

**DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA
OPTIMIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ONCOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE ALTA
COMPLEJIDAD EN BOGOTÁ: ENFOQUE EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE,
MOMENTOS DE VERDAD Y CUMPLIMIENTO NORMATIVO**

**SANDRA PATRICIA BERNAL PIRATOBA
CINDY CAROLINA RIVEROS MUÑOZ**

**Trabajo de grado presentando como requisito para optar al título de
MAGISTER EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD**

**Director
SANDRA XIMENA TRUJILLO
Magíster en gestión de redes de valor y logística**

**FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE AMÉRICA
FACULTAD DE INGENIERÍAS
MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD
BOGOTÁ D.C.
2024**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Nombre

Firma del Director

Nombre

Firma del presidente Jurado

Nombre

Firma del Jurado

Nombre

Firma del Jurado

Bogotá, D.C. junio de 2024

DIRECTIVOS DE LA UNIVERSIDAD

Presidente de la Universidad y Rector del
Claustro Dr. Mario Posada García-Peña

Consejero institucional
Dr. Luis Jaime Posada García-Peña

Vicerrectora Académica
Dra. María Fernanda Vega de Mendoza

Vicerrector Administrativo y Financiero
Dr. Ramiro Augusto Forero Corzo

Vicerrectora de Investigaciones y Extensión
Dra. Susan Margarita Benavides Trujillo

Secretario General
Dr. José Luis Macías Rodríguez

Decana Facultad de Ingeniería
Dra. Naliny Patricia Guerra Prieto

Director Departamento de Ingeniería Industrial
Dra. Monica Suarez Fonseca

Las directivas de la Universidad de América, los jurados calificadores y el cuerpo docente no son responsables por los criterios e ideas expuestas en el presente documento. Estos corresponden únicamente a los autores.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	11
1. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Objetivo general	16
1.3. Objetivos específicos	16
1.4. Descripción del problema	16
1.5. Pregunta de investigación	22
1.6. Justificación	23
2. MARCO REFERENCIAL	27
2.1. Marco teórico	27
2.2. Marco geográfico	42
2.3. Marco legal	43
3. DISEÑO METODOLÓGICO	46
4. RESULTADOS	48
4.1. Fase 1: Diagnóstico	48
4.1.1. <i>Caracterización de pacientes</i>	48
4.1.2. <i>Resultados condiciones de habilitación Resolución 3100</i>	53
4.1.3. <i>Resultados criterios de habilitación UFCA Resolución 1477</i>	57
4.1.4. <i>Resultados de la aplicación de la Escala SERVQUAL</i>	58
4.2. Fase 2: Momentos de Verdad	80
4.2.1. <i>Etapa 1: Sospecha del diagnóstico y definición del plan de tratamiento</i>	82
4.2.2. <i>Etapa 2: Tratamiento activo y efectos secundarios</i>	82
4.2.3. <i>Etapa 3: Seguimiento, vigilancia, cuidados paliativos o fin de vida</i>	83
4.3. Fase 3: Estrategias para la prestación del servicio y plan de mejoramiento	84
4.3.1. <i>Priorización de necesidades</i>	85
4.3.2. <i>Estrategia de Servicio</i>	87
4.3.3. <i>Sistemas y Procesos de Apoyo</i>	92
4.3.4. <i>Personas</i>	94
4.3.5. <i>Indicadores</i>	97

5. CONCLUSIONES	105
REFERENCIAS	109
ANEXOS	121

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Diagrama de Ishikawa	14
Figura 2. Citas atendidas servicio de oncología	49
Figura 3. Relación Edad - Sexo	50
Figura 4. SERVQUAL Encuesta de Calidad Percibida Oncología	59
Figura 5. Rol del participante	61
Figura 6. Importancia - Satisfacción: La puntualidad en las citas y procedimientos médicos	62
Figura 7. Importancia - Satisfacción: La precisión y efectividad del tratamiento recibido	63
Figura 8. Importancia - Satisfacción: La consistencia en la atención por parte del equipo médico y de enfermería	63
Figura 9. Importancia - Satisfacción: La facilidad para obtener respuestas y orientación en cuanto a la enfermedad y el tratamiento	64
Figura 10. Importancia - Satisfacción: La rapidez con la que se resuelven las dudas y preocupaciones	65
Figura 11. Importancia - Satisfacción: La disposición del personal para brindar asistencia adicional cuando se requiere	65
Figura 12. Importancia - Satisfacción: La facilidad para acceder a servicios de apoyo, como psicología o grupos de apoyo	66
Figura 13. Importancia - Satisfacción: La percepción de seguridad y/o protección durante los tratamientos y procedimientos recibidos	67

Figura 14. Importancia - Satisfacción: El conocimiento y seguimiento de los protocolos de higiene y prevención de infecciones	68
Figura 15. Importancia - Satisfacción: La confianza en la administración segura de medicamentos y terapias	68
Figura 16. Importancia - Satisfacción: El trato respetuoso y humano del personal médico y de enfermería	69
Figura 17. Importancia - Satisfacción: La sensibilidad y comprensión mostrada hacia sus necesidades emocionales y psicológicas	70
Figura 18. Importancia - Satisfacción: La comunicación efectiva y comprensible sobre su estado de salud y opciones de tratamiento	71
Figura 19. Importancia - Satisfacción: La comodidad y limpieza de las instalaciones y áreas de espera	72
Figura 20. Importancia - Satisfacción: La disponibilidad de equipos y tecnología necesarios para el diagnóstico y tratamiento	72
Figura 21. Importancia - Satisfacción: La facilidad para obtener información sobre servicios, costos y horarios de atención	73
Figura 22. Calificación de la experiencia	74
Figura 23. Información suministrada de forma adecuada	74
Figura 24. Contribución de la atención en el proceso de recuperación	75
Figura 25. Mejoras sugeridas por tema	76
Figura 26. NPS – Net Promoter Score	78
Figura 27. Ruta de atención	81
Figura 28. Ruta de atención- Etapa 1	82

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Matriz de Requisitos Legales	44
Tabla 2. Diseño metodológico	46
Tabla 3. Relación de Diagnósticos	49
Tabla 4. Ocupación de los pacientes	50
Tabla 5. Estándar de Dotación	54
Tabla 6. Estándar de Historia Clínica	54
Tabla 7. Estándar de Infraestructura	55
Tabla 8. Estándar de Interdependencia de servicios	55
Tabla 9. Estándar de Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	56
Tabla 10. Estándar de Procesos prioritarios	56
Tabla 11. Estándar de Talento Humano	57
Tabla 12. Consolidado cumplimiento autoevaluación de estándares de habilitación	57
Tabla 13. Resultados verificación para la Habilitación UFCA	58
Tabla 14. Matriz de priorización	86
Tabla 15. Indicadores propuestos	98
Tabla 16. Etapas diseño de series interrumpidas	103

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, titulado "Diseño de Estrategias de Prestación de Servicios para la Optimización de los Servicios Oncológicos en un Hospital de Alta Complejidad en Bogotá: Enfoque en la Satisfacción del Paciente, Momentos de Verdad y Cumplimiento Normativo", se enfoca en diseñar una estrategia integral de prestación de servicios que aborde las deficiencias normativas, optimice la satisfacción del cliente y fortalezca los momentos de verdad clave, buscando así elevar la eficiencia operativa y los estándares de calidad en consonancia con las expectativas del cliente y los requisitos normativos vigentes. Para lograr este objetivo, se llevó a cabo un diagnóstico del cumplimiento normativo actual en términos de habilitación y de los criterios de la Unidad Funcional de Cáncer (UFCA).

Adicionalmente, se aplicó la escala SERVQUAL para medir las expectativas y percepciones de los pacientes respecto a los servicios recibidos. Los resultados mostraron discrepancias entre las expectativas de los pacientes y sus percepciones sobre el servicio, destacando áreas específicas que requieren mejoras.

Así mismo, se identificaron los "momentos de verdad," es decir, puntos de interacción críticos entre los pacientes y el servicio, que tienen un impacto significativo en la satisfacción del paciente. Con base en estos hallazgos, se diseñó un plan de mejora integral enfocado en optimizar estos momentos de verdad, mejorar la calidad del servicio y asegurar el cumplimiento normativo.

En conclusión, el plan propuesto incluye estrategias específicas para mejorar la satisfacción del paciente, alinearse con los estándares habilitatorios y fortalecer la calidad general de los servicios oncológicos en el Hospital en estudio.

Palabras Clave: Calidad en Salud, Sistema de gestión de la calidad en salud, Mejoramiento en atención en salud, Unidad funcional de atención en cáncer y Procesos de atención al paciente.

1. INTRODUCCIÓN

Los estándares de alta calidad en la prestación de servicios de salud son fundamentales para el sistema de salud, siendo prioritarias para las instituciones prestadoras de servicios IPS en las cuales se encuentran áreas críticas y de alta complejidad como las dedicadas a los servicios oncológicos, donde la atención centrada en el paciente y su familia es crucial. En el hospital en estudio, se trabaja en el enfoque de mejoramiento continuo y se ha identificado la necesidad de implementar mejoras en la atención brindada a pacientes oncológicos, estos pacientes, así como el resto de la población del hospital requieren tratamientos de excelencia, que incluyan cuidado integral considerando las necesidades emocionales y psicológicas durante el proceso terapéutico.

El presente documento tiene como objetivo diseñar un plan de mejora integral que aborde las deficiencias en la prestación de servicios a pacientes oncológicos, optimice la satisfacción del cliente y fortalezca los momentos de verdad. Este plan busca elevar la eficiencia operativa y los estándares de calidad en el Hospital en estudio, alineándose con las expectativas del paciente y los requisitos normativos vigentes.

Para lograr este objetivo, se realizará un análisis de las condiciones actuales, evaluando los aspectos normativos y críticos que impactan la experiencia del paciente. Además, se identificarán y fortalecerán los momentos de verdad clave, aquellos puntos de interacción cruciales donde la percepción del paciente sobre el servicio se ve significativamente afectada.

El diseño de este plan de mejora busca no solo cumplir con la normatividad vigente, sino también transformar la experiencia del paciente oncológico en el Hospital en estudio.

1.1. Planteamiento del problema

La prestación de servicios de salud a nivel mundial enfrenta desafíos significativos en términos de calidad y eficiencia. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), aproximadamente 8 millones de personas mueren al año a causa de la baja calidad de los servicios de salud, representando un impacto económico estimado en más de \$1 trillón de dólares a nivel global. En Latinoamérica, se estima que la ineficiencia en los

servicios de salud contribuye a un 5% de las pérdidas económicas de los países (Banco Mundial, 2020).

Colombia no es ajena a estos problemas, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) enfrenta constantes críticas por deficiencias en la atención, inoportunidad, dificultad en la accesibilidad y brechas en la cobertura. Un estudio del Ministerio de Salud y Protección Social (2022) reporta que el 30% de los pacientes experimentan retrasos significativos en la atención, y el 25% se siente insatisfecho con los servicios recibidos. En Bogotá, la situación es aún más grave; la Secretaría Distrital de Salud (2023) informa que las quejas de los usuarios aumentaron un 15% en el último año, señalando problemas específicos como la falta de cumplimiento normativo y la carencia de atención empática en momentos críticos.

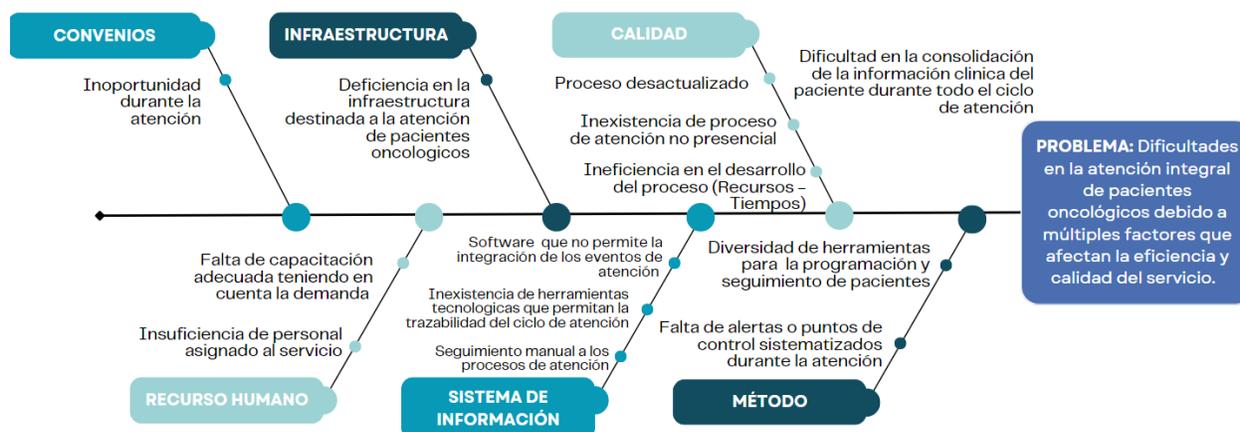
En Bogotá se encuentra ubicado el hospital en estudio el cual cuenta con dos sedes, la primera con una extensión de más de 11000 mts² y la segunda con más de 40000 mts², dentro de la infraestructura de hospitalización cuenta con espacios destinados únicamente para pacientes oncológicos ya que son unipersonales y están bajo los cuidados de personal capacitado para atender las necesidades particulares que surgen con este diagnóstico.

Así mismo, el hospital en estudio es una institución acreditada y cuenta con el estatus de hospital universitario permitiendo la participación de personal en formación en sus dos sedes.

A continuación, se presenta el diagrama de Ishikawa que ilustra las causas principales que afectan la calidad de la prestación de servicios oncológicos. Este diagrama ayuda a visualizar y entender las diversas causas que contribuyen a los problemas identificados, posteriormente se desarrolla cada una de ellas.

Figura 1.

Diagrama de Ishikawa



Nota. El diagrama de Ishikawa presenta el problema, las categorías principales y las causas relacionadas con el mismo.

Actualmente el hospital en estudio cuenta con tres convenios principales en cuanto a pacientes oncológicos, las condiciones de contratación actual representan variaciones en el ciclo de atención de los pacientes, esto teniendo en cuenta que no se logra brindar la integralidad del tratamiento en todos los casos. Para algunos pacientes se cuenta con acompañamiento psicológico que incluye el abordaje emocional del diagnóstico y el respectivo seguimiento. De la misma forma en algunos casos se fracciona la prestación de servicios diagnósticos o de tratamientos debido a que el pagador cuenta con su propia red, esto se traduce en poco control sobre la oportunidad de acceso.

Debido al crecimiento de la población oncológica el espacio destinado para su atención ambulatoria y hospitalaria no responde a las necesidades del volumen actual, se han adaptado zonas para la administración de quimioterapia y en cuanto a hospitalización se ubican los pacientes de acuerdo a los criterios de asignación de cama y sus necesidades propias sin estar ubicados en el piso de oncología. A nivel general la infraestructura es una barrera que no se gestiona fácilmente debido a la ocupación, complejidad y recursos con los que cuenta el hospital en estudio actualmente.

En cuanto a Calidad, el hospital en estudio, buscando la alineación y mejoramiento de acuerdo a lo establecido y definido por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) cumple con el Sistema Único de Habilitación y se encuentra acreditado desde el año 2019, en el marco del Sistema Único de Acreditación busca trabajar y cumplir de forma progresiva cada uno de niveles de calidad a los requisitos mínimos obligatorio.

Es por esto y teniendo en cuenta el cumplimiento para el desarrollo de los procesos de atención y seguimiento a los pacientes oncológicos, que se identifica la necesidad de actualizar los procesos ya que los tiempos de atención a pacientes no están estandarizados, se requiere que estos y el uso de los recursos físicos sean más eficientes. Así mismo es importante tener la información de la historia clínica consolidada desde el inicio de la prestación de los servicios, su seguimiento y hasta finalización o abandono del tratamiento, esto teniendo en cuenta que mucha de la información está incompleta dependiendo de hasta donde se hizo gestión o seguimiento al paciente.

Otro factor importante para mejorar y garantizar una alta calidad en la prestación a los pacientes es la implementación de un proceso que facilite el acceso a la atención de forma no presencial, eliminando de cierta forma algunas barreras que se presentan (Kruse et al, 2018), la telemedicina, por ejemplo, ha demostrado ser una solución efectiva para superar obstáculos como la distancia y la disponibilidad de recursos. Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (2016), esta modalidad de atención puede reducir las visitas hospitalarias innecesarias en un 70% y aumentar la eficiencia operativa en un 30%.

Teniendo en cuenta los criterios de suficiencia de personal requeridos para la prestación de servicios de salud de alta complejidad se requiere evaluar el cumplimiento respecto al talento humano asignado tanto a labores administrativas como asistenciales, esto respecto a la proyección de pacientes, en cuanto a la capacitación es importante contar con el esquema de capacitación requerida, el tiempo de adaptación y medición de adherencia.

Para concluir, actualmente se cuenta con el sistema de información SERVINTE para el manejo de la historia clínica, pero este presenta limitaciones en cuanto a la integración de los eventos de atención del paciente y no cuenta con alertas que muestran las

desviaciones en la ruta de atención. Por otra parte, el seguimiento al ciclo de atención se realiza de forma manual lo que implica mayor dedicación de tiempo en el desarrollo de estas actividades e incrementa la posibilidad de errores en la ejecución de las mismas. Al mismo tiempo, durante la verificación del cumplimiento y desarrollo de los procesos, se evidencia que el personal asignado para algunas de las funciones específicas es insuficiente o no cuenta con la adecuada capacitación ante la demanda de atención del servicio.

1.2. Objetivo general

Diseñar una estrategia integral de prestación de servicios que aborde las deficiencias normativas, optimice la satisfacción del cliente y fortalezca los momentos de verdad clave, con el propósito de elevar la eficiencia operativa y los estándares de calidad en consonancia con las expectativas del cliente y los requisitos normativos vigentes.

1.3. Objetivos específicos

1. Evaluar el grado de conformidad del proceso de atención a pacientes oncológicos respecto a la normatividad vigente con el fin de comprender las expectativas y percepciones de calidad del cliente.
2. Identificar y analizar los momentos de verdad a lo largo del proceso de atención, centrándose en los puntos de interacción críticos con el cliente para determinar áreas de mejora.
3. Diseñar estrategias para la prestación del servicio que incluyan indicadores clave de desempeño para medir el progreso y el impacto basado en los hallazgos normativos y de experiencia del cliente.

1.4. Descripción del problema

Durante la prestación de servicios de salud, el concepto y la percepción de calidad por parte de los pacientes es considerado un tema de relevante y que impacta directamente en los resultados. En cuanto a los pacientes oncológicos los procesos de atención no

abarcan únicamente el tratamiento médico de la enfermedad, debe incluir también aspectos emocionales, sociales y de calidad de vida (Ferreira et.al, 2020).

Uno de los factores diferenciales en la atención oncológica es su complejidad, incluyendo: diagnóstico preciso, tratamiento multidisciplinario, seguimiento constante y apoyo psicosocial. Es por ello que la insuficiente coordinación entre áreas, especialidades médicas y la falta de acceso oportuno a servicios especializados pueden originar retrasos durante el proceso, lo que afecta negativamente la calidad de atención (Gosain, Pollock, & Jain, 2020).

Sumado a lo anterior, la calidad en la atención de pacientes oncológicos también se relaciona con la disponibilidad de capacidades y equipos médicos adecuados (Moore, Kohli, & Wang, 2019), la capacitación del personal médico y de enfermería, así como la gestión eficiente de los recursos hospitalarios en general. La falta de inversión en infraestructura y tecnología médica, así como la escasez de personal capacitado, pueden contribuir a la disminución de la calidad de la atención.

