

**Plan de mejora para la disminución de quejas por parte de los usuarios de la IPS**  
**Forpresalud-Sede Lebrija**

Luisa Milena Bravo Gutiérrez, Martha Patricia Rueda Trujillo

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de Magister en Dirección y  
Administración de Empresas.

*CORE School of Management*

Santander

MBA

2021

## Contenido

	<b>Pág.</b>
Capítulo 1.....	10
1.1 Problema u oportunidad.....	10
1.2 Pregunta orientadora.....	21
1.3 Caracterización del usuario impactado.....	21
1.4 Objetivo General.....	29
1.5 Objetivos Específicos.....	30
1.5.1 Objetivo Específico 1.....	30
1.5.2 Objetivo específico 2.....	30
1.5.3 Objetivo específico 3.....	30
1.5.4 Objetivo específico 4.....	30
Capítulo 2.....	31
2. Marco teórico y estado del arte.....	31
2.1 Marco de referencia.....	31
2.2 Estado del arte.....	39
Capítulo 3.....	50
3. Aspectos metodológicos.....	50
3.1 Método de investigación.....	50
3.2 Población, participante y selección de la muestra.....	51
3.3 Instrumentos de recolección de datos.....	51

3.3.1 Recolección de evidencias: metodología de clasificación “Las Cuatro P’s. ....	51
3.3.2 Línea de tiempo.....	56
3.4 Análisis de datos .....	56
Capítulo 4.....	59
4. Resultados .....	59
Capítulo 5.....	95
5.1 Conclusiones .....	95
5.2 Recomendaciones .....	100
Referencias.....	102

## Lista de Figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1. <i>Satisfacción por Evaluador - IPS Forpresalud Sede Lebrija 2020</i> .....	13
Figura 2. <i>Ejemplo de evento e Impacto Reputacional – EPS</i> .....	18
Figura 3. <i>Gestión de Riesgo Reputacional – EPS</i> .....	18
Figura 4. <i>Ubicación del Municipio de Lebrija/ Distribución Geográfica Poblacional</i> .....	25
Figura 5. <i>Distribución de Población Forpresalud IPS- Lebrija</i> .....	27
Figura 6. <i>Distribución de Población Forpresalud IPS- Lebrija</i> .....	28
Figura 7. <i>Distribución de Población por cursos de Vida</i> .....	29
Figura 8. <i>Resultados respuesta No. 1 encuesta a trabajadores.</i> .....	59
Figura 9. <i>Resultados respuesta No. 2 encuesta a trabajadores.</i> .....	60
Figura 10. <i>Resultados respuesta No. 3 encuesta a trabajadores.</i> .....	61
Figura 11. <i>Resultados respuesta No.4 encuesta a trabajadores.</i> .....	62
Figura 12. <i>Primer nivel de la matriz causa/efecto</i> .....	66
Figura 13. <i>Desarrollo de la matriz causa/efecto para “Actitud inadecuada del personal de apoyo/administrativo”</i> .....	69
Figura 14. <i>Desarrollo de la matriz causa/efecto para “Actitud inadecuada de profesionales de la salud”</i> .....	71
Figura 15. <i>Desarrollo de la matriz causa/efecto para “Barreras en la accesibilidad”</i> .....	72
Figura 16. <i>Desarrollo de la matriz causa/efecto para “Equipos insuficientes”</i> .....	75

Figura 17. <i>Desarrollo de la matriz causa/efecto para “Procedimientos inadecuados/insuficientes”</i> .....	76
Figura 18. <i>Diagrama de causa/efecto</i> .....	77

**Lista de Tablas**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. <i>Resumen quejas - IPS Forpresalud Sede Lebrija 2020</i> .....	14
Tabla 2. <i>Descuentos aplicados 2020 concepto quejas</i> .....	15
Tabla 3. <i>Comportamiento atenciones 2020</i> .....	22
Tabla 4. <i>Trabajadores IPS Forpresalud Sede Lebrija entrevistados para recolección de datos</i> . 53	
Tabla 5. <i>Consolidado mensual quejas IPS Forpresalud sede Lebrija</i> .....	63
Tabla 6. <i>Análisis de las causas posibles - Lluvia de ideas</i> .....	65
Tabla 7. <i>Verificación de causa raíz</i> .....	80
Tabla 8. <i>Planteamiento de la Decisión</i> .....	85
Tabla 9. <i>Plan de Acción Solución 1</i> .....	87
Tabla 10. <i>Plan de Acción Solución 2</i> .....	87
Tabla 11. <i>Plan de Acción Solución 3</i> .....	88
Tabla 12. <i>Plan de Acción Solución 4</i> .....	89
Tabla 13. <i>Plan de Acción Solución 5</i> .....	90
Tabla 14. <i>Plan de Acción Solución 6</i> .....	90

## **Listado de Anexos**

Anexo 1.1	Resultados ANS 2020
Anexo 2	Posición
Anexo 2.1	Planos
Anexo 2.2	Fotos
Anexo 3	Personas
Anexo 3.1	Entrevistas
Anexo 3.2	Entrevistas realizadas
Anexo 3.3	Formato de atención de quejas
Anexo 4	Partes
Anexo 4.1	Cronograma de Mantenimiento de Equipos Biomédicos
Anexo 4.2	Programa de Mantenimiento Biomédico
Anexo 4.3	Hojas de Vida de Equipos biomédicos y Órdenes de Servicio
Anexo 4.4	Cronograma de Mantenimiento General
Anexo 5	Papel
Anexo 5.1	Organigrama
Anexo 5.2	Manual de Atención al Usuario
Anexo 5.3	Reglamento Interno de Trabajo
Anexo 5.4	Contrato Laboral Proforma
Anexo 5.5	Manual de Funciones
Anexo 5.6	Plan de Capacitaciones
Anexo 5.7	Certificado Suficiencia Patrimonial 2020

Anexo 6	Línea de Tiempo
Anexo 7	Diagrama Causa Efecto
Anexo 8	Ponderación de Recursos



## **Resumen ejecutivo**

La formulación de planes de acción y la asignación de recursos para la ejecución de actividades efectivas que eliminen de raíz los problemas, son unas de las mayores fuentes de inquietud para los directivos de las instituciones de prestación de servicios en salud, ya que muchas de las oportunidades de mejora pueden estar relacionadas con el cumplimiento legal o cláusulas contractuales que pongan en riesgo la operación y la sostenibilidad de la organización.

El proyecto de grado “Plan de mejora para la disminución de quejas por parte de los usuarios de la IPS Forpresalud-Sede Lebrija”, mediante un análisis sistemático, lógico y documentado, pretende encontrar las causas raíces responsables de la generación de defectos o problemas, de tal forma que se pueda orientar la estrategia de la institución a la eliminación o mitigación de dichas causas.

## Capítulo 1

### 1.1 Problema u oportunidad

Los cambios históricos en la normatividad de la salud en Colombia han obligado a las instituciones de salud a ser cada vez más eficientes en la prestación de servicios y en los costos asociados a esta. Es por esto que, la calidad en los procesos es un factor decisivo en la selección, adjudicación y renovación de un contrato de salud. Uno de los componentes principales en la medición de calidad es el indicador de quejas que los usuarios presentan y su análisis es fundamental para la mejora continua del proceso.

Históricamente, los sistemas de salud han sido concebidos para mejorar la calidad de vida de las personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un sistema de salud como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud” (Organización Mundial de la Salud, 2005). En Colombia, el sistema de salud se encuentra enmarcado en leyes, decretos y resoluciones que indican las disposiciones legales sobre las que se rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las Institución de Salud deben orientar y enfocar todos sus objetivos, hacia el propósito superior de brindar un servicio integral de calidad, que apalanque la prosperidad social compartida. El insumo primordial para esta construcción se basa en dos ejes sociales fundamentales: la cultura y la economía. El entendimiento de estos dos ejes es la clave para poder construir un servicio de salud integral, que logre interpretar a fondo las necesidades y requerimientos de los usuarios, para enfocar esfuerzos para satisfacerlos.

La cultura tiene un valor simbólico, que es lo que caracteriza a una sociedad. El valor de la economía, por su parte, es mucho más tangible, evidenciado en la acumulación de riqueza, y los servicios y bienes existentes y disponibles para la comunidad. Estos dos elementos nos son

excluyentes, por el contrario, la cultura es un capital que tiene el potencial de generar riqueza y adelanto económico. Por lo tanto, una Institución Prestadora de Salud (IPS) debe lograr adoptar en sus principios fundamentales, el entendimiento de que una sociedad sana es la base para el crecimiento y el desarrollo económico y cultural.

La IPS Forpresalud-Sede Lebrija se fundó en 2008 con el propósito de brindar a la población de Lebrija, una atención de salud oportuna y de alta calidad, garantizando el bienestar de los pacientes y la mejora de la comunidad. Es Gracias a esto, que, desde ese año, los usuarios de la IPS han podido acceder a servicios de salud que anteriormente sólo estaban disponibles en ciudades como Bucaramanga y Girón, optimizando tiempos de movilización, costos y otras variables asociadas a estos traslados.

En su objetivo de mejorar continuamente sus servicios y procesos, la institución ha adoptado a lo largo de los años, una serie de instrumentos y herramientas de recopilación de información y captura de peticiones, quejas y reclamos (PQR's) y medición de la satisfacción del usuario. Sin embargo, no se cuenta con metodologías de procesamiento y análisis de la información capturada, que ofrezcan productos más allá de datos estadísticos, lo que no ha permitido encontrar factores causales de las brechas identificadas.

En 2020, la IPS Forpresalud-Sede Lebrija, generó ingresos por \$1.139.390.208. Los ingresos proyectados para dicho periodo corresponden a \$1.545.984.000, lo que representa una desviación de -26.3%. Esta desviación ha ocurrido, en parte, por la materialización de los siguientes riesgos dentro del proceso de servicios al usuario que han venido incrementándose, los cuales deben gestionarse para evitar pérdidas económicas y reputacionales:

## **1. Oportunidades de mejora en los procesos como consecuencia del aumento de quejas que redundan en una disminución porcentual en la facturación de la IPS.**

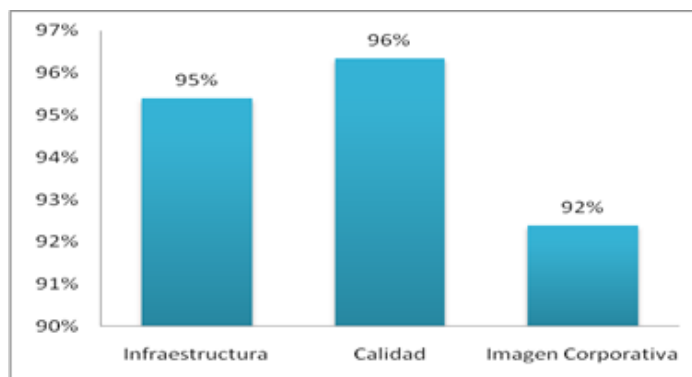
La disminución del número de quejas constituye un objetivo y resultado de la atención de los usuarios de servicios de salud. Desde esta perspectiva, este punto se ha convertido en una preocupación permanente de los servicios de Salud, tanto públicos como privados. Las quejas como fuente de información suministrada por los usuarios son una herramienta útil para el conocimiento y diagnóstico más certero de las necesidades y expectativas de la población, para la posterior toma de decisiones orientadas a su disminución. La información proporcionada por las diversas modalidades de recopilación de quejas del usuario, constituye un insumo importante para la elaboración e implementación de medidas técnico-administrativas y toma de decisiones, a partir de la identificación de causas raíz que requieren ser abordadas en forma integral por los directivos y equipos técnicos de la empresa. La participación de los usuarios en el análisis de dicha información, así como, su incorporación en instancias formales de participación permite ejercer un rol fiscalizador y evaluador de resultados de las políticas de salud y la consiguiente provisión de servicios otorgaría mayor pertinencia y adecuación a los contenidos de dichas acciones de salud. La satisfacción del usuario es considerada un indicador de calidad de resultado, puede definirse como el grado de cumplimiento por parte del Sistema de Salud, respecto de las expectativas del usuario en relación a los servicios que este le ofrece. Este aporta un diagnóstico de los problemas de calidad de la atención y de la gestión visualizados por el usuario, que complementa el diagnóstico técnico del equipo de salud.

La percepción del servicio de salud en los pacientes de la IPS Forpresalud Sede-Lebrija incluye un grado de subjetividad muy amplio, es por esto que, para brindar una solución objetiva se deben segregar las quejas interpuestas por parte de usuarios que no necesariamente están

insatisfechos, de las que realmente constituyen desviaciones en los indicadores o procesos. La IPS Forpresalud Sede Lebrija delimita en su manual de atención al usuario, las herramientas de medición de la satisfacción con respecto al servicio, así: *“FORPRESALUD mide permanentemente el cumplimiento de los requisitos de los clientes por medio de encuestas, en cumplimiento con la resolución 0256 de 2016, reuniones internas de cada uno de los responsables de los procesos, reuniones de Comité de Gerencia, recibo de quejas y reclamos de los clientes.”* La percepción de la satisfacción al cliente es clasificada por atributos, como se evidencia en la figura No. 1.

### Figura 1.

*Satisfacción por Evaluador - IPS Forpresalud Sede Lebrija 2020*



Fuente: Autoras

La satisfacción global por parte de los usuarios sobre el servicio prestado por la IPS Forpresalud Sede Lebrija en 2020 se encuentra en un nivel óptimo (93%). Sin embargo, la cantidad de quejas recibidas en el periodo ascienden a 2.400, como se evidencia en la tabla No. 1.

**Tabla 1.***Resumen quejas - IPS Forpresalud Sede Lebrija 2020*

<b>Causas PQRS - 2020</b>					
<b>Causas</b>	<b>Plataforma Tecnológica</b>				<b>Total</b>
	<b>CRM (Customer Relationship Management)</b>	<b>Buzón</b>	<b>EPS</b>	<b>Externos</b>	
Actitud Inadecuada Personal De Apoyo/Administrativo	17	0	5	0	22 (0.92%)
Actitud Inadecuada Profesional De La Salud	11	23	8	0	42 (1.75%)
Accesibilidad	67	54	104	9	234 (9.75%)
Demora En Trámites Internos	124	89	54	23	290 (12.08%)
Oportunidad Medicina Especializada	34	65	526	43	668 (27.83%)
Oportunidad Medicina General	78	111	887	68	1.144 (47.6%)
<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>342</b>	<b>1.584</b>	<b>143</b>	<b>2.400</b>

Fuente: Autoras

Existe una aparente falta de correlación entre el número de quejas y el índice de satisfacción; mediante el análisis lógico y secuencial, se descartará o corroborará con argumento técnico, la posible desconexión que exista entre estas dos variables, que probablemente deba ponderarse en la construcción y definición de un plan de acción.

Ahora bien, el indicador “*Tasa de inconformidades por cada 10.000 usuarios Régimen Contributivo*” está definido en tres (3) quejas por cada 10.000 usuarios, para identificar desviaciones en el proceso y evitar sanciones por parte del ente de control, lo que se traduce en un límite contractual de 0.0036 quejas anuales por usuario; pero, para la vigencia 2020, se evidenció un promedio de 10 quejas por usuario/año.

El claro incumplimiento del indicador de gestión repercute en la facturación mensual de la IPS Forpresalud sede Lebrija, que se ha visto afectada negativamente por una serie de descuentos aplicados con motivo del incumplimiento en el indicador “*Tasa de inconformidades*”, producto de la tasa de quejas que supera el número pactado contractualmente entre la IPS Forpresalud sede Lebrija y la EPS.

Estos descuentos son notificados por parte de la EPS, bajo un acto administrativo que indica el valor a descontar, el motivo y la fecha en la que se aplicaría el descuento. A continuación, se relacionan los descuentos aplicados durante la vigencia 2020 por este concepto:

## **Tabla 2.**

### *Descuentos aplicados 2020 concepto quejas*

<b>Radicado del acto</b>	<b>Fecha de notificación</b>	<b>Fecha de aplicación del descuento</b>	<b>Valor del descuento</b>
PGP-11587-8 21	15/01/2020	feb-20	COP \$13.742.415
PGP-11587-835	10/02/2020	mar-20	COP \$15.954.820
PGP-11587-870	19/03/2020	abr-20	COP \$21.732.000
PGP-11587-871	15/04/2020	may-20	COP \$18.340.220
PGP-11587-925	11/05/2020	jun-20	COP \$17.560.002
PGP-11587-930	18/06/2020	jul-20	COP \$15.864.200
PGP-11587-945	15/07/2020	ago-20	COP \$14.193.000

<b>Radicado del acto</b>	<b>Fecha de notificación</b>	<b>Fecha de aplicación del descuento</b>	<b>Valor del descuento</b>
PGP-11587-998	20/08/2020	sep-20	COP \$20.842.720
PGP-11587-1004	10/09/2020	oct-20	COP \$19.420.150
<b>TOTAL</b>			<b>COP \$157.649.527</b>

Fuente: archivos Gestión de Calidad / Notificaciones Administrativas/Lebrija

En conclusión, la facturación total de la IPS se ha visto disminuida en un 26.3% con respecto a la proyección financiera de la sede. El 10% de esta disminución corresponde a los descuentos asociados a la tasa quejas, es decir, constituyen un 38.7% de los ingresos dejados de percibir (\$406.593.792).

En este caso, el abordaje de este riesgo que se materializa en la disminución de un porcentaje en la facturación periódica se debe corregir y prevenir, pues trae consigo el desencadenamiento de dos riesgos adicionales y que se describen a continuación.

## **2. Deterioro a la reputación con consecuencia pérdida/migración de usuarios.**

El daño reputacional es una afectación financiera. La reputación es el activo principal de la compañía, construido a lo largo de años de un buen desarrollo empresarial con las diferentes partes interesadas y puede verse afectada negativamente en pocos minutos. Los servicios defectuosos, las prácticas comerciales engañosas o la corrupción han sido los motivos más habituales de destrucción de reputación y la globalización los ha agravado con el uso masivo de la tecnología ampliado enormemente su impacto negativo, haciendo a las empresas aún más vulnerables. Un mensaje inadecuado de un usuario o una queja mal gestionada puede conducir a una situación de crisis. En la prestación de servicios de salud, el daño reputacional se origina



principalmente en las percepciones individuales de los usuarios sobre su experiencia y tener una herramienta que permita analizar de manera profunda su causalidad básica, aproxima cada vez más a las acciones que pudieran ser efectivas y eficientes para resolver los problemas identificados. Los análisis deben ser técnicos, sin pasar a la informalidad de reuniones, lluvias de ideas y juicios de expertos, con metodologías de procesamiento aplicadas y probadas.

