atención y servicio al cliente, resaltando la importancia de la correcta identificación del paciente con el propósito de evitar posibles errores en la realización de los procedimientos odontológicos, en especial cuando se está atendiendo al paciente por urgencias debido a la rotación de los estudiantes por este servicio, y también en el proceso

de toma de imágenes diagnósticas por el alto número de pacientes que son atendidos en el día.

RESPONSABLE: Coordinador de urgencias y líder de radiología

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 2 meses

Segundo, ante cualquier daño o injuria al paciente por el uso de tecnologías biomédicas se debe crear un procedimiento de uso de tecnologías biomédicas relacionado con la seguridad del paciente. Una vez definido el procedimiento se requiere darlo a conocer a los estudiantes en las inducciones que se realizan semestralmente, y por medio de comunicaciones a través de un boletín electrónico vía email o por redes sociales a lo largo del semestre recordando la importancia de la seguridad del paciente al usar este tipo de equipos y recomendando que si se presentan dudas con el manejo se pueda consultar sobre el uso adecuado.

RESPONSABLE: Líder del comité de seguridad del paciente

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 3 meses

Finalmente, con relación a cualquier accidente laboral de riesgo biológico se requiere que se evalúe el nivel de adherencia del plan de gestión integral de riesgos hospitalarios, esto se debería realizar por medio de una encuesta de conocimiento de ese plan de manera cuantitativa, con la información obtenida se debe determinar cuales son los planes de acción a seguir para que las personas que están involucradas en la prestación del servicio, en especial los estudiantes, puedan conocer y dar aplicación a las directrices que se dicten para cumplir a nivel de clínicas el plan de gestión integral de riesgos hospitalarios.

A la vez, con los resultados obtenidos en la encuesta establecer una meta para medir el nivel de adherencia del plan, una vez implementadas las acciones de capacitación y pasados seis meses es necesario volver hacer la medición y así determinar si fueron las acciones correctas o se deben hacer modificaciones para la capacitación sobre el tema.

RESPONSABLES: Líder de comité de vigilancia epidemiológica

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 5 meses

Las propuestas definidas evitarán que las fallas potenciales identificadas se puedan presentar, permitiendo el mejoramiento de los procesos de radiología y de prestación de servicio en la clínica.

Con respecto a la acreditación en salud se entiende esta como una metodología externa que permite asegurar la entrega de los servicios de salud seguros y de alta calidad, esto es lo que permite que una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) demostrar el cumplimiento de estándares superiores de calidad, es decir, que se dé un buen manejo de las buenas prácticas en salud (Ministerio de salud y protección social, 2014). La

acreditación en salud está regulada bajo el Sistema Único de Acreditación en Salud con el Decreto 903 del 2014 y el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Al aplicar el MANUAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL se encontraron falencias en cada grupo de estándares, esto se presenta en la tabla no.7 y a la vez, se identificó a que proceso actual se debe incorporar, es decir sobre que proceso recae el trabajo para el cumplimiento de los estándares.

Tabla 7

Verificación de estándares de acreditación en salud

GRUPO DE ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	PROCESO – RESPONSABLE - TIEMPO
<p>Derechos de los pacientes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El personal no ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y no se cuentan con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. 2. No se verifica que los pacientes comprendan el contenido de la declaración de los derechos y deberes. (NO ES SUFICIENTE CON EL FOLLETO QUE SE ENTREGA CUANDO SE INSCRIBE) 3. Falta socializar el código de buen gobierno 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio Responsable: Directora de las clínicas Tiempo previsto para la ejecución: 1 mes 1. Gestión de la atención en clínicas (alta, media y baja complejidad, y odontopediatría) 2. Gestión de atención en urgencias 3. Gestión de atención en quirófano. Responsable: Coordinadores de clínicas Tiempo de previsto para la ejecución: 1 mes 1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio Responsable: Directora de las clínicas Tiempo previsto para la ejecución: 1 mes
<p>Seguridad del paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta evaluación de la política de seguridad del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión directiva: Gestión del aseguramiento de calidad Responsable: Líder del comité de seguridad del paciente Tiempo previsto para la ejecución: 3 meses
<p>Acceso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se debe evaluar los indicadores del estándar de acceso a los servicios clínicos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión directiva: Gestión del aseguramiento de calidad Responsable: Auditor de calidad Tiempo de previsto para la ejecución: 1 mes
<p>Registro e ingreso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se tiene estandarizado en el proceso de admisión y preparación del usuario en el proceso de atención en el quirófano y en cirugía. Se debe hacer en todos los procesos de atención. 2. Se conocen los riesgos de los pacientes según su condición de ingreso cuando va hacer atendido, pero este proceso debe ser estandarizado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestación del servicio en clínicas (alta, media y baja complejidad, y odontopediatría) 2. Atención en urgencias Responsable: Coordinadores de clínicas Tiempo de previsto para la ejecución: 2 meses 1. Gestión de la atención en clínicas (alta, media y baja complejidad, y odontopediatría) 2. Gestión de atención en urgencias 3. Gestión de cirugía oral 4. Gestión de atención quirófano. Responsable: Coordinadores de clínicas Tiempo de previsto para la ejecución: 2 meses

	<p>3. Todos los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento pues al ser estudiantes conocen a sus pacientes, pero en el proceso de radiología no es así pues los estudiantes no se involucran en el proceso de tomar la imagen y las auxiliares del área no realizan la correcta identificación, y también en la atención en urgencias pues lo estudiantes rotan.</p> <p>4. Se cuenta con un proceso de asesoría para la resolución de inconvenientes pero los usuarios carecen de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes. (NO HAY UNA PERSONA DESTINADA PARA ESTO, ESTA COMO FUNCIÓN DE VARIAS PERSONAS).</p>	<p>1. Gestión de atención en urgencias 2. Gestión de imágenes diagnósticas RESPONSABLE: Coordinador de urgencias y líder de radiología TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 2 meses</p> <p>1. Gestión de mejora continua: Proceso de quejas RESPONSABLE: Auditor de calidad TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 2 meses</p>
Evaluación de necesidades al ingreso	<p>1. No se evalúa el conocimiento, expectativas y necesidades de información y educación del paciente y familia al ingreso.</p>	<p>1. Gestión directiva: Gestión del aseguramiento de calidad RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 meses</p>
Planeación de la atención	<p>1. Ante la atención se debe proporcionar al paciente y a la familia información y desarrollo de competencias de autocuidado, las cuales deben ser documentadas, pero estas se dan de forma verbal.</p>	<p>1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 3 meses</p>
	<p>2. No se tiene claramente definido el proceso de consecución, verificación y entendimiento del consentimiento informado.</p>	<p>1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 3 meses</p>
	<p>3. Se debe involucrar la política de atención humanizada en el proceso de planeación de la atención</p>	<p>1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 3 meses</p>
	<p>4. Falta procedimiento para identificar y evaluar errores en la entrega de resultados (proceso de radiología)</p>	<p>1. Gestión de imágenes diagnósticas RESPONSABLE: Líder de radiología TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 6 meses</p>
Ejecución del tratamiento	<p>1. Durante la ejecución del tratamiento no se evalúa el entendimiento por parte de los usuarios de toda la información y la educación recibida.</p>	<p>1. Gestión de la atención en clínicas (alta, media y baja complejidad, y odontopediatría) 2. Gestión de atención en urgencias 3. Gestión de cirugía oral 4. Gestión de atención quirúrgico RESPONSABLE: Coordinadores de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 meses</p>
	<p>2. Falta documentar y socializar un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar.</p>	<p>1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio RESPONSABLE: Coordinadores de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 meses</p>

Evaluación de la atención	1. Existe un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios, pero no se cuenta con un mecanismo para responder de forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento puesto que no hay una persona destinada para esto, esta como función de varias personas.	1. Gestión directiva: Gestión del aseguramiento de calidad 2. Gestión de mejora continua: Proceso de quejas RESPONSABLE: Auditor de calidad TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 2 meses
	2. No se cuenta con la definición interna de lo que constituye un consultor crónico de un determinado servicio, y no se tiene proceso establecido para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.	1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 3 meses
	3. Los mecanismos con los que se cuentan para evaluar la efectividad y la continuidad del proceso de atención es la evaluación del estudiante, pero no se tienen mecanismos para medir la adherencia al plan de tratamiento.	1. Gestión de mejora continua: Proceso de quejas RESPONSABLE: Auditor de calidad TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 meses
Salida y seguimiento	1. Hace falta estandarizar el proceso de egreso para los pacientes. A la vez, falta tener un plan de cuidado escrito que incluya la explicación acorde con el nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia a cerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese.	1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio RESPONSABLE: Coordinadores de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 3 meses
	2. No se asegura la existencia y aplicación de directrices y/o procedimientos para el seguimiento de la prevención de las enfermedades y la salud después de la salida del paciente.	1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio RESPONSABLE: Coordinadores de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 3 meses
	1. Falta brindar información clara sobre los procesos clínico académicos administrativos a seguir para el proceso de remisión.	1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio RESPONSABLE: Coordinadores de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 2 meses
Referencia y contrarreferencia	2. REMISIÓN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS: no se cuenta con un mecanismo posterior de seguimiento sobre el entendimiento de la información dada por el profesional al usuario.	1. Gestión de la atención en clínicas (alta, media y baja complejidad, y odontopediatría) 2. Gestión de atención en urgencias 3. Gestión de cirugía oral 4. Gestión de atención quirófono RESPONSABLE: Coordinadores de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 2 meses
	3. REMISIÓN A URGENCIAS: no se tiene estandarizado el proceso de remisión.	1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio RESPONSABLE: Líder de urgencias TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 2 meses
GRUPO DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO		PROCESO
Estándares de	1. No es evidente el enfoque y la gestión de riesgo que integre lo	1. Gestión directiva: Gestión del aseguramiento de calidad

direccionamiento	académico y lo clínico	RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 6 meses
2. Falta documentar el análisis de los aspectos de la comunidad que orienten a la prestación del servicio		1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 6 meses
3. No se cuenta con ejercicios sistemáticos de referencia comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento		1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 12 meses
4. No son evaluados los objetivos contenidos en el plan estratégico que integra lo académico y lo clínico.		1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 12 meses
5. En cuanto a la política de prestación de servicio de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, no se tiene de manera explícita la definición del despliegue y la asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión.		1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio 2. Gestión directiva: Gestión del aseguramiento de calidad RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 12 meses
6. En los parámetros para la relación docencia-servicio, no todo el personal clínico-docente no cuenta con formación docente.		Para el cumplimiento del estándar se debe gestionar ante la facultad y los respectivos departamentos el proceso de capacitación docente.

GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA

PROCESO

Estándares de gerencia	1. No se cuenta con una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.	1. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio 2. Gestión directiva: gestión de compras y suministros (comité de presupuesto) RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 6 meses
	2. No se tiene una descripción del proceso de atención al cliente.	1. Dirección de clínicas: Gestión del aseguramiento de calidad RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 2 meses
	3. El cliente no conoce el mecanismo para reportar cuando es agredido durante la estancia en la organización	1. Gestión de Mejora continua: Proceso de quejas RESPONSABLE: Auditor de calidad TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 2 meses
	4. No se cuentan con mecanismo de seguimiento y una estrategia para manejar las reincidencias de casos en que los pacientes son agredidos.	1. Gestión de Mejora continua: Proceso de quejas RESPONSABLE: Auditor de calidad

GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO		TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 6 meses
Estándares de gerencia del talento humano	1. La asignación del talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención, pero no tiene en cuenta la asignación de reemplazos en casos de inducción, reinducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos, entre otros. (se debería incluir en proceso de gestión del recurso humano)	1. Gestión directiva: Planeación de servicios RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 meses
	2. La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores, esas estrategias se relacionan con el entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores en aspectos como prioritarios. Estas estrategias se hacen como programas independientes más no de manera estructurada. ESTOS ESTÁNDARES ESTÁN SOPORTADOS POR LA UNIVERSIDAD DESDE EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS Y VICERECTORIA ACADÉMICA	1. Gestión directiva: Gestión del recurso humano RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 meses
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO		PROCESO
Estándares de gerencia del ambiente físico	1. No se cuentan con programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico seguro para usuarios.	1. Gestión directiva: Gestión de la comunicación y promoción RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 6 meses
	2. Se debe reforzar la capacitación, el entrenamiento, la evaluación del conocimiento y el seguimiento a la disposición de los residuos a todo el personal de la institución.	1. Gestión directiva: Gestión del recurso humano RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 meses
	3. Se cuenta con el plan de manejo de residuos pero no se logra avance en la monitorización periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras. ESTOS ESTÁNDARES ESTÁN SOPORTADOS POR LA UNIVERSIDAD DESDE EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS FÍSICOS	1. Gestión Mejora continua: Auditoria habilitación RESPONSABLE: Líder de auditoria en habilitación TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 3 meses
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE TECNOLOGÍA		PROCESO
Estándares de gestión de tecnología	1. Se debe tener de manera escrita el análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.	1. Gestión directiva: Gestión de control y custodia de tecnología e infraestructura 2. Gestión de mantenimiento de equipos biomédicos RESPONSABLES: Directora de clínicas y líder de mantenimiento TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: Cuando se realiza un compra de equipos

<p>2. Realizar el análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva. Se debe hacer para todo tipo de compras, grandes o pequeñas.</p>	<p>1. Gestión directiva: Gestión de control y custodia de tecnología e infraestructura 2. Gestión de mantenimiento de equipos biomédicos RESPONSABLES: Directora de clínicas y líder de mantenimiento TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 8 meses</p>
<p>3. Se requiere documentar quienes son los que conocen sobre el manejo de la tecnología y de qué manera ellos se integran desde la gestión tecnológica en los diferentes servicios.</p>	<p>1. Gestión directiva: Gestión de control y custodia de tecnología e infraestructura 2. Gestión de mantenimiento de equipos biomédicos 3. Gestión de la información: mantenimiento de equipos RESPONSABLES: Directora de clínicas, líder de mantenimiento y líder de sistema de información TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 8 meses</p>
<p>4. Falta evidencia sobre el uso y conocimiento de la tecnologías por parte de los estudiantes, pues de la parte de los docentes si se tiene.</p>	<p>1. Gestión directiva: Gestión de control y custodia de tecnología e infraestructura RESPONSABLES: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 mes</p>
<p>5. Se debe evaluar la eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología, sobre las pequeñas compras como se ha hecho con las grandes compras.</p>	<p>1. Gestión directiva: Gestión de control y custodia de tecnología e infraestructura 2. Gestión de mantenimiento de equipos biomédicos RESPONSABLES: Directora de clínicas y líder de mantenimiento TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: Cuando se realiza un compra de equipos</p>
<p>6. Se requiere actualizar la política organizacional definida para la adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. Incluyendo la evidencia de seguridad, todos los manuales traducidos y la información necesaria para garantizar el uso óptimo de la tecnología, las proyecciones de nuevas necesidades, y la evaluación costo-beneficio, utilidad y costo-efectividad de la tecnología.</p>	<p>1. Gestión directiva: Gestión de control y custodia de tecnología e infraestructura 2. Gestión de mantenimiento de equipos biomédicos RESPONSABLES: Directora de clínicas y líder de mantenimiento TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 12 meses</p>
<p>7. Se debe diseñar el proceso para garantizar la seguridad del uso de la tecnología, aunque hace parte de la asignatura se requiere que exista como proceso de la clínica.</p>	<p>1. Gestión directiva: Gestión de control y custodia de tecnología e infraestructura RESPONSABLE:Líder del comité de seguridad del paciente TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN:3 meses</p>