Otro aspecto fundamental es la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y los pacientes, la participación activa del paciente en la toma de decisiones, son esenciales para reducir la ansiedad y mejorar los resultados del tratamiento (Street et al, 2020).

Mundialmente, es importante mencionar que de acuerdo a cifras dadas por la Organización Mundial de la Salud ((OMS), 2022), el padecimiento de cáncer presenta una de las más altas tasas de muerte a nivel global, fue la causa de alrededor de 10 millones de muertes y 20 millones de nuevos casos en el mundo y por ende es una de las enfermedades con el tratamiento más costoso en referencia a otras.

A nivel global la incidencia del cáncer está en constante crecimiento, consolidándose como una prioridad para la salud pública y los procesos de atención medica e nivel mundial (Bray et al, 2018). Pese a los avances investigativos y de tratamiento, continúan las dificultades significativas en la calidad de la prestación de servicios a pacientes oncológicos, algunas de ellas son: diversidad en la aplicación de mejores prácticas clínicas y barreras en el acceso a los servicios de calidad (Sullivan et al, 2020). De la misma forma la satisfacción respecto a los servicios de atención a pacientes oncológicos frecuentemente es afectada por el flujo inadecuado de la comunicación, tiempos de

espera excesivos y fallas en la coordinación entre los diferentes entes participantes en la atención (Maly et al, 2015).

Así mismo, Latinoamérica según Sung (2021) y el Observatorio Global de Cáncer GLOBOCAN para el 2020 tuvo una incidencia en cáncer de 1.470.274 casos y se registraron 713.414 fallecimientos por el mismo diagnóstico, algunos de los tipos de cáncer más frecuentes son: próstata, mama, colorrectal y pulmonar siendo este último el de mayor tasa de mortalidad con un total de 1,8 billones, se espera que en 20 años la incidencia y mortalidad se hayan duplicado.

Por su lado, Colombia en el año 2014 y gracias a la Resolución 0247 consolidó el diseño de una herramienta para registrar a todos los pacientes con cáncer; de esta forma inició la recopilación de información relacionada con la cantidad de personas con cáncer (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2019). En el primer reporte se totalizaron 139.789 personas con cáncer, cantidad que incrementó a 416.289 casos en el año 2021.

En la actualidad, en Colombia el tipo de cáncer con mayor número de muertes es el de mama, seguido del cáncer de cuello uterino; la incidencia está valorada en una relación de 180 por cada 100 mil habitantes y la mortalidad en 80 por cada 100 mil habitantes, de acuerdo a esta información el país se ubica en el cuarto lugar entre las tasas más altas de incidencia y mortalidad asociadas a cáncer en Latinoamérica, por ende el sistema de salud colombiano busca mejorar tanto la calidad como el acceso de los pacientes oncológicos y para ello ha desarrollado e implementado instrumentos como: el plan decenal de salud pública, el plan decenal para el control del cáncer y las rutas integrales de atención en salud RIAS.

Ciertamente el ministerio de salud ha visto reflejados algunos logros como: la disminución de mortalidad relacionada con cáncer de cuello uterino, reducción del tiempo transcurrido entre la sospecha y el diagnóstico; en conjunto con el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud y diferentes prestadores de servicio se han desarrollado y elaborado de guías de práctica clínica y rutas integrales de atención en salud, inclusión de tecnologías en el plan de beneficios en salud, herramientas que permiten prestar de cierta manera un mejor servicio.

De igual forma es importante anotar que de acuerdo a lo dicho por (Murcia et al, 2018) se demuestra que en el país se contaban con alrededor de 1700 servicios habilitados relacionados con la atención de pacientes oncológicos, según el análisis descriptivo desarrollado por los autores se identificó que el 70% de la oferta se distribuyó entre Bogotá, Antioquia y otros cuatro departamentos, adicional a ello no se evidencio ningún servicio habilitado relacionado en el grupo de los departamentos del Amazonas. Esta caracterización permite identificar el fraccionamiento en la prestación de los servicios oncológicos y ayuda a comprender que no se ha logrado el enfoque de integralidad en el proceso de atención, haciendo relevante la habilitación de unidades funcionales donde se centralice la prestación de servicios a pacientes oncológicos.

Otra consideración es, que durante el periodo del 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto Nacional de Cancerología, ESE, 2012-2021) se desarrolló el plan decenal para el control del cáncer en el cual se plantearon seis líneas estratégicas: control del riesgo, detección temprana, atención, recuperación y superación de daños causados por el cáncer, mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer, gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer y formación y desarrollo del talento humano.

Así mismo en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), los servicios de salud deben asegurar el cumplimiento de los requisitos de acreditación y calidad en salud para la atención, definiendo cuáles serán esos elementos críticos para la atención y seguimiento a los pacientes. Un factor importante a tener en cuenta es el incremento en la calidad de vida no solo del paciente sino también de sus familiares/cuidadores, teniendo en cuenta que los pacientes necesitan controles continuos y permanentes dado el impacto que generan tanto la enfermedad como el tratamiento, es por esto que entre las acciones que se definen bajo la responsabilidad de los servicios de salud se encuentra definir modalidades de atención que incluyan cuidado paliativo y rehabilitación, promover el apoyo social a pacientes y cuidadores, poner en marcha los lineamientos tanto técnicos como normativos para la prestación de servicios y garantizar la capacitación del talento humano.

Además, parte importante del diseño de estas estrategias es mejorar la atención y que esta sea más humanizada, de esta manera tanto el paciente como sus familiares llevar

de cierta manera durante todo su proceso de atención de la enfermedad una tranquilidad en cuanto a su trato, acompañamiento y que no sientan de ninguna manera vulnerados sus derechos o su integridad.

Por otra parte, para mejorar la calidad del servicio se deben respetar esos “momentos de verdad”, esto como algo esencial en la calidad del servicio; es decir que los pacientes sientan ese acompañamiento frecuente, reciban respuesta oportuna a sus necesidades, a sus inquietudes o quejas, que sientan ese apoyo y que haya esa interacción constante pacientes-médicos. La respuesta a estos factores genera una emoción positiva hacia los pacientes y promueve esa sensación de acompañamiento de cuidado y respeto, en otras palabras, es generar en el paciente y familiar ese valor emocional positivo desde la percepción y teniendo respuesta adecuada y oportuna a todos sus requerimientos. Los momentos de verdad no implican en cierto modo siempre un contacto directo, muchos de estos momentos se evalúan durante el ciclo de atención y la forma como los pacientes y cuidadores se sienten en las instalaciones

Dando continuidad a lo anterior es importante establecer la relación entre la calidad de un servicio de salud y la percepción que tenga el paciente sobre el mismo, un proceso de atención es de calidad no solo por la estructura y el cumplimiento de criterios establecidos normativamente, sino también por aquellos intangibles que son parte únicamente de la experiencia vivida por el paciente y su familia.

Vale la pena mencionar, de acuerdo a lo expuesto por Sánchez, A., Sierra, B., & Martín, C. (2015) dónde la base principal fue explorar el concepto de calidad de vida para pacientes oncológicos en Bogotá, y de acuerdo a la información obtenida resalta mucho que para la población definida (pacientes, familiares o cuidadores) factores como la tranquilidad emocional y económica, acompañamiento familiar, disponibilidad de tratamiento, son algunos de los más importantes y recurrentes, siendo relevante porque desde los servicios de salud algunas de ellas pueden ser cubiertas, por ejemplo facilitando el acompañamiento familiar durante su tratamiento, brindando información oportuna y de calidad que permita conocer el estado y evolución del diagnóstico, estableciendo rutas de atención integral que disminuyan los tiempos y trámites administrativos facilitando así la oportunidad.

En contraste con lo mencionado previamente, y en aras de facilitar el cumplimiento de la normatividad definidas en las Rutas Integrales Atención que se encuentran determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social se norma la habilitación de las Unidades Funcionales, dadas mediante resolución 1477 del 2016, donde se define claramente el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI".

Por consiguiente, en el año 2017 el Ministerio de Salud y Protección Social habilitó la primera Unidad Funcional para la Atención Integral de Cáncer del Adulto (UFCA), en la institución prestadora de servicios de salud (IPS) Hospital San Pedro de Pasto y en el año 2018 el Hospital Infantil Los Ángeles fue certificado como la primera Unidad de Atención integral de Cáncer Infantil (UACAI) en el país.

Como resultado de estos lineamientos normativos a nivel nacional, las necesidades locales y mundiales es de alta importancia lograr articular modelos de atención oportunos y de calidad que faciliten el acceso, la permanencia y la eficiencia de la atención y seguimiento a pacientes con cáncer. Esta articulación busca que todos los pacientes con cáncer puedan acceder a una atención, servicio o asesoría y en la medida de lo posible sin tener que asistir directamente a su IPS, teniendo en cuenta que algunas consultas que el paciente requiere no necesitan que sean de forma presencial. Esta atención permite generar mayor satisfacción en los usuarios y de cierta manera generar un ahorro económico en cuanto a gastos de traslado.

Del mismo modo, la calidad en servicios de salud va más allá no solamente de la eficiencia de los procedimientos y la efectividad de los tratamientos. No son solamente estos factores, sino que por el contrario abarca numerosos aspectos claves que impactan directamente en la experiencia y el bienestar de los pacientes.

En principio, se recalca la importancia de la humanización de la atención, esto básicamente implica tratar a los pacientes con empatía, respeto y comprensión, priorizando cada una sus necesidades emocionales junto con su sintomatología médica (Dyer, Swenson, & Thacker, 2020).

Por otra parte, según Goyal, Gupta, & Singh (2021) la rapidez en el diagnóstico es otro agente esencial para garantizar una atención de calidad, así como la celeridad en la

identificación de enfermedades o condiciones médicas permitiendo decisiones tempranas y mejorar las posibilidades de tratamiento y recuperación, así como la disponibilidad de tratamiento y el apoyo emocional.

Otra parte fundamental, es que los pacientes deben tener acceso a las terapias y tratamientos necesarios, así como apoyo para lidiar con las repercusiones emocionales resultado de su enfermedad, incluyendo servicios de consejería, grupos de apoyo y atención psicológica (Zebrack et al, 2020).

No obstante, la percepción del paciente es elemental en la evaluación de la calidad de la atención médica, por ejemplo, la forma en que los pacientes se dan cuenta de su experiencia en el sistema de salud, incluyendo la comunicación con los profesionales, el tiempo de espera y la sensación de ser escuchados, puede intervenir en su satisfacción y en los resultados de su tratamiento (Anhang Price et al, 2018). De igual manera, la accesibilidad a la atención médica es otro aspecto crucial de la calidad, ya que los servicios de salud deben estar disponibles y accesibles en diferentes regiones o localidades, garantizando que todas las personas tengan la oportunidad de recibir atención adecuada sin importar su ubicación geográfica.

Sumado a esto, los "momentos de verdad" son momentos críticos en la atención al paciente, donde la calidad se pone a prueba, como la primera impresión en una consulta médica o la información brindada sobre un diagnóstico, estos momentos influyen en la percepción global del paciente sobre la atención que recibe. A parte de eso, la incorporación de tecnologías que permitan la eficiencia, como sistemas de registro médico electrónico, y la capacitación continua del personal de salud son aspectos clave para mantener y mejorar la calidad en la atención médica (Fleming, Olsen, & Storr, 2021).

1.5. Pregunta de investigación

¿Cómo afecta la implementación de estrategias centradas en el paciente en la mejora de la calidad de los servicios de salud en un hospital de alta complejidad ubicado en Bogotá, considerando la percepción del paciente y la eficiencia operativa?

1.6. Justificación

Esta investigación busca diseñar una estrategia de servicio que contribuya al mejoramiento de la calidad en los procesos de atención y seguimiento a pacientes oncológicos, teniendo en cuenta lo anterior se hace relevante reconocer el impacto que tiene en la vida de los pacientes y su familia el hecho de contar con procesos eficientes y de calidad.

La frecuencia de enfermedades oncológicas ha alcanzado un crecimiento significativo año tras año, consolidándose, así como uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial. Es por ello que el tratamiento y la atención de estos pacientes son procesos complejos que requieren integralidad y de alta calidad para garantizar no solo la eficiencia del tratamiento, sino también una mejor calidad de vida de los pacientes y en gran medida también de sus cuidadores o familiares.

En este contexto, la investigación busca abordar una necesidad imperiosa en el ámbito de la atención médica oncológica: la optimización de la prestación de servicios para pacientes que enfrentan esta devastadora enfermedad. La atención a este tipo de pacientes compromete una gran variedad de desafíos, que van desde la coordinación de la atención, el seguimiento de cada uno de los tratamientos, la gestión de la información clínica, hasta el apoyo psicológico y emocional necesario para estos pacientes y su familia, en el caso requerido.

De acuerdo a lo anterior, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), con el paso de los años han cambiado y mejorado de manera significativa, y cada vez ofrecen mayores oportunidades que ayudan a mejorar la calidad en la atención médica. Teniendo en cuenta las actuales necesidades diseñar una herramienta que contribuya a satisfacer todos aquellos requerimientos que los pacientes oncológicos ven como imprescindibles y que de cierta manera los profesionales de salud también necesitan para mejorar los servicios de atención, es un desafío debido a todos aquellos factores claves que se deben tener en cuenta.

En cuanto a la obtención de resultados clínicos positivos en el estudio comorbilidades y riesgo de neuropatía periférica inducida por quimioterapia entre los participantes de 65 años o más en los ensayos clínicos del Southwest Oncology Group se determinó que pacientes diagnosticados con cáncer mamario tuvieron una mayor tasa de supervivencia

y menor recurrencia si fueron tratados en centros especializados y con altos estándares de calidad respecto a aquellos que fueron atendidos en centros no especializados (Hershman et al, 2016).

Del mismo modo, McCusker (2013) concluyó que aquellos pacientes que recibieron: atención oportuna, de calidad, coordinada, explicación e información clara y oportuna, presentaron una mejoría en la tasa de adherencia al proceso terapéutico y una posibilidad superior de cumplir completamente con este, relacionándose esto directamente con los resultados del tratamiento.

En relación a esto, diversos autores y estudios demuestran que los procesos de atención a pacientes oncológicos que logran ser eficientes y de calidad tienen un efecto positivo tanto en los resultados clínicos y la tasa de adherencia al tratamiento, como en la percepción de satisfacción, niveles de estrés y ansiedad del paciente y su familia.

Dicho lo anterior toma relevancia el monitoreo de los momentos de verdad durante la prestación de servicios de salud, estos momentos se definen como los puntos de acercamiento entre pacientes y equipo de personal especializado de la salud, generan un impacto importante en la experiencia del paciente y en la percepción de calidad del servicio, el cumplimiento mínimo de la normatividad vigente frecuentemente no satisface las necesidades y expectativas de los participantes del sistema, es por esto que muchas instituciones encaminan sus esfuerzos en lograr altos estándares de calidad durante la atención.

Por otra parte, y como medida de gestión, la normatividad vigente y la estructura del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) si bien define la habilitación como los requisitos mínimos a cumplirse para la prestación del servicio, estructura la posibilidad de certificar una o varias Unidades Funcionales de Atención de Cáncer (UFCA) en un hospital generando así altos niveles de compromiso e implícitamente mejoras consistentes en la prestación del servicio.

La resolución 1477 de 2016 donde se estructura la certificación de UFCA define un contexto de mejoramiento continuo en la atención, por medio de auditorías, seguimiento y actualización sistemática de las prácticas implementadas, adicional a esto su objetivo principal es brindar atención integral y de evolución constante para los pacientes con

cáncer, en el marco de los atributos de calidad en salud es posible evidenciar el alcance de la siguiente forma:

Accesibilidad: Es tal vez el atributo de mayor impacto para la resolución ya que dadas las diferentes estrategias desarrolladas por el ministerio de salud, asegurar y garantizar mayor facilidad en la forma de acceder a los servicios de salud es la puerta de entrada para mejorar la calidad de vida, en este caso los pacientes diagnosticados o con sospecha de cáncer (Resolución 1477, 2016).

Oportunidad: la atención de un paciente oncológico debe ser eficiente en términos de tiempo y recursos dadas las características particulares del diagnóstico, es así como las unidades funcionales buscan la centralización de recursos y tecnología especializada que facilite tanto el diagnóstico como el seguimiento de la condición clínica del paciente (Resolución 1477, 2016). La percepción de la calidad del servicio tiende a mejorar ya que el foco es la coordinación entre los diferentes enfoques que requiere el tratamiento, la comunicación efectiva y el acompañamiento oportuno, facilitando así la experiencia del paciente y su familia.

Seguridad: Teniendo en cuenta las definiciones estructurales de las unidades, el criterio más relevante es la actualización constante de los profesionales participantes en la atención del paciente, fomentando el desarrollo de habilidades especializadas, mejorando la competencia clínica y los resultados asociados a los diferentes niveles de complejidad (Resolución 1477, 2016).

Pertinencia: Las UFCA cuentan con un equipo asistencial especializado que incluye diferentes especialidades médicas (Oncólogos, hematólogos, cirujanos, radioterapeutas, entre otros), trabajan de forma articulada ofreciendo al paciente acompañamiento en las etapas de planeación, ejecución y monitoreo del tratamiento (Resolución 1477, 2016).

Continuidad y satisfacción del usuario: la puesta en marcha de una unidad funcional requiere la definición de protocolos clínicos y modelos de atención basados en procesos clínicos ya existentes, permitiendo así a cada institución ajustarlos a las necesidades propias y mejorar respecto a las experiencias conocidas. Este monitoreo de ejercicios previos promueve la actualización de prácticas y herramientas requeridas, lo que se materializa como atenciones más precisas, seguras y eficientes (Resolución 1477, 2016).

Alineado con los intereses propios de una institución la certificación genera prestigio y reconocimiento en el mercado, atrayendo de esta forma aseguradores, profesionales y pacientes.

Es así como, la implementación de una UFCA, el monitoreo de los momentos de verdad y la implementación de herramientas en el proceso de atención, promueven: coordinación, eficiencia, acceso oportuno a los recursos y tecnología especializada, reconocimiento y desarrollo de los profesionales; contribuyendo directamente al prestigio, reputación y sostenibilidad de las instituciones.

Diseñar e implementar un plan de mejora integral para la atención de pacientes con cáncer, que incluya el diseño de una estrategia de servicio, ofrece numerosos beneficios significativos. En primer lugar, un enfoque sistemático permite la estandarización de los procedimientos y protocolos de atención, lo cual mejora la calidad y consistencia de los servicios prestados (Smith & Jones, 2020). Además, la incorporación de estrategias de referenciación, facilita el acceso a especialistas y a tratamientos avanzados, lo que puede resultar en diagnósticos más precisos y opciones terapéuticas más efectivas Doe (2019).

Asimismo, un plan de mejora integral puede incluir programas de capacitación continua para el personal de salud, lo cual aumenta la competencia y habilidades del equipo, promoviendo que los pacientes reciban la mejor atención posible (Brown, Green, & Wilson, 2021).

Finalmente, una estrategia bien diseñada puede mejorar la satisfacción del paciente y sus familiares, al proporcionar una atención más centrada en el paciente y sus necesidades individuales, lo cual es crucial en el manejo de enfermedades crónicas y complejas como el cáncer (White, 2018).

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco teórico

La atención en servicios de salud abarca un sin número de aspectos, que van desde el acceso, la continuidad en la prestación del servicio y hasta la comunicación efectiva y la calidad del cuidado; estos como aspectos fundamentales que fortalecen la atención centrada en el paciente e incentivan a tener un enfoque constante a la mejora de la prestación de servicios de salud. Por otra parte, para la World health organization (2010), los elementos claves dentro del ciclo de atención, son aquellas actividades y acciones que contribuyen al desarrollo y ejecución del servicio, y cuyo objetivo es asegurar el bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas con respecto a su salud.