Sobre este aspecto, la EPS a la cual la IPS Forpresalud sede Lebrija presta sus servicios, tiene como un indicador principal en la atención a los usuarios, el impacto reputacional que pudieran tener los diferentes eventos ocurridos en las IPS con las que contrata. Un ejemplo de esto, es el siguiente evento que fue valorado económicamente por la EPS bajo el Indicador de Impacto Reputacional (IRC RMF), de la siguiente forma:

### **Caso EPS: Regional Nororienté 2020**

#### **Situación: Madre de bebé reclama medicamento para su supervivencia**

- Con autorización en mano reclama en medios que este medicamento vital no se lo han entregado.
- El medicamento es de alto costo, indican los médicos.
- La Junta Médica de IPS desestima el medicamento debido a que, por evolución negativa del bebé, su aplicación no será indicada.
- El bebé fallece y queda instalada la opinión de la madre y los medios de que la EPS no dio la droga por su costo.

#### **Aprendizajes:**

- Tener y activar protocolos de actuación.

- Generar alertas en casos de alto impacto.
- Contexto y leer el impacto de las decisiones.
- Alinear y entrenar a colaboradores en estos asuntos

## Figura 2.

### *Ejemplo de evento e Impacto Reputacional – EPS*

IMPACTO REPUTACIONAL	
Notas Publicadas	21
IRC RMF	2,1
Riesgo / Proceso	Prestacion de servicios y medicamentos
Atributos	Respaldo y protección
IRC estimado (negativo)	\$ 207.000.000

Fuente: Aprendizajes y guías para el manejo de crisis e incidentes

Con el fin de minimizar este tipo de impactos, la EPS cuenta dentro de su mapa de gestión de riesgos con estrategias de planeación y anticipación al riesgo reputacional, de acuerdo a lo indicado a continuación:

## Figura3.

### *Gestión de Riesgo Reputacional – EPS*



Fuente: Aprendizajes y guías para el manejo de crisis e incidentes

En conclusión, la IPS Forpresalud sede Lebrija debe propender por el cuidado y el manejo adecuado de las quejas e inconformidades por parte de sus usuarios, evaluando la raíz de las quejas presentadas con el fin de atacar la causa de las mismas, evitando su repetición. Este punto es fundamental en la gestión del riesgo reputacional que puede traer consigo consecuencias negativas como la pérdida de usuarios, detrimentos económicos o afectación en la contratación.

### **3. Incumplimiento de indicadores contractuales con consecuencia de cesación de vehículos comerciales / aplicación de cláusulas contractuales.**

En la actualidad, la IPS Forpresalud sede Lebrija es contratada por parte de la EPS bajo el modelo de Pago Global Prospectivo. Esto implica un presupuesto asignado, que es definido con base en los costos ejecutados en la vigencia anterior y en la demanda de la institución. El pago se realiza en forma prospectiva según lo pactado contractualmente.

Este modelo implica, en primer lugar, un excelente conocimiento de los costos de la institución y de la población a la que se atiende. En segundo punto, requiere un manejo adecuado de los recursos pactados, de tal forma que se presente un equilibrio entre los servicios ejecutados y los ingresos. La facturación adecuada y el cumplimiento de los requerimientos contractuales son fundamentales para garantizar la continuidad financiera de la empresa.

En el caso particular de la IPS Forpresalud sede Lebrija, esta cuenta con un contrato en el que, adicional a los requerimientos legales para la prestación de servicios en salud, se debe cumplir con un Acuerdo de Nivel de Servicio (ANS ambulatorio), que “... *busca evaluar a las IPS con los criterios que la Compañía ha definido en los acuerdos de niveles de servicio, como elementos fundamentales para la prestación de los servicios de salud, realizando seguimiento a los*

*resultados e incumplimientos en las líneas de servicio, resultados en salud y costo, a fin de lograr que estos se mantengan alineados con el Modelo de Salud y sus resultados esperados.”* (Nueva EPS. (n.d.). [www.nuevaeps.com.co](http://www.nuevaeps.com.co) Acuerdo de Nivel de Servicio (ANS ambulatorio)).

El ANS firmado, contempla la medición de los siguientes indicadores de gestión con un puntaje máximo asignado a cada uno, así:

- Tasa de Quejas: 30 puntos
- Oportunidad de Servicios Básicos: 30 puntos
- Oportunidad otros servicios y especialidades priorizadas: 20 puntos
- Barreras de Acceso: 20 puntos

Con base en el Informe de Resultados ANS del 4Q del 2020 (Ver anexo No. 1 - Resultados ANS 4Q 2020), existe una oportunidad de mejora evidente en el indicador “*Tasa de inconformidades por cada 10.000 usuarios Régimen Contributivo*”, incumplimiento que no sólo genera descuentos en la facturación, si no también, posibles sanciones ante entes de control y aplicación de cláusulas de incumplimiento descritas en el contrato.

Al ponderar las pérdidas económicas que conllevan la materialización de estos tres riesgos, podemos indicar que la viabilidad actual de la IPS Forpresalud Sede Lebrija se encuentra en riesgo.

Este proyecto generará acciones encaminadas a prevenir y corregir las consecuencias de la materialización de los tres riesgos mencionados, mediante una herramienta de Análisis de Causa Raíz que puede ser posteriormente aplicable por parte de la alta dirección de la IPS, no solo a este aspecto del proceso prestacional de salud, sino también a otras variables del proceso.

Esta metodología para eliminar defectos tiene por objeto analizar e investigar las desviaciones de un proceso o eventos repetitivos, emitiendo acciones de solución y los correspondientes planes para contribuir al mejoramiento de la disponibilidad y confiabilidad de los servicios bajo criterios de eficacia y eficiencia. Este comprende las actividades necesarias para determinar la propuesta de solución de una pérdida o una falla, con el fin de eliminar la causa raíz y evitar su repetición o mitigar sus consecuencias. Está compuesto por tres etapas las cuales son: analizar el problema; identificar la causa raíz y definir la solución a la causa. Adicionalmente, determinar el presupuesto financiero para el desarrollo de las acciones propuestas para la IPS Forpresalud-Sede Lebrija.

## **1.2 Pregunta orientadora**

¿Cuáles son las causas raíz que permitan identificar estrategias efectivas para generar un plan de mejora viable, orientado a disminuir las quejas por parte de los usuarios de la IPS Forpresalud-Sede Lebrija?

## **1.3 Caracterización del usuario impactado**

La IPS Forpresalud Sede Lebrija, hace parte de una de las cuatro sedes registradas a nivel nacional de Clínicas de servicios de primer y segundo nivel de atención en salud (Google, nd, págs. paras. 3–9) para usuarios del régimen contributivo y subsidiado. Con cinco años en el municipio de Lebrija, la IPS ha logrado consolidarse como la institución con mayor atención de usuarios del régimen contributivo, logrando formalizar el 70% de las afiliaciones a una sola EPS. Para la prestación de servicios, cuenta con 20 personas vinculadas de forma directa y 10 de forma indirecta, ofreciendo servicios de salud como: medicina general, medicina especializada (Pediatria,

Dermatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna), odontología, terapia física, terapia ocupacional, radiología, laboratorio clínico, entre otros, enfocados en la política de humanización del servicio de sus 24.000 usuarios; la cual se basa en las condiciones locativas y tecnológicas acordes a las condiciones de la población, la atención cortés y respetuosa de usuarios, familiares y cuidadores, garantizando la confidencialidad, discreción y privacidad de la información entregada. (Modelo de atención de usuarios, Sistema de Gestión de Calidad, Forpresalud IPS)

Para la vigencia 2020, se muestran las atenciones realizadas, de los servicios mencionados anteriormente:

**Tabla 3.**

*Comportamiento atenciones 2020*

Servicios	Promedio atenciones
Medicina General	71.701
Odontología	44.686
Apoyo Terapéutico	61.567
Laboratorio	78.088
Medicina Especializada	13.977
Promoción Y Prevención	54.890
Procedimientos	5.136

Fuente: A&A Consultores/Breakpoint-estadísticas

El talento humano y la infraestructura física de la IPS Forpresalud Sede Lebrija, le permiten cubrir su oferta de servicios, ser competitivos en el sector, dando cumplimiento a su promesa de valor y demás requerimientos contractuales, garantizando la ejecución de las actividades dentro de

los lineamientos planteados por la EPS, velando por el uso efectivo de cada uno de los recursos presupuestados para ello.

Las atenciones se realizan en cumplimiento a los protocolos de atención en salud, así como las normas de habilitación planteadas por el Ministerio de Salud. Cabe resaltar, la importancia en la adherencia a las guías de manejo y de práctica clínica, que están alineados a los requerimientos contractuales.

La IPS cuenta con certificación de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015, que le ha permitido consolidarse dentro del mercado, como una institución prestadora de servicios de calidad. Así mismo, permite documentar los procesos con el fin de garantizar la fluidez de los mismos.

#### Misión

*FORPRESALUD IPS SAS es una organización prestadora de servicios de salud de alta calidad enmarcados en la atención de usuarios, suministro de medicamentos y asistencia médica; apoyados de un equipo humano comprometido y orientados en la mejora continua; garantizando la satisfacción de nuestros clientes y la consolidación dentro del mercado.*

#### Políticas de Calidad

*FORPRESALUD IPS SAS está comprometida con la satisfacción y fidelización de sus clientes a partir de la prestación de sus servicios de salud de alta calidad , promoviendo: el desarrollo y motivación de sus colaboradores, la mejora continua en sus procesos, el liderazgo e innovación en sus servicios, la comunicación permanente con sus partes interesadas y el*

*cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de calidad, ambientales, de la organización, de las partes interesadas y los definidos por el marco legal con sostenibilidad financiera.*

#### Oferta de valores

*Ser la mejor alternativa para nuestros clientes, brindándoles atención oportuna, infraestructura y posicionamiento estratégico a nivel departamental y nacional. Garantizamos un servicio integral de alta calidad. Nuestros valores institucionales son:*

- *Compromiso*
- *Liderazgo*
- *Servicio*
- *Respeto*
- *Responsabilidad social*
- *Trabajo en equipo*
- *Trato humano*
- *Orientación al cliente*

#### Objetivos de calidad

*La alta dirección establece los siguientes objetivos de calidad, los cuales son coherentes con la dirección estratégica, política de calidad y partes interesadas:*

- *Lograr la mejora continua en sus procesos a través del liderazgo e innovación en sus servicios y nuevas oportunidades de negocios.*

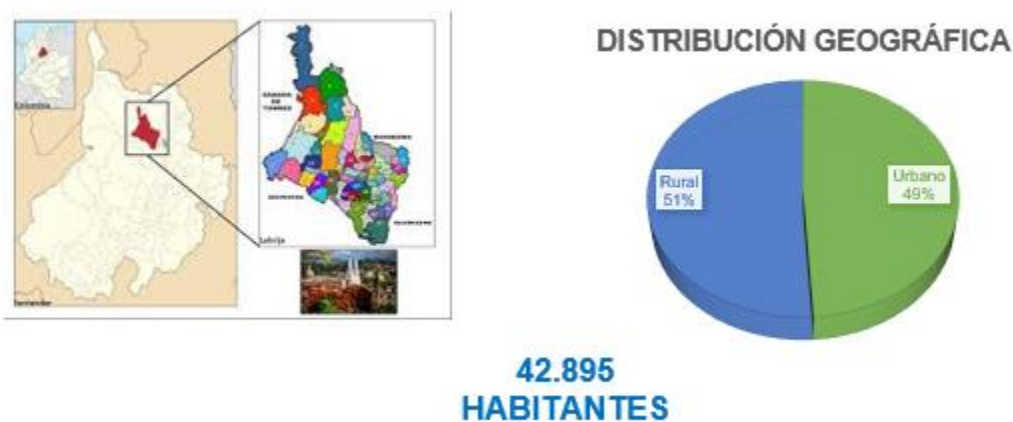


- *Asegurar la sostenibilidad financiera de FORPRESALUD IPS SAS.*
  - *Promover la satisfacción de las necesidades de sus usuarios y la fidelización de sus clientes.*
  - *Promover el desarrollo y la motivación de sus colaboradores.*
  - *Promover el manejo adecuado de los residuos, el uso eficiente y racional de los recursos.*
- (IPS, n.d.)

En cuanto al cliente final impactado por este proyecto, es importante mencionar la población en la que se encuentra ubicada la IPS. Lebrija es un municipio del departamento de Santander (Colombia) ubicado a 15 Kilómetros de Bucaramanga, capital del departamento.

#### **Figura 4.**

*Ubicación del Municipio de Lebrija/ Distribución Geográfica Poblacional*



Fuente: Alcaldía de Lebrija. (sf). Mi Municipio. Disponible en: <http://www.lebrija-santander.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Presentacion.aspx>

La reputación de la IPS, dentro del municipio, puede atraer más usuarios nuevos que motiven la afiliación a la EPS y el aumento de los usuarios asignados; actualmente, en la IPS se atiende el 56% de la población total del municipio.

La dispersión de la población en el área rural dificulta el acceso de los usuarios a los servicios, ya que algunas de estas veredas, no cuentan con facilidad de transporte intermunicipal y la distancia puede superar los 90 minutos. No obstante, el contar con servicios de salud de segundo nivel en la cabecera municipal facilita el control de los pacientes de grupos de edades mayores.

En el municipio funciona la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Lebrija, que por reglamentación debe atender toda la población asignada al régimen subsidiado. Sin embargo, esta no cuenta con servicios para el diagnóstico oportuno en el servicio de urgencias, por lo que deben remitirse a Bucaramanga. También, en el municipio se encuentra una IPS de primer nivel que atiende la población de otra EPS, que no supera los 1.400 usuarios. La población restante perteneciente al régimen contributivo tiene servicios con EPS que no realizan atenciones dentro del municipio.

En cuanto al mercado actual, se debe mencionar los usuarios asignados a la IPS, de los cuales se encuentran distribuidos por régimen así:

**Figura 5.**

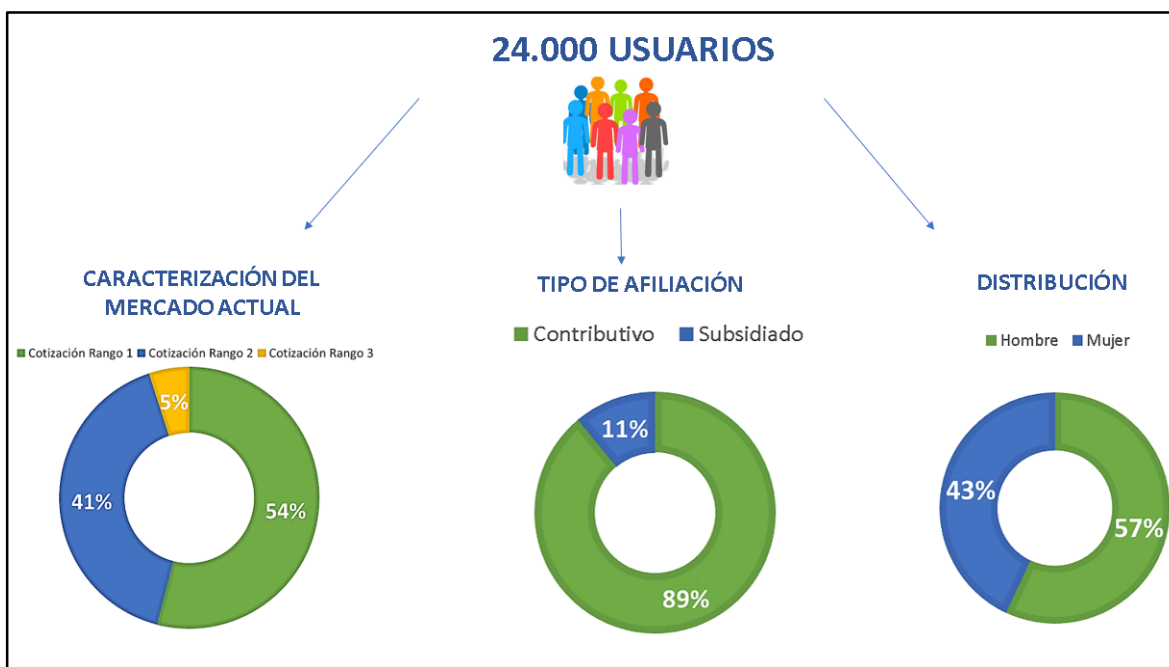
*Distribución de Población Forpresalud IPS- Lebrija*



Fuente: Comité General Forpresalud IPS

Desde la fecha de asignación del contrato, la población de la IPS presenta un crecimiento del 9% anual, lo que implica mayor control e identificación de los usuarios nuevos, porque hacen parte de denominadores de indicadores de gestión, pactados contractualmente.

Con respecto a los usuarios asignados a Forpresalud IPS Sede Lebrija, podemos destacar los siguientes aspectos:

**Figura 6.***Distribución de Población Forpresalud IPS- Lebrija*

Fuente: Comité General Forpresalud IPS

Dentro de la identificación de la población, es necesario clasificarla dentro de los cursos de vida, (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, sf) para dividir los programas de promoción y prevención, a los cuales pueden acceder los usuarios y distribuir los recursos necesarios para su cumplimiento, los cuales se presentan de la siguiente forma:

**Figura 7.***Distribución de Población por cursos de Vida*

Fuente: Comité Promoción y Prevención Forpresalud IPS

La identificación correcta de la población permite analizar e implementar acciones eficaces, encaminadas a mejorar la calidad de vida de los usuarios, así como realizar proyecciones económicas, para la correcta ejecución del contrato, desde la pertinencia médica, optimizando recursos, pero incrementando la calidad del servicio.

**1.4 Objetivo General**

Formular un plan de mejora, orientado a la disminución de quejas por parte de los usuarios de la IPS Forpresalud-Sede Lebrija.

## **1.5 Objetivos Específicos**

### ***1.5.1 Objetivo Específico 1***

Determinar los factores organizacionales, asociados a la alta tasa de quejas por parte de los usuarios de la IPS Forpresalud-Sede Lebrija.