	<p>8. Se debe definir, implementar y evaluar una política para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.</p>	<p>1. Gestión directiva: Gestión de control y custodia de tecnología e infraestructura RESPONSABLES: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 6 meses</p>
	<p>9. Se requiere actualizar la política para la renovación de tecnología, que incluya el análisis de costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar; beneficios en comparación con nuevas tecnologías; confiabilidad y seguridad; facilidad de operación; articulación con el direccionamiento estratégico; y facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige.</p>	<p>1. Gestión directiva: Gestión de control y custodia de tecnología e infraestructura RESPONSABLES: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 6 meses</p>
	<p>10. Las clínicas deben garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología sea incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.</p>	<p>1. Gestión directiva: Gestión de control y custodia de tecnología e infraestructura RESPONSABLES: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 2 meses</p>
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN		PROCESO
	<p>1. En los procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de la información de los usuarios y familias es necesario que se incluyan aquellas relacionadas con el direccionamiento y la planeación de la organización; de salud pública; y del paciente y su familia durante la atención.</p>	<p>1. Gestión de la información: Planeación y requerimientos por semestre RESPONSABLES: Líder de sistema de información TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 12 meses</p>
Estándares de gerencia de la información	<p>2. Se requiere documentar, pues solo se encuentra en actas, el proceso de planificar la gestión de la información de la organización. Incluyendo la recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información; documentando la comparación con mejores prácticas y el plan de mejoramiento.</p>	<p>1. Sistemas de información: Planeación y requerimientos por semestre RESPONSABLES: Líder de sistema de información TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 3 meses</p>
	<p>3. No todos los procesos de la organización se fundamentan en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información, puesto que no incluye comparación con referentes internacionales; no se presenta resultados con base en indicadores y tendencias; y no se encuentra documentado como los procesos de mejoramiento institucional están soportados en información</p>	<p>1. Gestión de la información: Generación de informes 2. Gestión directiva: Planeación y gestión del servicio 3. Gestión directiva: Gestión del aseguramiento de calidad RESPONSABLES: Directora de clínicas y Líder de sistema de información TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 12 meses</p>

validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo.		
Estándar de mejoramiento	1. Es necesario documentar la gestión de las oportunidades de mejora bajo los estándares de gerencia de la información.	1. Gestión de la información RESPONSABLES: Líder de sistema de información TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 12 meses
GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		PROCESO
Estándares de mejoramiento	1. En el proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad hace falta que se evidencie en un plan de mejora institucional; falta incluir resultados de procesos de referenciación externos; los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento solo se dan a estudiantes debe extenderse a los docentes; y se debe contar con indicadores organizacionales para ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora.	1. Gestión directiva: Gestión del aseguramiento de calidad 2. Gestión Mejora continua: Auditoría habilitación RESPONSABLES: Directora de clínicas y Auditor de calidad TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 7 meses
	2. Los resultados del mejoramiento de la calidad deben ser comunicados a todas las personas que están involucradas en los procesos: estudiantes, docentes, administrativos, pacientes y proveedores, pues solo se hace interna para los comités	1. Gestión directiva: Gestión de comunicación y promoción RESPONSABLE: Directora de clínicas TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 2 meses

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

Con base en lo anterior, las propuestas del plan de mejora para encaminar toda la gestión de las clínicas odontológicas hacia la acreditación en salud se presentan en la tabla no.8 a continuación

Tabla 8

Propuestas de mejoramiento con miras a la acreditación en salud

GRUPO DE ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		PROPUESTA
Derechos de los pacientes	El personal no ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y no se cuenta con herramientas para evaluar que estos comprendan y sigan sus directrices.	Al inicio de cada año realizar una inducción y/o reinducción para todo el personal administrativo y docente sobre el contenido de la declaración de los derechos y deberes de los pacientes. Para evaluar que se comprenda y sigan sus directrices se requiere hacer durante la inducción y/o reinducción talleres con casos prácticos para el reconocimiento de deberes y derechos de los pacientes. Se debe mantener los registros de la asistencia como evidencia de la formación y capacitación. Con esta propuesta las Clínicas odontológicas están logrando que sus funcionarios garanticen y adquieran las competencias, tomen conciencia de la pertinencia e importancia de los deberes y derechos de los pacientes.
	No se verifica que los pacientes comprendan el contenido de la declaración de los derechos y deberes. (NO ES SUFICIENTE CON EL FOLLETO QUE SE ENTREGA CUANDO SE INSCRIBE)	Durante la primera consulta a las Clínicas para la prestación del servicio odontológico que tiene el paciente, el estudiante debe leerle los derechos y deberes haciendo una explicación de cada uno. Este debe resolver las dudas e inquietudes que se generen, para así lograr su comprensión. De este modo el paciente podrá acceder más fácilmente a los diferentes servicios que le brindan las Clínicas odontológicas y hará una adecuada utilización de los servicios. Además, velará por que se le garantice sus derechos por parte de los funcionarios y los estudiantes.
	Falta socializar el código de buen gobierno	Se requiere socializar el código de buen gobierno durante las inducciones y/o reinducciones; también por medio de un boletín electrónico vía email o por medio de redes sociales para que se divulgado a todos los funcionarios de las clínicas. Se debe mantener los registros de la asistencia como evidencia de la formación y capacitación.
Seguridad del paciente	Falta evaluación de la política de seguridad del paciente	Una vez terminado el proceso de implementación de la política de seguridad del paciente, se debe evaluar la política, se realizará de la siguiente manera: 1. Definición de indicadores por cada objetivo de la política de seguridad del paciente.

$$\text{Procesos de promoción de una atención en salud segura} = \frac{\text{Procesos implantados}}{\text{Procesos propuestos}} * 100$$

El indicador se mide semestralmente, el registro se hará cada vez que se implante un proceso nuevo

$$\text{Riesgos en la atención} = \frac{\# \text{ de riesgos presentados}}{\# \text{ de pacientes atendidos}} * 100$$

El indicador se mide cada 6 meses, el registro de riesgos se lleva cada vez que se presente uno, y conociendo la información de pacientes atendidos por medio del sistema de información

$$\text{Variación eventos adversos} = \frac{\text{Eventos adver}_t - \text{Eventos adver}_{t-1}}{\text{Eventos adver}_{t-1}} * 100$$

El indicador se mide al finalizar el semestre, pues se conocen los eventos adversos de ese semestre y los del semestre anterior.

$$\begin{aligned} &\text{Personal involucrado} \\ &= \frac{\# \text{ de personas involucradas sobre conocimiento de política}}{\text{Total de personas en las clínicas (admini, docentes y estudiantes)}} * 100 \end{aligned}$$

El indicador se mide cuando se realiza inducciones y/o reinducciones, semestralmente, sobre la política de seguridad del paciente, por medio de una lista de asistencia

$$\begin{aligned} &\text{Pacientes informados sobre la política de seguridad} \\ &= \frac{\# \text{ pacientes informados}}{\text{Total pacientes atendidos}} * 100 \end{aligned}$$

El indicador se mide cuando se hace la atención del paciente, creando en el sistema de información una casilla de verificación por medio de la huella del paciente cuando haya sido notificado sobre ello. Para saber el total de pacientes informados se solicita por el sistema de información.

2. Una vez se tienen los indicadores se hace un promedio de los mismos y se obtendrá el nivel de conocimiento y manejo de la política de seguridad del paciente.

Acceso

Se debe evaluar los indicadores del estándar de acceso a los servicios clínicos.

Se debe hacer la medición de los indicadores presentados por el estándar: oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con lo que cuenta; tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a servicios administrativos y asistenciales; tiempos para la realización de interconsultas; listas de espera para las patologías que lo ameritan; y demanda insatisfecha.

Los indicadores se podrían definir de la siguiente manera:

$$\text{Oportunidad de servicios} = \frac{\text{und disponibles}}{\text{Total de unidades en las clínicas}} * 100$$

Su medición se hará al principio de semestre

$$\text{Tiempo de espera de los servicios} = \frac{\text{Tiempo promedio de demora}}{\text{Total de pacientes atendidos}} * 100$$

$$\text{Tiempo para realización interconsultas} = \frac{\text{Tiempo promedio de demora}}{\text{Total de pacientes atendidos}} * 100$$

La medición se hará semestral, el tiempo promedio de demora se calculará por medio de la parametrización en sistema de información, donde mida la diferencia en tiempo entre la cita asignada y la hora registro de llegada del paciente.

$$\begin{aligned} &\text{Espera para atención de patologías específicas} \\ &= \frac{\# \text{ pacientes a la espera de ser asigandos a estudiantes}}{\text{Total de pacientes que son remisionados o clasificados en una clínica}} * 100 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} &\text{Demanda insatisfecha} \\ &= \frac{\# \text{ de pacientes no asignados a un estudiante final semestre}}{\text{Total de pacientes que son remisionados o clasificados en el semestre}} * 100 \end{aligned}$$

Estos dos indicadores se medirán al final de semestre con la información brindada por los coordinadores de las clínicas que son quienes reciben a los pacientes que se encuentran remisionados o son clasificados en cada clínica específica.

Una vez se haya hecho la medición de los indicadores se debe realizar acciones correctivas ante desviaciones encontradas teniendo en cuenta un estándar para cada uno.

Registro e ingreso	<p>Se tiene estandarizado en el proceso de admisión y preparación del usuario en el proceso de atención en el quirófano y en cirugía. Se debe hacer en todos los procesos de atención.</p>	<p>Se debe estandarizar en todos los procesos que incluya la atención del paciente como debe ser la admisión y preparación del usuario según el procedimiento que se va a realizar en la clínica específica.</p> <p>Unavez estandarizados los procesos, se requiere que sea informado a los estudiantes en las inducciones semestrales, para que puedan conocer como debe hacerse la admisión y preparación del paciente para cada cita de procedimiento que se tenga.</p> <p>Se debe mantener los registros de la asistencia a la reeinducción como evidencia de la formación y capacitación.</p>
	<p>Se conocen los riesgos de los pacientes según su condición de ingreso cuando va hacer atendido, pero este proceso debe ser estandarizado.</p>	<p>El proceso de identificación de riesgos de los pacientes según sus condiciones de ingreso se debe estandarizar para todas las clínicas.</p> <p>Es necesario elaborar y socializar un procedimiento que describa como se debe hacer la correcta identificación del paciente:</p> <p>Usted es... Su número de cédula es... El procedimiento a realizar es... ¿Presenta alguna alergia médica?</p> <p>Esta socialización se puede hacer a través del boletín electrónico, redes sociales o en la reinducción Se debe mantener los registros de la divulgación o asistencia a la reinducción como evidencia de la comunicación y capacitación.</p>
	<p>Todos los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento pues al ser estudiantes conocen a sus pacientes, pero en el proceso de radiología no es así pues los estudiantes no se involucran en el proceso de tomar la imagen y las auxiliares del área no realizan la correcta identificación, y también en la atención en urgencias pues lo estudiantes rotan.</p>	<p>La creación y socialización de un procedimiento que describa como se debe hacer la correcta identificación del paciente:</p> <p>Usted es... Su número de cédula es... El procedimiento a realizar es... ¿Presenta alguna alergia médica?</p>
	<p>Se cuenta con un proceso de asesoría para la resolución de inconvenientes pero los usuarios carecen de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes. (NO HAY UNA</p>	<p>Estandarizar el proceso de quejas y diseñar un formato estándar para la presentación de queja, que incluya un campo de consecutivo para dar prioridad sobre el proceso y un soporte de radicación de la queja presentada.</p>

	<p>PERSONA DESTINADA PARA ESTO, ESTA COMO FUNCIÓN DE VARIAS PERSONAS).</p>	<p>El formato debe contener como mínimo nombres y apellidos completos, documento de identidad, dirección de notificación, teléfono de contacto y relación clara y detallada de los presuntos hechos irregulares y las pruebas que puedan servir de sustento a la queja presentada.</p> <p>Socializar este formato con los estudiantes, docentes, auxiliares y administrativos para que puedan orientar al paciente cuando este tenga la necesidad de presentar una queja.</p> <p>Esta socialización se puede hacer a través del boletín electrónico, redes sociales o en la inducción</p> <p>Se debe mantener los registros de la divulgación o asistencia a la socialización como evidencia de la comunicación y capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros</p> <p>Se debe elaborar un formato de necesidades y expectativas del paciente y su familia. Esta información se deberá recolectar durante la primera cita de atención al paciente y que quede registrada en el sistema de información en la historia clínica del paciente.</p> <p>Esta información debe ser analizada y sistematizada con el fin de que sea de conocimiento de la dirección de clínicas para el mejoramiento del proceso de atención.</p> <p>En la inducción semestral a los estudiantes se les debe indicar la forma de realizar este procedimiento y en que momento se debe realizar.</p> <p>Se debe mantener los registros de la asistencia a la inducción como evidencia de la capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros</p>
<p>Evaluación de necesidades al ingreso</p>	<p>No se evalúa el conocimiento, expectativas y necesidades de información y educación del paciente y familia al ingreso.</p>	<p>Es necesario que las Clínicas documenten la información y desarrollo de competencia de autocuidado para asegurar que los pacientes y su familia lo puedan comprender.</p> <p>Una vez documentado, Elaborar un plegable o folleto en un lenguaje sencillo y gráfico para entregar a los pacientes donde se explique la información y desarrollo de competencias de autocuidado de su salud oral. Este debe ser explicado por el estudiante para lograr un mayor conocimiento de su atención odontológica recibida.</p>
<p>Planeación de la atención</p>	<p>Ante la atención se debe proporcionar al paciente y a la familia información y desarrollo de competencias de autocuidado, las cuales deben ser documentadas, pero estas se dan de forma verbal.</p>	

No se tiene claramente definido el proceso de consecución, verificación y entendimiento del consentimiento informado.

Debe dejarse evidencia de que el paciente se le informó y se le explicó los autocuidados que debe tener después de recibida la atención.

Definir el proceso de consecución, verificación y entendimiento del consentimiento informado, el cual debe ejecutarse cada vez que el paciente firme un consentimiento informado. Antes de ser implementado el proceso se debe dar a conocer a los estudiantes y docentes de las clínicas.

En la inducción semestral a los estudiantes se les debe indicar la forma de realizar este procedimiento y en que momento se debe realizar.

Se debe mantener los registros de la asistencia a la inducción como evidencia de la capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros

Esta socialización se puede hacer a través del boletín electrónico, redes sociales o en la reinducción

Se debe mantener los registros de la divulgación o asistencia a la socialización como evidencia de la comunicación y capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros

Se debe involucrar la política de atención humanizada en el proceso de planeación de la atención a nivel directivo

Incluir en el proceso de atención los componentes de una atención humanizada: atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. Partiendo de la política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente y el personal de la institución.

Debe contemplar las estrategias a desarrollar, el apoyo desde el direccionamiento estratégico y la gerencia, la existencia de instancias de apoyo como los comités de ética, la gerencia del talento humano, salud ocupacional y atención al usuario. (Sistema Único de Acreditación).

Falta procedimiento para identificar y evaluar errores en la entrega de resultados (proceso de radiología)

Creación de un formato de entrega de radiografías al archivo de historias clínicas, donde incluya el número de identificación del paciente y un consecutivo de fecha para que al archivarse esos registros que se sepa dado el caso que se presente algún reclamo.