Es por esto que, esta investigación aborda teorías de calidad relacionadas con la atención o prestación de servicios de salud, esto con el propósito de reconocer los elementos y componentes que influyen en la experiencia del paciente y mejorar la calidad en la prestación de servicios. Se examinarán algunas teorías relacionadas con calidad, optimización de procesos, momentos de verdad, percepción y satisfacción del paciente, entre otros, estableciendo así la base de esta investigación.

En el contexto de la atención en salud, es constante la búsqueda de excelencia en la prestación de servicios y la seguridad del paciente lo que ha llevado al desarrollo e implementación de diversos sistemas de gestión de la calidad. Estos sistemas están diseñados para asegurar estándares de calidad óptimos y prácticas seguras en los servicios de salud, desempeñan un papel fundamental en la mejora continua (Alsharari & Ahmed, 2020). A medida que la industria de la salud evoluciona y se enfrenta a desafíos crecientes, la adopción de sistemas de gestión de la calidad se ha convertido en un enfoque esencial para garantizar la eficiencia operativa, la satisfacción del paciente y la alineación con estándares internacionales (Mosadeghrad, 2021).

A continuación, se exploran algunos de los sistemas de gestión de la calidad aplicados a la atención en salud, analizando el enfoque, metodología y beneficios en la promoción de una atención segura, efectiva y centrada en el paciente.

El modelo de mejora continua de la calidad desarrollado por Deming, E (1991), define la mejora continua como algo sistemático y constante que permite a las organizaciones

identificar y gestionar los hallazgos relacionados con calidad, está centrado en la importancia de la interacción de todos los miembros de la organización y fomenta la toma de decisiones justificado con datos, reduciendo de esta forma la variabilidad en los procesos.

Por otra parte, vale la pena mencionar los grandes aportes realizados a Calidad por Crosby (1979), parte fundamental de sus contribuciones es la definición en que la calidad es básicamente cumplir con los requisitos, para el caso de la atención médica es ejercer y desarrollar en su totalidad los estándares establecidos, tanto en el tratamiento médico como en la experiencia percibida por el paciente. En segundo lugar, prevenir los errores médicos, implementando nuevos protocolos y procesos que disminuyan los riesgos para los pacientes, esto permite tener información sólida que ayuda a la medición y mejora continua, ya sea mediante el uso de indicadores claves, recopilación de datos en cuanto a la evaluación del paciente e implementar acciones de mejora basados en datos y evidencia (Makary & Daniel, 2016).

Al igual que Deming, Juran (1988), apporto de forma importante en el éxito del control de calidad especialmente en Japón y concluyó que el Control de Calidad es un instrumento de amplia utilidad para la Gerencia. Según, las investigaciones realizadas por Juran, los aspectos técnicos del control de calidad en la mayoría de las organizaciones están bien definidos pero estas no saben administrarlos, en su opinión, menos del 20% de los problemas de calidad que se presentan, se deben a los trabajadores y el resto a la gerencia, debido a que en algunas ocasiones las altas direcciones necesitan de entrenamiento y capacitaciones en áreas específicas como por ejemplo en calidad, esto para poder manejar y controlar todos los planes de mejoramiento.

A esto se suma, lo dicho por Ishikawa (1985), quien instauró y promulgó el diagrama de Ishikawa, como una herramienta para identificar y visualizar todas aquellas posibles causas de un problema, hoy día utilizado con mayor frecuencia para resolver problemas y mejorar procesos. En cuanto a sus aportes al control de calidad total, su libro “La modalidad japonesa”, adoptó el control de calidad como fuente fundamental para diseñar, realizar, elaborar y mantener un producto o servicio de calidad, que genere aumento en el ahorro económico, mayor utilidad y que sea ampliamente satisfactorio para el consumidor y cliente.

Aparte de ello y enfocado en la atención en salud, el Dr. Avedis Donabedian en la década de 1950 introdujo el concepto de "calidad de atención médica" y desarrolló el marco teórico para poder evaluarla. Donabedian fundamentó sus estudios en distinguir la calidad técnica (efectividad de los tratamientos) y la calidad interpersonal (la relación médico-paciente), su objetivo principal era sentar bases para futuras investigaciones y mejoras de la calidad en salud. La evaluación de la calidad en la atención en salud, se estructuró a través de tres componentes: estructura, proceso y resultado (Donabedian, *Evaluating the Quality of Medical Care.* , 1966).

En relación a este tema, es necesario enfatizar en la importancia de la mejora continua de la calidad en la atención a los pacientes (Hernandez et al, 2013), teniendo en cuenta que, para alcanzar los resultados deseados, la calidad y la eficacia de los servicios se logran cuando se centran en las necesidades de los pacientes.

Como si fuera poco, según Passos (2013) la Total Quality Management (Gestión de la calidad Total), es un planteamiento que se basa en mejorar continuamente la calidad en productos y servicios de una empresa, pero su éxito se basa en que todos los empleados hagan parte del proceso, durante la prestación de servicios de salud, se basa en asegurar y garantizar que los pacientes reciben la mejor atención haciendo que los procesos internos de la organización sean efectivos y eficientes.

Por otro lado, Carl Rogers desarrolló la Terapia Centrada en la persona a mediados del siglo XX, su enfoque se basa en la idea de que el terapeuta debe ofrecer un ambiente empático y no directivo para que el cliente pueda explorar y entender sus propias experiencias y emociones.

Asimismo, el enfoque de atención centrada en el valor también resalta la importancia de hacer partícipe a los pacientes en la toma de decisiones, considerando sus preferencias y necesidades individuales. El propósito es mejorar la satisfacción del paciente y los resultados de salud (Porter & Teisberg, 2006).

A su vez, en el contexto del sector salud la filosofía Lean ha sido adaptada y adoptada con éxito impulsando la eficiencia operativa, aumentando la satisfacción del paciente e impactando de forma positiva en los resultados clínicos. El Lean Healthcare no solo promueve la eficiencia, sino que promueve una atención segura y centrada en el

paciente, alineándose con los principios básicos de la acreditación en salud (Kenney & Berwick, 2008).

Es así como al implementar Lean Healthcare en las organizaciones de atención médica, se busca obtener una mayor eficiencia en la utilización de recursos, reducción de tiempos de espera, mejorar la calidad de la atención, prevenir errores y aumentar la satisfacción del paciente.

En general las organizaciones que adoptan Lean buscan ser ágiles y mejorar la capacidad de medir de manera efectiva su desempeño, esto les permite compararse con estándares internos y externos, este ejercicio estilo benchmarking es vital ya que proporciona datos objetivos respecto al contexto.

Acorde con lo anterior (Marsilio et al, 2022) desarrollaron uno de los primeros estudios internacionales de evaluación comparativa o benchmarking sobre la implementación de Lean en sistemas de salud empleando una herramienta estandarizada con un conjunto común de definiciones y preguntas, fue utilizada como base comparativa la Encuesta Nacional de Lean, desarrollada en el año 2017 en EE.UU. y adaptada en Italia en 2019, se logró comparar los dos sistemas de salud en las siguientes dimensiones: la madurez de la adopción, el enfoque de implementación, la identificación de actividades y herramientas estratégicas y operacionales, y el desempeño de Lean, alguno de los resultados fueron: Lean ha sido adoptado menos por los hospitales públicos italianos (36%) que por los hospitales públicos estadounidenses (53%), cada país tiene en promedio 4 años de experiencia con la metodología, los hospitales italianos informaron que se encontraban en una etapa de madurez superior respecto a Estados Unidos que implementó un enfoque más extenso del sistema, desarrollando Lean en unidades más operativas.

Sobre la implementación de Lean, es posible resaltar los vacíos de la literatura relacionados con los efectos de la metodología en los profesionales de la salud, así mismo revelar tanto efectos positivos como negativos, de los 998 artículos identificados por (Mahmoud et al, 2021) inicialmente, únicamente 17 fueron incluidos. Los resultados fueron agrupados en cuatro temas: (1) Moral, motivación y satisfacción laboral, (2) intensificación laboral, tensión laboral, ansiedad, estrés y deshumanización, (3) trabajo en equipo, comunicación y coordinación, (4) aprendizaje, innovación y desarrollo

personal. En general, reportaron impactos positivos ($n = 11$), negativos ($n = 3$) y mixtos ($n = 3$) de Lean en profesionales de salud, dados los resultados es importante tener en cuenta la tendencia positiva.

Adicionalmente en India, Suman & Prajapati (2021) implementaron una encuesta diseñada para evaluar diferentes iniciativas de calidad; una sección en el cuestionario proporcionaba la retroalimentación sobre la implementación de la metodología en varios hospitales. En los resultados logro identificarse que: 15 de los hospitales han implementado las herramientas Lean mientras que 14 han implementado las herramientas Six Sigma, esto sobre las 109 respuestas recolectadas. Lo que muestra el interés del país en la utilización de Lean Six Sigma en el sector salud. En cuanto a las razones para no implementar las herramientas, la «falta de conocimiento» y la «disponibilidad de recursos» son las principales.

También, cuando los procesos de atención buscan que todas las actividades realizadas y cada paso dado les permitan brindar un servicio de calidad y de este modo poder lograr la satisfacción de las necesidades de los pacientes es posible afirmar que los procesos están diseñados para garantizar una atención efectiva, segura y enfocada en su totalidad en el paciente (Reynoso, 2004).

De la misma forma es oportuno mencionar que la salud y el bienestar se fomentan cuando los equipos de atención se asocian con los pacientes y ofrecen coordinación asistencial para mitigar los riesgos y promover una salud óptima, esto promueve la mejora y el bienestar de los pacientes (Singer & Porta, 2022).

Asimismo, relacionado con las expectativas de los clientes o pacientes, los predictores más importantes relativos a la elección de hospital fueron la buena calidad de la atención médica, seguida del comportamiento amable del personal, la limpieza, aseo y, por último, la calidad de los cuidados de enfermería. Sin embargo, es relevante aclarar que el aumento del tiempo de espera provoca una sensación de inutilidad en los pacientes, es por esto que la consideración de las preferencias de los pacientes en el proceso de toma de decisiones podría conducir a una mejora sustancial de la satisfacción (Kazemi-Karyani et al, 2021).

Además, es clara la importancia de que el personal de enfermería se centre más en las necesidades personales de los pacientes, sobre todo en lo que respecta a la información

y la participación de los pacientes en los cuidados, así mismo la capacitación adecuada y la disponibilidad de un número adecuado de personal competente durante la atención (Launonen et al, 2020).

De la misma forma se identifica la escasez de literatura en el campo de la mejora de procesos en la atención de salud, así como en la medición de los beneficios financieros asociados. En los casos en los que se documentan beneficios económicos, éstos varían en cuanto a la inclusión de costos y el "nivel" en el que se miden (Evans, Leggat, & Samson, 2023), por lo que se hace necesario fortalecer los procesos de investigación sobre métodos de medición de las mejores prácticas para que otros hospitales puedan medir y captar los beneficios derivados de sus programas de mejora de procesos.

A través del estudio Effect of patient-related factors on hospitalization service satisfaction and recommendation intention of medical institutions in Korea en donde se implementa la Encuesta de Experiencia de Servicios Médicos de Corea (2019-2021) se identificaron, examinaron y calificaron (Top-box) los factores que influyen en la "Satisfacción general", los factores identificados en cuanto a los relacionados con la salud del paciente, cuanto más positivamente se juzgaba el estado de salud, más probabilidades había de obtener una calificación Top-box en la satisfacción global, entre los factores estructurales del uso hospitalario de los pacientes, el tipo de habitación del hospital presentaba una valoración Top-box estadísticamente significativa mayor cuando se ingresaba en una habitación unipersonal.

Del mismo modo en comparación con los que no utilizaron el servicio de enfermería, los que utilizaron el servicio integrado de cuidados de enfermería tenían más probabilidades de dar la calificación Top-box. Conforme a lo anterior es posible indicar que la satisfacción y la intención de recomendar instituciones dependen de diversas variables, entre ellas percepción de privacidad, comodidad e integralidad del tratamiento (Shin & Choi, 2023).

Es así como los modelos de prestación de servicios y los momentos de verdad están estrechamente interconectados en la gestión y mejora de la experiencia del cliente. Se hace importante mencionar que los momentos de verdad son los puntos críticos en el ciclo de interacción entre el cliente y la organización, donde se forma una percepción

duradera en la mente del cliente. Estos momentos pueden ser positivos o negativos, dependiendo de cómo se manejan (Donabedian, 1980).

Albrecht, K. (2006) establece la importancia en la atención de servicio al cliente, sobre todo como factor fundamental en el desarrollo de las organizaciones. Los momentos de verdad en la atención de salud, podemos identificarlos desde la interacción que se den con los proveedores que nos brindan la atención médica y cada uno de los pacientes que estén directamente involucrados en el servicio y toma de decisiones; cuando brindamos información o generamos algún tipo de impacto o experiencia significativa y de valor al paciente. Todos estos momentos influyen de cierta medida en cómo la calidad es percibida desde la atención o en los resultados de salud.

Los orígenes de "los momentos de verdad" en la atención en salud vienen de la década de 1980, empezaron a tomar fuerza cuando se dio a conocer el enfoque de la medicina humanista en la que resalta temas importantes como la empatía, comunicación y aquellos aspectos que son más críticos en la atención médica; resaltando esa importancia de establecer conexiones de valor que sean significativas entre los médicos y los pacientes y que son determinantes en los resultados de la atención (Verghese, 2009).

La importancia de esos momentos de verdad se da en la medida que los pacientes y médicos comparten información, preocupaciones, necesidades y de algún modo sus emociones.

También respalda el hecho de que la medicina sea centrada en la persona, que haya ese tiempo necesario para escuchar, conocer y establecer una conexión y relación de confianza con los pacientes, resalta la importancia de comprender en todos los aspectos las necesidades de cada paciente más allá de una enfermedad, ya que estos momentos pueden marcar la diferencia y la experiencia y dar mejores resultados en la atención (Verghese, 2009).

Por otra parte, el análisis del concepto de "momentos de verdad" desde el contexto de la atención médica y otros campos, se enfatiza en todas aquellas acciones que tienen impacto relevante en los resultados y la experiencia de los pacientes o los clientes, resaltando que los momentos de verdad no van enfocados únicamente a la atención

médica si no que por el contrario se puede aplicar a otros medios organizacionales independientemente de su actividad económica (Gawande, 2009).

Para Gawande (2009), estos momentos siempre serán oportunidades claves que influyen en la toma de decisiones y contribuye a todas aquellas acciones que tendrán un impacto en los resultados.

De otro lado, otros estudios sobre los momentos de verdad, destacan la importancia de cada uno de los momentos y resaltan que son primordiales para el cuidado efectivo y humano de los pacientes, la toma de decisiones y los factores que influyen son determinantes teniendo en cuenta el impacto que se puede generar, el manejo de emociones o la incertidumbre que estas generen; el manejo adecuado de las emociones es fundamental al igual que la calidad de la atención, un adecuado manejo de la información y de las emociones puede contribuir a una mejor toma de decisiones, mejorar los resultados esperados en la atención y proporcionar un cuidado más adecuado en el paciente (Astrow & Ofri, 2014).

Ahora bien en el marco de la atención en salud, la satisfacción se basa en la discrepancia entre las expectativas del paciente y sus percepciones de la atención recibida (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988), es decir se refiere a la medida en que los pacientes están contentos con los servicios de atención que han recibido. Esta satisfacción puede estar relacionada con varios aspectos de la atención, como la calidad de la atención, la comunicación con los profesionales de la salud, el acceso a los servicios médicos, el tiempo de espera, la empatía y el trato recibido, entre otros.

Es así como, la evaluación de la satisfacción es uno de los procesos más importantes de la atención médica, ya que permite compilar información sobre la experiencia del paciente y su nivel de satisfacción con los servicios recibidos, esta información es valiosa en el momento de identificar áreas de mejora y realizar ajustes en los procesos de atención al usuario (Cleary & McNeil, 1988).

La gran mayoría de las metodologías utilizadas para realizar esta evaluación requieren la recopilación de datos para evaluar y analizar la percepción y experiencia de los pacientes en relación con la atención médica recibida. Algunos de los factores evaluados son: calidad de atención, comunicación con el personal médico, formas y facilidad de acceso a la atención, empatía, entre otros.

De hecho, una de las herramientas relevantes en el campo de la calidad en los servicios de salud, es la diseñada por Parasuraman, Zeithaml y Berry en la década de 1980 la escala SERVQUAL original, es un instrumento de medición desarrollado con el fin de evaluar la calidad percibida por el cliente en la prestación de servicios, este instrumento es un cuestionario utilizado para medir la distancia existente entre las expectativas del cliente y la percepción real del servicio recibido. Esta escala, está compuesta por cinco dimensiones importantes de calidad en el servicio: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y tangibilidad.

La implementación de la escala suele darse en las siguientes etapas: Diseño o adaptación del cuestionario, evaluación de las expectativas, evaluación de las percepciones, cálculo de las brechas de calidad, interpretación de las brechas y análisis e identificación de oportunidades de mejora.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar que SERVQUAL no arroja un único resultado numérico, sino que es una herramienta utilizada para evaluar y mejorar la calidad del servicio, el resultado final está sujeto al análisis de las brechas de calidad y la definición de acciones de mejora enfocados en la satisfacción y la calidad del servicio. La escala ha sido adaptada para diferentes tipos de servicios, en el caso de los servicios de salud implica ajustar las dimensiones y declaraciones de la herramienta original con el fin de adecuarlos a características y expectativas específicas de la prestación de servicios de salud.

Históricamente se ha observado que la calidad de la atención en salud es multidimensional, con muchas sub dimensiones diferentes añadidas en distintos estudios en función de sus necesidades contextuales específicas (Fatima et al, 2019).

Adicional a esto, centrados en las prioridades y necesidades de los pacientes oncológicos y por medio de una revisión sistemática, se identificaron temas descriptivos de los valores (autonomía, participación, familia, esperanza, normalidad y sinceridad), las necesidades (coordinación del cuidado, información, privacidad, apoyo al bienestar físico, apoyo emocional (familiares/amigos, pares, proveedores) y autosuficiencia) y las preferencias (coordinación del cuidado, toma de decisiones, entrega de información, fuente de apoyo social y tratamiento) (Mitchell et al, 2020).

Es así como la calidad se refleja en aspectos como la efectividad de los tratamientos, una comunicación clara y empática entre pacientes y profesionales de la salud, la seguridad en la atención, la accesibilidad a los servicios médicos y la participación activa del paciente en su atención (Smith et al., 2018), asimismo la retroalimentación y la mejora continua están asociadas con mejores resultados de satisfacción del paciente (Ivers et al., 2020).

En esa misma línea, (Patricio et al, 2020) abordan la idea de que la atención en salud necesita urgentemente innovaciones para lograr una atención integrada, la comprensión de la ruta y las experiencias del paciente a través de la mirada de proveedores de asistencia sanitaria y seguros es clave para mejorar los sistemas de salud y avanzar hacia una atención integrada.

Por otra parte, la atención integrada también requiere abordar las necesidades y equilibrar los diferentes objetivos de los múltiples actores, diseñar nuevas soluciones sistémicas para evolucionar hacia una agenda de atención sanitaria basada en el valor: La atención basada en el valor se considera fundamental para mejorar la salud de las personas en todo el mundo y controlar los costes sanitarios, donde el valor se define como los resultados que importan a los pacientes y los costes necesarios para lograr esos resultados (Smith & Johnson, 2020).

Asimismo, se considera importante fortalecer los principios y fundamentos teóricos del diseño de servicios: El diseño de servicios se basa en múltiples disciplinas de la investigación y se fundamenta en la teoría de sistemas y la lógica.