### ***1.5.2 Objetivo específico 2***

Identificar las estrategias potencialmente viables e implementables para disminuir la tasa de quejas.

### ***1.5.3 Objetivo específico 3***

Proponer acciones de mejoramiento enfocadas a la disminución de la tasa de quejas en la IPS Forpresalud-Sede Lebrija.

### ***1.5.4 Objetivo específico 4***

Determinar el presupuesto financiero para el desarrollo de las acciones propuestas.

## Capítulo 2

### 2. Marco teórico y estado del arte

#### 2.1 Marco de referencia

Las herramientas para análisis de fallas o defectos han sido utilizadas por las organizaciones desde la década de los setenta, como métodos que permiten determinar la causa raíz de un problema y recopilar la información necesaria para generar acciones de mejora efectivas que eliminen los problemas y propendan por la mejora continua de los procesos. Una de las herramientas más utilizadas para este fin, es la conocida como “SIX SIGMA” que es *“una metodología de mejora continua de la calidad que, mediante el análisis de datos, persigue reducir errores y alcanzar la calidad más cercana a la perfección.”* (Cuadernos De Investigación Aplicada, 2020, pág. 28)

Aunque la implementación de esta herramienta es ampliamente defendida por muchos autores, su aplicación al interior de una PYME, o una empresa de servicios, ha sido cuestionada. Por ejemplo, el Dr. James Lamprecht, en su libro *Six Sigma Myths*, menciona que uno de los mayores inconvenientes es el excesivo gasto en tiempo y costos, ya que se hace necesario invertir en la capacitación de herramientas estadísticas a los funcionarios, quienes no siempre son practicantes de esta técnica.

La aplicación de la metodología Six Sigma, requiere un estudio previo muy profundo de la organización con el fin de determinar qué procesos necesitan ser intervenidos. En el caso de la IPS Forpresalud sede Lebrija, es necesario conocer inicialmente las causas de los problemas y las áreas que requieren atención, con el fin de tomar decisiones. Es por esto, que la metodología Six Sigma,

no es considerada en esta etapa de análisis inicial del problema, toda vez que se requiere un mayor entendimiento inicial de la organización.

Otra herramienta ampliamente utilizada es el análisis DOFA (o FODA), que *“consiste en realizar una evaluación de los factores fuertes y débiles que, en su conjunto, diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa, es decir, las oportunidades y amenazas. También es una herramienta que puede considerarse sencilla y que permite obtener una perspectiva general de la situación estratégica de una organización determinada.”* (Sarli, Rosana Ruth, sf, pág. 2)

Dentro de esta metodología, se requiere realizar un análisis objetivo de las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de la organización, con el fin de determinar las ventajas, deficiencias, potenciales, retos o factores adversos que rodean a la empresa. Una de las mayores desventajas de esta herramienta, la describe el Profesor José Luis Ramírez Rojas así: *“Suele suceder, que, algunas veces quiénes realizan el análisis, buscan guardar una imagen institucional a conveniencia, o no quieren herir susceptibilidades y por tanto emiten opiniones o juicios que no se apegan a la realidad, como por ejemplo, no reconocer debilidades o tratar de minimizar las amenazas, lo que se traduce en una falsa idea de la organización que limita un diagnóstico y evaluación seria, y tampoco contribuye a corregir errores o al desarrollo de estrategias.”* (Rojas Ramírez, pág. 3) Adicionalmente, dentro de los grupos de trabajo, pueden identificarse como “oportunidades” algunos elementos que en realidad sean una “fortaleza”, o como “amenazas” algunos que sean “debilidades”.

Lo anterior indica que la matriz DOFA continúa siendo una herramienta enfocada en análisis subjetivos, relacionados únicamente con el juicio de expertos que, en algunas ocasiones,



puede dejar por fuera la recopilación efectiva de información que compruebe o desvirtúe causas raíces a la hora de elaborar el plan de acción o de preparar estrategias de mitigación.

Por último, el Análisis de Causa Raíz (ACR) es básicamente una serie de metodologías que utilizan las organizaciones para establecer las causas que generan determinadas cuestiones o conflictos. El fin es utilizar el pensamiento objetivo para descifrar “el por qué algo salió mal o por qué algo no es posible”, en lugar de culpar a los individuos o creer a los detractores que afirman que “no se puede hacer o que se puede mejorar”. (Ovalles Acosta, Gisbert Soler, & Pérez Molina, 2017)

Según, Roberto J. Latino *“If a hundred healthcare executives were polled about their definitions of root cause analysis, there would be a hundred different answers.”* [Si se encuestara a cien ejecutivos de la salud sobre sus definiciones de análisis causa raíz, habría cien respuestas diferentes.] (Latino, 2015), lo que indica que cada profesional o experto, define el ACR desde la perspectiva del proceso que se quiera revisar.

Los objetivos de un análisis de causa raíz son determinar:

- ¿Qué pasó?
- ¿Por qué sucedió?
- ¿Qué se puede hacer para reducir la probabilidad de reaparición?

Como características principales del análisis de raíz de la causa podemos decir que:

1. Es interdisciplinario, en el que participan expertos del servicio.
2. Involucra a aquellos que están más familiarizados con la situación.

3. Profundiza continuamente preguntando por qué, por qué, por qué en cada nivel de causa y efecto.
4. Identifica los cambios que se deben realizar en el sistema.
5. Es imparcial, a fin de dejar clara la necesidad de ser consciente y sensible a los posibles conflictos de interés.

Para ser exhaustivo, un análisis de la causa raíz debe involucrar:

1. Comprensión de cómo las personas interactúan con su entorno.
2. Identificación de problemas potenciales relacionados con procesos y sistemas.
3. ¿Análisis de los sistemas de causa y efecto subyacentes a través de preguntas *por qué?*
4. Identificación de riesgos y su potencial contribución al evento.
5. Desarrollo de acciones encaminadas a mejorar procesos y sistemas.
6. Medición y evaluación de la implementación de estas acciones.
7. Documentación de todos los pasos (desde el punto de identificación con el proceso de evaluación) (Poveda & Guardiola, 2019)

Hoy en día, muchos ejecutivos de la salud leen y escuchan sobre ACR, pero pocos pueden delinear el paso a paso de su propio proceso aplicable a su organización. La eficacia y seguimiento del ACR rara vez se encuentra en el panel de gestión y control de los ejecutivos, quienes son estrategas, mientras que los análisis de ACR suelen realizarse a nivel táctico, por lo que esto puede ocasionar una brecha en la comprensión entre las vistas macro y micro del ACR.

El ACR, es la herramienta utilizada en el presente proyecto, toda vez que corresponde a una metodología específicamente diseñada, aplicable a la IPS Forpresalud sede Lebrija, que puede

ser posteriormente utilizada por los directivos para el análisis de causas de cualquier otro problema en la organización, diferente al aumento de quejas. La metodología incluye una definición de las acciones a implementar desde el punto de vista de decisiones estratégicas, de tal forma que facilite la comprensión de los análisis para los funcionarios que toman decisiones a este nivel.

Las herramientas de eliminación de defectos, en este caso, están relacionadas con el mejoramiento de la calidad en salud. La calidad en la prestación de Servicios de Salud en Colombia está contemplada bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, que contempla cuatro componentes:

- Sistema Único de Habilitación
- Sistema de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad en Salud
- Sistema Único de Acreditación
- Sistema de Información para la Calidad

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Salud (SOGC) define la calidad en salud como "*... la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario*" (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2002, pág. 2)

La calidad en salud implica el cumplimiento de estándares técnicos y legales; sin embargo, debe considerarse también la percepción y preferencias personales de los pacientes y la sociedad. Una herramienta importante de valoración del grado de satisfacción y del impacto final del servicio de salud en los usuarios, es el análisis de las quejas recibidas. Una queja es cualquier manifestación verbal, escrita o en medio electrónico, mediante la cual el usuario pone de manifiesto su

inconformidad con la actuación de determinado funcionario o con la forma y condiciones en que se preste o no un servicio. Por tal motivo, cualquier usuario que recibe un servicio, cuenta con el derecho de presentar las oportunas peticiones, quejas, reclamos y sugerencias. Para ello, debe conocer el significado de cada uno de estos términos para poder ejercer dicho derecho correctamente. (Supersalud, 2018)

- **Petición.** Actuación a través de la cual el usuario, de manera respetuosa, solicita a la organización cualquier tipo de información en relación con la prestación de servicio.
- **Queja.** Expresión o manifestación del usuario a la organización debido a la inconformidad que le genera la prestación del servicio recibido.
- **Reclamo.** Oposición o contrariedad presentada por el usuario con la finalidad de que la organización realice una revisión y una evaluación de una actuación relacionada con la prestación del servicio recibido en términos económicos.
- **Sugerencia.** Propuesta presentada por el usuario para incidir en el mejoramiento de un proceso de la organización cuyo objeto está relacionado con la prestación del servicio.

El llevar un registro, control y seguimiento de las diferentes solicitudes, respuestas e interacciones entre los clientes y los trabajadores encargados de atender los distintos requerimientos, posibilita la mejora de la capacidad efectiva de atención. Por tal razón, la implementación de cualquier sistema de atención de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias se lleva a cabo con el objetivo de suplir las necesidades de las organizaciones, tanto públicas como privadas, en relación al sistema de peticiones, quejas, reclamos y solicitudes establecido. (Guía de atención para implementar quejas y reclamos, 2013) Mediante el uso de un sistema de atención de

peticiones, quejas, reclamos y sugerencias puede proporcionarse un mejor servicio a los usuarios, a través de la automatización de procesos.

Entre los beneficios que se pueden incorporar se encuentran los siguientes (Guía de atención para implementar quejas y reclamos, 2013)

- Facilita el seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que reciba la entidad.
- Mejora la imagen y disminuye el daño reputacional, al ofrecer sistemas avanzados de atención a través de internet.
- Disminuye el coste al reducir congestiones y comunicaciones impresas y telefónicas.
- Disminuye tiempos de trabajo de los trabajadores gastado en administración y solución de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.

### ***Gestión de las quejas, reclamos y sugerencias***

Con el fin de mejorar la calidad del servicio prestado al cliente, es necesario conocer sus expectativas, determinar si éstas se están cumpliendo y hasta qué punto pueden llegar a satisfacerse. Cuando lo que espera y desea el cliente excede los recursos disponibles en la organización o en el servicio a prestar, esta información puede usarse para determinar los cambios que deben llevarse a cabo. (Murillo, sf, pág. 38)

Diferentes investigaciones sugieren que son relativamente pocos los clientes insatisfechos que se quejan, por lo que cada queja recibida, brinda una pequeña muestra de un porcentaje de insatisfacción mayor. Gestionando y analizando las causas de las quejas, la organización puede,

no sólo reducir el número de quejas, sino también el nivel de insatisfacción que genera un servicio, producto o procedimiento. (Gilly, Stevenson, & Yale)

El proceso de gestión de quejas puede analizarse como una herramienta valiosa para la organización: como mecanismo para tratar las quejas de los clientes actuales, de forma tal que los clientes insatisfechos notifiquen su dificultad de forma objetiva con el fin de que la organización muestre resultados positivos ante las novedades reportadas. Se concibe la gestión de quejas como un sistema, dispuesto por la organización, para ofrecer a los clientes y/o usuarios, una oportunidad para resolver sus quejas e inconvenientes (Murillo, sf, pág. 38)

Las quejas de los clientes insatisfechos deberían incentivarse, ya que éstas le brindan a la organización una oportunidad para conocer y entender las oportunidades de mejora dentro de los diferentes procesos. Respecto a esto, surge un problema, un cliente totalmente insatisfecho puede limitarse a callarse y no compartir su insatisfacción. (Vilagines, sf, pág. 54) Solamente un pequeño porcentaje de los clientes insatisfechos llega a quejarse en la organización. Las razones por las que un cliente no se queja, son variadas y de distinta naturaleza. (Muñoz Bermudez, pág. 23)

Las quejas brindan la oportunidad de fidelizar los clientes y usuarios actuales de la organización, por lo que las quejas deben tratarse con rapidez, amabilidad y según la urgencia. Por lo anterior las organizaciones deben establecer plazos para la solución de estas novedades. (Muñoz Bermudez, pág. 27)

Las sugerencias de los clientes, tanto externos como internos y del personal de la organización, constituyen una importante fuente de ideas para la mejora de los productos y servicios que se prestan, por lo que es interesante incorporar la participación de los clientes y usuarios en los procesos de mejora e innovación de productos y servicios.

Las herramientas para el Análisis Causa Raíz comenzaron a usarse en la industria en la década de 1970 para desarrollar sistemas más seguros. Estos métodos tuvieron un impacto particular en las industrias nuclear y de aviación, entre otras. En el sector de la salud, a partir de técnicas ya utilizadas en otros campos, varias asociaciones han impulsado metodologías bien estructuradas para el análisis de la causa raíz, inspiradas en los conceptos desarrollados por J. Reason. (Ruiz-López, González Rodríguez-Salinasa, & Alcalde-Escribano, s.f.)

El Análisis Causa Raíz (ACR), es una herramienta efectiva para la mejora de la calidad en salud, toda vez que permite determinar las causas reales de la ocurrencia de un problema con el fin de generar las estrategias y acciones efectivas para su eliminación, en este caso, el problema del aumento de quejas en la IPS Forpresalud sede Lebrija.

## **2.2 Estado del arte**

En Latinoamérica se han realizado diversos estudios, cuyo objetivo ha sido analizar las causas de insatisfacción de los usuarios en instituciones de salud con el fin de estructurar los planes de acción respectivos. Esto demuestra la importancia que tiene para las IPS conocer a profundidad y corregir las causas de las desviaciones de sus procesos que derivan en el aumento de quejas de los usuarios. En la mayoría de los estudios, la metodología utilizada para el análisis de causas fue la de estudios estadísticos basados en la aplicación de encuestas a una muestra aleatoria de usuarios. Posteriormente, los resultados, las ventajas y desventajas encontradas en las metodologías utilizadas serán detallados.

En el estudio de Ovalle M. & Ovalle M. (2010) “Principales causas de insatisfacción de los usuarios en el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital San Francisco, Ibagué-Tolima. Alternativas Viabiles de Solución”, el objetivo fue identificar las principales causas de

insatisfacción del usuario en el servicio de Urgencias de la E.S.E. Hospital San Francisco Ibagué –Tolima, para plantear alternativas viables de corrección de las mismas.

Este estudio se desarrolló en una institución pública de primer nivel de atención, entre los meses de julio y septiembre de 2010. La metodología utilizada fue tomar una muestra probabilística aleatoria simple, de los usuarios del Servicio de Urgencias que asistieron a consulta (aproximadamente 8.000 Usuarios). Se encuestaron 5 usuarios cada día, de lunes a viernes, durante los meses de julio a septiembre, para un total de 63 días lo que representó 315 encuestas. Fueron escogidos al azar independientemente de su patología o motivo de consulta, entre los 18 y 65 años.

Dentro de los resultados significativos en el estudio, se observaron las siguientes fortalezas y oportunidades de mejora del Hospital:

1. Es de fácil acceso, disponibilidad las 24 horas, cuenta con servicios de apoyo como laboratorio clínico, rayos X, farmacia.
2. Administración Municipal y Gerencia comprometida con la institución, es una IPS con amplia experiencia y 45 años de trayectoria. Es la única entidad pública de primer nivel que cuenta con la integralidad en los servicios.
3. Existe en el Hospital un programa de calidad y de mejoramiento continuo.
4. Existe un comité de eventos adversos establecido y en funcionamiento.
5. La infraestructura del servicio de urgencias es insuficiente, no cumple con algunos ítems del estándar de la Resolución 1043 de 2006 en cuanto a espacio apropiado para el volumen de pacientes, mala ventilación e iluminación en los consultorios, no hay lavamanos en área de procedimientos para lavado de instrumental, sillas insuficientes en sala de espera.



6. Se evidencia demora en la atención en las áreas de admisión, facturación y caja, y se percibe incomodidad en la sala de espera y observación de este servicio.

7. Se reciben quejas por maltrato y poca información suministrada por parte de personal del Hospital a los usuarios

8. La mayor concentración de quejas en el Hospital San Francisco se ubica en el servicio de Urgencias, lo cual afecta la imagen que tiene la población en general del Hospital.

9. No se está realizando un verdadero seguimiento y análisis de quejas, que se recogen en los buzones, en las encuestas internas del Hospital y en la Oficina de Atención al usuario.

10. Se evidencia dificultad para el acceso a la consulta externa tanto médica como odontológica, solo hay dos líneas telefónicas para asignación de citas.

Las alternativas de solución propuestas más relevantes, fueron:

1. Realizar campañas de buen trato hacia el usuario tanto del personal asistencial como administrativo: Portería, Admisiones, Facturación y Caja.

2. Capacitar a todo el personal sobre los diferentes servicios prestados en la Institución, con el fin de que cualquier funcionario pueda resolver las inquietudes de los usuarios.

3. Dotar la sala de espera con: mayor número de sillas, televisor, altavoz para llamado de pacientes.

4. Mejorar las condiciones de infraestructura en los consultorios en cuanto a iluminación, ventilación y espacios adecuados para la circulación de los pacientes.

5. Adecuar un baño para pacientes y un lavamanos para lavado de instrumental en el área de procedimientos.

6. Aumentar el recurso humano y tecnológico en el área de Admisiones, Facturación, Caja y evaluar periódicamente el rendimiento de atención en estos servicios.

7. Mejorar los indicadores de resultado y de impacto posicionando al Hospital a un nivel de excelencia.

Las acciones propuestas en el estudio referenciado están enfocadas en el mejoramiento del servicio al cliente y de la infraestructura del Hospital, temáticas recurrentes en las quejas recibidas. Sin embargo, no se observa ninguna propuesta encaminada al análisis de fondo de estas quejas, mediante alguna metodología que permita conocer la causa raíz de la inconformidad de los usuarios, con el fin de enfocar las acciones a la eliminación de estas causas. Por otro lado, tampoco se evidencia una ponderación de recursos financieros y de personal que permita a la organización tomar decisiones sobre la viabilidad de la implementación de las acciones.