El procedimiento para identificar errores en la entrega de resultados debe documentarse así:

1. Llenar el formato de entrega de resultados al archivo
2. Verificación por parte del auxiliar de archivo y al encontrarse alguna diferencia hacer la anotación correspondiente

<p>Ejecución del tratamiento</p>	<p>3. Dar visto bueno cuando se reciba y firma. Para evaluar errores en la entrega de resultados: al finalizar el semestre hacer la revisión del formato firmado verificando los errores cometidos y cuantificando eso bajo un indicador: $\text{Errores en entrega de resultados} = \frac{\# \text{ de registros con errores}}{\text{Total de registros}} * 100$</p> <p>Este procedimiento debe darse a conocer a las auxiliares de radiología y jefe de radiología, resaltando la importancia de la identificación y evaluación de errores.</p> <p>Se debe mantener los registros de la asistencia a la inducción como evidencia de la capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros Por medio de un formato de check list que incluya preguntas sobre la información dada y educación recibida evaluar el entendimiento por parte del paciente.</p>
	<p>Durante la ejecución del tratamiento no se evalúa el entendimiento por parte de los usuarios de toda la información y la educación recibida.</p> <p>En la inducción semestral a los estudiantes se les debe indicar en qué momento y cómo se debe realizar la aplicación del formato.</p> <p>Se debe mantener los registros de la asistencia a la inducción como evidencia de la capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros</p> <p>Falta documentar y socializar un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Establecer un proceso para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar de las siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar un formato de diagnóstico psicosocial (bajo asesoría de un psicólogo clínico). 2. Capacitar a docentes y estudiantes por parte del psicólogo clínico sobre identificación y abordaje. 3. Aplicar el formato 4. Evaluar, notificar y tomar medidas para la prestación del servicio. <p>En la inducción semestral a los docentes y estudiantes se les debe capacitar sobre el proceso para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Además, indicar en qué momento y cómo se debe realizar la aplicación del formato.</p> <p>Se debe mantener los registros de la asistencia a la inducción como evidencia de la capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros</p>

Evaluación de la atención

Existe un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios, pero no se cuenta con un mecanismo para responder de forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento puesto que no hay una persona destinada para esto, esta como función de varias personas.

Estandarizar el proceso de quejas, diseñando un formato estándar para la presentación de queja, que incluya un campo para el consecutivo dando prioridad sobre el proceso y un soporte de radicación de la queja presentada.

El formato debe contener como mínimo nombres y apellidos completos, documento de identidad, dirección de notificación, teléfono de contacto y relación clara y detallada de los presuntos hechos irregulares y las pruebas que puedan servir de sustento a la queja presentada.

Definir una persona a esta función para evitar que se pierda alguna solicitud y el no seguimiento de algún caso puesto que las quejas se redireccionan según el motivo pero se debe hacer un control sobre esto último. A la vez, el manejo de un indicador y una meta para el mismo.

$$\text{Quejas resueltas} = \frac{\text{no. de quejas resueltas}}{\text{no. de queja presentadas}} * 100$$

Socializar este formato con los estudiantes, docentes, auxiliares y administrativos para que puedan orientar al paciente cuando este tenga la necesidad de presentar una queja.

Esta socialización se puede hacer a través del boletín electrónico, redes sociales o en la reinducción

Se debe mantener los registros de la divulgación o asistencia a la socialización como evidencia de la comunicación y capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros

No se cuenta con la definición interna de lo que constituye un consultor crónico de un determinado servicio, y no se tiene un proceso establecido para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.

Definir el concepto de Consultor Crónico, en el comité de historias clínicas evaluar la situación que se está presentando con él o los pacientes que son consultores crónicos, tomar acciones ante ello y manejar un indicador semestral para cuantificar la situación

$$\text{Consultor crónico} = \frac{\# \text{pacientes consultor crónico}}{\text{Total de pacientes atendidos}} * 100$$

Los mecanismos con los que se cuentan para evaluar la efectividad y la continuidad del proceso de atención es la evaluación del estudiante, pero no se tienen mecanismos para medir la adherencia al plan de tratamiento.

Definir un formato de retiro del tratamiento donde el paciente que desee cancelar el tratamiento exprese de manera escrita sus razones. Al final del semestre se puede evaluar por medio del indicador:

$$\text{Retiro del tratamiento} = \frac{\# \text{ de pacientes retirados en el semestre}}{\text{Total pacientes atendidos}} * 100$$

Se deben tomar acciones ante lo expresado por los pacientes.

Socializar este formato con los estudiantes, docentes, auxiliares y administrativos para que puedan orientar al paciente cuando este decida retirarse voluntariamente del tratamiento.

Esta socialización se puede hacer a través del boletín electrónico, redes sociales o en la reinducción

Se debe mantener los registros de la divulgación o asistencia a la socialización como evidencia de la comunicación y capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros

Salida y seguimiento

Hace falta estandarizar el proceso de egreso para los pacientes. A la vez, falta tener un plan de cuidado escrito que incluya la explicación acorde con el nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia a cerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese.

Estandarizar el proceso de egreso semestral del paciente. A la vez, realizar un plan en folleto para que el paciente siga las indicaciones sobre el autocuidado una vez egrese, este plan debe estar escrito de manera sencilla y/o gráfica para que la comprensión de este sea fácil.

El proceso de egreso debe ser de conocimiento de estudiantes y docentes, determinando que se debe realizar una vez finalizado el tratamiento con el paciente.

Socializar este formato con los estudiantes, docentes, auxiliares y administrativos para que puedan orientar al paciente cuando este decida retirarse voluntariamente del tratamiento.

Esta socialización se puede hacer a través del boletín electrónico, redes sociales o en la reinducción

Se debe mantener los registros de la divulgación o asistencia a la socialización como evidencia de la comunicación y capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros

Referencia y contrarreferencia	No se asegura la existencia y aplicación de directrices y/o procedimientos para el seguimiento de la prevención de las enfermedades y la salud después de la salida del paciente.	Establecer el procedimiento para el seguimiento de la prevención de enfermedades y salud después de la salida del paciente. Se debe explicar a los estudiantes cómo realizarlo e indicando que se debe aplicar antes de hacer cierre de la historia clínica, pues en ella debe quedar evidencia de esto.
	Falta brindar información clara sobre los procesos clínico académicos administrativos a seguir para el proceso de remisión.	Realizar un instructivo de remisión con los pasos que el paciente debe seguir cuando es remitido a otra clínica. Capacitar a los coordinadores de las clínicas y jefe de cita de clasificación sobre el uso del formato.
	REMISIÓN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS: no se cuenta con un mecanismo posterior de seguimiento sobre el entendimiento de la información dada por el profesional al usuario.	Se debe mantener los registros de la asistencia como evidencia de la capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros Establecer un registro donde se deje constancia con huella del paciente sobre el entendimiento de la información suministrada por el estudiante y/o docente sobre los resultados de la radiografía.
	REMISIÓN A URGENCIAS: no se tiene estandarizado el proceso de remisión.	Estandarizar el proceso de remisión a urgencias para que se conozca como se debe realizar y debe ser de conocimiento por el personal de las clínicas. Se debe capacitar a los coordinadores de clínicas y docentes sobre el proceso de remisión.
GRUPO DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO		
Estándares de direccionamiento	No es evidente el enfoque y la gestión de riesgo que integre lo académico y lo clínico.	Capacitar en el momento de la inducción y/o reinducción sobre la gestión del riesgo que se lleva a cabo en las clínicas. En el proceso académico se da en clases.
	Falta documentar el análisis de los aspectos de la comunidad que orienten a la prestación del servicio	Se debe mantener los registros de la asistencia como evidencia de la capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros Documentar aspectos de la comunidad a la que atiene con información suministrada por los mismos cuando se abre la historia clínica, la cual esta consignada en el sistema de información.
	No se cuenta con ejercicios sistemáticos de referencia comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento	La información que sería útil para reconocer, es el rango de edades, género, el estrato socioeconómico, si sabe o no sabe leer, si son profesionales, las patologías que presentan, entre otros. Esto permitirá reconocer las necesidades en prestación del servicio y entrega de información general. Realizar ejercicios sistemáticos de referencia comparativa y competitiva con referentes nacionales e internaciones en la prestación de servicios odontológicos incluyendo la metodología del ciclo PHVA:
		P: planear qué se hará, cómo, para qué y definición de objetivos. Definición del

plan de referencia comparativa y competitiva.

H: ejecución de lo que se planeó, documentando aquello que se encuentra.

V: monitoreo sobre los puntos de referencia que se han considerado, las mejoras propuestas y su impacto.

A: actuar sobre lo encontrado, buscando mejoras en la prestación del servicio a la comunidad en las clínicas odontológicas.

Evaluar los objetivos del plan estratégico por medio de indicadores:

1. Garantizar seguimiento y control a la atención y al aprendizaje en el ámbito clínico

$$\text{Tratamientos exitosos} = \frac{\text{no. de tratamientos exitosos}}{\text{Total tratamientos realizados semestralmente}} * 100$$

2. Implementar y desarrollar todos los procesos clínico administrativos que soportan el modelo docencia servicio

Por medio de un cuadro que relacione los problemas presentados por los procesos de soporte para la prestación del servicio con su respectiva propuesta de mejora y acciones para prevenir de nuevo los problemas.

3. Establecer y mantener un plan de mejoramiento continuo para responder a las necesidades del modelo docencia servicio

$$\text{Mejoramiento continuo} = \frac{\# \text{ de propuestas realizadas}}{\text{Total de propuestas de mejoramiento}} * 100$$

4. Velar por el seguimiento y la capacitación del talento humano para la prestación
Medición anual

$$\begin{aligned} \% \text{ de cumplimiento del programa de capacitación} \\ = \frac{\text{objetivos cumplidos}}{\text{Total de objetivos}} * 100 \end{aligned}$$

5. Asegurar la disponibilidad de tecnología de punta, equipos, insumos e infraestructura en óptimas condiciones para la prestación del servicio

$$\begin{aligned} \text{Mantenimientos correctivos realizados} \\ = \frac{\# \text{ de mantenimientos correctivos realizados}}{\text{Total de solicitudes}} * 100 \end{aligned}$$

No son evaluados los objetivos contenidos en el plan estratégico que integra lo académico y lo clínico.

$$\text{Insumos disponibles} = \frac{\text{Insumos vencidos}}{\text{Total de insumos}} * 100$$

6. Establecer estrategias que garanticen la competitividad y la eficiencia en el manejo de los recursos

$$\text{Estrategias sobre manejo de recursos} = \frac{\text{no. de estrategias desarrolladas}}{\text{Total de estrategias planteadas}} * 100$$

7. Desarrollar e implementar sistemas de atención al usuario

$$\text{Sistema de atención al usuario} = \frac{\text{Sistemas desarrollados}}{\text{Total de sistemas propuesto}} * 100$$

En cuanto a la política de prestación de servicio de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, no se tiene de manera explícita la definición del despliegue y la asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión.

Dentro de la política de prestación de servicio de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve se debe incluir la manera en que se pretende hacer el despliegue, que recursos se deben asignar y las responsabilidades para la aplicación de la política, su evaluación y revisión.

En los parámetros para la relación docencia-servicio, no todo el personal clínico-docente cuenta con formación docente.

Crear una alianza con educación continua y consultorías de la universidad para que los docentes que hacen parte de la formación de los estudiantes en clínicas puedan realizar el diplomado en enseñanza y aprendizaje en la educación superior.

GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA

Estándares de gerencia

No se cuenta con una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.

PACIENTE: por medio del formato de necesidades y expectativas, la información que se recolecta durante la primera cita de atención al paciente, se puede tener acceso a conocer semestralmente las necesidades y expectativas de los pacientes

PROVEEDOR: para reconocer las necesidades del proveedor se debe revisar en el momento de selección de uno de ellos cuales son las condiciones que le exigen a la universidad sobre aspectos de pagos y tiempo de solicitud y entregas. Esas son las necesidades con las cuales se identifican a los proveedores.

No se tiene una descripción del proceso de atención al cliente.

Realizar la descripción del proceso de atención del cliente de forma clara para que todas las personas de las clínicas odontológicas tengan conocimiento de ello.

		<p>Para los funcionarios de las clínicas se debe realizar en la inducción o reinducción una capacitación sobre atención y servicio al cliente.</p> <p>Se debe mantener los registros de la asistencia como evidencia de la capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros</p>
	<p>El cliente no conoce el mecanismo para reportar cuando es agredido durante la estancia en la organización</p>	<p>En el folleto que se le entrega al paciente al inscribirse para ser atendido en las clínicas se debe incluir el proceso de quejas.</p>
	<p>No se cuentan con mecanismo de seguimiento y una estrategia para manejar las reincidencias de casos en que los pacientes son agredidos.</p>	<p>Cuando se presenten casos de agresión a pacientes, hacerles seguimiento después de notificado el incidente y de haber realizado los llamados de atención correspondientes, para hacer un monitoreo con el fin de evitar nuevos actos similares.</p>
<p>GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO</p>		
<p>Estándares de gerencia del talento humano</p>	<p>La asignación del talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención, pero no tiene en cuenta la asignación de reemplazos en casos de inducción, reinducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos, entre otros. (se debería incluir en proceso de gestión del recurso humano)</p>	<p>Realizar la asignación desde el inicio de semestre de docentes de apoyo según la disponibilidad de horarios con la que cuenta cada uno.</p>
	<p>La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores, esas estrategias se relacionan con el entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores en aspectos como prioritarios. Estas estrategias se hacen como programas independientes más no de manera estructurada.</p> <p>ESTOS ESTÁNDARES ESTÁN SOPORTADOS POR LA UNIVERSIDAD DESDE EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS</p>	<p>Estructurar y definir un programa de capacitación anual que incluya objetivos del programa, cronograma y metodología que permitirá el desarrollo del programa.</p>
<p>GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO</p>		
<p>Estándares de gerencia del ambiente físico</p>	<p>No se cuentan con programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico seguro para usuarios.</p>	<p>30 minutos antes de iniciar la siguiente sesión de prácticas clínicas por medio de un vídeo se debe hacer la explicación del manejo del ambiente físico seguro, haciendo uso del televisor que se encuentra en la sala de espera.</p>
	<p>Se debe reforzar la capacitación, el entrenamiento, la evaluación del conocimiento y el seguimiento a la disposición de los residuos a todo el personal de la</p>	<p>Durante la inducción y/o reinducción hacer capacitación y talleres sobre el manejo de los residuos a todo el personal de la clínica.</p>

	<p>institución.</p> <p>Se cuenta con el plan de manejo de residuos pero no se logra avance en la monitorización periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras.</p> <p>ESTOS ESTÁNDARES ESTÁN SOPORTADOS POR LA UNIVERSIDAD DESDE EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS FÍSICOS</p>	<p>Se debe mantener los registros de la asistencia como evidencia de la capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros</p> <p>Realizar una encuesta de conocimiento del manejo seguro de desechos de manera cuantitativa.</p> <p>Con la información obtenida se deben sacar indicadores y comparar con una meta propuesta, de esta manera se debe reconocer donde se presentan falencias y se debe crear e implementar propuestas de mejora.</p>
<p>GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE TECNOLOGÍA</p>		
<p>Estándares de gestión de tecnología</p>	<p>Se debe tener de manera escrita el análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.</p> <p>Realizar el análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva. Se debe hacer para todo tipo de compras, grandes o pequeñas.</p> <p>Se requiere documentar quienes son los que conocen sobre el manejo de la tecnología y de qué manera ellos se integran desde la gestión tecnológica en los diferentes servicios.</p> <p>Falta evidencia sobre el uso y conocimiento de las tecnologías por parte de los estudiantes, por parte de los docentes si se tiene.</p>	<p>Cada vez que se piense realizar la compra de alguna nueva tecnología se debe realizar el análisis definiendo todos los ítems presentados en los estándares con el propósito de tomar la mejor decisión sobre aquella que involucre menos riesgos para los estudiantes, docentes y pacientes.</p> <p>Realizarlo para compras grandes y pequeñas de adquisición de nuevas tecnologías.</p> <p>Dejar por escrito quienes son los que conocen sobre el uso de los diferentes equipos y dispositivos médicos y equipos de cómputo, dejando de manera explícita como se integran esas personas en la gestión tecnológica.</p> <p>Para evidenciar sobre el uso y conocimiento de las tecnologías se requiere que se lleve una lista de asistencia en el momento de inducción y/o reinducción donde se dé a conocer sobre el uso de las tecnologías a estudiantes.</p> <p>Otra manera de evaluar esto es por medio de un indicador semestral que mida el número de incidentes presentados por el uso de la tecnología conociendo sus causas, para que se pueda tomar acciones sobre lo que se va presentando y evitar que suceda para el próximo semestre.</p>

$$\text{Incidentes con tecnología} = \frac{\# \text{ incidentes presentados a estudiantes}}{\text{Total de estudiantes en clínicas en el semestre}} * 100$$

Se debe evaluar la eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología, sobre las pequeñas compras como se ha hecho con las grandes compras.