En cuanto a los componentes básicos para desarrollar una fuerte satisfacción y lealtad del paciente, se determinó que la imagen del hospital o institución prestadora de servicios, la calidad de los servicios asistenciales (que representan la fiabilidad, la tangibilidad, la capacidad de respuesta, la empatía y la garantía), la satisfacción con el tiempo de espera y el coste de cambio de proveedor desempeñan un papel positivo directo en el desarrollo de la satisfacción del paciente y un papel indirecto en el desarrollo de la fidelidad del paciente, además de los factores que inciden directamente en la fidelidad del paciente, como la imagen del hospital y el coste de cambio de proveedor (Dayan et al, 2022).

De este modo, los resultados indican que la satisfacción de las necesidades de los pacientes puede conducir a la fidelización de los mismos, además de los resultados que indican que otros factores podrían, directa e indirectamente, influir en la fidelización de los pacientes.

Es así como la comunicación médico-paciente, los aspectos relacionados con los conocimientos, habilidades, la orientación al servicio, las habilidades interpersonales, las actitudes de los profesionales de la salud, las relaciones médico-paciente y el tiempo de espera son identificados como los factores determinantes más fuertes y constantes de la satisfacción del paciente (Akthar et al, 2023).

Del mismo modo la empatía desempeña un importante papel en el cuidado y mejora de la calidad en el servicio, el cuidado y la atención compasiva también son aspectos fundamentales de la atención en salud, ya que pueden mejorar el bienestar de los pacientes, su satisfacción, los resultados clínicos para los pacientes (como tiempos de recuperación más rápidos y menores tasas de readmisión hospitalaria), la satisfacción del personal y el fomento de la confianza (Mohammadi, Talaie, & Azizi, 2023).

Teniendo en cuenta lo anterior, la satisfacción del paciente es el resultado de una mejor calidad del servicio, del mismo modo la satisfacción y la fidelidad de los pacientes están relacionadas, lo que permite concluir que la satisfacción ayuda a fidelizar a los pacientes, por lo que la calidad durante la prestación de servicios impacta directamente la fidelización (Fatima, Malik, & Shabbir, 2018).

Además, los resultados muestran que, en los hospitales del sector privado, el aspecto de la calidad de los servicios, es decir, las instalaciones físicas, la infraestructura, las funciones hospitalarias, los dispositivos e instrumentos médicos, el aspecto del personal médico, etc., están bien mantenidos y la dirección del hospital se centra en la limpieza, la higiene y la tranquilidad ambiental, que son indispensables para el estado de salud del paciente, su percepción de calidad y satisfacción durante la atención.

Dado el análisis y comprensión de la satisfacción de los pacientes es posible establecer la existencia del vínculo innegable con el impacto de la mala calidad en la atención en salud. Cuando los pacientes o su familia experimentan deficiencias en la calidad de los servicios de atención, como errores, comunicación deficiente o falta de acceso oportuno, crece la probabilidad de que su nivel de satisfacción se vea gravemente afectado.

Estas experiencias negativas no sólo erosionan la confianza del paciente en el sistema de atención, sino que también pueden tener consecuencias perjudiciales para su salud y bienestar general.

Relacionado con el impacto de la mala calidad se estiman las graves consecuencias para una organización en términos de pérdidas directas e indirectas de clientes. Aunque no se calcula el impacto económico (basado en los ingresos o beneficios potenciales obtenidos por cliente), las pérdidas de 70 clientes habituales y 465 clientes potenciales por cada 100 clientes insatisfechos son considerables (Lee, Khong, & Ghista, 2006).

Es así como se identifica la importancia de que las organizaciones sanitarias diseñen herramientas por medio de las que eviten prestar un servicio de mala calidad, enfocados en este objetivo se deben reforzar los procesos críticos no clínicos de los servicios.

Teniendo en cuenta lo anterior es posible establecer que en instituciones públicas y privadas hay un gradual interés para evaluar la calidad en cuanto a los servicios de atención, y es de mayor relevancia cuando el objetivo es evaluar servicios que se han diseñado recientemente o aquellos que tienen una mayor complejidad (Puchi-Gomez, Paravic-Klijn, & Salazar, 2018).

Diversas instituciones, como por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto de Medicina de los Estados Unidos y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), definen que un buen sistema de salud debe implementar mejoras en la calidad y e implementar las seis dimensiones de la calidad en atención en salud para alcanzar excelentes resultados. Estas dimensiones son la efectividad, eficiencia, oportunidad, atención centralizada en el paciente, equidad y seguridad.

En el contexto de la evolución tecnológica, un hito importante para cualquier organización relacionada con el sector salud es la implementación de la historia clínica electrónica HCE, es así como Baumann, Baker, Elshaug (2018) abordan la falta de seguimiento a largo plazo respecto a los efectos de dicho proceso, la adaptación inicial a la HCE parece aumentar el tiempo de documentación, pero existen indicios de que, a medida que el personal se familiariza con el sistema, éste puede acabar mejorando el flujo de trabajo.

En las dos últimas décadas se ha observado un aumento del tiempo que los médicos y demás personal de hospital dedican a la documentación y las tareas administrativas, lo

que reduce el tiempo que pueden dedicar a la atención directa de los pacientes y a la comunicación con ellos y sus familiares.

La creciente atención prestada a la calidad de la documentación, con la necesidad de documentar más detalles sobre el proceso asistencial, ha provocado un aumento de la presión temporal y de la insatisfacción del personal, una consecuencia de todo ello es el agotamiento, y los estudios indican que hasta el 45,9% de los médicos de hospital cumplen criterios de agotamiento, el burnout se asocia a una disminución de la calidad asistencial y a un aumento de los costes sanitarios subsiguientes (Castaneda Aguilera & García de Alba García, 2022).

En particular, se ha demostrado que los sistemas informáticos de apoyo a la toma de decisiones mejoran la seguridad del paciente al reducir la tasa de errores de prescripción, documentación y los consiguientes acontecimientos adversos.

Incluso en el caso de Italia cuyo modelo incluye prestación de servicios de teleasistencia para la gestión de pacientes con enfermedades crónicas a unidades sanitarias locales y clínicas privadas, por medio de la exploración del caso MSD ha logrado demostrar que las tecnologías digitales son cruciales para mejorar la eficacia y eficiencia de una amplia gama de procesos en el sector salud, los nuevos servicios digitales deben apoyarse en una estrategia de comunicación adecuada dirigida a cada nicho, y en segundo lugar, estos proyectos se caracterizan por altos niveles de innovación en los procesos y de innovación tecnológica que los hacen críticos (Laurenza et al, 2018).

Conforme a lo anterior es posible afirmar que los procesos sanitarios son muy complejos, ya que implican tareas clínicas y administrativas, grandes cantidades de datos y un gran número de pacientes y personal, también son muy dinámicos y requieren la cooperación de varias partes interesadas.

El cambio en la industria sanitaria de organizaciones orientadas al volumen a organizaciones orientadas al valor ha llevado a la gestión del rendimiento en la atención en salud a pasar de un enfoque basado en los resultados a un enfoque basado en el sistema y ha impulsado a los clínicos y gestores a prestar más atención a los procesos para obtener un mejor rendimiento del sistema.

Por otro lado, gracias al estudio “Transforming technology-mediated health-care services through strategic sense-giving” (2020) es posible desarrollar el proceso de percepción estratégica e ilustrar el modo en que los proveedores de servicios sanitarios que desempeñan funciones estratégicas y operativas ejercen la función de percepción y cómo se relacionan con la mediación tecnológica.

En cuanto al conocimiento de los proveedores de servicios de salud y los consumidores es posible concluir que no siempre está claro cómo encaja la tecnología en las rutinas y funciones laborales existentes.

Las organizaciones necesitan comprender por qué y cuándo se producen las brechas de creación de sentido para proporcionar apoyo y orientación adaptados a los proveedores de servicios de salud y a los consumidores que luchan con la innovación tecnológica. De esta forma se hace énfasis en la importancia de enfocar los esfuerzos en definir claramente las necesidades y expectativas por rol en el marco del aumento del uso de la tecnología, dotando tanto a proveedores de servicios como a usuarios de las herramientas necesarias para interactuar oportuna y eficazmente (Daskalopoulou, Go Jefferies, & Skandalis, 2020).

Así mismo, el estudio realizado por Yazdanian (2020) en donde identifica la importancia de los sistemas de información en la atención oncológica, los cuales proporcionan soluciones para gestionar la información de los pacientes con cáncer y permiten monitorizar diferentes aspectos de la atención. El propósito de este estudio fue identificar flujos de trabajo de atención a pacientes de cáncer para diseñar un sistema de información oncológica para Irán, los resultados indicaron que los temas principales de los flujos de trabajo de la atención al paciente oncológico podían resumirse en dos categorías: los flujos de trabajo de diagnóstico del cáncer y los flujos de trabajo de tratamiento del cáncer.

Para cada uno de los flujos se identificaron las subcategorías más relevantes, siendo estas:

Durante el diagnóstico: la derivación del paciente a la clínica para comprobar sus condiciones, la clasificación de los flujos de trabajo de diagnóstico del cáncer y los flujos de trabajo en la sala de patología.

Durante el tratamiento: tipos de tratamientos ofrecidos a los pacientes con cáncer, flujos de trabajo en la sala de quimioterapia, flujos de trabajo en la sala de radioterapia y clasificación de los flujos de trabajo para el tratamiento de distintos tipos de cáncer.

Por lo mismo y dado que el uso de sistemas de información oncológica mejora la calidad de la atención, la documentación, optimiza la asignación de recursos y aumenta la rentabilidad de los servicios de atención, es necesaria la atención al rendimiento de estos sistemas y su adaptación a los flujos de trabajo. Los resultados de este estudio (Oncology Information System: A Qualitative Study to Identify Cancer Patient Care Workflows) proporcionan un marco de referencia adecuado para diseñar un modelo conceptual del sistema de información oncológica y mejorar la calidad de los servicios prestados a los pacientes oncológicos.

En el marco del uso de herramientas tecnológicas durante la atención, se debe agregar que la implementación de la telesalud apoyada en el enfoque Lean puede lograr resultados notables en términos de accesibilidad y satisfacción del paciente, la telesalud, aprovecha las tecnologías de la información y la comunicación para brindar atención médica a distancia, de esta forma se alinea con los principios fundamentales de Lean Healthcare al eliminar barreras geográficas y mejorar la accesibilidad a la atención (Bärnighausen & Bloom , 2018).

Para Martínez, C (2009) la tendencia al cambio y la implementación de tecnologías, entre ellas la Telesalud o E-Health, la utilización de las comunicaciones y sobre todo el uso del internet hoy día se ve con mayor frecuencia en atención y servicios de salud, contribuyendo a mejorar la atención y los servicios que se prestan a los usuarios. Este tipo de atención hace que la asistencia sanitaria pueda ser más eficaz, reducir tiempos de espera y optimizar recursos, adicional de valor social que se genera por la comunicación y relación estrecha entre paciente y equipo médico.

La telesalud entre otras intervenciones tecnológicas en la salud, representan un método alternativo para la atención, es un recurso importante y de alta eficacia para atender necesidades insatisfechas de los pacientes, no obstante Estapé, Phillip & Bergerot (2022) mencionan que existen pacientes para los cuales estas herramientas no son deseadas, no cuentan con recursos tecnológicos o simplemente perciben como

comprometida su privacidad y la seguridad de sus datos. Estos representan enfoques para abordar, son susceptibles de promoción y formación respecto a sus beneficios.

Teniendo en cuenta lo anterior, probablemente seguirá creciendo su aplicabilidad dado su potencial para mitigar barreras como: distancia geográfica, falta de recursos, accesibilidad y demás condiciones psicosociales.

El marco teórico abordado en esta revisión se centra en la calidad en la prestación de servicios de salud, explorando una variedad de teorías que respaldan la comprensión de la calidad, entre ellas la teoría de Avedis Donabedian, que resalta la importancia de evaluar la calidad en términos de estructura, proceso y resultados de atención. Además, se han presentado metodologías de calidad como el Ciclo de Deming (PDCA) y Lean Healthcare, que buscan la mejora continua en la atención en salud a través de la identificación de problemas y la implementación de mejoras basadas en hechos y datos. Así mismo y en el contexto de la prestación de servicios de calidad, la satisfacción del paciente se identifica como un elemento crítico, influenciando la experiencia general del paciente y la adherencia al tratamiento. Asimismo, se han explorado indicadores relacionados con la medición de calidad.

Finalmente, se busca destacar la importancia del mejoramiento de la calidad, que implica un enfoque sistemático en la identificación y corrección de problemas en la atención. Esto se logra mediante la implementación de cambios basados en evidencia, la recopilación de datos para evaluar el impacto de las intervenciones y la retroalimentación continua para optimizar los procesos de atención.

En conjunto, este marco teórico proporciona una base sólida para abordar la calidad en los servicios de salud, buscando que sean efectivos, seguros y centrados en el paciente y su familia.

2.2. Marco geográfico

El hospital en estudio dio inicio a su operación hace menos de 20 años, en dos sedes ubicadas en Bogotá, durante el proceso de atención, los pacientes pueden requerir servicios que no se encuentran habilitados por el hospital en estudio, en estos casos están establecidos convenios con diferentes instituciones con el fin de garantizar la integralidad de la atención y la accesibilidad a los servicios.

Los pacientes atendidos en el hospital en estudio son derivados en su mayoría de los convenios establecidos con EPS, Planes Complementarios, Aseguradoras y Pólizas de Salud - ARL, Regímenes Especiales y demás convenios aplicables a la prestación de servicios. Así mismo, el servicio de oncología se presta en la sede principal del hospital en estudio de forma ambulatoria, hospitalaria y de cirugía, teniendo en cuenta la complejidad del mismo, se atienden pacientes remitidos de cualquier parte del país por lo que la delimitación geográfica sólo obedece a la ubicación y no a él origen de los pacientes.

2.3. Marco legal

En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) se define el Sistema Único de Habilitación, siendo este el conjunto de requisitos normativos y procedimientos por medio de los cuales se estructura, limita e inspecciona el cumplimiento de condiciones mínimas en cuenta a capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, criterios que se consideran indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema.

A su vez, el Ministerio de Salud ha descrito las características de las Unidades funcionales para la atención integral de cáncer del adulto (UFCA), definiendo que son unidades clínicas ubicadas al interior de instituciones prestadoras de servicios de salud y cuyo objetivo principal es estimar la condición de salud en el paciente adulto con diagnóstico presuntivo de cáncer, determinar y ejecutar el tratamiento, velando por brindar la atención cumpliendo con los atributos de calidad esperados.

Según el ABC unidades funcionales publicado por el Ministerio de Salud, las resoluciones que son requisitos para las IPS que deseen habilitar unidades funcionales para atención de Cáncer, son las Resoluciones 1477 de 2016 y 3100 de 2019. Teniendo en cuenta lo anterior en la fase de diagnóstico se implementan las dos listas de chequeo normativo donde se identifican los hallazgos o incumplimientos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Tabla 1.*Matriz de Requisitos Legales*

Tipo	Número	Año	Descripción
Ley	1122	2007	La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
Ley	1384	2010	Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.
Decreto	780	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
Resolución	1419	2013	Por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, los lineamientos para su monitoreo y evaluación y se dictan otras disposiciones
Resolución	256	2016	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

Resolución	1477	2016	Por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI" y se dictan otras disposiciones
Resolución	3100	2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
Resolución	2215	2020	Por la cual se modifican los artículos 19 y 26 de la Resolución 3100 de 2019

Nota. Esta tabla contiene el marco legal relacionado.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

Tabla 2.

Diseño metodológico

Título	Descripción	
Método	<p>El presente estudio utilizará un método de investigación mixto, que combina métodos cualitativos y cuantitativos. Esta elección se fundamenta en la necesidad de obtener una comprensión integral y detallada de los servicios oncológicos, abordando tanto los aspectos subjetivos de la experiencia del paciente como los objetivos relacionados con el cumplimiento normativo y la eficiencia operativa.</p> <p>(Análisis de interacciones de los pacientes con el servicio y el personal de salud, identificación de necesidades y áreas de mejora, verificación de datos cuantitativos y cualitativos asociados a la atención del paciente oncológico)</p>	
Enfoque	<p>Enfoque exploratorio-descriptivo es adecuado para este estudio debido a varias razones:</p> <p>Exploratorio: El componente exploratorio permitirá identificar y comprender los factores clave que afectan la satisfacción del paciente y los momentos de verdad en los servicios oncológicos. Esto es particularmente importante en un contexto donde puede haber una falta de estudios previos específicos sobre estos aspectos en hospitales de alta complejidad en Bogotá.</p> <p>Descriptivo: El componente descriptivo proporcionará una visión detallada de las deficiencias normativas y operativas existentes, así como de la percepción de los pacientes y el personal sobre la calidad del servicio.</p>	
Título	Descripción	Herramientas
Fase 1: Diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterización de pacientes (base de datos de pacientes que incluya: edad, género, tipo de tratamiento, diagnóstico) 2. Evaluación del estado actual en cuanto a requerimientos normativos de habilitación y de estándares de acreditación en el proceso de atención a pacientes oncológicos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Matriz de validación de los criterios de acuerdo a las listas de verificación resolución 3100 y 1477, criterios aplicables establecidos en el Manual Único de Acreditación 2. Matriz de criterios no cumplidos o cumplidos parcialmente
Fase 2: Momentos de	<ol style="list-style-type: none"> 1. Levantamiento de ruta e identificación necesidades (pacientes y 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Herramienta de entrevista o levantamiento de necesidades.

verdad	familias)	
Fase 3: Estrategias para la prestación del servicio	1. Priorización de necesidades. 2. Establecer las estrategias de mejoramiento	1. Matriz de priorización. 2. Revisión de estrategias o herramientas que se han implementado en servicios y contextos similares.

Nota. Esta tabla contiene las fases de desarrollo de este documento.

1. Fase 1: Diagnóstico

Evaluación del estado actual y del cumplimiento de los requerimientos normativos de habilitación en el proceso de atención a pacientes oncológicos; esta evaluación se llevará a cabo mediante una matriz de validación, en la cual se verificará el cumplimiento de los criterios de acuerdo a las listas de verificación establecido en la resolución 3100 y 1477, también se tendrán en cuenta el enfoque de acreditación.

2. Fase 2: Momentos de Verdad

Levantamiento de la ruta de atención e identificación de momentos de verdad a través del mapeo detallado del recorrido del paciente oncológico desde el primer contacto con el hospital en estudio hasta la conclusión del tratamiento. Se identifican los "momentos de verdad", que son puntos críticos en los que la calidad del servicio impacta significativamente la percepción y satisfacción del paciente.

3. Fase 3: Estrategias para la prestación del servicio

Diseño de estrategias de servicio donde se puedan priorizar y categorizar las necesidades de las partes interesadas, buscando la prestación de un mejor servicio y contribuir al mejoramiento de la calidad en los procesos de atención y seguimiento a estos pacientes.

4. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación que trató desde diferentes enfoques temas cruciales del proceso de atención a pacientes oncológicos. En primer lugar, se presenta una evaluación completa del estado actual o diagnóstico en el contexto de la atención de la atención y tratamiento de pacientes oncológicos; este momento incluye datos descriptivos del servicio, análisis de criterios de habilitación en el marco de la resolución 3100 y criterios de cumplimiento como UFCA que tienen en cuenta la resolución 1477.

Además, se profundiza en la percepción de calidad del paciente por medio de la escala servqual (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988) (Anexo 1) cuyas preguntas fueron adaptadas de acuerdo las necesidades propias del servicio, conservando los 5 componentes y su alcance: Tangibilidad, Confiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad y Empatía.