Otro estudio encontrado en Colombia fue "Propuesta de plan de mejoramiento para la prestación del servicio en Cruz Blanca EPS regional occidente" (Potes, Victoria, & Vergara, 2018). El objetivo fue elaborar un plan de mejoramiento para la prestación del servicio en Cruz Blanca EPS Regional Occidente. Este estudio se desarrolló en 2018 en una Entidad Promotora de Salud que presta servicios en la ciudad de Bogotá, bajo la siguiente metodología:

**Etapas 1 Análisis.** Identificar la situación actual de Cruz Blanca EPS regional Occidente mediante la información reportada en las PQRS del 2017 y la información obtenida después de tabular 300 encuestas aplicadas

**Etapa 2 Diagnóstico.** Identificación de debilidades, oportunidades, fortalezas, amenazas usando la matriz MEFE y la Matriz MEFI para identificar los factores externos e internos que influyen en la organización.

**Etapa 3 Creación de estrategia.** Elaboración de una propuesta de mejoramiento para ser implementada en la regional Occidente de Cruz Blanca EPS, teniendo en cuenta las estrategias que permitan disminuir las brechas en la calidad de atención a fin de mejorar su satisfacción y eliminar la situación que le impide a la institución afiliarse nuevos usuarios, lo que permitirá la sostenibilidad en el tiempo.

**Etapa 4 Presupuesto.** Establecimiento de los recursos necesarios para implementar el plan de mejora a fin de alcanzar los objetivos propuestos.

**Etapa 5 Control y Evaluación.** Diseño de indicadores, cuya medición sistemática permita valorar los avances y mejoras o de lo contrario tomar medidas correctivas de ser necesario.

Dentro de los resultados significativos en el estudio, se evidenció como principal dificultad, la calidad y oportunidad en la prestación del servicio, que conlleva a un incremento en la insatisfacción entre los usuarios, esto reflejado en el aumento de la PQR y por último en su deserción. Todo agravado por la medida que toma la Supersalud, que le impide afiliarse nuevos usuarios, lo que conlleva a que la alta siniestralidad con una población envejecida con gran carga de enfermedad no pueda ser compensada con el ingreso de nuevos usuarios sanos.

En conclusión, se indicaron las siguientes estrategias como plan de acción:

1. Capacitación constante a funcionarios.
2. Informe Supersalud de los avances en la Regional

3. Implementar proceso de solución express para evitar la radicación de PQR
4. Buscar nuevos usuarios - extensión familiar
5. Intervención a procesos críticos
6. Reforzamiento de Imagen Corporativa
7. Establecer un canal de comunicación de seguimiento a usuarios con intención de retirarse
8. Revaluación de modelos de atención
9. Auditor interno IPS
10. Gerencia de puertas abiertas
11. Cumplimiento de metas

Las acciones propuestas en el estudio están enfocadas al manejo adecuado de las inconformidades de los usuarios para evitar la deserción. El método de investigación comprende un análisis inicial de la situación de la institución, seguido de la propuesta de acciones a ejecutar, junto con la elaboración del presupuesto necesario para su implementación. Además, se diseñan indicadores que permitan medir la efectividad de las acciones propuestas.

La definición de las acciones propuestas se realiza basada en las oportunidades, fortalezas, debilidades y amenazas de la institución, y corresponden a juicios de valor de los autores de la investigación basados en sus percepciones. No se evidencia que la acción propuesta se relacione con la eliminación de una causa probada como raíz, que haya sido previamente estudiada y validada como causante del problema.

En el estudio de Cossio et al. (2018) "Propuesta de plan de mejoramiento con énfasis en acreditación en una IPS de primer nivel del municipio de Cartago"-(Cossio, Peñalosa, Quiñones,

& Santamaria, 2018) el objetivo es proponer un plan de mejoramiento con énfasis en acreditación en una IPS de primer nivel del municipio de Cartago. Este estudio se desarrolló en el segundo y tercer trimestre del 2018, en una Institución Prestadora de Salud de primer nivel de atención que presta servicios de baja complejidad como consulta externa, hospitalización y gineco-obstetricia. El método de estudio fue cuantitativo observacional de tipo descriptivo transversal, que consiste en la “observación y registro” de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos, en un periodo determinado de tiempo.

Dentro de los resultados significativos en el estudio, se observó que la IPS del Municipio de Cartago E.S.E, requiere replantear la priorización de los estándares de acreditación según los criterios del Ministerio de salud y protección social definiendo en el documento de PAMEC, los criterios que serán priorizados para ser consecuentes con el manual único de acreditación. Los criterios con mayor afectación son los procesos asistenciales, direccionamiento, gerencia, gerencia de talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de tecnología, gerencia de la información y mejoramiento de la calidad.

En conclusión, se indicaron las siguientes estrategias como recomendaciones del equipo investigador:

1. Gerente, volver a realizar la autoevaluación dentro de un año y dar continuidad al proceso de autoevaluación.
2. Enfermera, socializar y evaluar la adherencia a la cultura de acreditación con el personal de la institución.
3. IPS, generar espacios de investigación para el mejoramiento continuo de la calidad.

4. Subgerente financiero, realizar la gestión de recursos económicos para adecuar el ambiente físico, siguiendo las políticas de seguridad del paciente y trato humanizado.

5. Jefe de calidad, socializar y garantizar la comprensión de la política organizacional a todos los funcionarios esclareciendo funciones y fomentando el cumplimiento de esta.

6. Seguir fortaleciendo la política de humanización con el personal asistencial garantizando así la calidad del servicio ofertado.

7. Se recomienda implementar los instrumentos de consolidación de la autoevaluación. Resolución 123 de 2012. Ministerio de Salud y Protección Social y formato de priorización de planes de mejoramiento con énfasis en acreditación del Ministerio de Salud y Protección Social utilizados por el equipo investigador que se han postulado como herramientas de mejora a cada una de las falencias encontradas en la autoevaluación.

Esta investigación está enfocada en el cumplimiento de los estándares necesarios para lograr la acreditación de la institución, los cuales propenden por la satisfacción del cliente y la mejora continua. El análisis realizado por los autores se basó en la priorización de 17 subestándares de acreditación cuya puntuación requería mejora. Con base en esto, se realizaron planes de mejora de acuerdo con lo observado por los autores.

Las limitaciones del estudio se basan principalmente en la ausencia de una metodología clara de análisis que apunte al planteamiento de acciones eficaces.

A nivel internacional se encontró el estudio realizado por Muñoz, L. (2019) "Plan de mejora para aumentar la satisfacción del usuario en el centro de salud familiar Pedro León Gallo", cuyo objetivo era crear un plan de mejora en el corto, mediano y largo plazo para aumentar la satisfacción usuaria en el CESFAM Pedro León Gallo, según la encuesta de Trato Usuario,

compatible con otras instituciones de salud pública. Este estudio se desarrolló en un Centro de Salud Familiar Chileno entre los meses de enero a diciembre de 2018. La metodología utilizada fue: (1) definición de objetivo general y específico, (2) análisis de la situación actual del CESFAM, (3) análisis de procesos, donde se detectan las brechas (además de considerar el resultado de la encuesta de satisfacción usuaria 2018), (4) elaboración de una matriz de priorización de procesos más críticos y determinantes en el resultado.

Dentro de los resultados significativos en el estudio, se observó que se obtuvieron un conjunto de mejoras de rápida implementación al aplicar la metodología de excelencia operacional. Además, se identifica que los profesionales son los menos comprometidos a generar cambios, con lo cual se propone comenzar el trabajo de cambio cultural y de excelencia operacional con el estamento administrativo. Como punto adicional, la investigación también entregó una guía metódica aplicable a cada centro de salud de atención primaria, adaptable a las necesidades específicas.

Dentro de las acciones de mejora propuestas destacadas se encuentran:

1. Realizar una encuesta anual compatible con la realizada por el Servicio de Salud. De esta manera se puede obtener información anticipada de la percepción del usuario y comenzar el trabajo en áreas críticas.
2. Se debe crear un proceso de selección para el contrato de personal de todo tipo de áreas, pasando filtros desde su experiencia y formación, entrevistas y test psicológicos. De esta manera elevamos los estándares de calidad en el personal trabajando en el centro de salud.
3. Establecer a un auxiliar de aseo como encargado por piso.

Otro estudio de corte internacional fue el realizado por Vera, M. (2018) "Evaluación de la calidad de la atención en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios de emergencia pediátrica Hospital General de Milagro". El objetivo de esta investigación se centra en evaluar la calidad en la atención brindada en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital General de Milagro en Ecuador, sobre la satisfacción de los usuarios, para diseñar un plan de mejora de la calidad en la atención. Este estudio se desarrolló en un hospital de segundo nivel de atención, en 2018. La metodología utilizada fue deductiva y su enfoque fue cuantitativo debido a que se utilizó la estadística como medio para presentar y analizar los resultados. Se utilizó la escala de medición SERVQUAL que consta de 21 preguntas de expectativas y 21 preguntas de percepción, con lo cual se puede determinar la satisfacción con base a la diferencia entre expectativas y percepciones.

Entre los resultados que el estudio lanzó, podemos destacar que los usuarios del hospital confiaban en el conocimiento del personal médico; sin embargo, un foco de insatisfacción es que a las personas les gustaría disponer de más información con respecto a sus tratamientos; ya que muchas veces los especialistas utilizan palabras técnicas que dificultan el entendimiento. Esto es importante al tener en cuenta el nivel económico y social de la población que asiste a este centro de salud.

El plan de acción resultado de este análisis tuvo como foco de atención los siguientes aspectos:

1. Creación y aplicación de indicadores de desempeño en el tiempo.
2. Aplicación del método de "triage" Manchester.
3. Capacitación al personal médico y colaborador, enfocada hacia la satisfacción del usuario.



4. Mejorar la limpieza del centro, e implementar seguimiento y control a la misma.
5. Implementación de estrategias de Marketing.

## Capítulo 3

### 3. Aspectos metodológicos

#### 3.1 Método de investigación

El diseño de investigación del presente proyecto fue de tipo mixto, es decir, una combinación del método cuantitativo y cualitativo retrospectivo. Primero, se hizo una tabulación de la información de las quejas del 01 de enero al 31 de diciembre de 2020, basada en la identificación de los atributos (realizada por la IPS) por los cuales los usuarios interpusieron las quejas, se agruparon por temática y porcentaje, logrando un entendimiento cuantitativo inicial del problema. Posteriormente, se recolectaron los datos necesarios que constituyen la base del análisis cualitativo, que se desarrolló mediante el juicio de expertos, para verificar y soportar las causas inmediatas y las causas raíz.

Finalmente, se seleccionaron las alternativas mediante la validación de las decisiones, que corresponden a las metas que se quieren alcanzar al solucionar los problemas, para la posterior definición de las acciones de mejora sugeridas, que fueron ponderadas económicamente mediante validación de horas hombre invertidas y cotizaciones.

Dentro de la recolección de datos, se incluyó un trabajo de campo para la recopilación de fotografías, entrevistas a trabajadores y soportes documentales.

### **3.2 Población, participante y selección de la muestra**

La población definida para el desarrollo del estudio contempló las quejas recibidas y validadas por la IPS Forpresalud Sede Lebrija, interpuestas por los usuarios en el periodo comprendido entre el 01 de enero y 31 de diciembre de 2020.

Se realizó el análisis causa raíz para la totalidad de las quejas recibidas y validadas por la IPS Forpresalud Sede Lebrija, entre el 01 de enero y 31 de diciembre de 2020, es decir, no se aplican criterios de selección de muestra toda vez que se tendrá en cuenta el universo o población de estudio completo, con el fin de garantizar la efectividad de las acciones definidas.

#### *3.3 Instrumentos de recolección de datos*

El ACR contiene dentro de su metodología, instrumentos mediante los cuales se realiza una recopilación de datos inicial para su posterior análisis. A continuación, se describen los instrumentos asociados a esta etapa metodológica:

##### ***3.3.1 Recolección de evidencias: metodología de clasificación “Las Cuatro P’s.***

- **Posición**

Se recopilaron datos asociados a la infraestructura física de la sede de la IPS, entre los que se analizaron los planos (ver Anexo 2.1) con el fin de revisar la ubicación de las áreas y el espacio disponible para cada una de ellas. Además, se realizó una visita a las instalaciones en horario de atención, y se tomaron registros fotográficos (ver Anexo 2.2) que complementaron la verificación de los espacios disponibles.

Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Accesibilidad a cada servicio por parte de los pacientes.
- La demarcación y señalización de cada uno de los espacios, para facilitar la movilidad de los usuarios dentro de la sede.
- Si la ubicación de los puestos de trabajo y la disposición de los mismos es la adecuada para la atención de los usuarios.
- La ubicación de equipos biomédicos y tecnológicos involucrados en la atención a pacientes.

La importancia del análisis de los datos asociados a la POSICIÓN radica en que su cumplimiento es de tipo legal y no sólo mitiga la generación de sanciones por parte de entes de control, sino también de quejas por parte de los usuarios quienes, con base en su percepción, evalúan la eficiencia de los recursos. Además, con este tipo de análisis es posible determinar si alguna de estas variables influye o genera afectación en la percepción del servicio y contribuye en el número de quejas registradas.

- **Personas**

Se recopilieron declaraciones formales de trabajadores que pudieran aportar información útil, mediante la aplicación de entrevistas que fueron llevadas a cabo presencialmente, en la sede Lebrija. Se emplearon métodos adecuados para lograr que las personas sintieran confianza y realmente dijeran lo que piensan, garantizando confidencialidad en el proceso. Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Se explicó la razón de la entrevista y cualquier nota tomada, así como la confidencialidad de los registros.

- Se solicitó a las personas que describan abiertamente lo que consideran son los motivos de insatisfacción de los usuarios en la IPS Forpresalud sede Lebrija y las acciones de mejora que, según ellos, son las apropiadas para la mejora del problema.

- Se seleccionaron cuidadosamente los tipos de preguntas a usar.

- Se agradeció a la persona entrevistada por su participación y cooperación.

El total de trabajadores entrevistados fue de once (11), tomando un funcionario que representara cada área de la IPS. Los entrevistados fueron:

**Tabla 4.**

*Trabajadores IPS Forpresalud Sede Lebrija entrevistados para recolección de datos*

Cargo	No de Personas Entrevistadas	Área
Auxiliar de Línea de Frente	1	Servicio al Cliente
Auxiliar de Callcenter	1	Servicio al Cliente
Auxiliar de Servicios Generales	1	Administrativa e Infraestructura
Odontólogo	1	Asistencial
Medico General	1	Asistencial
Ginecólogo	1	Asistencial
Enfermera	1	Asistencial
Bacteriólogo	1	Asistencial
Radiólogo	1	Asistencial
Fisioterapeuta	1	Asistencial
Auxiliar de SIAU	1	Servicio al Cliente

Fuente: autoras.

La entrevista fue diseñada de manera sencilla, rápida y con respuestas puntuales y claras que permitieran su análisis. El lenguaje utilizado y la explicación de las preguntas fueron adaptados a cada persona, de acuerdo con su rol y campo de acción. En el anexo No. 3.1 se evidencia el modelo de las entrevistas aplicadas y en anexo No. 3.2 los soportes de las encuestas diligenciadas, que fueron procesadas y tabuladas.

En el caso de los pacientes, el insumo principal tomado para la recolección de datos fueron las quejas recibidas en la IPS durante la vigencia 2020, mediante los diferentes canales disponibles para tal fin: Plataforma CRM (Customer Relationship Management) , buzón de sugerencias, EPS y entes de control o externos. Se identificaron las principales quejas recibidas por parte de los usuarios de la IPS Forpresalud sede Lebrija y se distribuyeron mensualmente por atributos de servicio.

En el anexo No. 3.3 se evidencia el formato GAF-008 “Gestión de atención de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones”, mediante el cual los usuarios reportan las novedades relacionadas con el servicio.

Los datos recolectados relacionados con personas revisten una importancia fundamental en el análisis causa raíz, ya que todos los procesos de la IPS son ejecutados y aplicados a personas, es decir, son las personas las que pueden emitir juicios de valor sobre las oportunidades de mejora y lo que funciona adecuadamente, basados en su propia experiencia.

- **Partes:**

Se revisaron los equipos biomédicos, tecnológicos y de soportes disponibles en la sede Lebrija para la atención a usuarios, que pueden ser determinantes para la ocurrencia de quejas y el detalle de la descripción, cumplimiento de mantenimientos preventivos y uso de dichos equipos.

Se valida la suficiencia de los equipos biomédicos, tecnológicos y de soportes disponibles para la atención por cada servicio, en cumplimiento a la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social. La no disposición de los equipos adecuados puede dar lugar a incumplimientos de tipo legal, a demoras en la generación de resultados, a una prestación deficiente del servicio y a condiciones de entorno desagradables para los usuarios. En el Anexo No. 4 se relaciona i) Anexo 4.1 Cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos, ii) Anexo 4.2 Programa de mantenimiento de equipos biomédicos, iii) Anexo 4.3 Hojas de vida de equipos biomédico; Órdenes de servicio de mantenimiento y iv) Anexo 4.4 Cronograma de mantenimiento general.

- **Papel**

Se analizaron los siguientes documentos que hacen parte del sistema de gestión de la IPS Forpresalud, que se encuentra certificada bajo la norma ISO 9001:2015, relacionados en el anexo No. 5:

- Organigrama de la empresa/sede.
- Manual de atención al usuario.
- Reglamento interno de trabajo.
- Contrato laboral tipo.
- Manual de funciones.
- Plan de capacitaciones.
- Certificado de suficiencia patrimonial 2020.

En la medida en la que todos los procesos se encuentren estandarizados, se cuente con la documentación necesaria y se divulgue en los niveles correspondientes, se reduce la ambigüedad de criterios y la probabilidad de malas praxis. La adherencia al cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad está directamente relacionada a la satisfacción al cliente y al logro de los objetivos definidos en la IPS.

### ***3.3.2 Línea de tiempo***

Como parte de la recolección de datos se hace uso de la Línea de Tiempo para ordenar cronológicamente las quejas recibidas en el periodo de estudio, esto permite visualizar a lo largo del tiempo la secuencia de eventos de tal forma que se observe con claridad la relación temporal entre ellos.

### **3.4 Análisis de datos**

En muchas ocasiones, las organizaciones cuentan con una serie de datos importantes o valiosos, pero pueden fallar en su análisis significativamente, lo que refuerza la importancia de un análisis estructurado y lógico.