Aplicar la evaluación de eficiencia, costo – efectividad, seguridad, impacto ambiental y otros factores que ya fueron evaluados en las compras grandes para las compras pequeñas que se pretenden hacer.

Se requiere actualizar la política organizacional definida para la adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. Incluyendo la evidencia de seguridad, todos los manuales traducidos y la información necesaria para garantizar el uso óptimo de la tecnología., las proyecciones de nuevas necesidades, y la evaluación costo-beneficio, utilidad y costo-efectividad de la tecnología.

Actualizar la política organización definida para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. Incluyendo las exigencias establecidas en el estándar de gerencia de tecnología.

La actualización iniciaría con el inventario de los equipos que se tienen y recolectando la información de los mismos, posteriormente se revisará que hace falta y así completar lo requerido.

Se debe diseñar el proceso para garantizar la seguridad del uso de la tecnología, aunque hace parte de la asignatura se requiere que exista como proceso de la clínica.

Debido a que existe el proceso descrito como asignatura para los estudiantes, es necesario que sea adoptado como proceso propio de las clínicas y que sea de conocimiento en las inducciones y/o reinducciones por estudiantes, administrativos y docentes.

Se debe mantener los registros de la asistencia como evidencia de la capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros

Se debe definir, implementar y evaluar una política para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.

Definir la política para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología, donde se establezca su relación con la misión y visión de las clínicas, que describa qué se quiere lograr y bajo qué métodos. A la vez, se deben establecer los objetivos con el propósito de **evaluar** bajo indicadores y poder medir el cumplimiento de la política. Para la **implementación** de la política es necesario que las personas involucradas en la la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología esten capacitadas en ella y sepan cómo se debe trabajar.

Se requiere actualizar la política para la renovación de tecnología, que incluya el análisis de costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar; beneficios en comparación con nuevas tecnologías; confiabilidad y seguridad; facilidad de operación; articulación con el direccionamiento estratégico; y facilidades y ventajas

Actualizar la política para la renovación de tecnología, incluyendo las exigencias establecidas en el estándar de gerencia de tecnología.

Teniendo en cuenta que se debe articular con el direccionamiento estratégico.

	<p>para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige.</p> <p>Las clínicas deben garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología sea incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.</p>	<p>Revisión y aprobación por parte de la dirección de las guías y/o protocolos de manejo clínico que se haya incluido el tema de uso de equipos y dispositivos médicos.</p>
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN		
Estándares de gerencia de la información	<p>En los procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de la información de los usuarios y familias, colaboradores y todos los procesos de la organización, se presentan problemas de manejo de información.</p>	<p>Sistema de información único que permita el manejo efectivo de la información</p>
	<p>Se requiere documentar, pues solo se encuentra en actas, el proceso de planificar la gestión de la información de la organización. Incluyendo la recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información; documentando la comparación con mejores prácticas y el plan de mejoramiento.</p>	<p>Documentar con la información que se encuentra en las actas el proceso de planificar la gestión de la información de la organización</p> <p>Teniendo en cuenta que se debe incluir la recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información; documentando la comparación con mejores prácticas y el plan de mejoramiento.</p>
	<p>No todos los procesos de la organización se fundamentan en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información, puesto que no incluye comparación con referentes internacionales; no se presenta resultados con base en indicadores y tendencias; y no se encuentra documentado como los procesos de mejoramiento institucional están soportados en información validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo.</p>	<p>El proceso de mejoramiento continuo debe describir como la información que se obtiene debe basarse en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información, incluyendo comparación con referentes internacionales.</p> <p>A la vez, se debe crear indicadores y una plantilla para el manejo de los mismos</p>
Estándar de mejoramiento	<p>Es necesario documentar la gestión de las oportunidades de mejora bajo los estándares de gerencia de la información.</p>	<p>Una vez se empieza a trabajar en los grupos de estándares para acreditación en salud, se requerirá que documente como se hace la gestión de las oportunidades de mejora bajo los estándares de gerencia de la información.</p>
GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		

<p>Estándares de mejoramiento</p>	<p>En el proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad hace falta que se evidencie en un plan de mejora institucional; falta incluir resultados de procesos de referenciación externos; los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento solo se dan a estudiantes, debe extenderse a los docentes; y se debe contar con indicadores organizacionales para ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora.</p> <p>Los resultados del mejoramiento de la calidad deben ser comunicados a todas las personas que están involucradas en los procesos: estudiantes, docentes, administrativos, pacientes y proveedores, pues solo se hace interna para los comités</p>	<p>Cuando se haga el proceso organizacional de planeación de mejoramiento continuo de la calidad es necesario que se contemple el plan de mejora institucional, evidenciando el impacto que tendrá en las diferencias dependencias de las clínicas odontológicas. A la vez, se debe incluir referenciación externa sobre el desarrollo de planes de mejoramiento continuo.</p> <p>Dependiendo del plan de mejora que proponga definir los indicadores bajo una plantilla.</p> <p>Una vez se hayan conseguido los resultados deben ser comunicados por medio del boletín electrónico</p> <p>Toda comunicación sobre lo que sucede en las clínicas debe hacerse por medio de un boletín electrónico vía email o por redes sociales. Las comunicaciones deben tener un título atractivo que invite a ser leído.</p>
--	---	--

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

Las propuestas planteadas permitirán a las clínicas odontológicas iniciar el proceso de acreditación en salud, que a su vez harán que puedan acercarse a la visión que tienen planteada, la cual pretende que las clínicas sean un punto de referencia para el país y para Latinoamérica.

Finalmente, con el establecimiento del mapa de procesos, el uso de la herramienta de la ruta de la calidad, la herramienta AMEF y el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario se logró identificar las falencias en los procesos de la gestión estratégica, la prestación del servicio odontológico y la gestión de apoyo, permitiendo establecer el plan de mejoramiento ante las fallas potenciales y los requerimientos para acreditación en salud.

3. Identificar cuellos de botella más relevantes de los procesos de las clínicas odontológicas para proponer mejoras en estos procesos.

Partiendo del análisis de la herramienta de la RUTA DE LA CALIDAD se logró identificar el problema, el flujo de los procesos, las posibles causas y la causa raíz. Ver anexo D. Ruta de la calidad. Una vez identificada la causa raíz se plantea el análisis cuello de botella y análisis de precedencia para proponer el plan de mejoras para los procesos.

Para la identificación de cuello de botella se manejó una herramienta de diagnóstico que permitió conocer la frecuencia con la que se presentan las situaciones críticas en los diferentes procesos en las clínicas. Esto se evidencia en la tabla no. 9

Tabla 9

Cuantificación de los procesos cuellos

PROCESO	NO CONFORMIDAD CON PROCESO	FRECUENCIA
Inscripción y pago	Registro de pago dos veces por contar con doble sistema de información	DIARIO
Radiología	Se debe hacer registro manual y luego en sistema de información (Reproceso)	DIARIO
	No se cuenta con un control de registros para el proceso de gestión de imágenes diagnósticas	DIARIO
Cita de clasificación	Falta de capacitación a los estudiantes para que conozcan la función de la cita de clasificación	DIARIO
Atención quirófano	Falta de control sobre los documentos (solicitud de procedimiento y nota del odontólogo)	DIARIO
	Reprocesos al tener dos sistemas de información (HCOD y OSIS)	DIARIO
Atención cirugía	Uso inadecuado del formato para agendar el procedimiento	70% SEMESTRAL
Mantenimiento	No existe un módulo en sistema de información para la actualización de las hojas de los equipos y para conocer las fallas en el momento en que ocurre	DIARIO
Procesos de quejas	Falta de control sobre la recepción de quejas e información suministradas para la presentación de la queja	DIARIO
Encuesta de satisfacción del cliente	El proceso sobre la realización de las encuestas no es claro, se determina la muestra según el tiempo del recurso que se tiene para la aplicación	MENSUAL

Archivo de historias clínicas	No se notifica la repetición de historias clínicas y no se archiva de manera inmediata los documentos	40% SEMESTRAL
	Desactualización del instrumental y ropa para esterilizar	80% SEMESTRAL
Proceso de esterilización	Poco control sobre el lavado del instrumental y su importancia	70% SEMESTRAL
Gestión de insumos general – almacén	Incidente por falta de insumos	12 / 160 ÓRDENES AL SEMESTRE
Sistemas de información	Información errónea consignada en la historia clínica del paciente	10 ERRORES / DÍA CIERRE SEMESTRE: 30 ERRORES /DÍA
Gestión de la comunicación y promoción	No se tiene documentado el proceso de comunicación en las clínicas	DIARIO
	Problemas de comunicación de lo que sucede en las clínicas, impacto en el desarrollo académico	DIARIO
Gestión de control y custodia - direccionamiento y coordinación de inventarios	No se cuenta con la herramienta adecuada para hacer el inventario	SEMESTRAL

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

Se hizo necesario el análisis cuellos de botella debido a que son actividades de los procesos que generan reprocesos y retrasan el flujo de los mismos, viéndose afectada la prestación del servicio en las clínicas. Para solucionar los cuello de botella se realizó un análisis de precedencia, el cual permitió determinar la secuencia de los elementos de los procesos cuello de botella e identificar cuáles son las restricciones reales en la secuencia de operaciones. Ver anexo E. Análisis de precedencia cuellos de botella. Las restricciones se presentan en la tabla no. 10.

Tabla 10

Restricciones en el flujo de los procesos

PROCESO	RESTRICCIÓN
Inscripción y pago	No existe ninguna restricción, se encuentra un reproceso al realizar el doble registro del pago
Radiología	Se requiere llevar un registro de entrega de radiografías al archivo de historias clínicas para control sobre la entrega
Cita de clasificación	No existe restricción
Atención quirófano	No existe restricción
Atención cirugía	No existe restricción
Mantenimiento	No existe restricción
Procesos de quejas	No existe restricción
Encuesta de satisfacción del cliente	No existe restricción
Archivo de historias clínicas	No existe restricción
Proceso de esterilización	No existe restricción
Gestión de insumos general – almacén	No existe restricción
Sistemas de información	No existe restricción
Gestión de la comunicación y promoción	No existe restricción
Gestión de control y custodia - direccionamiento y coordinación de inventarios	No existe restricción

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

PROPUESTAS DE MEJORA

○ SISTEMA DE INFORMACIÓN

Para solucionar los problemas en el registro de pago en caja, se proponen dos mejoras. La primera es de corto plazo y la segunda es de largo plazo

1. Corto plazo

Teniendo en cuenta que la Oficina de Organización y Métodos de la universidad realizó un estudio de cargas laborales en la Facultad de Odontología, donde se incluye el personal administrativo de las clínicas, se debe verificar la carga de las personas que se encuentran en recepción y caja, puesto que en el horario de 7:00 a.m. a 4:00 pm. se encuentran 3 personas, dos de ellas se encargan de inscripción y asignación de citas, y la otra persona de la caja.

Por otro lado, en el horario de 4:00 p.m. a 7:00 p.m. se encuentra una persona que debe asumir la función de inscripción, asignación de citas y recepción de pago, a la vez esta persona debe verificar que los pagos del día que han quedado registrados en el sistema de información OSIS también este en el sistema de información HCOD, en el caso en que no esté se debe registrar.

Es por eso que al conocer esas cargas laborales se puede hacer una mejor distribución del personal que permita ejecutar las funciones correspondientes y poder eliminar los problemas que existen para manejar los dos sistemas de información en el registro de los pagos diarios.

IMPACTA EN EL PROCESO: Inscripción y pago

RESPONSABLE:Directora de clínicas

TIEMPO PREVISTO DE EJECUCIÓN: 2 meses

2. Largo plazo

Sistema de información único

En el reconocimiento del sistema de información OSIS que esta hecho a la medida, ha evolucionado para dar respuesta a las necesidades al modelo docencia - servicio de la facultad de odontología y de los requerimientos de los entes de control internos y externos.

Una desventaja de tener dos sistemas de información es que la comunicación entre los dos. Cada sistema debe tener su propio equipo de personas que operen los mismos, de tal forma que si los sistemas son dependientes entre sí se puede correr el riesgo de que uno de los equipos no entregue la información procesada por el primer sistema al otro equipo, causando que la información esperada no se obtenga a tiempo.

Se debe potencializar en la búsqueda de una nueva herramienta única que permita integrar el conocimiento y la experiencia que se tiene.

Se debe tener un solo sistema de información hecho a la medida y que tenga la posibilidad de ingresar por tipos de usuarios, es decir, dependiendo del tipo de usuario se accede a la información que esa persona debe manejar. La ventaja de este sistema único será que se eliminarán los reprocesos en el registro de los pagos y se podrán integrar todos los procesos de las clínicas.

A la vez, los módulos que debe manejar el sistema de información único son:

Tabla 11

Módulos para el sistema de información

MÓDULO	QUIEN ACCEDE A EL
Agendas para citas: módulo que contiene el calendario con días y horas para asignación de cita de procedimiento y radiología	Administrador Recepción Estudiante Docente Dirección de clínicas
Inscripción: módulo por el cual se inscribirá al paciente cuando llega por primera vez	Administrador Recepción
Pago: el módulo permitirá el pago de la inscripción y abonos a los tratamientos. A la vez, permitirá que se pueda hacer el arqueo de caja diario y la información del pago de paciente se vea reflejado en la historia clínica – presupuesto. IMPACTO: Se busca eliminar el registro doble del pago que se tiene actualmente, que causa errores y que causa el pagar horas extras a una persona para que se encargue de hacer el registro doble.	Administrador Recepción Auditor financiero
Radiología: módulo por el cual se hará el registro de la imagen del paciente en la historia clínica. IMPACTO: Se busca eliminar el registro manual de datos del paciente, el proceso sería tomar la imagen y subir la imagen a la historia clínicas con datos suministrados en ese momento por el paciente.	Administrador Auxiliares de radiología Líder de radiología
Historia clínica del paciente: el módulo permitirá que el estudiante pueda realizar la evolución del paciente durante el tratamiento, pueda visualizar la radiografía, el presupuesto ejecutado del paciente y la realización del consentimiento informado.	Administrador Estudiante Docente Auditor de calidad Dirección de clínicas
Presupuesto para el paciente: el módulo permitirá al estudiante realizar y modificar el presupuesto del paciente, este módulo alimentará la historia clínica del paciente y será alimentado con los pagos realizados	Administrador Estudiante/ Docente Auditor de calidad / Dirección de clínicas
Inventario de insumos, equipos médicos y equipos de cómputo: permitirá que se pueda hacer descargo de los insumos usados en cada central en las clínicas y en el almacén; a la vez, el préstamo y devolución de equipos médicos en cada central de insumos. Por último, un inventario de computadores por clínicas y computadores en áreas de soporte de las clínicas	Administrador Líder de mantenimiento Líder de almacén Auxiliares en centrales de insumos Dirección de clínicas
Inventario de historias clínicas:	Administrador