Finalmente, se exponen las acciones de mejoramiento propuestas para el proceso de atención de pacientes oncológicos. Estas acciones se diseñan para abordar áreas específicas y están basadas en los resultados del análisis realizado. Este capítulo revela un panorama completo y detallado de los resultados obtenidos, esperando que estas iniciativas fortalezcan los aspectos más débiles y aporten a una experiencia más holística, efectiva y compasiva para los pacientes oncológicos, sus familias y el equipo de profesionales de la salud involucrado en su cuidado

4.1. Fase 1: Diagnóstico

4.1.1. *Caracterización de pacientes*

La caracterización de pacientes se fundamentó en una base de datos que relaciona las atenciones realizadas entre el mes de abril y julio de 2023.

Cantidad total de registros: 11000

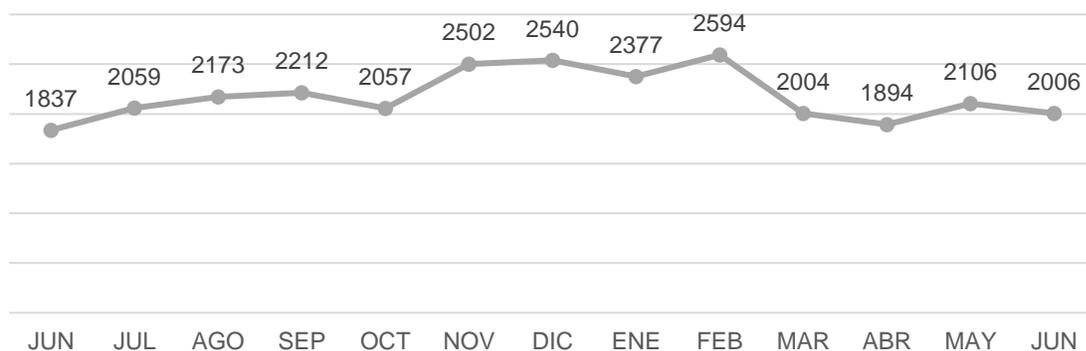
Cantidad de pacientes atendidos durante el periodo: 6000

Cantidad promedio de atenciones por mes: 2182

En la siguiente figura se presenta la relación de citas atendidas por mes durante el periodo definido para el estudio de datos:

Figura 2.

Citas atendidas servicio de oncología



Nota. Esta figura muestra las citas atendidas en el servicio de oncología (junio 2022 a junio 2023).

Dada la importancia de conocer el estado del servicio y las características de sus pacientes se presenta en la siguiente tabla la relación de diagnósticos más representativos:

Tabla 3.

Relación de Diagnósticos

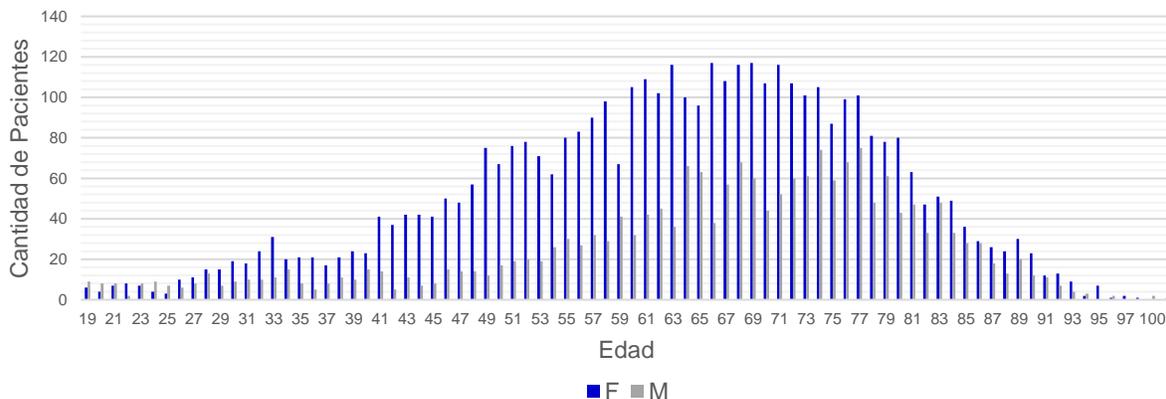
DIAGNOSTICO RELACIONADO	CANTIDAD
TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	1185
TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	390
TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	279
TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	274
TUMOR MALIGNO DEL ENDOMETRIO	257
TUMOR MALIGNO DEL RECTO	236
TUMOR MALIGNO DEL COLON	209
LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES (DIFUSO)	188
TUMOR MALIGNO DEL EXOCERVIX	122
MIELOMA MULTIPLE	106

Nota. Esta tabla contiene la relación de diagnósticos más frecuentes presentados en el hospital en estudio respecto a la cantidad de pacientes atendidos.

Dando continuidad a la caracterización del servicio en la próxima figura se describe la población atendida en el hospital en estudio, en relación con las variables de sexo y edad:

Figura 3.

Relación Edad - Sexo



Nota. La figura representa la cantidad de pacientes activos respecto a su edad y sexo, entre los 55 y 81 años se presentan más de 100 registros por cada edad, siendo 68 la edad más frecuente en los pacientes.

La siguiente tabla identifica la ocupación de los pacientes activos:

Tabla 4.

Ocupación de los pacientes

OCUPACIÓN	CANTIDAD
Hogar	3526
Pensionado	773
Agentes	231
Trabajador informal	209
Obreros	167
Administradores	111
Otras ocupaciones	75
Higienistas dentales	69
Agentes de policía	63
Vendedores	57
Auxiliares administrativos	55
Conductores	51
Ajustadores y reparadores	50
Estudiantes	43

OCUPACIÓN	CANTIDAD
Ingenieros	39
Empleados	36
Operadores	35
Servicio domestico	35
Acompañantes domiciliarios	32
Enfermeros y auxiliares de enfermería	31
Profesores	24
Aseadores, fumigadores y servicio domestico	22
Abogados	21
Supervisores, vigilantes y guardias de seguridad	20
Analistas	19
Asistentes administrativos	17
Cortadores de carne	17
Secretarios o recepcionistas	16
Sastres, modistos, peleteros y sombrereros	15
Supervisores	15
Actores	15
Contadores y auditores	14
Geólogos, geoquímicos y geofísicos	13
Mecánicos	12
Psicólogos	9
Sin información	9
Estilistas, esteticistas y afines	9
Técnicos	9
Deportistas	7
Jardineros	7
Electricistas	6
Cajeros de servicios financieros	6
Cocineros	5
Soldadores	5
Ayudantes	5
Diseñadores	5
Organizadores de eventos	4
Gerentes	4
Latoneros	4
Panaderos y pasteleros	4
Consultores	4
Otros profesionales	4
Médicos generales o especialistas	4
Mercaderías e impulsores	4
Farmacéuticos	3
Funcionarios administrativos	3
Inspectores	3
Periodistas	3
Sociólogos, antropólogos y afines	3
Urbanistas	3

OCUPACIÓN	CANTIDAD
Físicos y astrónomos	3
Químicos	3
Contratistas	3
Meseros y capitán de meseros	3
Montadores de estructuras metálicas	3
Pintores	2
Consejeros de servicios de empleo	2
Restauradores y curadores	2
Archivistas	2
Jueces	2
Bailarines	2
Mineros	2
Carpinteros	2
Matemáticos, estadísticos y actuarios	2
Fisioterapeutas	2
Guardianes de prisión	2
Fotógrafos	2
Carteros y mensajeros	2
Arquitectos	1
Paramédicos	1
Árbitros	1
Joyereros y relojeros	1
Biólogos, botánicos, zólogos y relacionados	1
Oficiales de construcción	1
Odontólogos	1
Modelistas y matriceros	1
Astrólogos, adivinadores y relacionados	1
Meteorólogos	1
Detectives e investigadores	1
Ensambladores	1
Músicos y cantantes	1
Promotores de salud	1
Escritores	1
Capitanes y oficiales de cubierta	1
Ebanistas	1
Maquinistas de transporte ferroviario	1
Terapeutas ocupacionales	1
Re creacionistas	1
Traductores e interpretes	1
Ornamentistas y forjadores	1
Audiólogos y terapeutas del lenguaje	1
Programadores	1
Marineros de sala de maquinas	1
Total general	6126

Nota. La tabla detalla la ocupación de los pacientes incluidos en la base de datos.

4.1.2. Resultados condiciones de habilitación Resolución 3100

Para la prestación de servicios de salud, garantizar la calidad y seguridad de los servicios prestados es fundamental. La norma de habilitación desempeña un papel crucial en este sentido, proporcionando un marco regulador que establece los criterios mínimos que deben cumplir las instituciones de salud para operar legalmente y ofrecer servicios adecuados.

La aplicación de una lista de verificación basada en esto no solo facilita el cumplimiento regulatorio, sino que también promueve una cultura de mejora continua dentro de las organizaciones.

Esta sección se centra en la aplicación de una lista de verificación como herramienta clave para asegurar la adherencia a la norma de habilitación y a los estándares aplicables para el servicio de oncología.

La adecuada aplicación de una lista de verificación no solo asegura el cumplimiento de las normas, sino que también fortalece la confianza de los pacientes en el sistema de salud, mejora la eficiencia operativa y contribuye a la construcción de un entorno de salud más seguro y confiable.

Los estándares evaluados para el servicio son:

- Estándar de Dotación
- Estándar de Historia clínica y registros
- Estándar de Infraestructura
- Estándar de Interdependencia de servicios
- Estándar de Medicamentos, dispositivos médicos e insumos
- Estándar de Procesos Prioritarios
- Estándar de Talento Humano

Estos estándares tienen como propósito garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud, asegurando que las instituciones cumplan con los requisitos necesarios para operar de manera segura y efectiva (Ver Anexo 1).

4.1.2.a Estándar de dotación. Propósito: Garantizar la disponibilidad y el adecuado mantenimiento de los equipos médicos y no médicos necesarios para la prestación de servicios de salud. Esto incluye la existencia de programas de mantenimiento preventivo y correctivo (Resolución 3100 de 2019).

A continuación, se presenta el resultado relacionado con dotación:

Tabla 5.

Resultados Estándar de Dotación

Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
36	1	10	0

Nota. Esta tabla presenta los resultados de la verificación realizada al servicio de oncología en términos de Dotación, obteniendo como resultado: 36 cumple, 1 no cumple y 10 no aplica.

4.1.2.b Estándar de Historia Clínica. Propósito: Garantizar la correcta documentación, almacenamiento y manejo de la información clínica de los pacientes. Esto incluye la implementación de sistemas de historia clínica que aseguren la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información (Resolución 3100 de 2019).

La siguiente tabla consolida el resultado referente a historia clínica:

Tabla 6.

Resultados Estándar de Historia Clínica

Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
36	3	9	8

Nota. Esta tabla presenta los resultados de la verificación realizada al servicio de oncología en términos de Historia Clínica, obteniendo como resultado: 36 cumple, 3 no cumple y 9 no aplica.

4.1.2.c Estándar de Infraestructura. Propósito: Asegurar que las instalaciones físicas de las instituciones de salud cumplan con los requisitos necesarios para la prestación segura y cómoda de los servicios de salud. Esto incluye la adecuación de espacios físicos, accesibilidad, señalización y condiciones ambientales adecuadas (Resolución 3100 de 2019).

Ahora se presenta el resultado correspondiente a infraestructura:

Tabla 7.

Resultados Estándar de Infraestructura

Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
84	3	51	0

Nota. Esta tabla presenta los resultados de la verificación realizada al servicio de oncología en términos de Infraestructura, obteniendo como resultado: 84 cumple, 3 no cumple y 51 no aplica.

4.1.2.d Estándar de Interdependencia de servicios. Propósito: Garantizar que los procesos de referencia y contra referencia de pacientes se realicen de manera eficiente y efectiva, facilitando la integración de servicios y promoviendo una atención integral y continua. De esta manera, se busca que los pacientes reciban una atención coordinada y coherente, evitando duplicidades y omisiones en el cuidado de su salud, y mejorando la calidad y seguridad de los servicios de salud (Resolución 3100 de 2019).

Conforme a lo anterior se presenta el resultado de interdependencia en la siguiente tabla:

Tabla 8.

Resultados Estándar de Interdependencia de servicios

Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
3	0	5	0

Nota. Esta tabla presenta los resultados de la verificación realizada al servicio de oncología en términos de Interdependencia, obteniendo como resultado: 3 cumple y 5 no aplica.

4.1.2.e Estándar de Medicamentos, dispositivos médicos e insumos. Propósito: asegurar la calidad, seguridad, y eficacia de estos productos, garantizando su disponibilidad y uso racional en la atención de salud para proteger y mejorar la salud de los pacientes (Resolución 3100 de 2019).

Respecto a lo anteriormente mencionado se relacionan a continuación los resultados para medicamentos, dispositivos médicos e insumos:

Tabla 9.

Resultados Estándar de Medicamentos, dispositivos médicos e insumos

Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
47	4	9	0

Nota. Esta tabla presenta los resultados de la verificación realizada al servicio de oncología en términos de Medicamentos, Dispositivos médicos e Insumos, obteniendo como resultado: 47 cumple, 4 no cumple y 9 no aplica.

4.1.2.f Estándar de Procesos Prioritarios. Propósito: Garantizar la calidad, seguridad y continuidad en la prestación de servicios de salud, enfocándose en procesos clave que impactan directamente en la atención y bienestar de los pacientes (Resolución 3100 de 2019).

Sumado a lo anterior se presenta el resultado relacionado con procesos prioritarios en la siguiente tabla:

Tabla 10.

Resultados Estándar de Procesos prioritarios

Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
79	5	6	0

Nota. Esta tabla presenta los resultados de la verificación realizada al servicio de oncología en términos de Procesos Prioritarios, obteniendo como resultado: 79 cumple, 5 no cumple y 6 no aplica.

4.1.2.g Estándar de Talento Humano. Propósito: Garantizar que las instituciones de salud dispongan de personal suficiente y debidamente capacitado para la prestación de servicios de salud. Esto incluye la contratación de profesionales de la salud con las competencias y certificaciones necesarias (Resolución 3100 de 2019).

A continuación, se presenta el resultado para talento humano:

Tabla 41.*Resultados Estándar de Talento Humano*

Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
6	10	10	1

Nota. Esta tabla presenta los resultados de la verificación realizada al servicio de oncología en términos de Talento Humano, obteniendo como resultado: 6 cumple, 10 no cumple y 10 no aplica.

Así pues, en la siguiente tabla se presenta el resultado consolidado para cada uno de los estándares contenidos en la resolución 3100:

Tabla 12.*Consolidado cumplimiento autoevaluación de estándares de habilitación*

Estándar	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable	Cumplimiento
Dotación	36	1	10	0	97%
Historia Clínica	36	3	9	8	92%
Infraestructura	84	3	51	0	97%
Interdependencia	3	0	5	0	100%
Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	47	4	9	0	92%
Procesos prioritarios	79	5	6	0	94%
Talento Humano	6	10	10	1	38%
Total	291	26	100	9	92%

Nota. Esta tabla presenta el consolidado de los resultados de la verificación realizada al servicio de oncología sobre la resolución 3100.

4.1.3. Resultados criterios de habilitación UFCA Resolución 1477

La Resolución 1477 de 2016 es un avance crucial en el fortalecimiento del sistema de salud colombiano, ya que se enfoca específicamente en la atención integral del cáncer tanto en adultos como en niños.

Esta normativa establece el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto (UFCA) y las Unidades de Atención de Cáncer Infantil (UACAI), garantizando así que estas unidades cumplan con requisitos de alta calidad y seguridad.

La implementación de esta resolución ha tenido un impacto significativo tanto para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) como para los pacientes.

En cuanto a las IPS, ha supuesto un reto y una oportunidad para mejorar sus infraestructuras, adoptar nuevas tecnologías y capacitar a su personal en técnicas avanzadas de oncología, promoviendo un entorno más seguro y eficiente. Para los pacientes, esta resolución asegura un acceso más equitativo y seguro a servicios especializados en cáncer, mejorando los resultados clínicos y la experiencia del paciente en su proceso de tratamiento.

En definitiva, la Resolución 1477 de 2016 representa un paso esencial hacia la excelencia en la atención oncológica, beneficiando a toda la comunidad con estándares más elevados de cuidado y protección.

Derivado de la aplicación de la herramienta de autoevaluación se obtienen los siguientes resultados (Ver Anexo 2):

Tabla 53.

Resultados verificación para la Habilitación UFCA

Estado	Cumple	Parcial	No Cumple	No Aplica
TOTAL CRITERIOS	1	25	37	1
% AVANCE	1,8%	44,6%	66,1%	

Nota. Esta tabla presenta los resultados de la verificación realizada al servicio de oncología respecto a la resolución 1477.

4.1.4. Resultados de la aplicación de la Escala SERVQUAL

La calidad en la atención en salud es un aspecto crítico para los pacientes, quienes enfrentan no solo desafíos físicos, sino también emocionales y psicológicos a lo largo de su tratamiento. En este apartado, se presentan los resultados de la aplicación de la escala SERVQUAL, una herramienta ampliamente reconocida para evaluar la calidad del servicio desde la perspectiva del paciente.

Este estudio específico se centra en pacientes oncológicos, proporcionando una visión integral de sus percepciones y expectativas respecto a la atención recibida. A través de

este análisis, se identifican áreas clave de mejora y se destacan los aspectos del servicio que satisfacen o superan las expectativas de los pacientes, con el objetivo de informar y guiar futuras intervenciones en la atención oncológica para mejorar la experiencia y los resultados de salud de estos pacientes.

La información fue consolidada por medio de la aplicación Forms, se capturaron los datos por medio de entrevistas tanto a pacientes como a cuidadores, la diferencia entre importancia y satisfacción permite identificar los temas críticos a intervenir así mismo como las fortalezas identificadas por la población objeto.

La siguiente figura presenta la portada de la encuesta:

Figura 4.

SERVQUAL Encuesta de Calidad Percibida Oncología



Nota. Formulario de captura de información.

a. Cálculo de la muestra

El cálculo de la muestra para este estudio fue desarrollado con la fórmula planteada por Murray y Larry (2005), este proceso es esencial porque, al seleccionar la muestra adecuada se pueden obtener conclusiones más precisas y aplicables a toda la población.

La fórmula utilizada fue:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2 (N-1) + Z^2 \sigma^2}$$

En esta fórmula:

n	Tamaño de la muestra
N	Tamaño del universo
σ	Desviación estándar de la población. Cuando este dato es desconocido, se utiliza una constante que equivale a 0.5
Z	Valor que se obtiene a través de niveles de confianza
e	Es el límite de error muestral admisible. Comúnmente oscila entre el 1% (0.01) y el 9% (0.09). El 5% (0.05) es el valor estándar que se usa en investigaciones.

Para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta como población, el promedio de atenciones o consultas realizadas a pacientes oncológicos en los meses de junio de 2022 a junio de 2023 (2182).

Obteniendo el siguiente resultado:

n	328
N	2182
σ	0.5
Z	95 %
e	5 %

b. Resultados Escala SERVQUAL

La medición de la calidad en la prestación de servicios de salud, particularmente en entornos sensibles y de alta complejidad, tiene una importancia crucial. La calidad percibida por los pacientes es un factor determinante en la satisfacción y percepción de los servicios recibidos (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988). En este contexto, la escala SERVQUAL se consolida como una herramienta de evaluación fundamental para medir la brecha entre las expectativas de los pacientes y la calidad percibida del servicio hospitalario (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1990).