Inicialmente y de forma general, se han recopilado datos mediante los instrumentos descritos anteriormente (Las 4 P's y la línea de tiempo), con los que se asegura reunir todo el contexto y la información necesaria que es la base para el análisis de datos cualitativo y cuantitativo. Esta organización de información soporta el ejercicio para determinar cuáles de las causas planteadas continúan o son descartadas para posterior validación de causas raíz.

En una secuencia lógica bajo la pregunta de proceso “¿Este efecto es/fue causado por?”, se construye un diagrama causa-efecto. En cada uno de los niveles del diagrama (+/- 5), se pondera



con hechos y datos medibles y verificables si la causa está directamente relacionada con el efecto inmediatamente anterior y soportada con evidencias.

En el primer nivel del diagrama se encuentra la definición del problema “Aumento de quejas generando descuentos en la facturación de la IPS Forpresalud sede Lebrija”, y para ponderar las posibles causas asociadas a este aumento de quejas, se construye el segundo nivel del diagrama con base en una lluvia de ideas que incluyen los tópicos por los que los usuarios han interpuesto quejas y las principales problemáticas que afectan la prestación de servicios en salud. La lluvia de ideas es utilizada como una herramienta para potenciar la creatividad y promover la comunicación en la construcción del diagrama de causas, y fue llevada a cabo en una sesión de trabajo con participación de las autoras del presente proyecto.

Al finalizar la construcción del diagrama causa-efecto, las causas probadas fueron validadas a través de un hecho medible y verificable, y para ser considerada causa raíz debieron cumplir todas las dimensiones del problema (Qué, Cuándo, Dónde y Cuánto) y responder afirmativamente a una de las siguientes 3 preguntas:

- ¿Se ha conocido como causa raíz en estudios referenciados en el estado del arte?
- ¿Esta causa repetiría el problema?
- ¿Eliminando la causa se elimina el problema?

Posteriormente, se realizó el planteamiento de la decisión mediante la respuesta a las preguntas: ¿Cuál es el defecto?, ¿Cuál es la acción deseada?, ¿Cuál es el resultado que se pretende obtener de la acción?, con lo que seguidamente se seleccionaron las alternativas y soluciones con las que finalmente se construyeron las soluciones y el correspondiente plan de acción junto con la

proyección de recursos financieros para la aplicación de las mismas, definido teniendo como ~~en~~ base las horas hombre requeridas para llevar a cabo las actividades y las diferentes cotizaciones de servicios profesionales necesarios para desarrollar el plan de acción.

## Capítulo 4

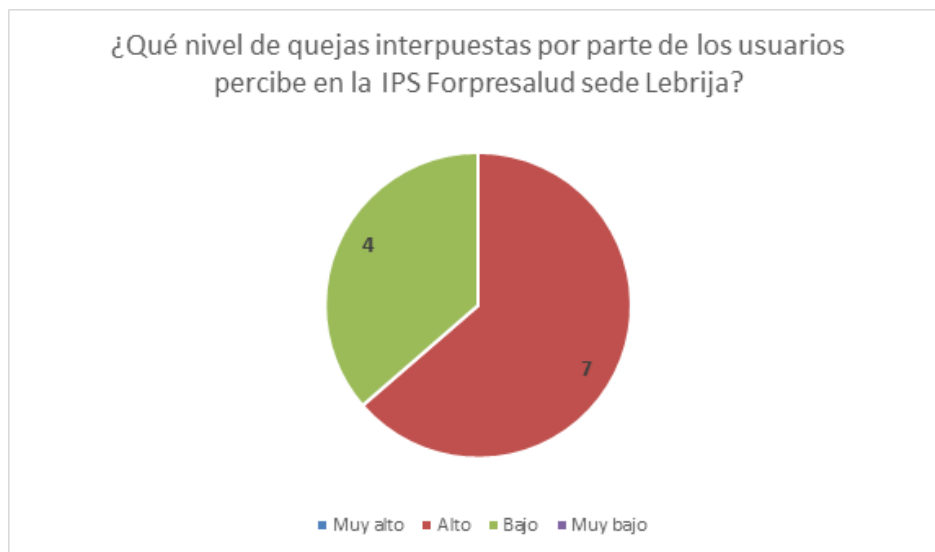
### 4. Resultados

Los resultados obtenidos del proceso de análisis de datos y de la investigación operativa, se describen en el presente capítulo. En la etapa de recolección de datos, se obtuvieron los resultados de las entrevistas aplicadas a los trabajadores de la IPS, que fueron tabulados como se muestra a continuación:

- **Pregunta 1**

#### Figura 8.

*Resultados respuesta No. 1 encuesta a trabajadores.*



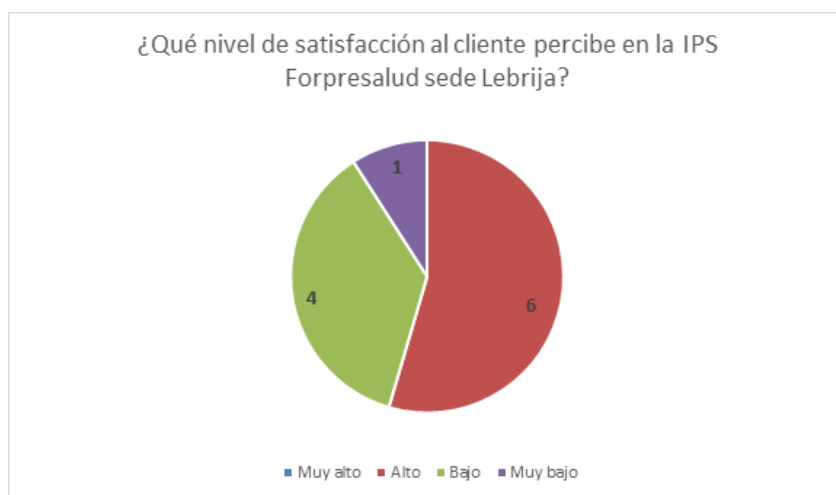
Fuente: autoras

Según los resultados de la pregunta No. 1, el 63% de los trabajadores entrevistados perciben un nivel “alto” de quejas, cifra que es consistente con el número de quejas real recibidas y validadas en la IPS, durante la vigencia 2020 (N = 2.400 quejas).

- **Pregunta 2**

### Figura 9.

*Resultados respuesta No. 2 encuesta a trabajadores.*



Fuente: autoras

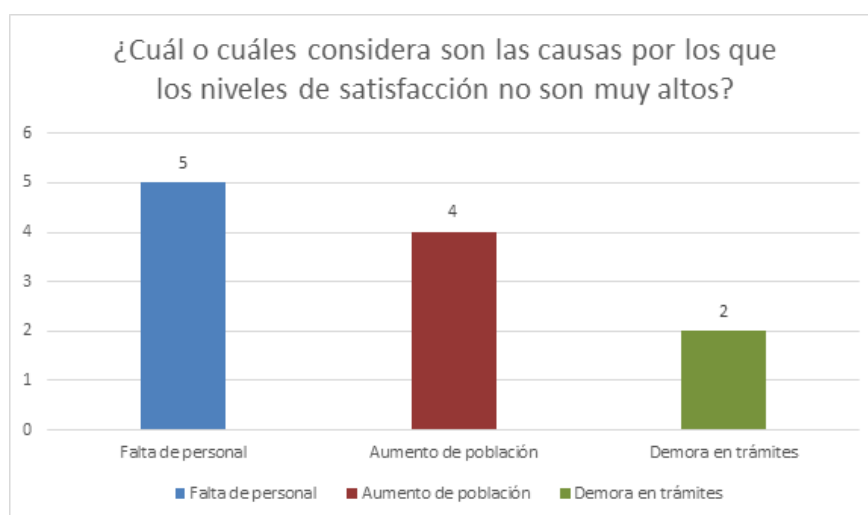
Los resultados de la pregunta No. 2 reflejan que el 54% de los trabajadores entrevistados de la IPS Forpresalud, perciben que el nivel de satisfacción por parte de los usuarios es “alto”. Lo anterior es consistente con la encuesta de satisfacción del usuario, referenciada en el Capítulo 1, que indica que el porcentaje de satisfacción global por parte de los usuarios de la IPS Forpresalud sede Lebrija es del 94.3%. Sin embargo, este resultado no es consistente con el elevado número de

quejas recibidas por la IPS durante el 2020, situación que fue tenida en cuenta dentro del ejercicio de construcción del presente proyecto.

- **Pregunta 3**

**Figura 10.**

*Resultados respuesta No. 3 encuesta a trabajadores.*



Fuente: autoras

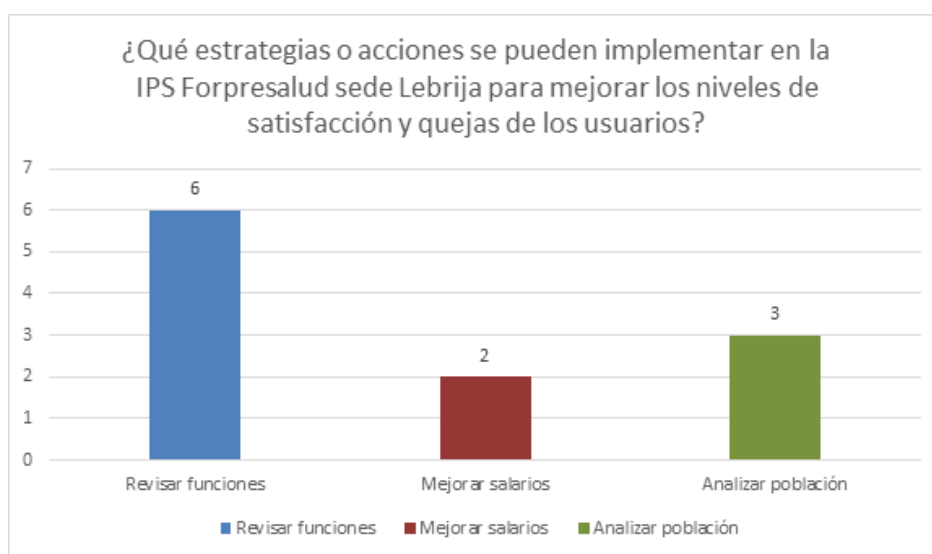
Dentro de los resultados se encuentra que la *falta de personal* para el desarrollo de las funciones es la causa más identificada por el equipo entrevistado. Quienes comentaron esta causa durante la entrevista, refieren que en ocasiones deben realizar actividades adicionales a sus funciones asignadas para cumplir con los requerimientos de los usuarios. El *aumento de la población* es la segunda causa más mencionada, debido a la percepción de los funcionarios de un aumento en las solicitudes de citas por parte de los pacientes. *La demora en trámites internos* es

considerada por los trabajadores como la tercera causa, teniendo en cuenta su percepción de todas las actividades y trámites requeridos para la atención final de un usuario.

- **Pregunta 4**

**Figura 11.**

*Resultados respuesta No.4 encuesta a trabajadores.*



Fuente: autoras

Como resultados, se encuentra que la revisión de funciones fue la acción más sugerida por el equipo entrevistado, quienes argumentaron durante la entrevista que en ocasiones se realiza una misma función por parte de dos personas o se omite la ejecución de algunas actividades que consideran relevantes. Como segunda propuesta se planteó el análisis de la población usuaria de la IPS, con el fin de fijar estrategias efectivas al interior de la institución en cuanto a cantidad de personal contratado, hecho mencionado debido al aumento y diversificación de los requerimientos de los usuarios asignados a la IPS que solicitan servicios por cualquiera de sus canales. Finalmente,

los entrevistados proponen la mejora de los salarios para algunos cargos teniendo en cuenta que no todo el recurso humano está disponible en el municipio, lo que implica la contratación de personal en municipios cercanos como Bucaramanga, quienes invierten mayores recursos económicos en el traslado desde sus viviendas a la IPS y viceversa.

Por otra parte, los datos cuantitativos obtenidos de la validación de las quejas interpuestas por parte de los usuarios durante la vigencia 2020, se relacionan en la tabla a continuación, distribuidas teniendo en cuenta las variables de mes de reporte y clasificación de la queja según el Modelo de atención de usuarios IPS Forpresalud:

**Tabla 5.**

*Consolidado mensual quejas IPS Forpresalud sede Lebrija*

VIGENCIA 2020	ACTITUD INADECUADA PERSONAL DE APOYO/ADMINISTRATIVO	ACTITUD INADECUADA PROFESIONAL DE LA SALUD	ACCESIBILIDAD	DEMORA EN TRÁMITES INTERNOS	OPORTUNIDAD MEDICINA ESPECIALIZADA	OPORTUNIDAD MEDICINA GENERAL	TOTAL	PORCENTAJE
ENERO	0	0	3	1	0	18	22	0,9%
FEBRERO	2	3	23	32	51	94	205	8,5%
MARZO	3	7	28	34	76	123	271	11,3%
ABRIL	0	0	4	7	0	0	11	0,5%
MAYO	0	0	13	2	1	13	29	1,2%
JUNIO	5	11	38	54	154	254	516	21,5%
JULIO	4	10	43	50	109	177	393	16,4%
AGOSTO	3	4	25	26	83	116	257	10,7%
SEPTIEMBRE	1	2	21	28	66	127	245	10,2%
OCTUBRE	2	3	14	32	81	96	228	9,5%
NOVIEMBRE	2	2	19	22	36	102	183	7,6%
DICIEMBRE	0	0	3	2	11	24	40	1,7%
<b>TOTAL</b>	22	42	234	290	668	1144	2400	
<b>PORCENTAJE</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,8%</b>	<b>9,8%</b>	<b>12,1%</b>	<b>27,8%</b>	<b>47,7%</b>		<b>0,9%</b>

Fuente: autoras

Como se menciona en el capítulo 3, una herramienta de análisis a utilizar era la Línea de Tiempo. En el anexo No. 6 se incluye la imagen de la Línea de Tiempo construida, en la que se identifica y relaciona el aumento o disminución de las quejas por diferentes causas, como crecimiento de la población, cambios organizacionales, medidas gubernamentales, etc., en el periodo de enero a diciembre de 2020. La línea de tiempo fue elaborada de tal forma que se visualizan en la parte superior y en recuadro color verde, las disposiciones y requerimientos en relación con la emergencia sanitaria COVID19, tanto del Gobierno de Colombia como de la Dirección de la IPS. En la parte inferior y en recuadro color azul, se observa la cantidad de quejas interpuestas por los usuarios de la IPS y que fueron efectivamente contabilizadas en cada mes.

El análisis de la Línea de Tiempo arrojó datos relevantes con respecto al comportamiento de las quejas en la IPS durante la vigencia 2020. El número de quejas recibidas en abril fue de once (11); esta cifra se presentó en el mes inmediatamente posterior al inicio del aislamiento preventivo obligatorio en Colombia, y es consistente con la baja asistencia de los usuarios a la IPS, teniendo en cuenta el cierre de los servicios. Esta tendencia se mantuvo en el mes de mayo, en donde se recibieron 29 quejas. Ahora bien, la prestación de servicios de la IPS se reactivó el 11 de junio de 2020, principalmente en modalidad de Telesalud, hecho que generó el mayor pico de quejas recibidas durante el año (516 quejas en junio). La tendencia de las quejas en el segundo semestre de 2020, se mantuvo a la baja, y coincide con la apertura de los servicios presenciales en el mes de agosto y los servicios extramurales en el mes de septiembre.

Seguido a la construcción de la Línea de Tiempo y con base en la metodología propuesta, se obtuvieron las causas posibles primarias asociadas al problema y que fueron resultado del ejercicio “lluvia de ideas”. Este ejercicio se llevó a cabo de tal forma que se referencian todos los posibles motivos por los cuales los usuarios interpusieron quejas en la IPS y a cada idea, se le



relaciona una causa posible. En la siguiente tabla, se evidencian las ideas generadas en la lluvia de ideas, y las posibles causas asociadas:

**Tabla 6.**

*Análisis de las causas posibles - Lluvia de ideas*

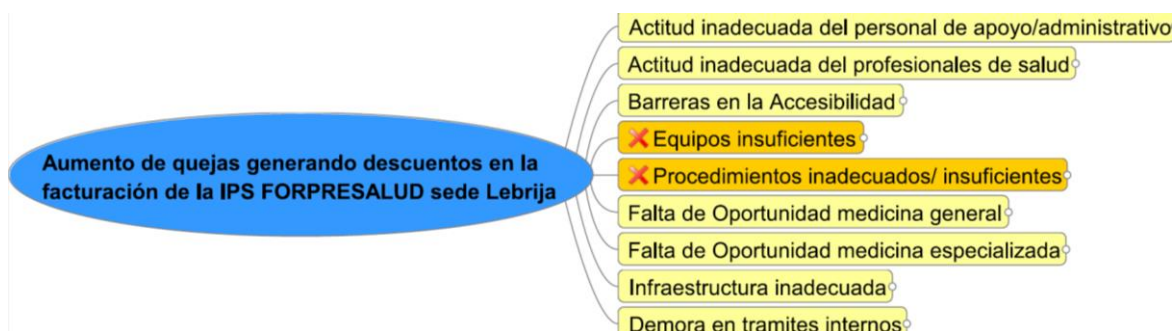
Ítem	Ideas	Causa posible?
Aumento en las quejas	En los registros de los distintos canales, se encuentran quejas asociadas a la interacción entre el personal de apoyo y los usuarios	Actitud inadecuada del personal de apoyo/administrativo
	En los registros de los distintos canales, se encuentran quejas asociadas a la interacción entre los profesionales de salud y los usuarios	Actitud inadecuada de los profesionales de salud
	Parte del éxito en la prestación de los servicios de salud radica en la facilidad de acceso de los usuarios a todos los servicios. Se encuentran quejas asociadas a demoras en la atención telefónica y presencial.	Barreras en la accesibilidad
	En los registros de los distintos canales, se encuentran quejas asociadas a la demora en la asignación de citas de ginecología, medicina interna, dermatología y pediatría	Falta de oportunidad en medicina especializada
	En los registros de los distintos canales, se encuentran quejas asociadas a la demora en la asignación de citas de medicina general	Falta de oportunidad en medicina general
	Se ha evidenciado congestión en los espacios de espera de la IPS, especialmente en las áreas SIAU y Laboratorio Clínico	Infraestructura inadecuada
	Es posible que la falta de equipos de cómputo, biomédicos y de soporte ocasionen demoras en la atención o dificulten la prestación de los servicios	Equipos insuficientes
	Es posible que algunas quejas se generen por demoras en la atención relacionadas con la ausencia o desconocimiento de la documentación de los procesos	Procedimientos inadecuados/insuficientes
	En los registros de los distintos canales, se encuentran quejas asociadas a demoras en autorizaciones u órdenes de servicios.	Demora en trámites internos

Fuente: autoras

Las nueve (9) *causas posibles* producto del ejercicio de análisis de causas a través de la estrategia de lluvia de ideas, constituyen el primer nivel del diagrama causa-efecto construido para el análisis de datos asociados al aumento de quejas en la IPS Forpresalud sede Lebrija, que es el siguiente paso de la metodología ACR y que se encuentra en el anexo No. 7.