<p>El módulo permitirá que se haga ingreso de nuevas historias clínicas al archivo, también funciona como control para no repetir historias clínicas físicas.</p> <p>Se deberá incluir la salida y retorno de historias clínicas físicas cuando son prestadas a estudiantes, auditor de calidad y dirección de clínicas.</p> <p>Se deberá añadir el descargo de historias clínicas físicas cuando estas son retiradas debido al tiempo</p>	<p>Auxiliares de historias clínicas físicas Dirección de clínicas</p>
<p>Procesos de esterilización: el módulo permitirá el registro de entrada y salida del instrumental y la ropa que se va o ya se esterilizó. Por otro lado, la recepción de solicitudes de gasas y algodones para cada clínica.</p>	<p>Administrador Auxiliares de esterilización Dirección de clínicas</p>
<p>Urgencias: el módulo permitirá el registro del procedimiento realizado, debe contar con una interfaz a la historia clínica del paciente</p>	<p>Administrador Estudiante Docente Dirección de clínicas</p>
<p>Quirófano: el módulo permitirá el registro del procedimiento realizado incluyendo la nota de enfermería, nota del odontólogo y los insumos usados. A la vez, debe contar con una interfaz a la historia clínica del paciente</p> <p>IMPACTO: Se busca eliminar el reproceso que existe al tener que hacer doble registro del procedimiento</p>	<p>Administrador Estudiante Docente Coordinadora de Enfermería Dirección de clínicas</p>
<p>Cirugía: el módulo permitirá el registro del procedimiento realizado, debe contar con una interfaz a la historia clínica del paciente</p>	<p>Administrador Estudiante Docente Dirección de clínicas</p>
<p>Solicitud de laboratorio: se debe permitir que la persona de laboratorio lleve el registro de lo que se ha ingresado para entrega a laboratorios externos, la recepción de modelos y la entrega a estudiantes</p>	<p>Administrador Estudiante Docente Dirección de clínicas</p>
<p>Uso de unidades odontológicas: el módulo permitirá conocer en tiempo real el uso de las unidades, que estudiante y paciente se encuentran ahí.</p>	<p>Administrador Dirección de clínicas</p>
<p>Auditoría sobre historias clínicas: el módulo hará que durante el cierre de historias se pueda hacer auditoría sobre las mismas, o cuando se evalúan los casos complicados</p>	<p>Administrador Docente Dirección de clínicas Auditor de calidad</p>
<p>Mantenimiento: el módulo hará que cualquier persona de la clínica reporte un daño en algún equipo o unidad odontológica, donde se encuentre. Por otro lado, se hará registro de la hoja de vida de los equipos en el sistema de información y sobre el mantenimiento preventivo, correctivo y de empresas externas que se hayan realizado o se encuentren programadas, ya no se requerirá realizar un backup</p>	<p>Administrador Docente Estudiante Centro de Esterilización Centrales de insumos Dirección de clínicas</p>

IMPACTO: se busca que exista el módulo de mantenimiento para que toda la información que se maneja quede consignada y no exista pérdida de la información.

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

IMPACTA EN EL PROCESO: esta propuesta de mejora impacta a todos los procesos puesto que permite la unificación del manejo de la información.

RESPONSABLES: Líder de sistema de información

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 12 meses

- En el proceso de radiología, quitar el registro manual a la llegada del paciente para la toma de imagen

Eliminando esa operación ya no se tendrá el reproceso de cargar la información del paciente en el sistema de información y así se tendrá actualizadas las radiografías tomadas. El proceso sería así:

1. Toma de la radiografía por parte del auxiliar de radiología.
2. El paciente suministra el número de cédula a la auxiliar.
3. La auxiliar carga inmediatamente la radiografía en el módulo de radiología del sistema de información.

IMPACTA EN EL PROCESO: Radiología

RESPONSABLES: Líder de radiología

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 mes

- Diseño de un formato estándar para el registro de radiografías que son entregadas al archivo de historias clínicas.

El formato debe incluir el número de identificación del paciente, observaciones y un consecutivo de fecha, al archivarse este formato se organizará por fechas y así se tendrá un control de registros y en caso de reclamo se podrá buscar por fechas.

Este registro debe ser socializado con el personal de radiología e historias clínicas con el fin de iniciar su implementación. Además, se debe informar sobre el proceso de mantener un control de registros que proporcione evidencia de la entrega de las radiografías al área de archivo de historias clínicas.

IMPACTA EN EL PROCESO: Radiología

RESPONSABLES: Líder de radiología

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 mes

- Dar a conocer la función de la consulta de clasificación

Esto se debe hacer por medio de una comunicación electrónica a través de un boletín electrónico vía email o por medio de redes sociales y en las inducciones, recalando el correcto uso de esta y cómo un paciente puede acceder al servicio. La información debe estar dirigida a los estudiantes y personal administrativo.

Se debe mantener los registros de la divulgación o asistencia a la socialización como evidencia de la comunicación y capacitación. Además, se debe establecer el control de los registros

IMPACTA EN EL PROCESO: Consulta de clasificación

RESPONSABLES: Líder de consulta de clasificación

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 mes

- Crear un control sobre los documentos: solicitud de procedimiento en quirófano y nota realizada por el odontólogo después del procedimiento.

Como parte del procedimiento de quirófano se debe hacer una verificación de la información consignada en la hoja de solicitud de procedimiento, como la nota del odontólogo donde describe el procedimiento, esta verificación la debe hacer la coordinadora de enfermería. A la vez, se debe ratificar el tiempo a agendar.

IMPACTA EN EL PROCESO: Gestión de Atención en quirófano

RESPONSABLES: Coordinadora de enfermería

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 mes

- Establecer parámetros de tiempos de cirugía

Diligenciar correctamente el formato con el visto bueno del docente para agendar la cita para procedimiento en cirugía con el tiempo establecido según procedimiento a realizar. Estos procedimientos solo se deben agendar en el sistema de información no en hojas. Una vez se haya agendado se debe imprimir la constancia de la programación de cirugía.

IMPACTA EN EL PROCESO: Gestión de cirugía oral

RESPONSABLES: Líder de cirugía oral

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 mes

- Asignar a una sola persona la recepción de queja

Se requiere definir a una persona para la recepción de quejas con el fin de centralizar este proceso, poder establecer el consecutivo de las quejas y entregar al paciente un radicado de su queja. Se buscará dar respuesta oportuna a las quejas que dan los usuarios. La persona asignada debe realizar la gestión de redireccionamiento de quejas y seguimiento a la respuesta de las quejas.

IMPACTA EN EL PROCESO: Proceso de quejas

RESPONSABLES: Auditor de calidad

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 4 meses

- Diseñar un formato estándar para la presentación de queja

El formato para la presentación de las quejas por parte de los pacientes debe contener fecha, No. Consecutivo, nombres y apellidos completos, documento de identidad, dirección de notificación, teléfono de contacto, relación clara y detallada de los presuntos hechos irregulares y firma. El solicitante puede anexar las pruebas que puedan servir de sustento a la queja presentada.

El formato debe contener una sección que debe ser entregada al paciente como soporte de presentación de queja y en cualquier momento que desee hacerle el seguimiento lo pueda realizar. Una vez, se cierra la queja se debe archivar el formato junto con la respuesta con el propósito de tener evidencia de las quejas de los pacientes y a la vez, tener un control de registros.

Socializar este formato con los estudiantes, docentes, auxiliares y administrativos para que puedan orientar al paciente cuando este tenga la necesidad de presentar una queja.

Esta socialización se puede hacer a través del boletín electrónico, redes sociales o en la reinducción

Se debe mantener los registros de la divulgación o asistencia a la socialización como evidencia de la comunicación y capacitación.

IMPACTA EN EL PROCESO: Proceso de quejas

RESPONSABLES: Auditor de calidad

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 mes

- Asignar la función a una persona para la obtención del indicador de satisfacción global

Se requiere definir a una persona para realizar el proceso de satisfacción global

La persona debe sacar la muestra correspondiente según la cantidad de pacientes que están siendo atendidos durante ese mes. Una vez obtenida la muestra, seleccionar los pacientes de diferentes clínicas y aplicar la encuesta de satisfacción global bajo su acompañamiento. Teniendo los resultados obtener el indicador de satisfacción global.

Esto permitirá que el indicador se saque en forma más confiable, de esta manera se asegurará que ningún paciente llene más de una vez la encuesta por la prestación del mismo servicio y que se está considerando en la muestra a todos los pacientes de las clínicas

IMPACTA EN EL PROCESO: Encuesta de satisfacción al cliente

RESPONSABLES: Auditor de calidad

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 4 meses

- Notificación del problema de repetición de historia clínica

El auxiliar de archivo de historias clínicas debe notificar de manera inmediata al administrador del sistema de información sobre el hecho. Esta persona debe hacer las correcciones de manera inmediata para evitar nuevas duplicaciones de historias clínicas.

IMPACTA EN EL PROCESO: Archivo de historias clínicas

RESPONSABLES: Auxiliar de archivo de historias clínicas

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 mes

- Establecer horarios de entrega de radiografías

Definir para el área de radiología cuatro horarios para entrega de imágenes tomadas al archivo de historias clínicas. Los horarios podrían ser: 9: 30, 11:00 a.m., 3:00 p.m. y 5:00 p.m.

Al establecerse estos horarios las radiografías serán archivadas en las historias clínicas con prontitud, de esta manera no se acumularán como viene sucediendo.

IMPACTA EN EL PROCESO: Archivo de historias clínicas y Radiología

RESPONSABLES: Auxiliar de archivo de historias clínicas y auxiliar de radiología

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 mes

- Archivar de manera inmediata la recepción de consentimientos informados, recibos y radiografías.

Establecer en el proceso de archivo de historias clínicas que en el momento en que lleguen los consentimientos informados, recibos y radiografías se archive de manera inmediata para evitar la pérdida de algún documento. Dado el caso que hayan llegado muchos documentos o los auxiliares estén desarrollando otras funciones se debe contar con una bandeja de oficina para ir almacenando tanto los consentimientos, los recibos y las radiografías para luego ser archivados.

IMPACTA EN EL PROCESO: Archivo de historias clínicas

RESPONSABLES: Auxiliar de archivo de historias clínicas

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 1 mes

- Parametrizar los instrumentos que se han registrado manualmente en el sistema de información.

El administrador del sistema debe revisar de manera mensual si se han ingresado de manera manual algún instrumental en el módulo de esterilización con el fin de parametrizarlos y así se contará con una base de datos actualizada de instrumentos que usan los estudiantes.

IMPACTA EN EL PROCESO: Planeación y requerimientos por semestres

RESPONSABLES: Administrador del sistema de información

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 3 meses

- Mayor control sobre el lavado del instrumental por parte de los docentes.

Por medio de un boletín electrónico vía email o redes sociales dirigido a estudiantes y docentes reiterando la importancia del lavado correcto del instrumental puesto que los instrumentos no podrán ingresar con residuos al centro de esterilización.

IMPACTA EN EL PROCESO: Prestación servicio en clínica

RESPONSABLES: Coordinadores de clínicas

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 2 meses

- Parametrizar la ropa en el módulo de esterilización.

En el módulo de esterilización se debe incluir una sección donde se pueda parametrizar la ropa que ingresa y egresa para esterilización. De esta forma se puede tener un mayor control por parte de la auxiliar de esterilización sobre la ropa que recibe y entrega a satisfacción de los estudiantes y auxiliares de odontología.

IMPACTA EN EL PROCESO: Planeación y requerimientos por semestres

RESPONSABLES: Administrador del sistema de información

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 3 meses

- Mejorar el pronóstico de la demanda de insumos

El objetivo de realizar un pronóstico de la demanda de insumos es determinar si lo que se está solicitando es lo adecuado y si el stock de seguridad con el que cuentan es suficiente y no se corra el riesgo de quedarse sin producto en algún momento. Es por eso, que este proceso se debe mejorar.

IMPACTA EN EL PROCESO: Gestión de insumos general

RESPONSABLES: Líder de almacén

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 6 meses

- Rectificación de la información para evitar que se cargue mal la información

Para evitar que se cargue información inexacta en el sistema de información, al diligenciar un formulario con el paciente es necesario que se haga una rectificación de la información para que no existan errores. A la vez, cuando el docente verifique la información consignada por el estudiante en la historia clínica debe hacerlo con él.

IMPACTA EN EL PROCESO: Prestación del servicio en clínicas, atención en urgencias, atención en cirugía y atención en quirófano.

RESPONSABLES: Coordinadores de clínicas

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 3 meses

- Documentar el proceso de comunicación

Documentar el proceso de comunicación en las Clínicas odontológicas con el fin de asegurar una comunicación apropiada y asertiva en la organización que permita divulgar las diferentes acciones, cambios, implementaciones, disposiciones o directrices de la Facultad, la dirección de clínicas, los diferentes comités o áreas administrativas. Esto conllevará a crear una cultura organizacional de la comunicación.

Para la operacionalización de este proceso debe designarse una persona que se encargue del diseño, actualización y difusión de la comunicación en el boletín electrónico, correos electrónicos, las redes sociales y la página Web. Además, se debe establecer las estrategias

comunicativas que permitan la difusión y divulgación de la información de las Clínicas en diferentes medios de la Universidad Javeriana y otras organizaciones.

IMPACTA EN EL PROCESO: Gestión de la comunicación

RESPONSABLES: Directora de clínicas

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 4 meses

- Crear un boletín electrónico

Se presenta a diario problemas de comunicación con respecto a lo que sucede dentro de las clínicas, es especial con nuevas directrices que se dictan para el desarrollo de las prácticas en clínicas que a su vez impactaran en el ámbito académico.

El boletín debe ser diseñado y emitido según las necesidades, será enviado a los estudiantes, docentes y administrativos por vía email o por redes sociales.

IMPACTA EN EL PROCESO: Gestión de la comunicación

RESPONSABLES: Directora de clínicas

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 4 meses

- Creación de una ayuda visual para manual de inventarios de insumos

Como semestralmente se debe realizar el inventario de insumos es necesario crear un manual que indique paso a paso como se debe realizar el inventario, en sistema de información y conteo físico. Debido a que el conteo físico es más difícil de hacer, el manual tiene que contener gráficos que indiquen como se debe hacer cuando son insumos líquidos e insumos sólidos. De esta manera se evitara errores en el conteo físico.

IMPACTA EN EL PROCESO: Gestión de compras y suministros: direccionamiento y coordinación de inventario.

RESPONSABLES: Directora de clínicas

TIEMPO PREVISTO PARA LA EJECUCIÓN: 6 meses

Finalmente, se pudo identificar a partir de la herramienta cuello de botella y precedencia los procesos que deben ser mejorados para permitir un mejor flujo de los mismos, conllevando a una mayor calidad del servicio para los pacientes, para ello se estableció el plan de mejora y sobre que procesos se debe intervenir.

4. Identificar costos de no calidad en los procesos que se identifiquen como críticos

La calidad en la prestación del servicio en las clínicas odontológicas está determinada por las especificaciones dadas por el paciente, para esto se requiere la identificación de los costos que se incurren para garantizar la calidad del servicio prestado (costos de calidad) y los costos que incurren por no tomar las acciones de mejoramiento ante procesos críticos (costos de no calidad).

Es fundamental que las clínicas conozcan los costos de no calidad en los procesos que son críticos para plantear estrategias y oportunidades que les permita reducir ese tipo de costos y así conseguir una mayor calidad en la prestación del servicio.

Para poder realizar un análisis de costos de no calidad fue primero necesario conocer el tiempo que se utiliza en aquellas actividades de los procesos que se han identificado como críticos. Ver tabla no. 12.