En este estudio, se presenta un análisis exhaustivo de los resultados obtenidos tras la aplicación de la escala SERVQUAL en el hospital en estudio a los pacientes oncológicos, esto con el propósito de identificar áreas de mejora y fortalezas en la prestación de servicios.

Teniendo en cuenta lo anterior y la definición previa de la muestra, se realizaron un total de 350 entrevistas, teniendo en cuenta que en la base de datos las respuestas fueron recopiladas de forma anónima.

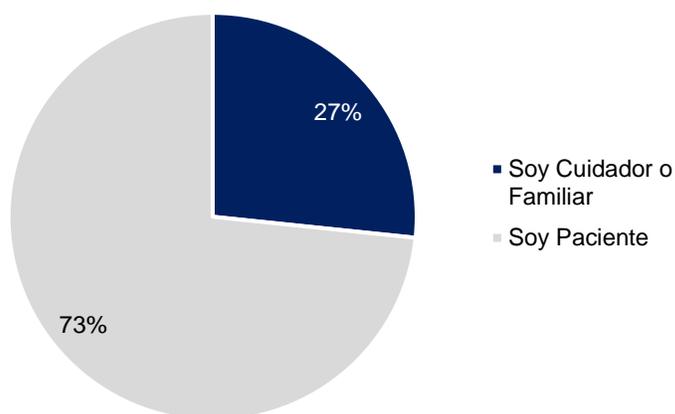
Teniendo en cuenta los componentes originales de la escala SERVQUAL, las preguntas se adaptaron y agruparon de la siguiente forma:

a. Caracterización

La herramienta inicia con la identificación del rol del participante siendo igual de relevantes las respuestas obtenidas desde un paciente como desde un familiar o cuidador.

Figura 5.

Rol del participante



Nota. La figura presenta el porcentaje de participantes según su rol, 256 son pacientes y 94 cuidadores o familiares.

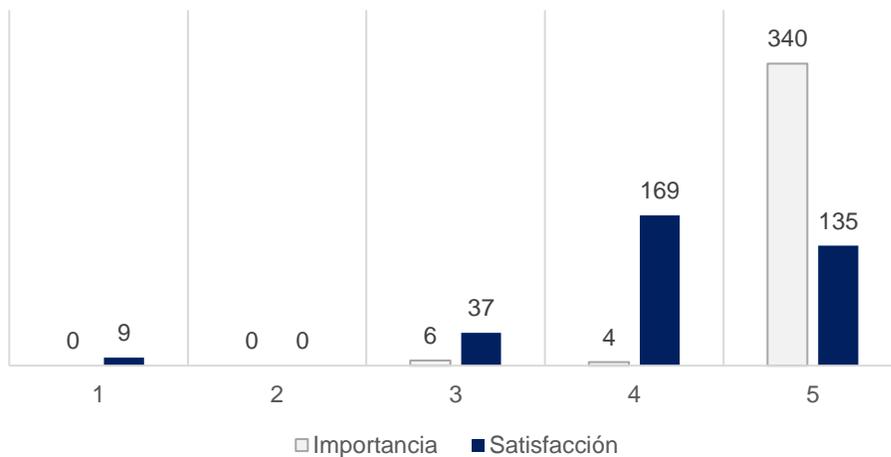
b. Sección I – Fiabilidad

Se refiere a la capacidad de la IPS para ofrecer servicios de manera confiable y precisa, busca medir la capacidad de cumplir promesas y expectativas, como la puntualidad en las citas, la precisión en el diagnóstico, la consistencia en el tratamiento y la atención oportuna (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988).

De este modo los pacientes y sus familias evalúan si el prestador de servicios de salud es confiable y si pueden depender de él para recibir atención médica de calidad cuando la necesiten.

Figura 6.

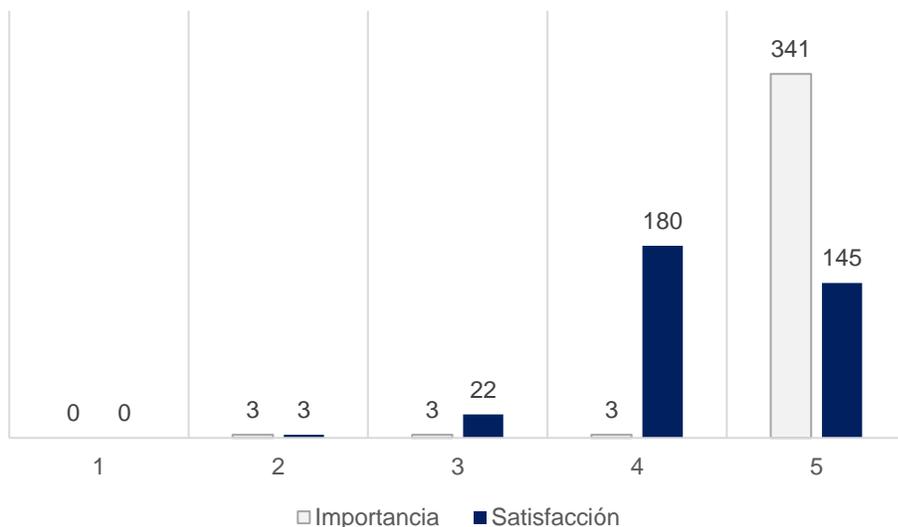
Importancia - Satisfacción: La puntualidad en las citas y procedimientos médicos



Nota. La figura contiene el comparativo entre la importancia que tiene para los pacientes la puntualidad durante la atención y la satisfacción respecto a la misma. Es así como para el 97% (340) es muy importante, en cuanto a la satisfacción: el 38% (135) está muy satisfecho y el 48% satisfecho, el 10% (37) se encuentra neutral y el 2,5% (9) se muestra muy insatisfecho.

Figura 7.

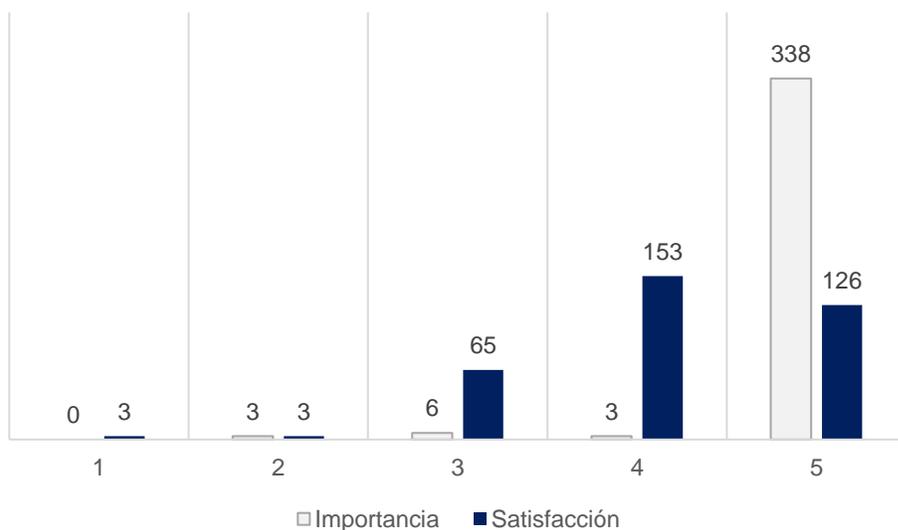
Importancia - Satisfacción: La precisión y efectividad del tratamiento recibido



Nota. La figura contiene el comparativo entre la importancia que tiene para los pacientes la precisión y la efectividad del tratamiento recibido y la satisfacción respecto a la misma. Es así como para el 97% (347) es muy importante, en cuanto a la satisfacción: el 41% (145) está muy satisfecho, el 51% (180) satisfecho y el 6% (22) se encuentra neutral.

Figura 8.

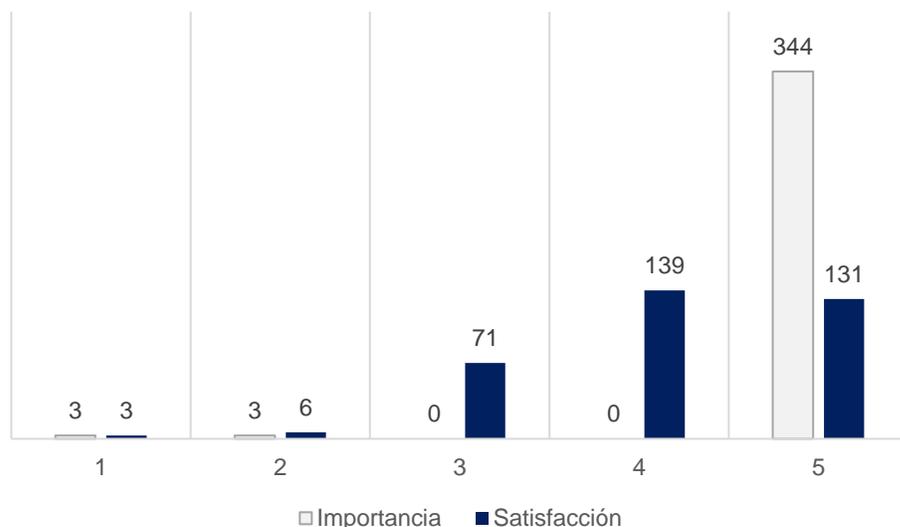
Importancia - Satisfacción: La consistencia en la atención por parte del equipo médico y de enfermería



Nota. La figura contiene el comparativo entre la importancia que tiene para los pacientes la consistencia en la atención y la satisfacción respecto a la misma. Es así como para el 96% (338) es muy importante, en cuanto a la satisfacción: el 36% (126) está muy satisfecho, el 43% (153) satisfecho y el 18% (65) se encuentra neutral.

Figura 9.

Importancia - Satisfacción: La facilidad para obtener respuestas y orientación en cuanto a la enfermedad y el tratamiento



Nota. La figura contiene el comparativo entre la importancia que tiene para los pacientes la consistencia en la atención y la satisfacción respecto a la misma. Es así como para el 98% (344) es muy importante, en cuanto a la satisfacción: el 37% (131) está muy satisfecho, el 43% (139) satisfecho y el 20% (71) se encuentra neutral.

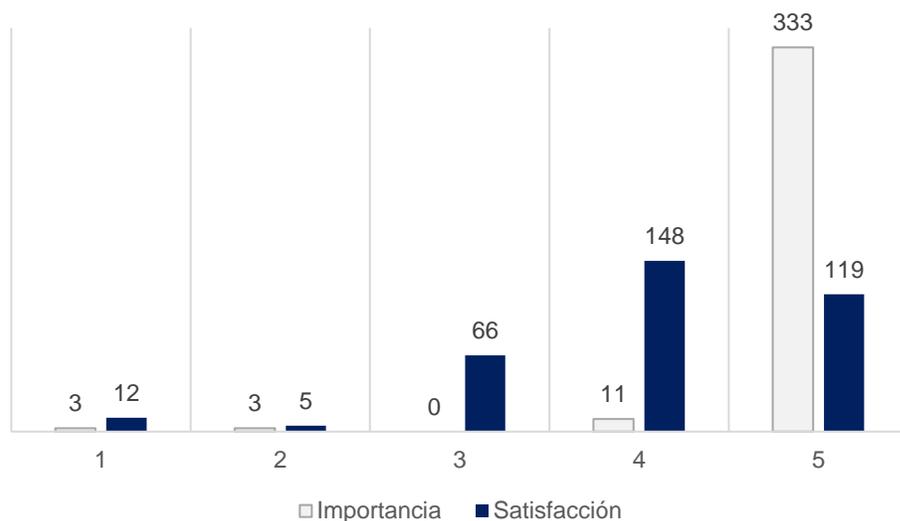
c. Sección II - Capacidad de respuesta

Esta dimensión se centra en la disposición del personal médico y administrativo para brindar atención rápida y eficiente a las necesidades de los pacientes, busca medir la disposición para ayudar, la prontitud en la atención, la capacidad de respuesta a las preguntas y preocupaciones de los pacientes, así como la flexibilidad para adaptarse a las necesidades individuales (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988).

Los pacientes y sus familias evalúan si reciben una respuesta oportuna y adecuada a sus solicitudes, consultas o problemas durante su interacción con el personal de salud.

Figura 10.

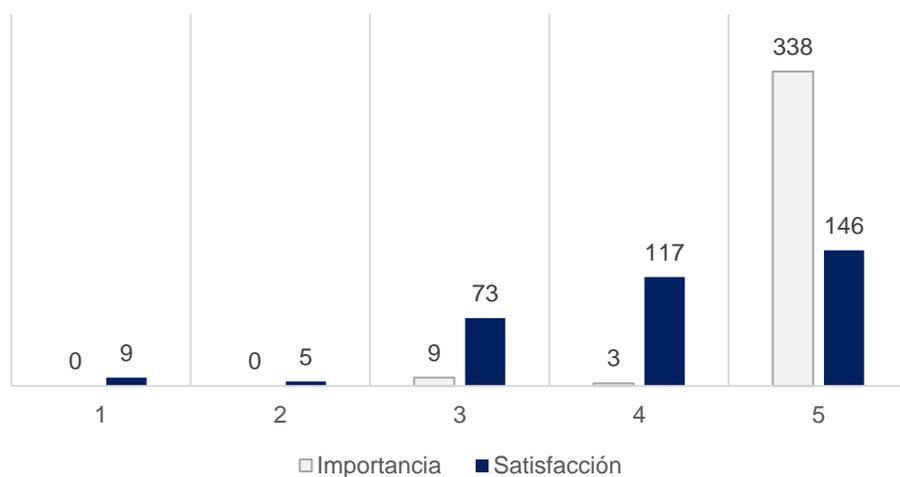
Importancia - Satisfacción: La rapidez con la que se resuelven las dudas y preocupaciones



Nota. La figura muestra la comparación entre la importancia y la satisfacción percibida por los participantes en cuanto a la rapidez con la que se les resuelven las dudas y preocupaciones, para el 95% (333) es muy importante, en cuanto a la satisfacción el 34% (119) se encuentra muy satisfecho, el 42% (148) satisfecho, el 18% (66) neutral y el restante 6% está distribuido entre insatisfecho y muy insatisfecho.

Figura 11.

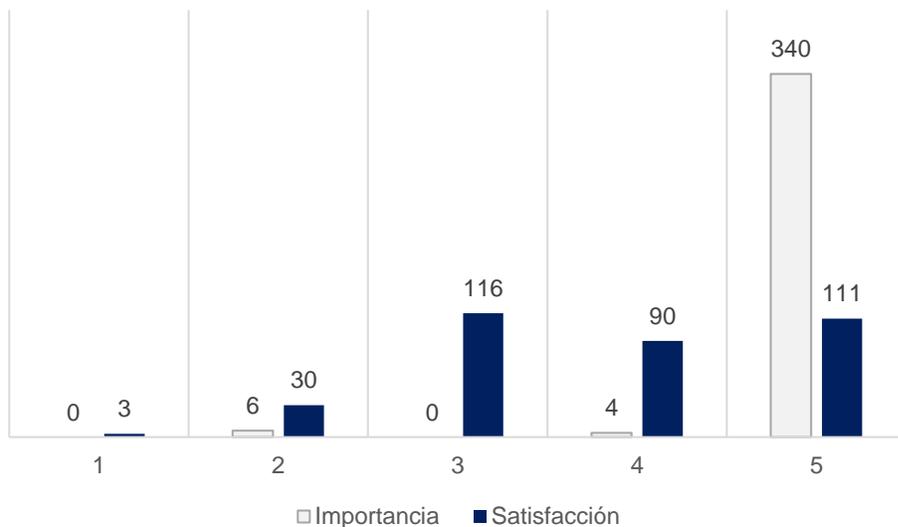
Importancia - Satisfacción: La disposición del personal para brindar asistencia adicional cuando se requiere



Nota. La figura muestra la comparación entre la importancia y la satisfacción percibida por los participantes en cuanto a la disposición del personal para brindar asistencia adicional cuando se requiere, para el 96% (338) es muy importante, en cuanto a la satisfacción el 41% (146) se encuentra muy satisfecho, el 33% (117) satisfecho, el 20% (73) neutral y el restante 6% está distribuido entre insatisfecho y muy insatisfecho.

Figura 12.

Importancia - Satisfacción: La facilidad para acceder a servicios de apoyo, como psicología o grupos de apoyo



Nota. La figura muestra la comparación entre la importancia y la satisfacción percibida por los participantes en cuanto a la facilidad para acceder a servicios de apoyo, como psicología o grupos de apoyo, para el 97% (340) es muy importante, en cuanto a la satisfacción el 31% (111) se encuentra muy satisfecho, el 25% (90) satisfecho, el 33% (116) neutral y el restante 11% está distribuido entre insatisfecho y muy insatisfecho.

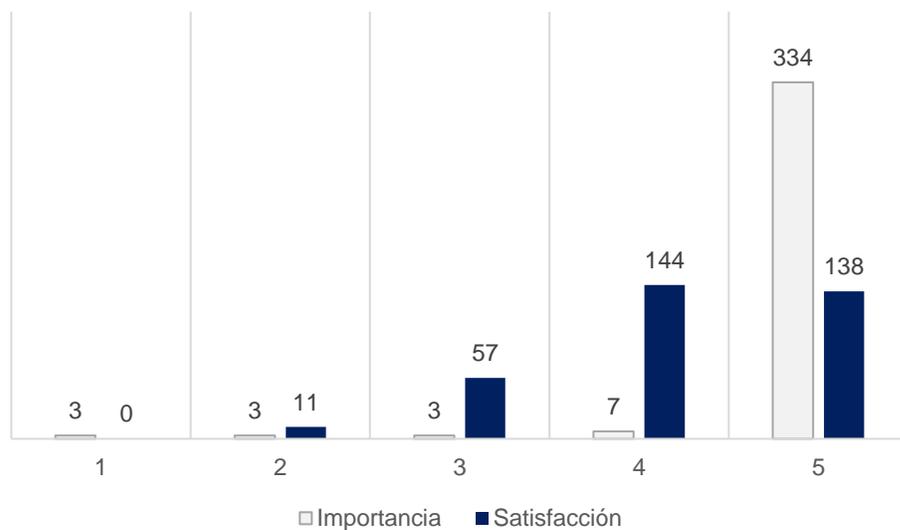
d. Sección III – Seguridad

Se refiere a la percepción de los pacientes sobre la seguridad física y emocional durante la prestación de servicios de atención médica, busca medir la confianza en la competencia del personal médico, así como la seguridad en los procedimientos médicos y la administración de medicamentos (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988).

Los pacientes y sus familias evalúan si se sienten seguros y protegidos mientras reciben atención médica.

Figura 13.

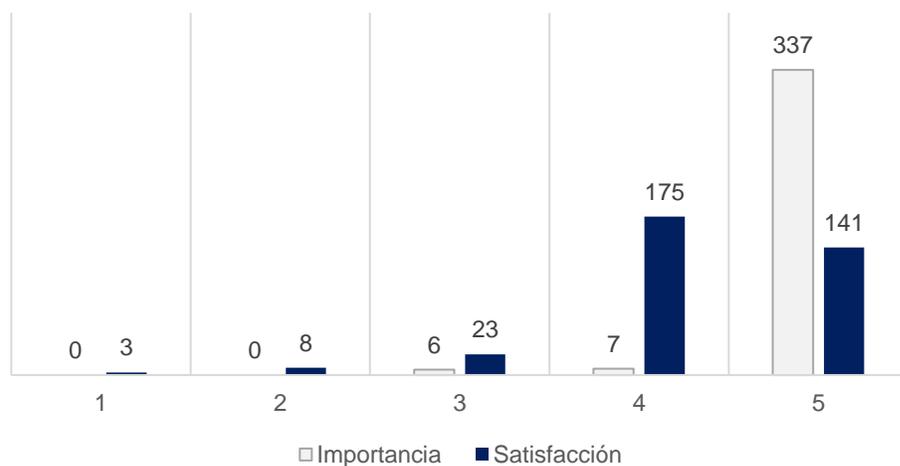
Importancia - Satisfacción: La percepción de seguridad y/o protección durante los tratamientos y procedimientos recibidos



Nota. La figura contiene la comparación entre las calificaciones recibidas respecto a la importancia y la satisfacción percibida por los participantes en cuanto a la percepción de seguridad y/o protección durante los tratamientos y procedimientos recibidos, el 95% (334) consideran que es muy importante, respecto a la satisfacción el 39% (138) se encuentran muy satisfechos, el 41% (144) satisfechos, el 16% (57) neutrales y el restante 4% (14) insatisfechos y muy insatisfechos.