**Figura 12.**

*Primer nivel de la matriz causa/efecto*



Fuente: autoras

Como primera causa posible se determinó la “actitud inadecuada del personal de apoyo/administrativo” debido a que corresponde a un atributo en salud por el cual los usuarios interpusieron quejas en la vigencia 2020. Además, se consideró durante el ejercicio de “lluvia de ideas” que una buena actitud del personal de atención es clave para construir una experiencia positiva en el usuario, a quien es necesario mostrarse siempre proactivo y dispuesto para satisfacer sus necesidades indicando en lo posible, todo lo que se puede hacer por ellos.

Como segunda causa se estableció la “actitud inadecuada de los profesionales de salud”, debido a que, de la misma forma que la primera causa, corresponde a un atributo en salud por el cual los usuarios interpusieron quejas en la vigencia 2020. El talento humano en salud representa el personal de prestación directa del servicio y es mediante este, que los usuarios reciben la atención final, valoración, seguimiento y recomendaciones con respecto a su salud. Esta causa está directamente relacionada con la percepción que el usuario tiene sobre la calidad del servicio recibido y, a su vez, con un número importante de quejas recibidas.

Como tercera causa, las “barreras en la accesibilidad” son un factor determinante al analizar las quejas. De acuerdo con el Ministerio de Salud de Colombia, la accesibilidad se define

como la “Posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de salud.” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2002), y representa la relación entre los obstáculos que los usuarios pueden encontrar y la obtención efectiva del servicio. Bajo esta causa, se encuentran factores relacionados con las quejas presentadas por parte de los usuarios de la IPS durante el 2020.

La cuarta causa primaria establecida es “equipos insuficientes” y se relaciona con el número de equipos biomédicos, tecnológicos y de soporte disponibles y funcionando con los que cuenta la IPS para la prestación del servicio. La falta o poca disponibilidad de equipos puede afectar la seguridad y la satisfacción del usuario, por lo que se considera relevante su análisis en la determinación de causas.

Como quinta causa planteada se determinaron los aspectos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad (SGC), específicamente los procedimientos y guías que soportan todos los procesos que se ejecutan en la IPS. Es por esto, que los “procedimientos inadecuados/insuficientes” se plantean como un ítem importante en el análisis de causas, toda vez que una deficiencia o desconocimiento en el SGC no permite una ejecución adecuada de procesos para la prestación del servicio, y por ende, se puede presentar una distribución inadecuada de tareas, cargos y funciones que dificulten la prestación del servicio a la población.

La sexta y séptima causas determinadas son “falta de oportunidad en medicina especializada” y “falta de oportunidad en medicina general”. Se define oportunidad en la atención en salud como la “Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, sf). En el análisis inicial de las quejas interpuestas, se encuentran querellas relacionadas con este atributo de calidad en salud, por lo que se considera relevante para analizar como una causa inmediata al aumento de quejas.

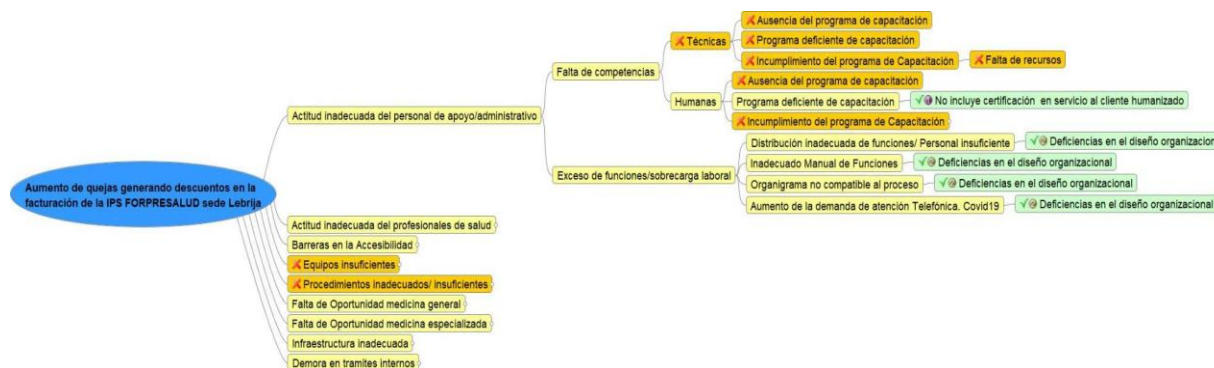
Con respecto a la infraestructura física de la IPS, se revisan aspectos relacionados con cumplimiento legal y satisfacción al usuario, por lo que se establece la “infraestructura inadecuada” como la octava causa posible de las quejas en la IPS. Una excelente infraestructura física, no solo cumple con las disposiciones legales y normas técnicas, sino que garantiza la adecuada prestación del servicio de salud y brinda a los usuarios una experiencia de atención satisfactoria. En la IPS Forpresalud sede Lebrija, se puede evidenciar congestión de usuarios en los espacios de espera, especialmente en las áreas de SIAU y laboratorio clínico, lo que ratifica la necesidad de analizar la infraestructura física de la institución (ver anexo No. 2.2).

Por último, una novena causa de quejas recurrentes es la “demora en trámites internos” y es analizada dentro de la matriz de causa-efecto, toda vez que afecta directamente la percepción del usuario y su satisfacción.

Finalizada la construcción del primer nivel, se procede a componer el segundo nivel del diagrama causa-efecto, en donde se encuentran la segregación de causas que están directamente relacionadas con el efecto del primer nivel, y que fueron determinadas con base en la pregunta metodológica “¿Este efecto es/fue causado por?”. Esta pregunta se repite en todos los niveles del análisis, de tal forma que cada nuevo nivel constituye una causa verificada o descartada con base en la verificación de los soportes recopilados en la etapa metodológica de recolección de datos, es decir, que el resultado de este análisis arroja las causas probadas con hechos y datos que continúan a la siguiente etapa de verificación dentro de la herramienta de ACR.

**Figura 13.**

*Desarrollo de la matriz causa/efecto para “Actitud inadecuada del personal de apoyo/administrativo”*



Fuente: autoras

Para el efecto “actitud inadecuada del personal de apoyo/administrativo”, se determina de manera inicial que probablemente es causado por una falta de competencias del personal administrativo, las que pueden ser de tipo técnicas o humanas. En todos los procesos administrativos, operacionales y de servicios, las competencias técnicas han sido muy valoradas por las organizaciones a la hora de un proceso de selección o de capacitación a su personal, incluso por encima de las competencias no técnicas o humanas. Es así, que la revisión al plan de capacitaciones de la IPS Forpresalud sede Lebrija (ver anexo 5.6), nos permite descartar las siguientes causas “ausencia del plan de capacitación” e “incumplimiento del programa de capacitación”, toda vez que se comprueba que se cuenta con un plan de capacitación, en cumplimiento al SGC, que fue ejecutado a cabalidad en la vigencia 2020. Sin embargo, en este programa están únicamente planeadas capacitaciones de tipo técnico aplicables a cada proceso, y no se encuentra contemplado el fortalecimiento de las competencias humanas o blandas de los trabajadores de la IPS Forpresalud sede Lebrija. Por lo tanto, el efecto “programa deficiente de

capacitación” se valida con la causa final “no incluye certificación en servicio al cliente humanizado”

Una segunda causa posible determinada para el efecto “actitud inadecuada del personal de apoyo/administrativo”, es el “exceso de funciones/sobrecarga laboral” que pudiera existir en los funcionarios, causa que fue extraída de las encuestas aplicadas a los once trabajadores de la IPS, en donde se evidencia la recurrencia en esta respuesta, y que puede ser un efecto de las siguientes causas “distribución inadecuada de funciones/personal insuficiente”, “inadecuado manual de funciones”, “organigrama no compatible al proceso” y “aumento de la demanda de atención telefónica COVID-19”. Para la validación de estas causas se analizó el organigrama de la sede (ver anexo 5.1) y el manual de funciones (ver anexo 5.5) recolectados inicialmente mediante la herramienta asociada a “PAPEL” y las fotografías (ver anexo 2.2) reunidas en la herramienta asociada a “POSICIÓN”, evidenciando lo siguiente en algunos de los cargos analizados:

- Auxiliar de call center: en su descripción de cargo se contemplan las funciones “autorizar órdenes de servicios internas y externas” y “entrega de resultados de laboratorio al usuario”, que requieren desatención de la línea telefónica para su ejecución.
- Auxiliar de línea de frente: en su descripción de cargo se contemplan las funciones “realizar encuestas de satisfacción de los servicios prestados” y “redactar y elaborar informes consolidados de quejas y reclamos, buzón de sugerencias, encuestas de satisfacción y atención de usuarios a la dirección médica”, que requieren desatención del área de recepción y de atención al usuario para su ejecución.

En la revisión al organigrama de la sede, se evidenció la ausencia del cargo “auxiliar SIAU”, cuyas funciones son asumidas por la auxiliar de línea de frente.

Por otra parte, la coyuntura ocasionada por la emergencia sanitaria COVID, no ha sido tenida en cuenta en la institución para la revisión de posibles ajustes necesarios en los cargos y funciones, de tal manera que se adecúen a la nueva realidad.

De acuerdo con lo anterior, se validó la causa “deficiencia en el diseño organizacional”, como probada, ante la ausencia de un sistema adecuado de revisión y validación del diseño organizacional basada en procesos, y teniendo en cuenta el número de cargos requerido, el número de usuarios y las nuevas condiciones de prestación del servicio ante la pandemia.

**Figura 14.**

*Desarrollo de la matriz causa/efecto para “Actitud inadecuada de profesionales de la salud”*



Fuente: autoras

La segunda causa analizada a través del diagrama causa-efecto es la “actitud inadecuada de profesionales de la salud”, para lo que se determinó que puede ocurrir por las siguientes causas “falta de competencias” y “exceso de funciones/sobrecarga de pacientes” que han sido verificadas de acuerdo con el análisis realizado previamente, mediante el cual se valida la causa “no incluye certificación en servicio al cliente humanizado”, como probada, toda vez que se corrobora la

ausencia de una certificación de este tipo para el personal de la salud en el plan de capacitación de la IPS. Con respecto a la causa “expectativas erradas de los usuarios”, se identifica que unos de los motivos recurrentes en las quejas interpuestas por parte de los usuarios, corresponde a la inconformidad por la no generación de los apoyos diagnósticos o incapacidades que los usuarios esperan recibir. Debido a esto, el usuario presenta una queja asociada a la actitud del personal de salud, que no está relacionada con una falla en el servicio, sino a una falta de cultura y de educación del usuario. Con el fin de probar esta causa, se intentó validar el programa de educación al usuario de la IPS Forpresalud sede Lebrija; sin embargo, este aún no ha sido diseñado ni implementado, por lo que la causa “ausencia de programa de educación al usuario” se valida. La importancia de contar con esta clase de programas no sólo es de tipo legal (cumplimiento Res. 2063 de 2017), sino también de tipo organizacional, toda vez que educa al paciente en sus derechos, deberes y busca la adquisición de conocimientos y habilidades que permitan al paciente tomar las mejores decisiones con respecto a su salud, logrando un cambio cultural que redunde en un beneficio mutuo entre el paciente y la organización.

**Figura 15.**

*Desarrollo de la matriz causa/efecto para “Barreras en la accesibilidad”*



Fuente: autoras



La tercera causa determinada en el diagrama causa-efecto corresponde a “barreras en la accesibilidad”, a la que a su vez, se le relaciona la causa “ubicación geográfica”, que es descartada con base en los datos recolectados en la herramienta correspondiente a “POSICIÓN”, en donde se puede determinar que la IPS Forpresalud sede Lebrija se encuentra ubicada en el casco urbano del municipio, cuenta con vías de acceso principales y pavimentadas, dispone de facilidad para el acceso a rutas municipales e intermunicipales, servicio de transporte público y existe un parqueadero ubicado a pocos metros de la institución.

La siguiente barrera en la accesibilidad determinada es la “demora en la atención”, que a su vez se divide en “demora telefónica” y “demora presencial”. Asociadas a estas causas, se encuentran la “ausencia de personal para la atención” y el “aumento de la demanda por restricciones COVID”, las cuales han sido validadas anteriormente, dando lugar a la causa probada “deficiencias en el diseño organizacional”. De igual forma, la “falta de infraestructura adecuada para la espera” asociada a la demora presencial, es una causa validada anteriormente que dio lugar a la causa probada “deficiencias en el diseño físico de la IPS”.

Por otra parte, la causa “falta de líneas telefónicas” asociada a la demora telefónica, es descartada con base en el cronograma mantenimiento de equipos (ver anexo 4.4), en donde se evidencia la existencia de tres teléfonos disponibles para uso de la Auxiliar de call center, además de tres líneas telefónicas a las que los usuarios se pueden comunicar para solicitar citas o despejar inquietudes sobre la prestación del servicio. Sin embargo, se evidencia que la línea telefónica y la asistencia presencial, son el único medio por el que los pacientes solicitan citas, se informan y realizan trámites. Por este motivo la causa “falta de herramienta tecnológica” es considerada dentro del análisis y se valida como causa probada, teniendo en cuenta que el uso de un desarrollo tecnológico (APP, página WEB, redes sociales) facilita y promueve la interacción entre el usuario

y la IPS, mejora tiempos de espera, optimiza procesos y favorece la satisfacción del cliente. Adicionalmente, hoy en día es necesario priorizar la accesibilidad a los servicios de forma no presencial, teniendo en cuenta la “nueva normalidad” producto de la pandemia COVID-19, a la que se enfrentan todas las instituciones del mundo.

Otra barrera de accesibilidad identificada es “servicios fuera de municipio o área de influencia”, que está relacionada con la ausencia de oferta de ciertos apoyos diagnósticos como rayos X y algunos exámenes especializados de laboratorio clínico y de especialidades médicas como medicina interna y ginecología, que obligan a los usuarios a desplazarse a un municipio cercano (Bucaramanga) para poder acceder a los servicios. La falta de especialistas o apoyos diagnósticos en el área, es una variable que está fuera del control de la IPS; sin embargo, un correcto diseño de la agenda prestacional de servicios en salud basado en la cantidad y características de la población usuaria, está directamente relacionada con la cantidad de atenciones planeadas y el cumplimiento de indicadores, por lo que es posible, después de un análisis cuidadoso, tomar decisiones con respecto a la contratación de especialistas que se movilicen al municipio o la compra de equipos biomédicos que redunden en optimización de tiempos y costos. Es por esto, que la causa “diseño inadecuado de la agenda prestacional en servicios de salud” se valida como probada.

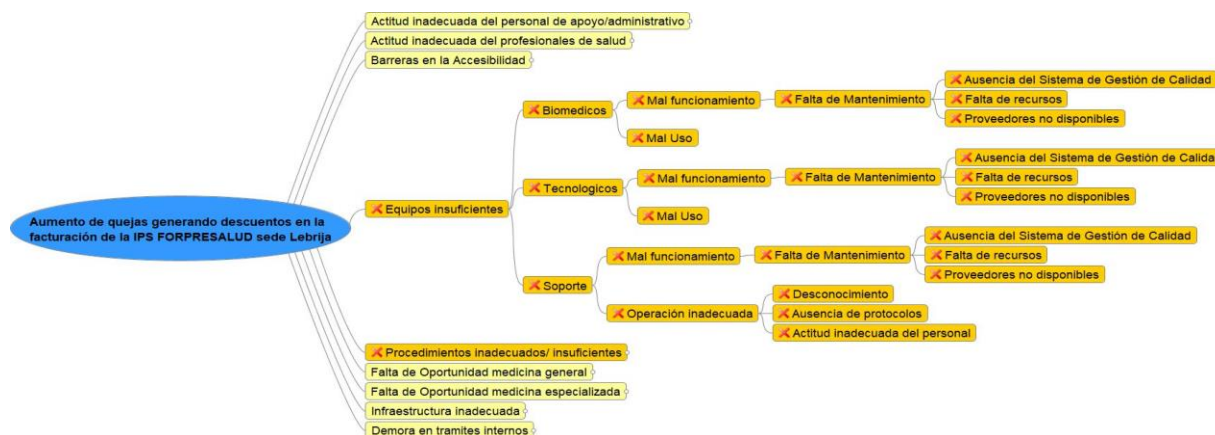
Como siguiente barrera de accesibilidad, el “horario restringido” es considerado dentro del análisis, toda vez que constituye una causa posible por la que los usuarios pueden o no acceder a los servicios. Se validó el horario de atención para los servicios de la sede que es de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., en jornada continua. Este horario de atención aplica para todos los servicios de la IPS. Con el fin de verificar si este horario es el adecuado, se revisó información relacionada con posibles cláusulas dentro del contrato de la IPS y la EPS que condicionen el horario de atención,

resoluciones o decretos gubernamentales que restrinjan o determinen las horas de prestación de los servicios; no obstante, no se encontró algún documento oficial al respecto. La IPS debe garantizar la prestación de los servicios, de tal forma que se consideró que el horario de atención actual permite la asistencia de los usuarios que laboran o estudian en horarios que tradicionalmente son “no laborables” (de 6:00 a 8:00 a.m., de 12:00 m. a 1:00 p.m. y de 5:00 a 6:00 p.m.), de tal forma que la causa fue descartada.

Por último, la causa “negligencia del personal de apoyo/administrativo” está asociada a la falta de competencias humanas, causa que fue previamente validada.