Tabla 12

Tiempos determinados en los procesos críticos

PROCESO	ACTIVIDAD	TIEMPO
Gestión de admisión y pago	Registro del pago en los dos sistemas de información	30 horas mensual (Se pagan como extras)
Gestión de imágenes diagnósticas	Se debe hacer registro manual y luego en sistema	3 min
	Reclamos por no entrega de radiografía al archivo de historias clínicas, verificación y confirmación	3 min
Gestión de consulta de clasificación	El estudiante no sabe cómo funciona y puede remitir al paciente sin necesidad y él pierda el tiempo	15 min
Quirófano	El número de la historia clínica no es suministrada y se debe buscar al estudiante	15 min
	Al no existir el módulo en el sistema de información HCOD, se debe registrar en OSIS y el estudiante por su cuenta debe registrarlo en HCOD	30 min
	El odontólogo no realiza la nota	Semana y media
Cirugía	El estudiante no mide el tiempo cuando agenda y cuando realiza el procedimiento retrasa las demás cirugías	70 min
Mantenimiento	Cuando se presenta una falla en la clínicas se hacen registros manuales, cada vez que pasa el técnico revisa si se ha presentado algo causando retrasos en la solución o incluso en el uso de algún equipo o	30 min

	unidad. No es automática la notificación	
Procesos de quejas	Al no ser una persona la que reciba las quejas, al auditor le pueden llegar de diferentes dependencias las cartas	2 días
Encuesta de satisfacción global	Llenar la encuesta por parte del paciente	8,5 min
Archivo de historias clínicas	Se debe buscar en sistema de información si la historia clínica existe, al no arrojar registro se abre una nueva carpeta y al archivarla se encuentra que si existía la historia	1,5 min
Esterilización	Ingreso manual de instrumental no parametrizado y ropa	3 min
	Revisión del instrumental para verificar que si está limpio	4 min
Gestión de insumos general – almacén	Recepción de insumos pendientes	10 días
Corrección de información – SI	Corrección de información mal cargada por los estudiantes o administrativos	1 hora
Gestión de la comunicación y promoción	Comunicación total sobre lo que sucede en las clínicas	3 días
Gestión de compras y suministros Direccionamiento y coordinación de inventario	Capacitación sobre cómo se debe hacer el inventario	30 min
	Conteo físico de insumos (dos por norma, si hay diferencias se hace un tercero)	1 día

Autor: Laura del Pilar Murcia

Los cargos involucrados en esos procesos identificados como críticos se presentan a continuación junto con el salario que cada uno tiene (estos valores son aproximados debido a confidencialidad de la nómina) Ver tabla no. 13

Tabla 13

Cargos y salarios asociados a los procesos críticos

PROCESO	CARGO	SALARIO
Inscripción y pago	Auxiliar contable	\$836.452 \$5.800 VALOR HORA EXTRA
Radiología	Auxiliar de radiología	\$1.421.819
Cita de clasificación	Odontólogo	\$3.255.178
Quirófano	Jefe de enfermería	\$2.830.267
Cirugía	Odontólogo	\$3.255.178

	Auxiliar de caja	\$836.452
Mantenimiento	Técnico de mantenimiento	\$1.310.391
Procesos de quejas	Auditor de calidad	\$3.255.178
Encuesta de satisfacción global	Auxiliar de archivo	\$836.452
Archivo de historias clínicas	Auxiliar de archivo	\$836.452
Esterilización	Auxiliar de odontología	\$1.298.506
Gestión de insumos general – almacén	Jefe de almacén	\$1.978.674
Corrección de información – SI	Ingeniero de sistemas	\$2.901.581
Gestión de la comunicación y promoción	Directora de las clínicas	\$3.928.202
Gestión de compras y suministros	Directora de las clínicas	\$3.928.202
Direccionamiento y coordinación de inventario	Auxiliar de odontología	\$1.298.506

: Laura del Pilar Murcia

Dentro de los procesos indicados se identifican costos de no calidad que afectan la calidad de la prestación del servicio. Estos costos de no calidad se calcularon haciendo una relación entre el salario y el tiempo que representa los reprocesos, errores y retrasos. Ver tabla no. 14.

Tabla 14

Costos de no calidad hora-hombre en los procesos críticos

PROCESO	ACTIVIDAD	TIPO DE COSTOS DE NO CALIDAD	COSTOS DE NO CALIDAD
Inscripción y pago	Registro del pago en los dos sistemas de información	Interno	\$ 174.000
	Se debe hacer registro manual y luego en sistema	Interno	\$ 370,27
Radiología	Reclamos por no entrega de radiografía al archivo de historias clínicas, verificación y confirmación	Interno	\$ 370,27
Cita de clasificación	El estudiante no sabe cómo funciona y puede remitir al paciente sin necesidad y él pierda el tiempo	Interno	\$ 4.238,51
	El número de la historia clínica no es suministrada y se debe buscar al estudiante	Interno	\$ 888.143,65
Quirófano	Al no existir el módulo en el sistema de información HCOD, se debe registrar en OSIS y el estudiante por su cuenta debe registrarlo en HCOD	Interno	\$ 7.370,49
Cirugía	El estudiante no mide el tiempo cuando agenda y cuando realiza el procedimiento retrasa las demás cirugías	Interno	\$ 19.779,73
Mantenimiento	Cuando se presenta una falla en la clínicas se hacen registros manuales, cada vez que pasa el técnico revisa si se ha presentado algo causando retrasos en la solución o incluso en el uso de algún equipo o unidad. No es automática la notificación	Interno	\$ 3.412,48
Procesos de quejas	Al no ser una persona la que reciba las quejas, al auditor le pueden llegar de diferentes dependencias las cartas	Interno	\$ 271.264,86
Encuesta de satisfacción global	Diligenciar la encuesta por parte del paciente	Interno	\$ 617,17
Archivo de historias clínicas	Se debe buscar en sistema de información si la historia clínica existe, al no arrojar registro se abre una nueva carpeta y al archivarla se encuentra que si existía la	Interno	\$ 108,91

historia				
Esterilización	Ingreso manual de instrumental no parametrizado y ropa	Interno	\$	338,15
	Revisión del instrumental para verificar que si está limpio	Interno	\$	450,87
Gestión de insumos general – almacén	Recepción de insumos pendientes	Interno	\$	824.447,71
Corrección de información – SI	Corrección de información mal cargada por los estudiantes o administrativos	Interno	\$	15.112,40
Gestión de la comunicación y promoción	Comunicación total sobre lo que sucede en las clínicas	Interno	\$	491.025,31
Gestión de compras y suministros - Direccionamiento y coordinación de inventario	Capacitación sobre cómo se debe hacer el inventario	Interno	\$	10.229,69
	Conteo físico de insumos (dos por norma, si hay diferencias se hace un tercero)	Interno	\$	163.675,10
TOTAL			\$	2.874.956

Autor: Laura del Pilar Murcia

Por otro lado, se presentan costos de no calidad relacionados con pérdida de insumos usados en los procesos. Ver tabla 15.

Tabla 15

Costos de no calidad – insumos usados en los procesos críticos

PROCESO	ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN	COSTOS DE NO CALIDAD
Gestión de imágenes diagnósticas	Se debe hacer registro manual y luego en sistema	Hay costo asociado con un cuaderno donde se lleva el registro FALLA INTERNA	\$ 13.000
Gestión de mantenimiento de equipos biomédicos	Cuando se presenta una falla en la clínicas se hacen registros manuales, cada vez que pasa el técnico revisa si se ha presentado algo causando retrasos en la solución o incluso en el uso de algún equipo o unidad. No es automática la notificación	Hay costo asociado con las hojas que usan para su registro diario, luego lo pasan a computador FALLA INTERNA	\$7.800
Gestión de mejora continua (Proceso de quejas)	Al no ser una persona la que reciba las quejas, al auditor le pueden llegar de diferentes dependencias las cartas	Hay costo asociado con las hojas suministradas para que el paciente presente la queja FALLA EXTERNA	\$7.800
		Cuando se repite un tratamiento y no se le cobra al paciente. En el primer semestre del 2015 se han presentado nueve casos FALLA EXTERNA	\$720.000*
Gestión de mejora continua (Encuesta de satisfacción global)	Diligenciar la encuesta por parte del paciente más de una vez sobre el mismo tratamiento	Hay costo asociado con las hojas donde se realizan las encuestas, mensualmente son 12 hojas FALLA INTERNA	\$1.200
Gestión de Archivo de historias clínicas	Se debe buscar en sistema de información si la historia clínica existe, al no arrojar registro se abre una nueva carpeta y al archivarla se encuentra que si existía la historia	Hay costo asociado con las carpetas que botan por repetición de historias clínicas Son 8 carpetas al mes FALLA INTERNA	\$3.600
Gestión directiva (Direccionamiento y Coordinación de inventario)	Conteo físico de insumos (dos por norma, si hay diferencias se hace un tercero)	Hay costo asociado con las hojas donde se realiza el inventario, mensualmente son 24 hojas FALLA INTERNA	\$2.400
TOTAL			\$755.800

Autor: Laura del Pilar Murcia

*Este valor depende de los tipos de tratamientos que se deben repetir debido a que cada uno es diferente y el número de intervenciones puede variar semestre a semestre. Para ello es necesario que las clínicas manejen un registro de cada tratamiento que se repite, especificando que insumos fueron usados y el valor total.

Teniendo en cuenta los costos de no calidad hora- hombre y pérdida de insumos, se tiene costos totales de calidad:

$$COSTOS\ TOTALES\ DE\ CALIDAD = fallas\ internas + fallas\ externas + costos\ de\ prevención + costos\ de\ evaluación$$

$$COSTOS\ TOTALES\ DE\ CALIDAD = \$2.902.956 + \$727.800 + 0 + 0$$

$$COSTOS\ TOTALES\ DE\ CALIDAD = \$3.630.756$$

Al implementar las propuestas sobre estos procesos críticos se permitirá convertir esos costos de no calidad en costos de calidad como se muestra en la tabla no. 16.

Tabla 16

Propuestas de mejoramiento de los procesos críticos

PROCESO	ACTIVIDAD	PROPUESTA	TIPO DE COSTO DE CALIDAD
Inscripción y pago	Registro del pago en los dos sistemas de información	Evaluación de cargas laborales para distribuir el trabajo entre las 4 personas asignadas para recepción y pago	Prevención
		CORTO PLAZO	
		Sistema de información único	Prevención
		LARGO PLAZO	

Radiología	Se debe hacer registro manual y luego en sistema	En el proceso de radiología, quitar el registro manual quitando esa operación. El proceso iniciaría con la toma de la radiografía, luego el paciente va con la auxiliar y da su número de cédula y se carga inmediatamente la radiografía en el sistema de información	Prevención
	Reclamos por no entrega de radiografía al archivo de historias clínicas, verificación y confirmación	Formato estándar para el registro de radiografías que son entregadas al archivo de historias clínicas	Evaluación
Cita de clasificación	El estudiante no sabe como funciona y puede remitir al paciente sin necesidad y el paciente pierde el tiempo	Dar a conocer la función de la cita de clasificación	Prevención
Quirófano	El número de la historia clínica no es suministrada y se debe buscar al estudiante	Control sobre los documentos: solicitud de procedimiento en quirófano y nota realizada por el odontólogo después del procedimiento.	Evaluación
	Al no existir el módulo en el sistema de información HCOD, se debe registrar en OSIS y el estudiante por su cuenta debe registrarlo en HCOD	Sistema de información único LARGO PLAZO	Prevención
Cirugía	El odontólogo no realiza la nota	Control sobre los documentos: solicitud de procedimiento en quirófano y nota realizada por el odontólogo después del procedimiento.	Evaluación
	El estudiante no mide el tiempo cuando agenda y cuando realiza el procedimiento retrasa las demás cirugías	Hacer uso correcto del formato para agendar el procedimiento con el tiempo necesario y el visto bueno del docente	Prevención
Mantenimiento	Cuando se presenta una falla en la clínicas se hacen registros manuales, cada vez que pasa el técnico revisa si se ha presentado algo causando retrasos en la solución o incluso en el uso de algún equipo o unidad. No es automática la notificación	Sistema de información único LARGO PLAZO	Prevención
Procesos de quejas	Al no ser una persona la que	Centralizar la recepción de queja y diseñar un formato	Evaluación

	reciba las quejas, al auditor le pueden llegar de diferentes dependencias las cartas	estándar para la presentación de queja	
Encuesta de satisfacción global	Llenar la encuesta con el paciente	Asignar la función a una persona sobre la obtención del indicador de satisfacción global	Evaluación
Archivo de historias clínicas	Se debe buscar en SI si la historia clínica existe, al no arrojar registro se abre una nueva carpeta y al archivarla se encuentra que si existía la historia	Notificación del problema de repetición de historia clínica	Prevención
	Retraso en archivar radiografía	Establecer horarios de entrega de radiografías Archivar de manera inmediata la recepción de consentimientos informados, recibos y radiografías.	Prevención
Esterilización	Ingreso manual de instrumental no parametrizado y ropa	Parametrizar los instrumentos que se han registrado manualmente en el sistema de información.	Prevención
	Revisión del instrumental para verificar que si está limpio	Parametrizar la ropa en el módulo de esterilización. Mayor control sobre el lavado del instrumental por parte de los docentes.	Evaluación
Gestión de insumos general – almacén	Recepción de insumos pendientes	Mejorar el pronóstico de la demanda para las centrales de insumos	Prevención
Corrección de información – SI	Corrección de información mal cargada por los estudiantes o administrativos	Rectificación de la información para evitar que se cargue mal la información	Evaluación
Gestión de la comunicación y promoción	Comunicación total sobre lo que sucede en las clínicas	Crear un boletín electrónico	Prevención
Gestión de compras y suministros	Capacitación sobre cómo se debe hacer el inventario		
Direccionamiento y coordinación de inventario	Conteo físico de insumos (dos por norma, si hay diferencias se hace un tercero)	Creación de un manual de inventarios de insumos	Prevención

Autor: Laura del Pilar Murcia

Tabla 17

Costos de calidad asociados a las propuestas

PROCESO	PROPUESTA	TIPO DE COSTO DE CALIDAD	COSTO
Inscripción y pago	Sistema de información único LARGO PLAZO	Prevención	\$12.000.000 por módulo
Radiología	Formato estándar para el registro de radiografías que son entregadas al archivo de historias clínicas	Evaluación	Uso de hojas \$7800
Cita de clasificación	Dar a conocer la función de la cita de clasificación	Prevención	Capacitación 30 min \$8.477,03
Quirófano	Control sobre los documentos: solicitud de procedimiento en quirófano y nota realizada por el odontólogo después del procedimiento.	Evaluación	Control documentos 1 min \$245,68
	Sistema de información único LARGO PLAZO	Prevención	\$12.000.000 por módulo
	Control sobre los documentos: solicitud de procedimiento en quirófano y nota realizada por el odontólogo después del procedimiento.	Evaluación	Control documentos 1 min \$245,68
Mantenimiento	Sistema de información único LARGO PLAZO	Prevención	\$12.000.000 por módulo
Procesos de quejas	Centralizar la recepción de queja y diseñar un formato estándar para la presentación de queja	Evaluación	Uso de hojas \$7800
Archivo de historias clínicas	Archivar de manera inmediata la recepción de consentimientos informados, recibos y radiografías.	Prevención	Tiempo para archivar 10 min \$726,09
Esterilización	Parametrizar los instrumentos que se han registrado manualmente en el sistema de información.	Prevención	Tiempo para actualizar 1 semana \$604.495,98
	Parametrizar la ropa en el módulo de esterilización.		
Corrección de información – SI	Rectificación de la información para evitar que se cargue mal la información	Evaluación	Tiempo para rectificar la información 5 min

			\$1.412,84
Gestión de la comunicación y promoción	Crear un boletín electrónico	Prevención	Tiempo para generar el boletín 3 horas \$39.062,50
Gestión de compras y suministros Direccionamiento y coordinación de inventario	Creación de una ayuda visual para el manual de inventarios de insumos	Prevención	Uso de hojas \$7800
TOTAL			\$36.678.065,8

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

Se pretende que con las propuestas no ocurran las no conformidades actuales, reforzándose con el plan de capacitación, por lo que el valor de las fallas internas y externas llegarían a cero. La fórmula de costos totales de calidad quedaría así:

$$COSTOS\ TOTALES\ DE\ CALIDAD = fallas\ internas + fallas\ externas + costos\ de\ prevención + costos\ de\ evaluación$$

$$COSTOS\ TOTALES\ DE\ CALIDAD = 0 + 0 + \$36.660.561,59 + 17.504,20$$

$$COSTOS\ TOTALES\ DE\ CALIDAD = \$36.678.065,8$$

Para las clínicas odontológicas la implementación del plan de mejora le traerá los siguientes beneficios:

- No se tendrá que pagar las dos horas extras diarias a la persona que atiende el turno de la tarde.
- Las radiografías se cargarán a la historia clínica del paciente de manera inmediata
- Se estandarizará la entrega de radiografías impresas al archivo de historias clínicas
- No se remitirá al paciente sin necesidad a una cita de clasificación y se dará buen uso a la misma.
- Se podrá agendar en quirófano sin retrasos y cuando se acabe el procedimiento se podrá cargar una vez se tengan las notas del odontólogo y de la enfermera sin tener que esperar.
- Se harán procedimientos de cirugía sin afectar la agenda de los demás odontólogos y pacientes.
- Se le darán un orden a las quejas para su respuesta pertinente, dándole la opción al paciente de poder hacerle seguimiento bajo un número de radicado.
- Se obtendrá un correcto nivel de satisfacción global que será para entregar al ente de salud correspondiente y para que las clínicas puedan establecer oportunidades de mejora.
- Si se establecen horarios de entrega de radiografías se evitará que lleguen muchas y se retrase el archivarlas.
- Al poder determinar un pronóstico se sabrá con mayor exactitud si el inventario de seguridad es el adecuado.