Figura 14.

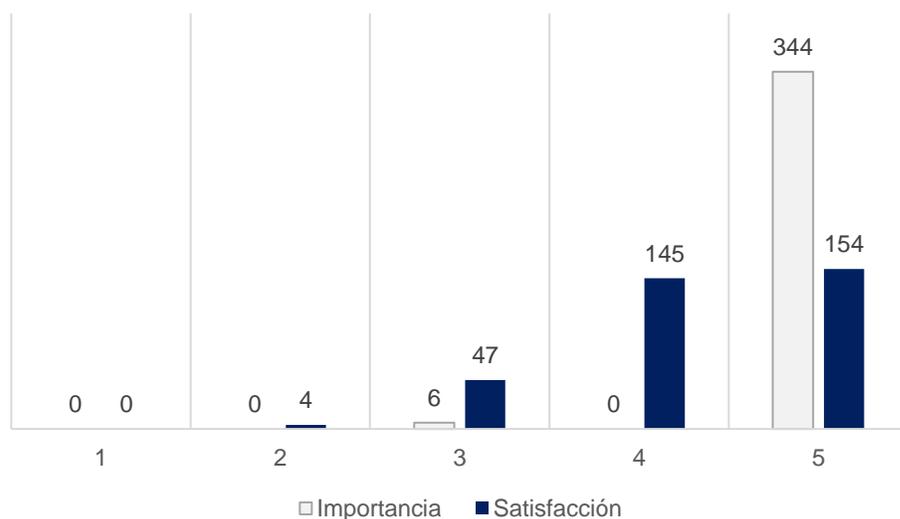
Importancia - Satisfacción: El conocimiento y seguimiento de los protocolos de higiene y prevención de infecciones



Nota. La figura contiene la comparación entre las calificaciones recibidas respecto a la importancia y la satisfacción percibida por los participantes en cuanto al conocimiento y seguimiento de los protocolos de higiene y prevención de infecciones, el 96% (337) consideran que es muy importante, respecto a la satisfacción el 40% (141) se encuentran muy satisfechos, el 50% (175) satisfechos y el 6% (23) neutrales.

Figura 15.

Importancia - Satisfacción: La confianza en la administración segura de medicamentos y terapias



Nota. La figura contiene la comparación entre las calificaciones recibidas respecto a la importancia y la satisfacción percibida por los participantes en cuanto a la confianza en la administración segura de medicamentos y terapias, el 98% (344) consideran que es muy importante, respecto a la satisfacción el 44% (154) se encuentran muy satisfechos, el 41% (145) satisfechos y el 13% (47) neutrales.

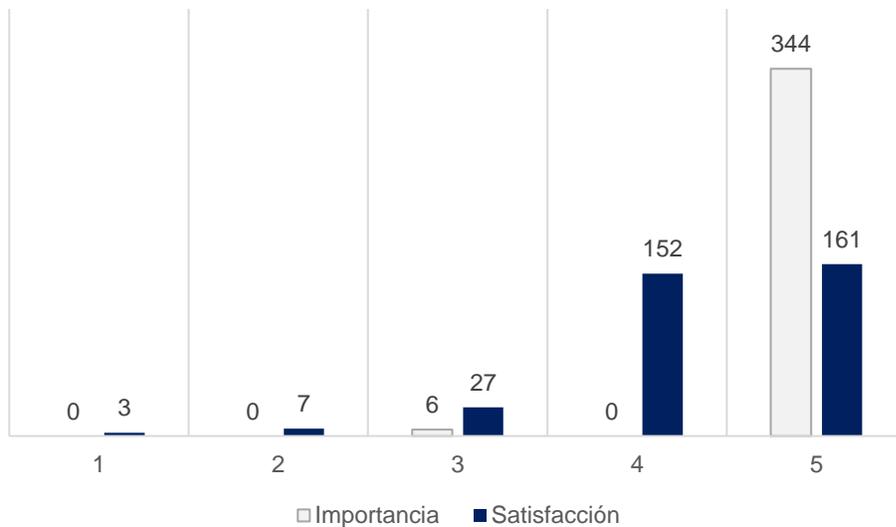
e. Sección IV - Empatía

Esta dimensión se refiere a la capacidad del personal de salud para demostrar comprensión, atención y preocupación genuina por las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes. Así mismo, busca medir la sensibilidad, la amabilidad, la empatía y la comunicación efectiva por parte del personal médico y administrativo (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988).

De tal forma que los pacientes y sus familias evalúan si sienten que son tratados con respeto, comprensión y atención personalizada durante su interacción con el personal de salud.

Figura 16.

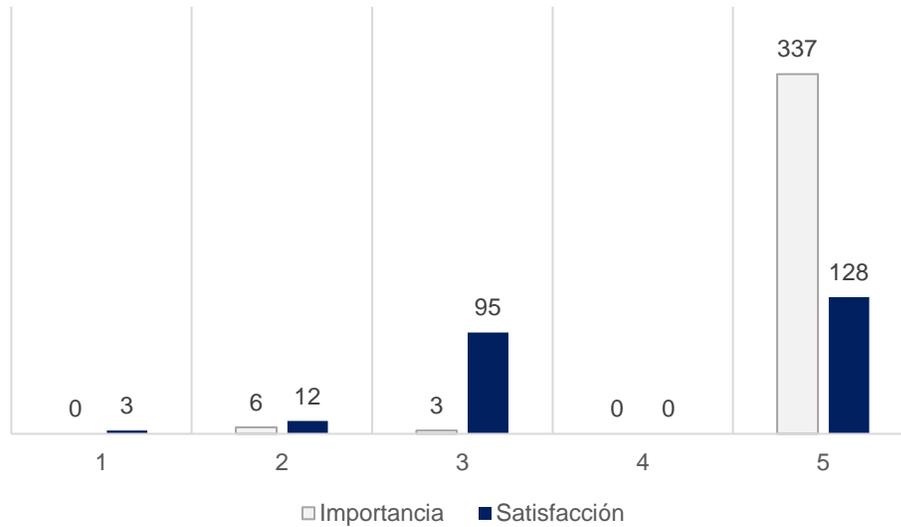
Importancia - Satisfacción: El trato respetuoso y humano del personal médico y de enfermería



Nota. La figura contiene la comparación entre las calificaciones recibidas respecto a la importancia y la satisfacción percibida por los participantes en cuanto El trato respetuoso y humano del personal médico y de enfermería, el 98% (344) consideran que es muy importante, respecto a la satisfacción el 46% (161) se encuentran muy satisfechos, el 43% (152) satisfechos y el 11% restante entre neutrales, insatisfechos y muy insatisfechos.

Figura 17.

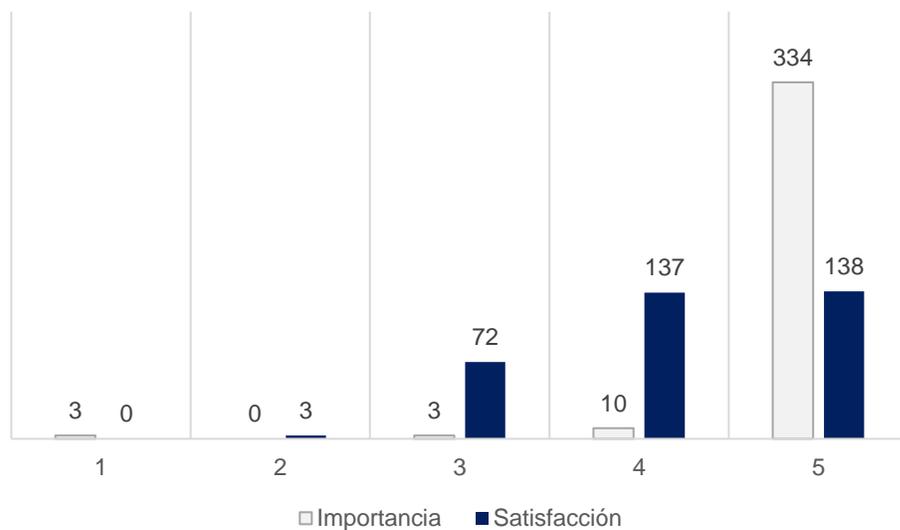
Importancia - Satisfacción: La sensibilidad y comprensión mostrada hacia sus necesidades emocionales y psicológicas.



Nota. La figura contiene la comparación entre las calificaciones recibidas respecto a la importancia y la satisfacción percibida por los participantes en cuanto a la sensibilidad y comprensión mostrada hacia sus necesidades emocionales y psicológicas, el 96% (337) consideran que es muy importante, respecto a la satisfacción el 36% (128) se encuentran muy satisfechos y el 27% (95) neutrales.

Figura 18.

Importancia - Satisfacción: La comunicación efectiva y comprensible sobre su estado de salud y opciones de tratamiento.



Nota. La figura contiene la comparación entre las calificaciones recibidas respecto a la importancia y la satisfacción percibida por los participantes en cuanto a la comunicación efectiva y comprensible sobre su estado de salud y opciones de tratamiento, el 95% (334) consideran que es muy importante, respecto a la satisfacción el 39% (138) se encuentran muy satisfechos, el 39% (137) satisfechos y el 20% (72) neutrales.

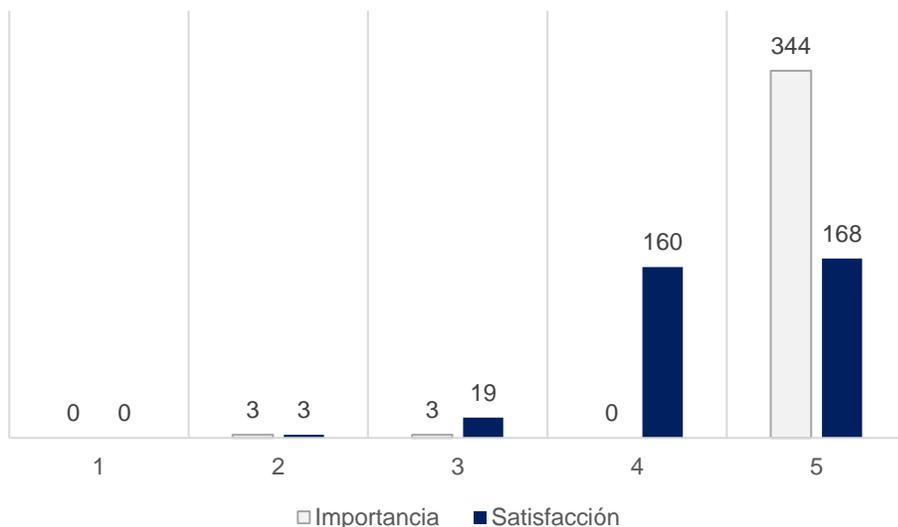
f. Sección V - Tangibilidad

Esta dimensión evalúa la apariencia física de las instalaciones, los equipos utilizados en la prestación de servicios de salud. Así mismo, busca medir la calidad perceptible de los elementos tangibles del entorno, como la limpieza, la comodidad, la modernidad de los equipos, la señalización clara, entre otros (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988).

De este modo los pacientes y sus familiares evalúan si las instalaciones y los equipos cumplen con sus expectativas en términos de apariencia y funcionalidad.

Figura 19.

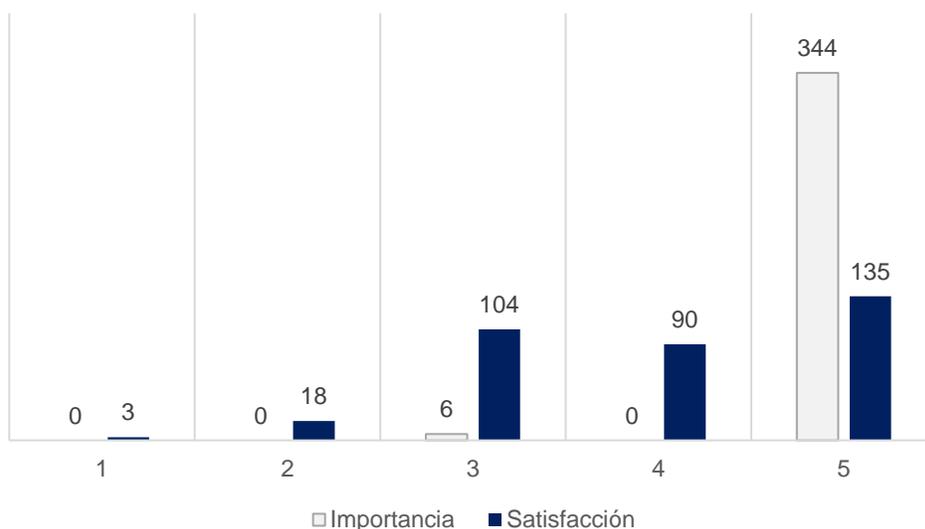
Importancia - Satisfacción: La comodidad y limpieza de las instalaciones y áreas de espera.



Nota. La figura contiene la comparación entre las calificaciones recibidas respecto a la importancia y la satisfacción percibida por los participantes en cuanto a comodidad y limpieza de las instalaciones y áreas de espera, el 95% (334) consideran que es muy importante, respecto a la satisfacción el 48% (168) se encuentran muy satisfechos, el 45% (160) satisfechos y el 5% (19) neutrales.

Figura 20.

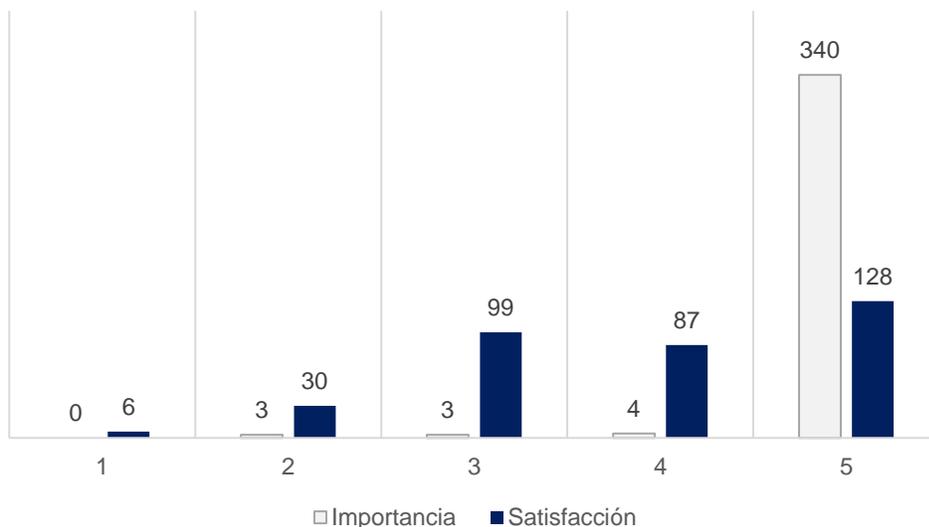
Importancia - Satisfacción: La disponibilidad de equipos y tecnología necesarios para el diagnóstico y tratamiento.



Nota. La figura contiene la comparación entre las calificaciones recibidas respecto a la importancia y la satisfacción percibida por los participantes en cuanto a disponibilidad de equipos y tecnología necesarios para el diagnóstico y tratamiento, el 98% (344) consideran que es muy importante, respecto a la satisfacción el 38% (135) se encuentran muy satisfechos, el 25% (90) satisfechos y el 39% (104) neutrales.

Figura 21.

Importancia - Satisfacción: La facilidad para obtener información sobre servicios, costos y horarios de atención.



Nota. La figura contiene la comparación entre las calificaciones recibidas respecto a la importancia y la satisfacción percibida por los participantes en cuanto a facilidad para obtener información sobre servicios, costos y horarios de atención, el 97% (340) consideran que es muy importante, respecto a la satisfacción el 36% (128) se encuentran muy satisfechos, el 24% (87) satisfechos y el 28% (99) neutrales.

g. Sección VI - Preguntas específicas

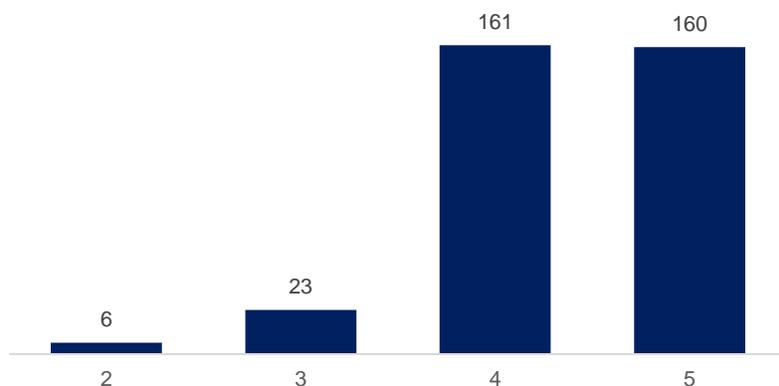
Preguntas específicas por medio de las cuales se indago directamente al paciente o cuidador si recomendaría el servicio y sus observaciones respecto al mismo.

18. En general, ¿Cómo califica su experiencia con la atención oncológica recibida?

En cuanto a la calificación sobre la experiencia con la atención oncológica recibida el promedio fue 4.35 en una escala de 1 a 5.

Figura 22.

Calificación de la experiencia

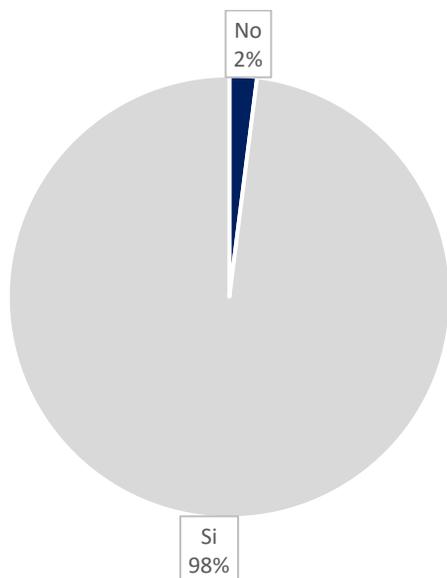


Nota. La figura muestra la cantidad de personas que votaron por cada calificación siendo 1 Nada satisfecho, 2 Poco satisfecho, 3 Neutral, 4 Satisfecho y 5 Totalmente satisfecho. Entre los valores 4 y 5 se concentra el 90% de los participantes.

19. ¿La información sobre diagnóstico y opciones de tratamiento ha sido suministrada de forma adecuada?

Figura 23.

Información suministrada de forma adecuada

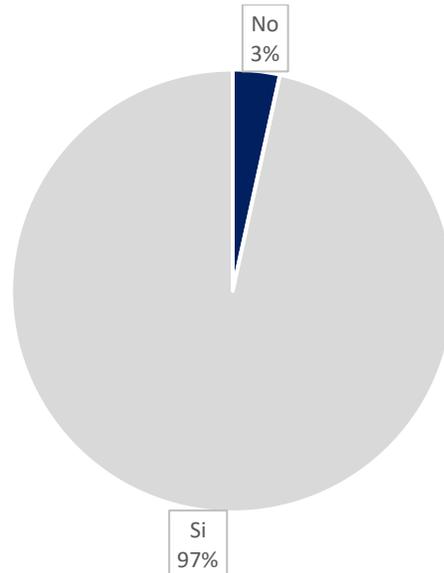


Nota. La figura muestra la percepción de los participantes en cuanto a la información suministrada, el 98% consideran que si ha sido adecuada y el 2% que no.