**Figura 16.**

*Desarrollo de la matriz causa/efecto para “Equipos insuficientes”*



Fuente: autoras

Por otra parte, para analizar la causa primaria “equipos insuficientes” relacionada con el aumento de las quejas, se tuvieron en cuenta las causas probables “mal funcionamiento”, “falta de mantenimiento”, “mal uso” y falta de procedimientos asociados a la “ausencia del Sistema de Gestión de Calidad”, para las que se analizaron los siguientes documentos: i) Anexo 4.1

Cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos, ii) Anexo 4.2 Programa de mantenimiento de equipos biomédicos, iii) Anexo 4.3 Hojas de vida de equipos biomédico; Órdenes de servicio de mantenimiento y iv) Anexo 4.4 Cronograma de mantenimiento general. Como resultado de esta validación, se obtuvo que la totalidad de los equipos de la IPS Forpresalud sede Lebrija están incluidos en el cronograma de mantenimiento, cuentan con hoja de vida y se encuentran en funcionamiento de tal forma que las causas son descartadas.

**Figura 17.**

*Desarrollo de la matriz causa/efecto para “Procedimientos inadecuados/insuficientes”*



Fuente: autoras

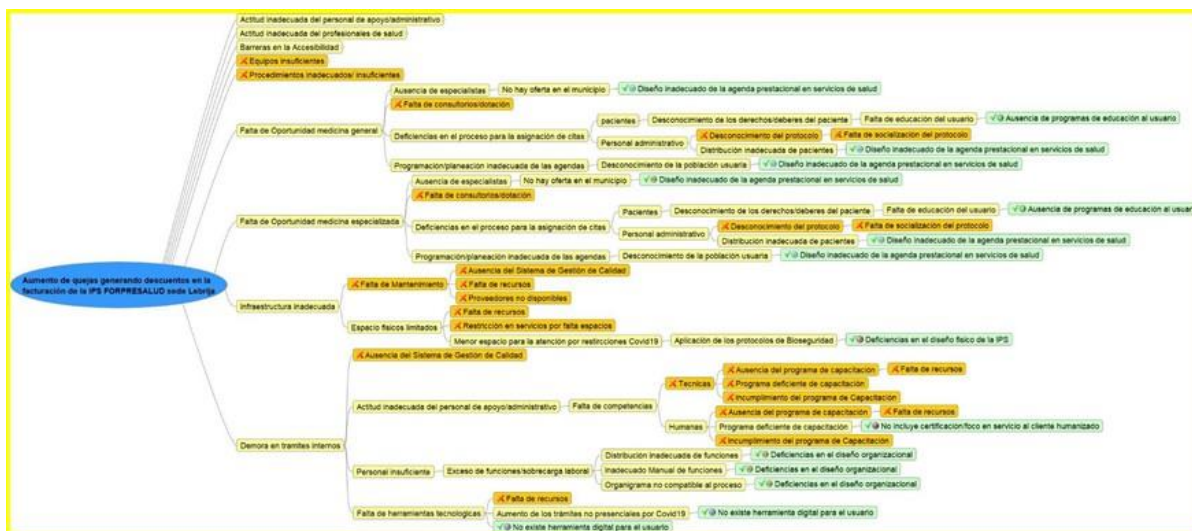
La causa “procedimientos inadecuados/insuficientes” fue descartada con base en la existencia de un Sistema de Gestión de Calidad certificado bajo la norma ISO 9001:2015, que soporta la existencia de la documentación adecuada y suficiente de todos los procesos de la institución.

En la siguiente parte del diagrama causa-efecto, se analizaron las últimas cuatro causas primarias y se construyó con base en la misma metodología de análisis causal. En el desarrollo se

identifica que algunas de las causas previamente probadas se repiten en varios niveles, lo que indica la concentración de las desviaciones en determinados procesos de la organización.

**Figura 18.**

*Diagrama de causa/efecto*



Fuente: autoras

A continuación, se relacionan los efectos primarios y las causas probadas para cada uno, de acuerdo con las validaciones anteriores:

- Efecto: Falta de oportunidad medicina general/especializada  
Causa Probada: Diseño inadecuado de la agenda prestacional en servicios de salud y ausencia de programa de educación al usuario.
- Efecto: Infraestructura inadecuada.  
Causa probada: Deficiencias en el diseño físico de la IPS.
- Efecto: Demora en trámites internos.

Causa probada: El programa de capacitación no incluye certificación en servicio al cliente humanizado, deficiencias en el diseño organizacional y no existe herramienta digital para el usuario.

Producto del ejercicio análisis causa-efecto, y luego de la construcción del diagrama, se validaron como probadas las siguientes seis causas:

1. El programa de capacitación no incluye certificación en servicio al cliente humanizado.
2. Deficiencias en el diseño organizacional.
3. Ausencia de programa de educación al usuario.
4. Diseño inadecuado de la agenda prestacional en servicios de salud.
5. No existe herramienta digital para el usuario
6. Deficiencias en el diseño físico de la IPS.

Para mejor visualización del Diagrama de causa y efecto resultado del análisis realizado se puede consultar el Anexo 7. Diagrama de causa/efecto.

Una vez obtenidas las causas probadas, se procedió a la verificación de las mismas como causas raíz, de tal forma que se validó que estén directamente relacionadas en la ocurrencia del problema y que guarden coherencia con las cuatro dimensiones del problema:

- ¿Qué? El aumento de quejas
- ¿Cuándo? De enero a diciembre de 2020
- ¿Dónde? En la IPS Forpresalud Sede Lebrija

- ¿Cuánto? 2.400 quejas

Para realizar esta verificación, se hizo uso de 3 preguntas de proceso i) ¿se ha conocido como causa raíz en estudios referenciados en el estado del arte? Esta pregunta busca fundamentarse en el soporte teórico y referenciado de estudios similares. ii) ¿Esta causa repetiría el problema? Con este interrogante se valida la persistencia de la causa en la generación de quejas. iii) ¿Eliminando la causa se elimina el problema? Esta respuesta da lugar a la determinación de la importancia de la eliminación de la causa toda vez que influye directamente en la ocurrencia del problema. Finalmente se determina si las causas probadas corresponden a una causa raíz.

En la Tabla 6 se muestra la verificación de causa raíz con la metodología descrita anteriormente:

**Tabla 7.***Verificación de causa raíz*

Sistema/ Proceso	Efecto Primario	Causas Probadas	Dimensiones Del Problema				¿Se Ha Conocido Como Causa Raíz En Estudios Referenciados En El Estado Del	¿Esta Causa Repetiría El Problema?	¿Eliminando La Causa Se Elimina El Problema?	Causa Raíz
			Identidad	Tiempo	Lugar	Extensión				
			¿Que?	¿Cuando?	¿Donde?	¿Cuanto?				
Prestación de servicios de salud	Programa de capacitación deficiente	El programa de Capacitación no incluye la certificación en servicio al cliente humanizado	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	
		Exceso de funciones / sobrecarga laboral	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	





Sistema/ Proceso	Efecto Primario	Causas Probadas	Dimensiones Del Problema				¿Se Ha Conocido Como Causa Raíz En Estudios Referenciados En El Estado Del	¿Esta Causa Repetiría El Problema?	¿Eliminando La Causa Se Elimina El Problema?	Causa Raíz
			Identidad	Tiempo	Lugar	Extensión				
			¿Que?	¿Cuando?	¿Donde?	¿Cuanto?				
			Aumento de quejas	Enero a diciembre 2020	Forpresalud IPS Lebrija	2400 quejas				
Infraestructura inadecuada	Deficiencia en el diseño físico de la IPS		SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	

Fuente: autoras

Como resultado de la verificación, en este caso particular, fueron validadas todas las causas probadas como causa raíz a las cuales, como siguiente paso, se les plantean decisiones y soluciones que se desarrollarán en el plan de acción que apunten a la mitigación del problema.

El Planteamiento de la Decisión, siguiente etapa de la metodología, involucra aspectos generalizados de la institución, ya que apoya la eliminación de la causa raíz y adicionalmente la solución del problema. Estas decisiones están enfocadas a plantear las soluciones que eviten que los efectos primarios se vuelvan a presentar en el desarrollo del proceso. Para los efectos primarios identificados en el diagrama causa-efecto y enlazados en la verificación de causas raíz, es necesario la estructuración de las decisiones para luego, construir las decisiones:

- Programa de capacitación deficiente: La decisión planteada para este efecto fue el fortalecimiento de las competencias del personal (administrativo y asistencial), con el fin de brindar una atención con enfoque al cliente y humanización en la atención por cualquiera de los canales de comunicación, sobre todo teniendo en cuenta las condiciones de la pandemia, así como mejorar las habilidades técnicas y la adherencia a los procesos contemplados bajo el Sistema de Gestión.

- Exceso de Funciones / Sobrecarga laboral: con el fin de dar fluidez en la prestación del servicio, mejorar los tiempos de espera en sala y cumplir los protocolos de bioseguridad, se decidió equilibrar las funciones del personal de apoyo dispuesto para labores administrativas de atención a pacientes.

- Ausencia de especialistas/ Exceso de pacientes/ Desconocimiento del proceso de asignación de citas: Estos efectos primarios se presentan continuamente de acuerdo con el análisis causa efecto, por lo que es necesario dar cumplimiento a la oferta de servicios, y para esto se

requiere un ejercicio de mayor revisión de la población asignada para la programación de las agendas, acorde al cumplimiento de metas y la caracterización de los usuarios.

- Desconocimiento de los derechos y deberes de los pacientes: la decisión que se determinó es el fortalecimiento de la educación y cultura en la población usuaria, lo que involucra la participación de las partes interesadas y lograr enfocar la información de forma tal que se encaminan las expectativas de los usuarios.

- Demoras en la atención/ Demora en trámites internos: para este efecto primario es necesario agilizar atención y trámites internos haciendo uso de una herramienta tecnológica que disminuya la asistencia a la sede y de respuesta a los requerimientos de los usuarios.

- Infraestructura inadecuada: con el fin de mitigar este efecto primario se decidió el mejoramiento de las condiciones físicas de la sede, esto aplica para las áreas de SIAU y laboratorio clínico.

En la Tabla 7 se muestran las decisiones planteadas para los efectos primarios identificados y las soluciones estructuradas para eliminación de la causa raíz identificada:

Tabla 8.

## Planteamiento de la Decisión

SISTEMA	EFEECTO PRIMARIO	DECISIÓN	CAUSA RAÍZ	SOLUCIONES	ENTREGABLE
Prestación de servicios de salud	Programa de capacitación deficiente	Mejorar las competencias en Trato humanizado del personal de la IPS	El programa de Capacitación no incluye el certificación en servicio al cliente humanizado	1 Incluir en el cronograma de capacitación, la certificación en Humanización o Trato Humanizado en Servicios de Salud.	Certificación en Humanización de Servicios de Salud
	Exceso de funciones / sobrecarga laboral	Equilibrar las funciones para dar fluidez a la prestación del servicio	Deficiencia en el diseño organizacional	2 Reestructuración del diseño organizacional en cargos asociados a la atención en servicios de salud	Organiograma ajustado
					Manual de Funciones
					Matriz de Comunicación
	Ausencia de especialistas. Exceso de pacientes. Desconocimiento del proceso de asignación de citas.	Cumplir con la oferta de servicios	Diseño inadecuado de la agenda prestacional en servicios de salud	3 Diseñar la agenda de prestación de servicios de salud de acuerdo a la población usuaria	Agenda prestacional ajustada
	Desconocimiento de los derechos y deberes de los pacientes	Fortalecer la educación y cultura en la población usuaria	Ausencia del programa de educación para el usuario	4 Diseñar programa de educación al usuario	Programa de educación al usuario
	Demoras en la atención Demora en tramites internos	Agilizar atención y trámites internos	No existe herramienta digital para el usuario	5 Desarrollo de herramienta digital para el usuario	APP Forpresalud
Infraestructura inadecuada	Mejorar las condiciones	Deficiencia en el diseño físico de la IPS	6 Reestructuración del diseño físico de la IPS	Planos actualizados	

Fuente: autoras

Las soluciones que se generaron para la eliminación de la causa raíz son:

- Incluir en el cronograma de capacitación, la certificación en Humanización o Trato humanizado en Servicios de Salud.
- Reestructuración del diseño organizacional en cargos asociados a la atención en servicios de salud.
- Diseñar la agenda de prestación de servicios de salud de acuerdo con la población usuaria.
- Diseñar programa de educación al usuario.
- Desarrollo de herramienta digital para el usuario.
- Reestructuración del diseño físico de la IPS.

Posterior al planteamiento de las soluciones se procedió con la construcción del Plan de Acción, donde se especificaron las actividades necesarias que generan los entregables que complementan dicha solución; de esta forma se define el tiempo de la implementación y el (los) responsable(s).

El Plan de Acción se desarrolló por cada solución definida, con el fin de especificar los pasos para el cumplimiento y no generalizar acciones que dispersen la ocurrencia del problema.

En la Tabla 8 se plantearon las actividades/tareas a ejecutar para la corrección de la causa raíz: “El programa de Capacitación no incluye la certificación en servicio al cliente humanizado.”

**Tabla 9.***Plan de Acción Solución 1*

Solución 1	Incluir en el cronograma de capacitación, la certificación en Humanización o Trato Humanizado en Servicios de Salud.	Causa: El programa de Capacitación no incluye el certificación en servicio al cliente humanizado	
	Tareas	Responsable (cargo)	Duración
1	Identificar el tipo de formación que se requiere	Coordinador de Talento Humano/ Director de Sede	5 días
2	Definir la población objetivo	Coordinador de Talento Humano/ Director de Sede	2 días
3	Seleccionar la formación de acuerdo con las ofertas disponibles	Coordinador de Talento Humano/ Director de Sede	10 días
4	Definir el cronograma de formación con la inclusión de la certificación	Coordinador de Talento Humano/ Director de Sede	5 días
5	Ejecutar el cronograma	Coordinador de Talento Humano/ Director de Sede	90 días

Fuente: autoras

En la Tabla 9 se relacionaron las tareas para la causa raíz: “Deficiencia en el diseño organizacional.”

**Tabla 10.***Plan de Acción Solución 2*

Solución 2	Reestructuración del diseño organizacional en cargos asociados a la atención en servicios de salud	Causa: Deficiencia en el diseño organizacional	
	Tareas	Responsable (cargo)	Duración
1	Ajustar los procesos de asignación de citas y atención al usuario	Coordinador SGI/ Director de Servicios de Salud/ Director de Sede/ Gerente	15 días
2	Dimensionar e identificar los cargos críticos	Coordinador SGI/ Director de Servicios de Salud/ Director de Sede/ Gerente/Coordinador de Talento Humano	1 día
3	Redefinición o redistribución de las funciones de los cargos críticos	Coordinador SGI/ Director de Sede/Coordinador de Talento Humano	10 días
4	Ajustar los documentos: Organigrama Manual de Funciones Modelo de atención	Coordinador SGI/ Director de Servicios de Salud/ Director de Sede/ Gerente/Coordinador de Talento Humano	30 días
5	Realizar talleres de socialización al personal	Coordinador de Talento Humano/ Director de Sede	30 días

Fuente: autoras

En la Tabla 10 se definieron las tareas para la causa raíz: “Diseño inadecuado de la agenda prestacional en servicios de salud.”

**Tabla 11.**

*Plan de Acción Solución 3*

Solución 3		Agenda de prestación de servicios de salud de acuerdo a la población usuaria	Causa: Diseño inadecuado de la agenda prestacional en servicios de salud
	Tareas	Responsable (cargo)	Duración
1	Realizar análisis de datos de la población usuaria que incluyan como mínimo las siguientes variables: Nombre Documento Estado Civil Sexo Edad Tipo de Cotizante Diagnósticos internos y externos Antecedentes Enfermedades laborales	Coordinador de Sistemas de Información/ Director de Servicios de Salud/ Director de Sede	180 días
2	Clasificar la población para enfocar adecuadamente los programas de atención y prevención en salud	Coordinador de Sistemas de Información/ Director de Servicios de Salud/ Director de Sede	30 días
3	Planear las agendas de atención con base en la clasificación de la población y los servicios disponibles	Director de Servicios de Salud/ Director de Sede	10 días
4	Diseñar "Comité de Seguimiento a la Atención", con el fin de monitorear indicadores y la actualización de la población asignada.	Director de Servicios de Salud/ Director de Sede	30 días

Fuente: autoras



En la Tabla 11 se detallaron las tareas para la causa raíz: “Fortalecer la educación y cultura en la población usuaria.”

**Tabla 12.**

*Plan de Acción Solución 4*

Solución 4		Diseñar programa de educación al usuario		Causa: Fortalecer la educación y cultura en la población usuaria
	Tareas	Responsable (cargo)	Duración	
1	Realizar análisis de datos de la población usuaria que incluyan como mínimo las siguientes variables: Nombre Documento Estado Civil Sexo Edad Tipo de Cotizante Diagnósticos internos y externos Antecedentes Enfermedades laborales	Coordinador SGI/ Director de Servicios de Salud/ Director de Sede	180 días	
2	Identificar la información a divulgar	Coordinador SGI/ Director de Servicios de Salud/ Director de Sede	5 días	
3	Definir la población objetivo	Coordinador SGI/ Director de Servicios de Salud/ Director de Sede	2 días	
4	Definir el cronograma de educación al usuario	Director de Sede/ SIAU	5 días	
5	Ejecutar el cronograma	Director de Sede/ SIAU	360 días	

Fuente: autoras

En la Tabla 13 se especificaron las tareas para la causa raíz: “No existe herramienta digital para el usuario.”

**Tabla 13.***Plan de Acción Solución 5*

Solución 5		Desarrollo de herramienta digital para el usuario		Causa: No existe herramienta digital para el usuario
	Tareas	Responsable (cargo)	Duración	
1	Definir el (los) proceso(s) a incluir en el desarrollo de la herramienta digital	Coordinador SGI/ Director de Servicios de Salud/ Director de Sede/ Gerente	30 días	
2	Identificar proveedor para seleccionar la mejor alternativa para el desarrollo de la herramienta digital	Coordinador de Sistemas de Información/ Director Administrativa	30 días	
3	Implementar la herramienta digital seleccionada	Coordinador de Sistemas de Información/ Director de Sede	60 días	
4	Diseñar estrategia de divulgación de la herramienta digital	Coordinador de Sistemas de Información/ Director de Sede	30 días	

Fuente: autoras

En la Tabla 14 se enlistan las tareas para la causa raíz: “Infraestructura inadecuada”

**Tabla 14.***Plan de Acción Solución 6*

Solución 6		Reestructuración del diseño físico de la IPS		Causa: Infraestructura inadecuada
	Tareas	Responsable (cargo)	Duración	
1	Realizar diagnóstico de los espacios disponibles y planteamiento de alternativas	Director de Sede/ Director Administrativo/ Gerente	30 días	
2	Ejecutar la alternativa seleccionada	Director de Sede/ Director Administrativo/ Gerente	30 días	
3	Dotar los nuevos espacios	Director de Sede/ Director Administrativo/ Gerente	30 días	

Fuente: autoras

El Plan de Acción propuesto, no solamente describió las acciones necesarias para ejecutar las soluciones determinadas, también incluyó el cargo de los responsables de la ejecución y la duración estimada.