- Cada vez que se atiende a un paciente y se rectifique la información con él se evitan errores al cargar la información.
- El boletín electrónico se podrá leer desde cualquier parte y la información llega más rápido, esto provoca que tanto estudiantes, docentes y administrativos sepan que está sucediendo en las clínicas.
- Con un manual de inventarios se hará con precisión el conteo físico de insumos en centrales y en almacén.

Las clínicas dejarán de tener esos costos de no calidad, puesto que con las propuestas ya no se deben incurrir en las no confirmidades de los procesos al eliminarlas de raíz, permitiendo un mejoramiento de calidad en cada uno de los eslabones en la prestación del servicio odontológico, y que tendrán un impacto significativo en las actividades cotidianas.

Por otro lado, las clínicas pueden considerar a largo plazo la implementación de un sistema único de información que esté hecho a la medida de las necesidades de las clínicas, lo cual permitirá hacer una unificación de todas las áreas de las clínicas en cuanto al manejo y consulta de la información; se acabarán los reprocesos en registro de pago y registro de procedimiento de quirófano; se podrá notificar de manera inmediata las fallas de equipos y/o unidades, y se logrará un manejo de las hojas de vida y fichas técnicas de los equipos y unidades desde cualquier lugar de la clínica. Para la unificación del sistema de información, se puede comprar a la empresa SYAC S.A., la cual les diseñó el sistema de información HCOD, los módulos faltantes (mantenimiento, quirófano, pagos, laboratorio, uso de unidades en tiempo real y auditoría de historias clínicas), cuyo costo varía en un rango entre \$12.000.000 y \$30.000.000, según las necesidades de las clínicas.

5. Caracterizar los procesos relacionados con lo definido en el submapa de procesos particular de las clínicas odontológicas.

La caracterización de los procesos se hizo por medio de la herramienta de mapeo de procesos SIPOC, la cual permite visualizar la información de entrada, quien la suministra, el flujo del proceso, la información de salida y a quien se le entrega. Ver anexo F – Análisis SIPOC

En la tabla no.18 se muestra los cambios ocurridos con el plan de mejora propuesto en los diferentes flujos de los procesos identificados.

Tabla 18

Cambio en los flujos de los procesos

PROCESO	CAMBIOS EN EL FLUJO
Inscripción y pago	Antes que el paciente ponga la huella para finalizar la inscripción, es necesario la rectificación de la información consignada para evitar errores al cargar la información
Radiología	El registro del pago ya no se debe hacer doble sino en un solo sistema de información Se elimina el registro manual de los datos, el proceso inicia tomando la imagen, luego el paciente pasará a dar su cédula para cargar de manera inmediata la radiografía Se completó con la rectificación de la información por medio de la identificación del paciente para evitar errores al cargar la información
Cita de clasificación	Cumplimiento para Acreditación Evaluación de errores en la entrega de resultados (de radiología al archivo de historias clínicas) Cumplimiento para Acreditación 1. Para la asignación a la clínica de atención se le debe entregar un instructivo de remisión que incluya los pasos a seguir

Prestación de servicio clínica

Se adicionó rectificación de la información por medio de la identificación del paciente cada vez que el estudiante llena un formulario de registro de procedimiento

Cumplimiento para Acreditación

1. Durante la primera cita de atención se le debe leer y resolver dudas sobre derechos y deberes
2. Identificación de riesgos antes de la prestación del servicio
3. Identificación de necesidades y expectativas antes de la prestación del servicio
4. Explicación de la competencia de autocuidado
5. Verificación del entendimiento del consentimiento informado
6. Verificación del entendimiento de la información dada
7. Entrega de folleto autocuidado cuando egrese
8. Seguimiento de la prevención de enfermedades. Antes de cerrar historia
9. Después de la revisión, si la patología no es la adecuada se le debe entregar un instructivo de remisión que incluya los pasos a seguir
10. Antes de empezar la cita de procedimiento, si existe radiografía tomada se explica al paciente que se encontró

Quirófano

El registro del procedimiento ya no se debe hacer dos veces, solo se carga la información a un solo sistema de información

Se agregan dos controles de revisión, en la solicitud del procedimiento y en el registro del procedimiento

Cumplimiento para Acreditación

1. Identificación de riesgos antes de la prestación del servicio
2. Explicación de la competencia de autocuidado
3. Verificación del entendimiento del consentimiento informado
4. Verificación del entendimiento de la información dada
5. Entrega de folleto autocuidado cuando egrese

Cirugía

Se agrega un control de verificación del tiempo que se debe asignar antes de solicitar la cita de procedimiento

Cumplimiento para Acreditación

1. Identificación de riesgos antes de la prestación del servicio
2. Explicación de la competencia de autocuidado
3. Verificación del entendimiento del consentimiento informado
4. Verificación del entendimiento de la información dada

Urgencias**Cumplimiento para Acreditación**

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de riesgos antes de la prestación del servicio 2. Explicación de la competencia de autocuidado 3. Verificación del entendimiento del consentimiento informado 4. Verificación del entendimiento de la información dada
Mantenimiento	El registro ya no debe ser manual de toda la información encontrada, se hace en el módulo de mantenimiento del sistema de información
Proceso de quejas	Se agrega la asignación de un consecutivo a la carta y la entrega de la copia del radicado de la carta presentada
	<p>Cumplimiento para Acreditación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cálculo del indicador: Quejas resueltas 2. Presentación de la carta con razones de retiro, cálculo de indicador retiro de tratamiento y propuestas de mejoramiento 3. Al presentarse agresiones al paciente se debe hacerle seguimiento durante el semestre.
Auditoria Habilitación	<p>Cumplimiento para Acreditación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Encuesta de conocimiento del manejo seguro de desechos, cálculo del indicador y definición de oportunidades de mejora
Archivo de historias clínicas	Se adiciona la notificación al equipo de sistema de información para la corrección cuando se duplican las historias clínicas de los pacientes
Gestión de insumos general - almacén	También el cálculo del pronóstico de los insumos para saber si el stock de seguridad es el adecuado y poder presentar el presupuesto anual
Planeación de servicios	<p>Cumplimiento para Acreditación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se debe parametrizar al inicio de semestre docentes de apoyo para cubrir reemplazos
Planeación y gestión del servicio	<p>Cumplimiento para Acreditación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Involucrar la política humanizada 2. Definición de un consultor crónico y cálculo indicador consultor crónico 3. Realización de ejercicios sistemáticos de referencia comparativa y competitiva con referencias nacionales e internacionales 4. Evaluación de los objetivos del plan estratégico.
Gestión del aseguramiento de calidad	<p>Cumplimiento para Acreditación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se agrega la evaluación de la política de seguridad del paciente, la evaluación de indicadores del estándar de acceso a los servicios
Gestión de la comunicación y promoción	<p>Cumplimiento para Acreditación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Necesidades de manejo de ambiente físico seguro - Capacitación a pacientes
Gestión de compras y de suministros Comité de presupuesto	<p>Cumplimiento para Acreditación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para la selección del proveedor se debe conocer las necesidades de los mismo

Gestión de compras y suministro Direccionamiento y coordinación de inventario	Se elimina en el proceso la capacitación sobre el manejo del inventario al dejar un manual que describa paso a paso como se debe hacer en el mismo momento en que es programado el conteo de insumos.
Gestión de custodia de tecnología e infraestructura	Cumplimiento para Acreditación 1. Realizar análisis de incorporación de nueva tecnología, para la toma de decisión en compras de tecnología, y evaluar de eficiencia, costo – efectividad, seguridad e impacto ambiental 2. Definición de temas de inducción sobre uso de tecnologías y Cálculo del indicador de incidentes 3. Revisión de guías y/o protocolos de manejo clínicas con el tema de uso de equipos y dispositivos médicos
Gestión del recurso humano	Cumplimiento para Acreditación 1. No se debe establecer objetivo de capacitación, debe ser un plan anual de capacitación

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

La caracterización de los procesos con la herramienta SIPOC le permitirá a las clínicas, una vez implementadas las propuestas, tener documentados todos sus procesos por medio de flujos y reconociendo como se interrelacionan.

6. Determinar mecanismos de seguimiento para permitir la mejora continua de las clínicas odontológicas.

Los mecanismos de seguimiento para permitir el mejoramiento de los procesos se definió por medio de indicadores que se presentan en la tabla no.19 Los indicadores se establecieron a partir de la metodología del Balance Score Card. Ver anexo G – Balance Score Card (BSC).

Tabla 19

Indicadores de gestión

NOMBRE	OBJETIVO	FÓRMULA
Errores en registro de pagos	Disminuir errores en el registro de los pagos	$\text{Errores en registro de los pagos} = \frac{\# \text{ cuentas con errores}}{\text{Total de pacientes atendidos}} * 100$
Errores en la entrega de radiografías	Disminuir los errores en la entrega de radiografías al archivo de historias	$\text{Errores en la entrega de radiografías} = \frac{\# \text{ de registros con errores}}{\text{Total de registros}} * 100$
Disminución de quejas por falta de radiografía en sistema de información	Disminuir las quejas de por falta de la radiografía en sistema de información	$\text{Disminución de quejas por falta de radiografía en sistema de información} = \frac{\# \text{ de quejas por falta de radiografía}}{\text{Total de pacientes atendidos}} * 100$
Asistencia a la cita de clasificación por error	Disminuir la asistencia de pacientes a la cita de clasificación por error de remisión	$\text{Asistencia a la cita de clasificación por error} = \frac{\# \text{ de pacientes asistentes por error}}{\text{Total de pacientes que asisten}} * 100$

Errores en registro en historias clínicas	Disminuir los errores de la información cargada en las historias clínicas en el sistema de información	$\begin{aligned} & \text{Errores en registro en historias clínicas} \\ & = \frac{\# \text{ historias clínicas con errores}}{\text{Total de historias clínicas}} * 100 \end{aligned}$
Disminución de errores en documentos para procedimientos en quirófano	Disminuir los errores en documentos para los procedimientos de quirófano	$\begin{aligned} & \text{Disminución de errores en documentos para procedimientos en quirófano} \\ & = \frac{\# \text{ de documentos de procedimiento con errores}}{\text{Total de documentos entregados}} * 100 \end{aligned}$
Actualización de historias clínicas con procedimiento en quirófano	Incrementar la actualización de historias clínicas con procedimiento en quirófano	$\begin{aligned} & \text{Actualización de historias clínicas con procedimiento en quirófano} \\ & = \frac{\# \text{ de historias actualizados}}{\text{Total de pacientes atendidos en quirófano}} * 100 \end{aligned}$
Errores al agendar cirugías	Disminuir errores cuando se agenda el procedimiento de cirugía	$\begin{aligned} & \text{Errores al agendar cirugías} = \frac{\# \text{ de errores al agendar cirugías}}{\text{Total de procedimientos agendados}} * 100 \end{aligned}$
Tiempo promedio de retraso en mantenimiento de equipos y unidades	Disminuir el tiempo promedio de retraso de mantenimiento de equipos y unidades	$\begin{aligned} & \text{Tiempo promedio de retraso en mantenimiento de equipos y unidades} \\ & = \frac{\sum \text{ tiempos de retraso}}{\text{Total de notificaciones de fallas de equipos y unidades}} * 100 \end{aligned}$
Uso de formato de quejas	Incrementar el uso del formato de quejas	$\begin{aligned} & \text{Incremento en el uso del formato de quejas} \\ & = \frac{\# \text{ de quejas presentadas en el formato}}{\text{Total de quejas presentadas}} * 100 \end{aligned}$

Quejas resueltas	Aumentar el porcentaje de quejas resueltas	$\text{Quejas resueltas} = \frac{\# \text{ de quejas resueltas}}{\text{Total de quejas presentadas}} * 100$
Historia clínicas duplicadas	Disminuir el porcentaje de historias clínicas duplicadas	$\begin{aligned} &\text{Historias clínicas duplicadas} \\ &= \frac{\# \text{ de historias clínicas duplicadas}}{\text{Total de historias clínicas}} * 100 \end{aligned}$
Disminución insumos faltantes	Disminuir el porcentaje de insumos faltantes	$\text{Porcentaje de insumos faltantes} = \frac{\# \text{ de insumos faltantes}}{\text{Total de insumos}} * 100$
Conocimiento sobre el manual de inventario por parte de las auxiliares	Aumentar el conocimiento del manual de procedimiento para realizar el inventario	$\begin{aligned} &\text{Conocimiento sobre el manual de inventario por parte de las auxiliares} \\ &= \frac{\# \text{ de auxiliares que conocen el manual}}{\text{Total de auxiliares}} * 100 \end{aligned}$
Errores en el conteo de insumos	Disminuir los errores presentados en el conteo de insumos	$\begin{aligned} &\text{Errores en el conteo de insumos} \\ &= \frac{\# \text{ de errores en el conteo}}{\text{Total de insumos}} * 100 \end{aligned}$

Autor: Laura del Pilar Murcia Roa

Al poder manejar un sistema de indicadores dentro las clínicas odontológicas se pretende usar una herramienta de diagnóstico que permita hacer gestión sobre los procesos con el propósito de aumentar la eficacia y la eficiencia de las clínicas, es decir, que apartir del conocimiento de un estado inicial con los indicadores se puedan establecer mejoras con una correcta utilización de los recursos para alcanzar el objetivo propuesto, de esta manera reflejará un aumento en el indicador y en la productividad de los procesos que conducirá a mejorar la calidad del servicio odontológico de las clínicas.

El manejo de indicadores permitirá hacer una medición a nivel de productividad, la cual se entiende como la relación entre el resultado obtenido y los recursos que fueron utilizados para la obtención de dicho resultado; la medición de la productividad por medio de indicadores buscan la identificación dentro del proceso de alguna falla que pueda ser mejorada por medio del establecimiento de un plan y una meta. Por lo tanto, al poder manejar un sistema de indicadores permitirá a las clínicas odontológicas asegurar que se cuente con un mecanismo de seguimiento para permitir la mejora continua.