Con el fin de determinar el presupuesto financiero para el desarrollo de las acciones propuestas, se construyó el siguiente esquema de estimación de costos, cuyos pormenores se detallan en el Anexo No. 8:

Ítem	UM	Cantidad	Valor Total Millones
<b>1. Incluir en el cronograma de capacitación, la certificación en Humanización en Servicios de Salud.</b>			
Identificar el tipo de formación que se requiere	h/h	40	\$ 2.083.333
Definir la población objetivo	h/h	16	\$ 833.333
Seleccionar la formación de acuerdo con las ofertas disponibles	h/h	10	\$ 520.833
Definir el cronograma de formación con la inclusión de la certificación	h/h	20	\$ 1.041.667
Ejecutar el cronograma	\$/Persona	40	\$ 12.903.270
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 17.382.437</b>
<b>2. Reestructuración del diseño organizacional en cargos asociados a la atención en servicios de salud</b>			
Ajustar los procesos de asignación de citas y atención al usuario	h/h	45	\$ 4.992.188
Dimensionar e identificar los cargos críticos	h/h	4	\$ 485.417
Redefinición o redistribución de las funciones de los cargos críticos	h/h	12	\$ 297.917
Ajustar los documentos: Organigrama Manual de Funciones	h/h	26	\$ 3.155.208

Ítem	UM	Cantidad	Valor Total Millones
Modelo de atención			
Manual de Comunicaciones			
Realizar talleres de socialización al personal	h/h	22	\$ 515.625
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 9.446.354</b>

### 3. Agenda de prestación de servicios de salud de acuerdo a la población usuaria

Realizar análisis de datos de la población usuaria que incluyan como mínimo las siguientes variables:	Contrato	1	\$ 54.000.000
Nombre			
Documento			
Estado Civil			
Sexo			
Edad			
Tipo de Cotizante			
Diagnósticos internos y externos			
Antecedentes			
Enfermedades laborales			
Clasificar la población para enfocar adecuadamente los programas de atención y prevención en salud	h/h	60	\$ 4.156.250
Planear las agendas de atención con base en la clasificación de la población y los servicios disponibles	h/h	30	\$ 2.078.125
Diseñar "Comité de Seguimiento a la Atención", con el fin de monitorear indicadores y la actualización de la población asignada.	h/h	30	\$ 1.687.500
<b>Total</b>			<b>\$ 61.921.890</b>

Ítem	UM	Cantidad	Valor Total Millones
<b>4. Diseñar programa de educación al usuario</b>			
Realizar análisis de datos de la población usuaria que incluyan como mínimo las siguientes variables:  Nombre  Documento  Estado Civil  Sexo  Edad  Tipo de Cotizante  Diagnósticos internos y externos  Antecedentes  Enfermedades laborales	h/h	20	\$ 1.385.417
Identificar la información a divulgar	h/h	10	\$ 692.708
Definir la población objetivo	h/h	5	\$ 346.354
Definir el cronograma de educación al usuario	h/h	7	\$ 154.948
Ejecutar el cronograma	\$/Persona	30	\$ 664.063
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 3.243.490</b>
<b>5. Desarrollo de herramienta digital para el usuario</b>			
Definir el (los) proceso(s) a incluir en el desarrollo de la herramienta digital	Contrato	1	\$ 7.120.000
Identificar proveedor para seleccionar la mejor alternativa para el desarrollo de la herramienta digital	h/h	5	\$ 208.333
Implementar la herramienta digital seleccionada	h/h	30	\$ 1.250.000
Diseñar estrategia de divulgación de la herramienta digital	h/h	15	\$ 625.000
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 9.203.333</b>

Ítem	UM	Cantidad	Valor Total Millones
<b>6. Reestructuración del diseño físico de la IPS</b>			
Realizar diagnóstico de los espacios disponibles y planteamiento de alternativas	Contrato	1	\$ 6.000.000
Ejecutar la alternativa seleccionada	Contrato	1	\$ 2.500.000
Dotar los nuevos espacios	Contrato	1	\$ 2.300.000
<b>Total</b>			<b>\$ 10.800.000</b>
<b>Total</b>			<b>\$ 111.997.504</b>

La estimación de costos se realizó con base en el recurso humano actualmente disponible en la organización, calculando el número de horas hombre requeridas para la ejecución de cada actividad. El valor de cada hora se definió de acuerdo con la asignación salarial actual. Así mismo, el valor de las acciones que requieren de una intervención de personal externo a la institución, fueron ponderadas con base en cotizaciones solicitadas a proveedores con experiencia en la presentación del bien o servicio requerido, de tal forma que se pudo obtener una valoración cercana a la realidad del mercado actual, que permite la toma de decisiones efectiva por parte de los directivos de la IPS.

## Capítulo 5

### 5.1 Conclusiones

La solución de problemas en cualquier proceso asociado a la prestación de servicios de salud debe realizarse mediante un método secuencial, lógico y formal que permita la generación de acciones eficientes y efectivas. Las seis causas raíz generadoras del aumento de quejas en la IPS Forpresalud sede Lebrija y la consecuente disminución porcentual en la facturación de la institución fueron:

1. El programa de capacitación no incluye certificación en servicio al cliente humanizado.
2. Deficiencias en el diseño organizacional.
  3. Ausencia de programa de educación al usuario.
  4. Diseño inadecuado de la agenda prestacional en servicios de salud.
  5. No existe herramienta digital para el usuario.
  6. Deficiencias en el diseño físico de la IPS

Estas causas raíz identificadas se encuentran enmarcadas en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGC), principalmente en el Sistema Único de Habilitación (SUH), bajo los siguientes estándares:

1. Recurso Humanos
2. Infraestructura e instalaciones físicas
3. Dotación y mantenimiento

4. Medicamentos y dispositivos médicos
5. Procesos prioritarios asistenciales
6. Historia clínica
7. Interdependencia de servicios
8. Referencia y contrarreferencia
9. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios

Para la corrección de estas causas, se establece un plan de acción que intervenga dicho sistema de habilitación y así mejorar los procesos organizacionales, fortaleciendo las competencias en trato humanizado y de asignación de recursos, así como la modernización de instalaciones que favorezca la prestación del servicio en salud, acorde a la cantidad y caracterización de la población usuaria de la institución.

La definición de causas raíz soportadas e identificadas, constituye una herramienta para la toma de decisiones acertada y enfocada por parte de los directivos de la IPS Forpresalud. Es así como se proyectaron las siguientes decisiones, que permiten orientar la estrategia de toda la institución para impactar y disminuir las quejas de los usuarios:

- Mejorar las competencias de trato humanizado del personal de la IPS
- Equilibrar las funciones para dar fluidez a la prestación del servicio
- Cumplir con la oferta de servicios
- Fortalecer la educación y cultura en la población usuaria
- Agilizar la atención y trámites internos
- Mejorar las condiciones físicas de la IPS



La estructuración de una estrategia producto de un análisis técnico y visión de negocio, contiene la ruta a seguir para mejorar el proceso. Es clave que las decisiones que conduzcan al diseño de un plan de acción sean razonablemente prácticas, es decir, que las inversiones y la asignación de recursos no supere las capacidades instaladas ni comprometan la sostenibilidad del negocio. Para implementar esta estrategia (decisiones) se definen las soluciones a nivel táctico que eliminan las causas principales o los efectos primarios en la generación del problema multicausal, como lo es el aumento de quejas en la IPS: i) Incluir en el cronograma de capacitación, la certificación en humanización en servicios de salud, ii) Reestructuración del diseño organizacional en cargos asociados a la atención en servicios de salud, iii) Diseñar la agenda de prestación de servicios de salud de acuerdo con la población usuaria, iv) Diseñar programa de educación al usuario, v) Desarrollo de herramienta digital para el usuario y vi) Reestructuración del diseño físico de la IPS.

A nivel operativo, se estructura un plan de acción con actividades, tareas, responsables, tiempos de ejecución, entregables y recursos que debe ser objeto de seguimiento por parte de los directivos de la IPS Forpresalud sede Lebrija para medir la efectividad en su implementación. Las actividades para ejecutar son:

1. Identificar el tipo de formación que se requiere.
2. Definir la población objetivo.
3. Seleccionar la formación de acuerdo con las ofertas disponibles.
4. Definir el cronograma de formación con la inclusión de la certificación.
5. Ejecutar el cronograma.
6. Ajustar los procesos de asignación de citas y atención al usuario.

7. Dimensionar e identificar los cargos críticos.
8. Redefinición o redistribución de las funciones de los cargos críticos.
9. Ajustar los documentos: Organigrama, Manual de Funciones, Modelo de atención y Manual de Comunicaciones.
10. Realizar talleres de socialización al personal
11. Realizar análisis de datos de la población usuaria que incluyan como mínimo las siguientes variables: Nombre, Documento, Estado Civil, Sexo, Edad, Tipo de Cotizante, Diagnósticos internos y externos, Antecedentes y Enfermedades laborales.
12. Clasificar la población para enfocar adecuadamente los programas de atención y prevención en salud.
13. Planear las agendas de atención con base en la clasificación de la población y los servicios disponibles.
14. Diseñar el "Comité de Seguimiento a la Atención", con el fin de monitorear indicadores y la actualización de la población asignada.
15. Identificar la información a divulgar.
16. Definir la población objetivo.
17. Definir el cronograma de educación al usuario.
18. Ejecutar el cronograma.
19. Definir el (los) proceso(s) a incluir en el desarrollo de la herramienta digital.
20. Identificar proveedor para seleccionar la mejor alternativa para el desarrollo de la herramienta digital.
21. Implementar la herramienta digital seleccionada.
22. Diseñar estrategia de divulgación de la herramienta digital.

23. Realizar diagnóstico de los espacios físicos disponibles y planteamiento de alternativas.

24. Ejecutar la alternativa seleccionada.

25. Dotar los nuevos espacios.

Dentro el sistema de prestación de servicios en salud debe fijarse como un requerimiento para la definición de acciones, un análisis de causa raíz formal y documentado, no debe ser parte del proceso la destinación de recursos basado en ejercicios individuales, deseos y conversaciones informales.

En el presente trabajo se documentaron las desviaciones asociadas a las causas de las quejas por parte de los usuarios de la IPS Forpresalud sede Lebrija, mediante la implementación de la herramienta de Análisis Causa Raíz, a través de una secuencia lógica que permite la identificación de las estrategias más efectivas a implementar. El desarrollo del proyecto abarcó un periodo de aproximadamente un año, entre la maduración y diseño de la herramienta y su implementación. El Gerente General de la IPS Forpresalud fue parte importante en el aterrizaje del objetivo, toda vez que fue quien apuntó el problema que se requería resolver en la sede Lebrija de la IPS. Los hallazgos del trabajo confirmaron la importancia de contar con una metodología de análisis causal diseñada paso a paso. Si bien se encontraron diferentes estudios realizados aplicando la metodología de ACR en el sector salud, estos presentan en común la misma falla metodológica: la falta de una etapa de verificación de causas mediante soportes y evidencias contundentes que prueben o desvirtúen las causas raíz con hechos y datos. Esta etapa es la clave en la delimitación de los problemas, toda vez que permite concentrar esfuerzos en la verificación de causas probadas. Posteriormente, se hace necesario la comprobación sistemática de las causas, con el fin de

determinar si efectivamente corresponden o no, a una causa raíz. La ausencia de esta verificación es otra falla encontrada en los trabajos asociados al ACR en el sector salud, y su no ejecución puede ocasionar un desvío del análisis hacia causas que no están directamente relacionadas con la ocurrencia del problema, con la consecuencia de reprocesos y destinación de recursos a soluciones no efectivas.

Finalmente, la metodología desarrollada en el presente proyecto será presentada a la Gerencia de la IPS Forpresalud, con el objeto de exponer los pasos desarrollados, los hallazgos obtenidos y el presupuesto requerido para la ejecución de las acciones de mejora propuestas.

## **5.2 Recomendaciones**

Como parte del trabajo realizado, se definen algunas recomendaciones que surgen tanto de los resultados derivados del proceso de investigación como de situaciones evidenciadas durante las actividades de ejecución del proyecto. A continuación, se presentan estas recomendaciones:

1. Establecer el Análisis Causa Raíz (ACR) como el método válido para la solución de problemas y eliminación de defectos en los procesos de la IPS, como por ejemplo, accidentes laborales, eventos adversos, reprocesos administrativos, demandas, etc.
2. Estructurar los comités de seguimiento, de tal forma que el tiempo invertido sea el necesario y de lugar al análisis y seguimiento de compromisos.
3. Realizar seguimiento a los Análisis Causa Raíz (ACR) en Comité de Gestión Gerencial, con el fin de mejorar la oportunidad en la toma de decisiones.
4. Incluir en los procesos de selección perfiles orientados a las relaciones interpersonales empáticas, para los cargos relacionados directamente con el servicio al cliente.

5. Incluir en el manual de funciones las habilidades blandas y las competencias específicas para cada cargo.
6. Implementar en los procesos de selección pruebas técnicas que permitan verificar el manejo de herramientas ofimáticas: paquete office (Excel).
7. Estudiar la viabilidad de adquirir un software para la documentación de los Análisis Causa Raíz (ACR) y eliminación de defectos, con el fin de guardar trazabilidad y facilitar las revisiones requeridas.
8. Fortalecer el cronograma de capacitación con formaciones de educación continua que permitan el aumento de las competencias del personal.
9. Mejorar la trazabilidad de la información con respecto a los mantenimientos y reportes de equipos biomédicos y equipos de cómputo.

## Referencias

(2020). *Cuadernos De Investigación Aplicada*.

*Auditoria-para el-mejoramiento-dela-calidad @ www.minsalud.gov.co.* (n.d.).

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/auditoria-parael-mejoramiento-dela-calidad.aspx>

Cossio, M., Peñalosa, L., Quiñones, D., & Santamaria, J. (2018). *Propuesta de plan de mejoramiento con énfasis en acreditación en una IPS de primer nivel de municipio de Cartago*. . *Высшей Нервной Деятельности*, 2, 227–249.

Gilly, M., Stevenson, W., & Yale, L. J. (s.f.). 2016.

Google. (nd). *Niveles de Atención Médica y Concepto de Redes de Atención*. Obtenido de

<https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/niveles-de-atencion-medica>

*Guía de atención para implementar quejas y reclamos*. (2013).

IPS, F. S. (n.d.). [www.forpresalud.com.co/nosotros](http://forpresalud.com.co/nosotros). <http://forpresalud.com.co/nosotros/>

Latino, R. J. (2015). *How is the effectiveness of root cause analysis measured in healthcare?*

Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jhrm.21198>

Maggi Vera, W., & Maggi, V. (2018). *Evaluación de la calidad de la atención en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios de emergencia*. *Universidad Católica Santiago de Guayaquil*,. Obtenido de

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/9976%0Ahttp://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/9976/1/T-UCSG-POS-MGSS-115.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2002). *Decreto 2309 de 2002. Ministerio de Salud y de La Protección Social - Párr. 2*.

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (sf). *Ciclo de Vida*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
- Muñoz Bermudez, M. (s.f.). *Tratamiento y gestión de quejas y reclamaciones*.
- Muñoz, L. (2019). *Plan de mejoras para aumentar la satisfacción usuaria en el centro de salud familiar pedro león gallo*.
- Murillo, L. (sf). *Fundamentos de Servicio al Cliente*.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *¿Qué es un sistema de salud? Un sistema de salud, orientación y una dirección generales*. Obtenido de <https://www.who.int/features/qa/28/es/#:~:text=R%3A>
- Ovalle, M., & Ovalle, M. (2010). *Principales causas de insatisfacción de los usuarios en el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital San Francisco; Ibagué-Tolima. Alternativas Viables De Solución*. 2010. 1–46.
- Ovalles Acosta, J., Gisbert Soler, V., & Pérez Molina, A. (2017). *Herramientas para el análisis de causa raíz (ACR)*. . 3C Empresa: investigación y pensamiento crítico, Edición Especial, 1-9.
- Potes, S., Victoria, L., & Vergara, H. (2018). *Propuesta de plan de mejoramiento para la prestación del servicio en Cruz Blanca EPS Regional Occidente*. 2, 227–249.
- Poveda, J., & Guardiola, M. (2019). *Root Cause Analysis. Techniques and Relationship With Management Systems and Non - Compliance*. 8, 84–97.
- Poveda, J., & Guardiola, M. (2019). *Root Cause Analysis. Techniques and Relationship With Management Systems and Non . Compliance*. 8, 84–97.
- quality-health-services @ www.who.int*. (n.d.). <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/quality-health-services>

Rojas Ramírez, L. J. (s.f.). *Procedimiento para la elaboración de un análisis FODA como una herramienta de planeación estratégica en las empresas.*

Ruiz-López, P., González Rodríguez-Salinasa, C., & Alcalde-Escribano, J. (s.f.). *Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores.* Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-comprar-analisis-causas-raiz-una-herramienta-13073196>

Sarli, Rosana Ruth. (sf). *Análisis foda. Una herramienta necesaria.* OD.

Schroeder, T. (2018). *Análisis de causa raíz – Resolviendo problemas definitivamente.*

<https://blog.softexpert.com/es/analisis-de-causa-raiz/>

*Sistema de-informacion-para-calidad @ www.minsalud.gov.co.* (n.d.).

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistemade-informacion-para-calidad.aspx>

Social, M. de S. y de la P. (2002). Decreto 2309 de 2002. *Ministerio de Salud y de La Protección Social.*

Supersalud. (2018). *Circular 000008. Definiciones.*

Vilagines, J. A. (sf). *Visión cliente: Crecer y ganar más con los clientes*