CONCLUSIONES

Con este trabajo aplicado en las Clínicas Odontológicas de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana, se pudo reconocer como estas al ser una IPS de objeto social diferente, prestan el servicio de atención a pacientes pero su verdadero objeto social es la enseñanza. Sin embargo reconociendo que las clínicas son formativas y que su pilar es la relación docencia - servicio, se logró trabajar desde la perspectiva de gestión de procesos como si fuera una IPS regular para establecer lo que es propio de una clínica odontológica y lo que se requiere para la prestación del servicio. A partir de ello se logró identificar los diferentes procesos que dictan directrices, que permiten el desarrollo y que apoyan la misión de las clínicas, teniendo en cuenta que quienes intervienen de manera transversal son los pacientes, estudiantes y docentes – odontólogos.

El análisis de la cadena de valor llevó a la definición de 36 procesos que fueron analizados desde una perspectiva sistemática SIPOC, encontrando que los procesos proveedores son los que corresponden a la gestión estratégica y a la gestión de apoyo, y los procesos clientes son aquellos que se centran en la prestación del servicio odontológico. Con dicho análisis se pretende garantizar cero desperdicios o no conformidades entre la operación entre ellos de tal forma que no ejecuten las actividades de manera independiente, sino que se ejecuten como eslabones que permiten la correcta prestación del servicio.

Por medio de talleres con los líderes se logró diagnosticar los procesos, cómo es el flujo de cada uno de ellos, a la vez que procesos lo afectan o a que procesos afecta; al mismo tiempo se logró identificar cuáles son las fallas reales y las potenciales que se presentan y se puedan

presentar en las clínicas odontológicas, a su vez de qué manera afectan la calidad de la prestación del servicio.

Con el análisis de la herramienta de la Ruta de Calidad se determinó que los procesos críticos son inscripción y pago; cita de clasificación; atención quirófano; atención cirugía; mantenimiento; procesos de quejas; encuesta de satisfacción del cliente; archivo de historias clínicas; proceso de esterilización; gestión de insumos general – almacén; sistemas de información; gestión de la comunicación y promoción; y gestión de control y custodia - direccionamiento y coordinación de inventario. A partir de ello por medio de una herramienta cuello de botella se midió cada proceso crítico y se evaluó cada uno con el análisis de precedencia para conocer las restricciones de los procesos, y de esa manera se estableció un plan de mejoramiento para los cuello de botella que están afectando las actividades cotidianas de la prestación del servicio.

Por medio del análisis con la herramienta AMEF se encontró que para las clínicas el 20% de problemas relacionados con la mala identificación del paciente generaban el 80% de las no conformidades y para ello se utilizó un análisis Pareto con el cual se encontró que se debían establecer propuestas para una adecuada identificación de los pacientes en diferentes procesos de atención, un buen el manejo de las tecnologías biomédicas y de los residuos durante la prestación del servicio.

La acreditación en salud para este tipo de instituciones pretende asegurar la entrega de los servicios de salud seguros y de alta calidad, es decir, demostrar que se da el cumplimiento de estándares superiores de calidad. Para ello se realizó una comparación entre lo que establece el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, y con los procesos que cuenta la

clínica, definiendo que le hace falta para el cumplimiento de cada uno de los estándares y así mismo se establece el plan de mejora para acercarse a la acreditación en salud. A la vez se relaciona cada proceso con el requerimiento puntual de tal manera que sistemáticamente las Clínicas obtengan, mejoren y modifiquen sus procesos de acuerdo a lo que se pide para la acreditación en salud.

Las propuestas del plan de mejora pretenden encaminar toda la gestión de las clínicas odontológicas hacia un mejoramiento en la calidad de la prestación del servicio y para el reconocimiento de las primeras acciones que se deben realizar al pretender alcanzar la acreditación en salud y acercarse a la visión que tienen las clínicas.

Al identificar procesos críticos fue necesario tener en cuenta los costos de no calidad y calidad que son por lo general ocultos debido a que no se cuantifican en las operaciones de las clínicas odontológicas. Además, con este trabajo se encontró que dichos costos totales calidad llegan a una suma de \$3.630.756, donde el 75% de los costos de no calidad corresponde a errores humano y el 25% corresponde a errores del sistema de información. Con las propuestas de mejora que convierten a esos costos en categorías de costos de calidad, se presenta costos totales de calidad de \$36.678.065,8, para los costos de calidad, el 71% corresponden a costos de prevención y el 29% a costos de evaluación.

Debido a que las clínicas no cuentan con una operación sistemática en los procesos se realizó un diagnóstico y análisis SIPOC para garantizar que se comprenda el flujo de los procesos, como interactúan entre ellos al ser proveedores de unos y clientes de otros, conociendo la información más relevante que va de un proceso a otro y que al final permite visualizar el flujo de las operaciones de las clínicas.

Para controlar y generar una cultura de mejora continua, debido a la importancia que una clínica odontológica tiene frente al impacto directo con la calidad de vida de un paciente y al objetivo que tiene la clínica de ser un referente en Latinoamérica, se analizaron los procesos versus indicadores necesarios siguiendo la filosofía del Balance Score Card (BSC). La definición de los indicadores contempló el análisis previo de las no conformidades, de las fallas potenciales y el cumplimiento de los estándares de acreditación en salud (una vez se inicie este proceso).

El impacto que tendrá la implementación de las diferentes propuestas planteadas será el mejoramiento en la ejecución de los procesos tanto para pacientes, estudiantes, docentes y administrativos porque permitirá que la prestación del servicio a los pacientes sea oportuna con unos procesos más organizados de las diferentes áreas de las clínicas que les van a permitir un desarrollo adecuado de la prestación del servicio sin que afecte a los pacientes, haciéndoles sentirse seguros ante el tratamiento a realizar y brindándoles una atención enmarcada en la misión de las clínicas, es decir, una atención con sentido humano. También, permitirá que la prestación del servicio sea de mayor calidad para el paciente viéndose así reflejado el sentido humano y el respeto por la individualidad del paciente, enmarcado en la misión de las clínicas.

Se requiere ante las propuestas presentadas en el plan de mejoramiento realizar capacitación sobre aquello que se busca implementar con el fin de que todos los funcionarios de las clínicas, en especial los estudiantes, se encuentren alineados ante los cambios.

El paciente al ser el eje para la prestación del servicio y la formación profesional para los estudiantes cobra la mayor importancia; los pacientes que son atendidos son familiares o amigos de los estudiantes, personal de la universidad que se interesan por el servicio, y para el caso de odontopediatría se vincula en algunos casos a fundaciones que protegen a la niñez. El gran

beneficio con el plan de mejoramiento es que una vez implementado hará que los pacientes se encuentren más satisfechos con la prestación del servicio y que su tratamiento se lleve a cabo sin inconvenientes que les cause retraso en el procedimiento odontológico.

La aplicación de diferentes herramientas como el *Blueprint*, ruta de la calidad, AMEF, Kaizen, análisis de precedencia, costos de calidad, SIPOC y el balance score card, permitieron ver como los procesos dentro de las clínicas se interrelacionan y facilitan el desarrollo de las actividades que marcan lineamientos, que ejecutan y que soportan toda la prestación del servicio odontológico, y en el caso en que se presenten fallas se va a ver reflejado en más de un proceso conduciendo a que se afecte el servicio.

Los líderes de procesos y directivos de las clínicas fueron involucrados en los talleres y en el planteamiento de mejoras con el propósito de empoderarlos para el seguimiento continuo que deben hacer al sistema que se está proponiendo con el presente trabajo.

Es importante recalcar que las clínicas odontológicas se encuentran habilitadas en salud y que con el equipo que cuenta se ha logrado mantenerlas habilitadas para la prestación del servicio odontológico teniendo en cuenta el modelo docencia servicio, y de esa forma cumplir con su misión, que involucra la prestación del servicio y la formación profesional de todos los estudiantes.

Finalmente, se contó con gran colaboración y apoyo por parte de la dirección de las clínicas, del auditor de calidad, de los líderes de los procesos y del personal administrativo para la obtención de la información; a la vez fueron muy receptivos e interesados en el plan de mejora que se está planteando.

RECOMENDACIONES

- Para que las clínicas odontológicas puedan llevar el plan de mejora a la implementación es necesario involucrar a los docentes, estudiantes y administrativos en el proceso de cambios para que se logre una alineación de todos en pro de la mejora de los procesos y la prestación de un servicio de calidad para los pacientes, así el objeto social de las clínicas sea la formación profesional de los estudiantes.
- Es necesario crear un cargo específico que se encargue de la atención al usuario, ya que esta área no se ha considerado para las clínicas y es necesario centralizar algunas funciones que están relacionadas con los pacientes. Las funciones que puede asumir este cargo son la recepción de quejas, la comunicación sobre lo que sucede en las clínicas, el proceso de encuesta de satisfacción global, la capacitación en ambiente seguro a los pacientes y el reporte de incidentes. Estas necesidades surgieron a partir de lo identificado en los procesos críticos y las exigencias de acreditación en salud.
- Analizar los cuellos de botella y proponer mejoras a los procesos, es necesario que después de un periodo de medición se identifiquen de nuevo procesos críticos pues serán otros procesos los que se conviertan en cuellos de botella.
- Para garantizar la mejora continua una vez puesto en marcha el plan de mejoramiento, se debe identificar nuevas fallas potenciales en los procesos para evitar que en algún momento se presenten por no tomar acciones preventivas.
- Una vez se concluya la implementación de las propuestas para acercar los procesos a la acreditación en salud, es necesario se evalúe nuevamente los estándares para validar el cumplimiento de los mismos ante posibles cambios que haya provocado todo el plan de

mejoramiento propuesto y que permita realizar nuevas propuestas de mejora para alcanzar cada vez más las exigencia del Ministerio de Salud.

- Con base en la caracterización de los procesos por medio del Análisis SIPOC presentado en el trabajo, las clínicas odontológicas podrán documentar los procesos de una manera más sencilla y entendible.
- La propuesta de unificación del sistema de información con el propósito de mejorar el manejo y la centralización de la información, debe ser considerada para que se pueda dar el manejo adecuado y se cumpla con la exigencia de acreditación en salud sobre la efectividad de la información.
- Es necesario la implementación de indicadores de gestión para poder hacer seguimiento y evaluación a los procesos con el propósito de actuar con planes de mejoramiento que permitan alcanzar la eficiencia, la eficacia y la efectividad de los procesos que conllevará el mejoramiento en la prestación del servicio odontológico. Para que sea más fácil el manejo de los indicadores sería útil que se pudieran parametrizar en el sistema de información los indicadores, así que el usuario simplemente ingrese el dato y al finalizar el semestre o el período de medición pueda obtener el dato del indicador.
- Es necesario estandarizar por medio de registros (formatos) que tienen cada uno de los procesos de las clínicas odontológicas, en especial la entrega de radiografías al archivo de historias clínicas, carta de quejas para pacientes y notificación de fallas de mantenimiento, para asegurar la operación y control de los procesos. Además, se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles necesario para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, retención y disposición de los registros.

- Para hacer un control sobre el plan de capacitación se puede plantear según el tipo de persona que se involucra en las clínicas. Primero, a los administrativos una evaluación de desempeño semestral por parte del jefe directo y en la medida en que el sistema madure, una anual. Segundo, a los docentes dentro de la evaluación institucional semestral, incluir la observación dentro de sus responsabilidades con la clínica, al estar relacionado con la docencia. Por último, para los estudiantes, durante el semestre el docente puede incluir dentro de sus evaluaciones, la medición de la competencia de los estudiantes con relación al uso de las clínicas.
- Cuando se de inicio al proceso de acreditación en salud, es necesario dar a conocer a todos los funcionarios de las clínicas y estudiantes sobre la nueva etapa que iniciarán y su importancia. Además, es necesario establecer indicadores que permitan medir el cumplimiento de los estándares de acreditación.
- Una vez se dé inicio al proceso de acreditación en salud, es necesario que se tenga en cuenta el estándar no. 156 del grupo de estándares de mejoramiento de la calidad, donde se resalta la importancia de la monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización; a la vez, al encontrarse patrones no deseados de desempeño debe ser analizado a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando métodos de solución de problemas. Lo anterior, le permitirá a las clínicas tomar acciones correctivas para eliminar las causas de las no conformidades con el objetivo de prevenir que vuelvan a ocurrir.
- Con las propuestas de mejoramiento se busca que los procesos administrativos de las clínicas logren mejorar, afectando de manera positiva la formación académica y permitiendo que la calidad del servicio a los pacientes aumente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Advanced Integrated Technologies Group. (2005). SIPOC. Recuperado de:
<https://genesisyhwh.files.wordpress.com/2011/06/05-sipoc.pdf>
- Barreiro H, (2010). *Análisis de Modo y Efecto de Falla*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Consultorio Contable. (2011). Costos de calidad y costos de mala calidad. Recuperado de:
<http://www.eafit.edu.co/escuelas/administracion/consultorio-contable/Documents/Nota%20de%20Clase%2011%20Costos%20Calidad%20y%20Costos%20de%20Mala%20Calidad.pdf>
- Contreras, N (2000). *Memorias del Decano Académico*. Bogotá: Javegraf
- Consejo Directivo Universitario (2003). *Acuerdo No. 576: Misión de la Pontificia Universidad Javeriana*. Bogotá.
- Cubillos, M., Méndez, A. & Rojas, E. (2009). *Diseño, manejo, interpretación y seguimiento de Indicadores de Gestión*. (1ra ed.). Bogotá: ESAP.
- Dirección de Clínicas. (s.f.) Recuperado el 10 de septiembre de 2014, de http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/Facultad%20de%20Odontologia/serv_dirclin_presentation
- Dirección de Clínicas (2014). *Inducción Clínico Administrativa*. Bogotá.
- Gamarra, K. & Jiménez, J. (2012) *Análisis de dos metodologías para identificar el cuello de botella en procesos productivos*. Tesis de grado obtenido no publicada. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.
- Lovelle, J (2001). Mapping the value stream. *IIE Solution*, 33, 26 - 33

- Ministerio de Salud y Protección Social (2014) RESOLUCIÓN 2003: Por la cual se ajustan, definen y establecen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá.
- Ministerio de salud y protección social (2010) Decreto 2376: Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. Bogotá.
- Ministerio de salud y protección social (2014) Decreto 2082: Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Bogotá
- Ministerio de Salud y Protección Social (1993) Ley 100: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá.
- Ministerio de salud y protección social (1997) Decreto 2753: Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá.
- Ministerio de salud y protección social (2002) Decreto 2309: Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá.
- Ministerio de salud y protección social (1994) Resolución 5261: Por la cual establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá.
- Ministerio de salud y protección social (2010) Decreto 2376: Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. Bogotá.

- Ministerio de salud y protección social (2014) Decreto 903: Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. Bogotá
- Niebel, B. & Freivalds, A. (2009). *Ingeniería Industrial métodos, estándares y diseño del trabajo*. (12 ed.). México D.F: Mc Graw Hill.
- Odontología Universidad Nacional (s.f.) Recuperado el 10 de septiembre de 2014, de <http://www.odontologia.unal.edu.co/>
- Ríos, R. (2008). *Seguimiento, Medición, Análisis y Mejora en los Sistemas de Gestión*. Bogotá: ICONTEC.
- Rother, M. & Shook, J (2003). *Learning to see*. (3ra ed.). Cambridge: The Lean Enterprise Institute.
- Sistema Único de Acreditación (s.f.) Recuperado el 19 de marzo de 2015 de <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>
- Shararah, B (2013). A value stream map in motion. *Industrial Engineer: IE*, 45, 46-51
- Suárez, M & Dávila, J (2008). *Encontrando al Kaizen: Un análisis teórico de la Mejora Continua*. México: Tecnológico de Monterrey.
- UNICOC (s.f.) Recuperado el 10 de septiembre de 2014, de http://www.unicoc.edu.co/unicoc/index.php?option=com_content&view=article&id=152&Itemid=171
- Universidad El Bosque (s.f.) Recuperado el 10 de septiembre de 2014, de http://www.uelbosque.edu.co/programas_academicos/pregrado/odontologia