20. ¿Considera que la atención recibida ha contribuido positivamente en su proceso de recuperación y bienestar emocional?

Figura 24.

Contribución de la atención en el proceso de recuperación



Nota. La figura muestra la percepción de los participantes en cuanto si la atención ha contribuido positivamente en su proceso de recuperación y bienestar emocional, el 3% considera que no y el restante 97% que sí.

21. ¿Hay algún aspecto específico que le gustaría destacar como especialmente positivo o negativo en su experiencia?

Los aspectos a resaltar como positivo son:

- Atención cordial y respetuosa por parte del personal.
- Limpieza en las instalaciones.
- Servicio y acompañamiento por enfermería.
- Resultado clínico del tratamiento.

Los aspectos a resaltar como negativos son:

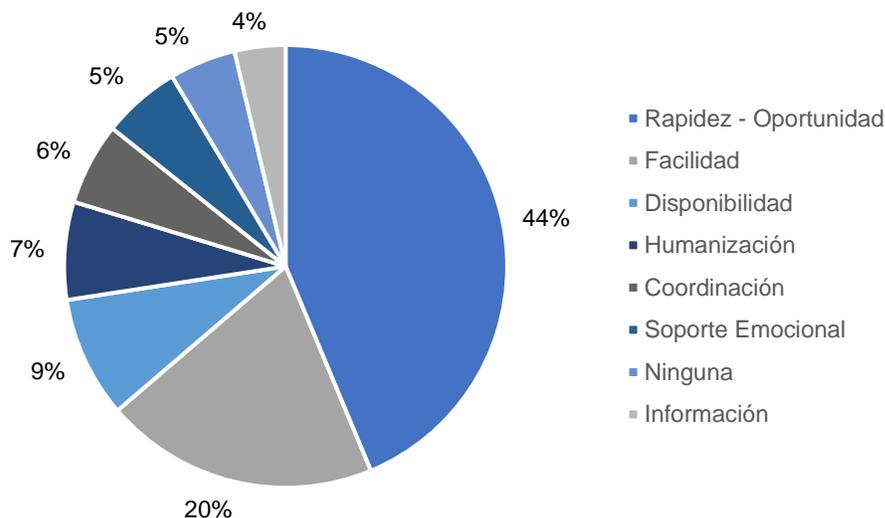
- Disponibilidad de tecnología requerida durante la atención.
- Tiempos de atención.
- Acceso al apoyo emocional y psicológico.

- Comunicación interna sobre la historia de los pacientes entre áreas involucradas durante la atención.
- No hay información consolidada sobre la historia en general del paciente.
- Falta de una mejor explicación sobre el tratamiento a recibir.

22. ¿Qué mejoras sugeriría para optimizar la atención y el servicio a pacientes oncológicos?

Figura 25.

Mejoras sugeridas por tema



Nota. La grafica presenta los resultados de mejoras sugeridas agrupado en temas macro.

Tras analizar los resultados obtenidos, se identificaron varias áreas de mejora que podrían contribuir a optimizar la atención y el servicio ofrecidos a los pacientes oncológicos.

El mayor porcentaje de mejoras sugeridas se relaciona con el concepto de rapidez y oportunidad (44%) en términos de agilidad, puntualidad y oportunidad antes y durante cada una de las atenciones.

Para el tema de facilidad (20%), en el contexto de la atención al cliente se refiere a la capacidad de los clientes para interactuar en este caso con una institución o servicio de

manera simple, intuitiva y sin problemas, eliminando así cualquier obstáculo o fricción que pueda dificultar la experiencia del cliente y haciendo que sea lo más fluida y cómoda posible (Mithas, Ramasubbu, & Sambamurthy, 2011).

Así mismo en el caso de disponibilidad (9%) se hace referencia a equipos para el tratamiento en un solo lugar y mayor cantidad de médicos especialistas.

Por otro lado, humanización y soporte emocional (13%) tienen un lugar importante en la perspectiva de mejora que tienen los pacientes y sus familias.

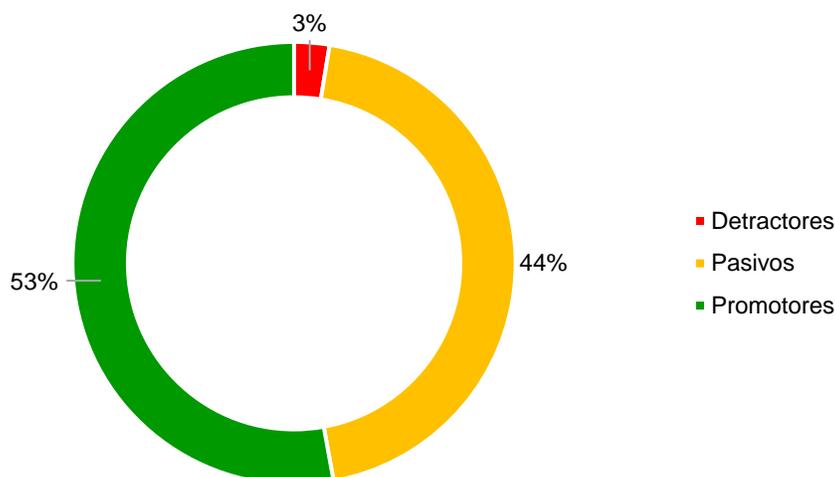
23. ¿Recomendaría este servicio de atención a otras personas que necesiten servicios similares?

El NPS se calcula restando el porcentaje de clientes detractores 3% del porcentaje de clientes promotores 53%, los clientes que se consideran neutrales o pasivos no se incluyen en el cálculo del NPS.

Para este caso el NPS es de 50%, significa que hay un equilibrio entre los promotores y los detractores del servicio, es posible observar en la **Figura 26** NPS – Net Promoter Score que el 44% de los participantes se consideran pasivos respecto a recomendar el servicio.

Figura 26.

NPS – Net Promoter Score



Nota. En la figura se representa la distribución de participantes en términos de detractores, pasivos y promotores, el Net Promoter Score (NPS) es una métrica utilizada para medir la lealtad del cliente y su disposición a recomendar un producto, servicio o marca a otros. Fue introducido por Fred Reichheld en un artículo de la revista Harvard Business Review en el año 2003.

h. Conclusiones

Los resultados presentados revelan importantes hallazgos sobre las expectativas y percepciones de los pacientes en diversas dimensiones del servicio. Este análisis permite identificar las áreas con mayores brechas de calidad, así como los aspectos que los pacientes y sus familias consideran más satisfactorios. A continuación, se presentan las conclusiones derivadas del estudio, con el objetivo de proporcionar una visión integral de la calidad del servicio ofrecido y sugerir posibles estrategias de mejora.

Para la **sección I** en donde se mide el aspecto de fiabilidad en términos de puntualidad, precisión, efectividad, consistencia y facilidad para recibir respuestas, los criterios con mayor grado de insatisfacción fueron: puntualidad con el 2,5%, consistencia y facilidad para recibir respuestas con el 0,85% de participantes muy insatisfechos, el 38% de los participantes se mostraron muy satisfechos respecto a los criterios asociados a la fiabilidad.

Relacionado con la **sección II** referente a la capacidad de respuesta el 96% de los participantes consideran que todos los criterios relacionados son muy importantes.

La satisfacción promedio para los 3 criterios evaluados fue: muy insatisfecho o insatisfecho 6%, neutral: 24%, satisfecho: 34% y muy Satisfecho: 36%. El criterio que representa tanto la mayor insatisfacción como la mayor posición neutral es la facilidad para acceder a servicios de apoyo, como psicología o grupos de apoyo.

Relacionado con la **sección III** grupo de preguntas encaminadas a medir la percepción de importancia y la satisfacción del criterio de seguridad los resultados obtenidos muestran que los participantes consideran los 3 criterios como muy importantes, encabezados por: La confianza en la administración segura de medicamentos y terapias. En cuanto a la satisfacción se evidencia que el 85% de los participantes se muestran entre muy satisfechos y satisfechos para los criterios evaluados, siendo el 15% restante aportado en su mayoría por la calificación neutral.

Referente a la **sección IV** que contempla los criterios relacionados con empatía, la sensibilidad y comprensión mostrada hacia sus necesidades emocionales y psicológica muestra el mayor grado de insatisfacción con un 31% (muy insatisfecho, insatisfecho y neutral), aunque también fue evaluado como muy importante por el 96% de los participantes. El trato respetuoso y humano del personal médico y de enfermería obtuvo el 87% entre participantes satisfechos y muy satisfechos.

Sobre la **sección V** la cual se relaciona con tangibilidad, los 3 criterios fueron evaluados como muy importantes por el 98% de los participantes, la comodidad y limpieza de las instalaciones y áreas de espera fue el que mayor grado de satisfacción represento (93%) y la facilidad para obtener información sobre servicios, costos y horarios de atención la mayor insatisfacción (38%), para la disponibilidad de equipos y tecnología necesarios para el diagnóstico y tratamiento el 30% se mostró con una satisfacción neutral.

En lo que respecta a la **sección VI** en donde se consolidan las respuestas a preguntas específicas es posible inferir que más del 90% de los pacientes se encuentran satisfechos con la atención recibida, el 53% pueden considerarse promotores respecto a la experiencia que tuvieron y en promedio el 97% opina que la información relacionada ha sido suministrada de forma adecuada y que la atención ha aportado de forma positiva a su proceso de recuperación y bienestar.

4.2. Fase 2: Momentos de Verdad

A continuación, se desarrolla el concepto fundamental de los "momentos de verdad" dentro del contexto de la atención al paciente oncológico. Inicialmente se presenta el diagrama de flujo que ilustra la ruta de atención que un paciente puede experimentar, desde la llegada al hospital en estudio hasta el seguimiento y los cuidados paliativos, si es necesario. Este flujo servirá como marco de referencia para identificar y analizar los puntos críticos del proceso, aquellos instantes decisivos en los que las interacciones y decisiones tienen un impacto significativo en la percepción y la experiencia del paciente. El Modelo de los 7 Momentos de la Experiencia del Paciente desarrollado por Beryl Institute (2018), es la teoría base utilizada para la comprensión de los puntos clave en el viaje del paciente.

En seguida se presenta la ruta de atención actual del paciente y se desarrollan los 7 momentos identificados en la ruta del paciente oncológico:

4.2.1. Etapa 1: Sospecha del diagnóstico y definición del plan de tratamiento

Momento 1: Búsqueda de información sobre el diagnóstico

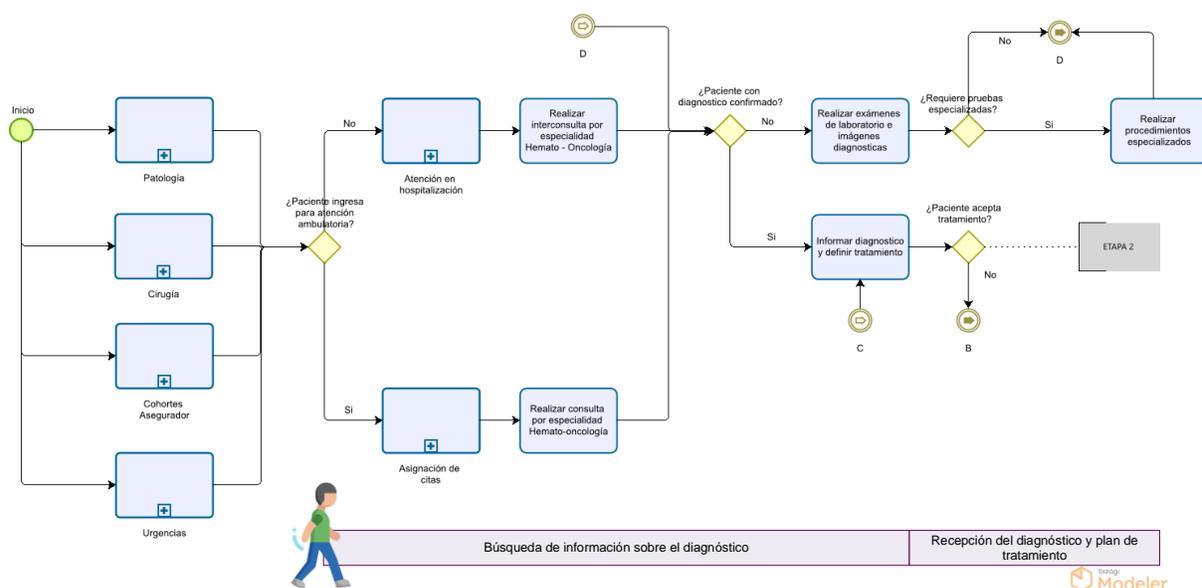
El paciente y en algunos casos su familia busca información sobre su condición médica antes y después de recibir un diagnóstico. Esto puede incluir investigar en línea, buscar opiniones médicas adicionales, hablar con amigos y familiares.

Momento 2: Recepción del diagnóstico y plan de tratamiento

El paciente recibe oficialmente su diagnóstico y un plan de tratamiento por parte de su médico. Este es un momento crucial donde la comunicación efectiva y la empatía por parte del personal médico son esenciales para brindar apoyo al paciente.

Figura 28.

Ruta de atención- Etapa 1



Nota. El diagrama de flujo identifica en la ruta de atención del paciente oncológico los momentos de verdad 1 y 2.

4.2.2. Etapa 2: Tratamiento activo y efectos secundarios

Momento 3: Inicio del tratamiento

El paciente comienza a decidir si acepta e inicia el tratamiento recomendado, que puede incluir medicamentos, cirugía, terapia u otros procedimientos médicos. Este momento puede ser emocionalmente desafiante y físicamente agotador para el paciente. El

acompañamiento de soporte emocional para el paciente y su cuidador son vitales para lograr la adherencia al tratamiento.

Momento 4: Manejo de efectos secundarios y complicaciones

Durante el tratamiento, el paciente puede experimentar efectos secundarios y complicaciones. Es importante que el equipo médico brinde apoyo y manejo adecuado de estos efectos secundarios para mejorar la experiencia del paciente y garantizar su comodidad y bienestar.

4.2.3. Etapa 3: Seguimiento, vigilancia, cuidados paliativos o fin de vida

Momento 5: Seguimiento y control post-tratamiento.

Después de completar el tratamiento principal, el paciente se somete a un seguimiento regular para monitorear su progreso y detectar cualquier signo de recurrencia o complicaciones. Este seguimiento es crucial para la detección temprana y el manejo efectivo de cualquier problema que pueda surgir.

Durante esta fase, si se detecta que el cáncer ha regresado, el paciente no responde al tratamiento o se encuentra en una etapa avanzada, el enfoque puede cambiar a un manejo paliativo para controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Momento 6: Transición a la vida después del tratamiento

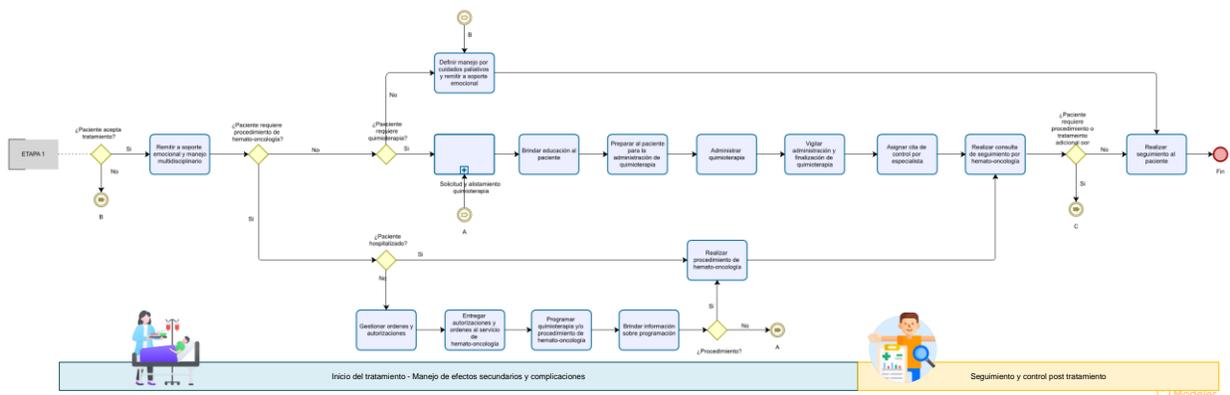
Una vez que el tratamiento principal ha terminado, el paciente comienza la transición a una vida después del cáncer. Esto puede implicar enfrentar desafíos emocionales, psicológicos y físicos, así como ajustarse a los cambios en el estilo de vida y la salud.

Momento 7: Recomendación y apoyo a otros pacientes

Finalmente, el paciente puede convertirse en un defensor o mentor para otros pacientes que están pasando por experiencias similares. Esto puede implicar compartir su historia, ofrecer apoyo emocional o participar en actividades de concientización sobre el cáncer.

Figura 29.

Ruta de atención - Etapa 2 y 3



Nota. El diagrama de flujo identifica en la ruta de atención del paciente oncológico los momentos de verdad 3, 4 y 5.

4.3. Fase 3: Estrategias para la prestación del servicio y plan de mejoramiento

La atención de pacientes oncológicos en una Institución Prestadora de Salud (IPS) de alta complejidad requiere un enfoque integral y multidisciplinario, que combine la excelencia clínica con un fuerte componente humano y apoyo tecnológico. Este capítulo aborda la priorización y el planteamiento de algunas de las estrategias esenciales para la prestación de servicios en dichos entornos, destacando la importancia de la colaboración interdisciplinaria, el uso de tecnologías, la implementación de protocolos basados en la evidencia y el apoyo psicosocial integral.

En un contexto donde el cáncer representa una carga significativa tanto para los pacientes, como para sus familiares, cuidadores y en general para el sistema de salud, estas estrategias buscan no solo mejorar los resultados clínicos, sino también optimizar la experiencia del paciente, propiciando así una atención personalizada y centrada en sus necesidades.

La implementación de estas estrategias fomenta en las IPS de alta complejidad un cuidado de calidad, eficiente y humano, promoviendo así una mayor satisfacción del paciente.

4.3.1. Priorización de necesidades

Para el proceso de priorización de las oportunidades de mejora identificadas en la atención al paciente oncológico, es aplicada una matriz de priorización de necesidades basada en la metodología de la matriz de decisión de Kepner-Tregoe (1981) y el análisis de impacto y esfuerzo (Kotler & Keller, 2016). Esta matriz permitirá identificar y clasificar las áreas de mejora según su impacto y viabilidad, buscando un enfoque estructurado y efectivo.

Variables de Calificación y Criterios:

Impacto en el Paciente (IP):

- Alto (3): Mejora significativamente la calidad de vida y los resultados de salud del paciente.
- Medio (2): Tiene un impacto moderado en la calidad de vida y los resultados de salud del paciente.
- Bajo (1): Tiene un impacto menor o indirecto en la calidad de vida y los resultados de salud del paciente.

Factibilidad Técnica (FT):

- Alta (3): La tecnología y los recursos necesarios están fácilmente disponibles y son asequibles.
- Media (2): La tecnología y los recursos necesarios están disponibles, pero pueden requerir ajustes o inversiones.
- Baja (1): La tecnología y los recursos necesarios no están fácilmente disponibles o son costosos.

Costo (C):

- Bajo (3): Requiere una inversión mínima.
- Medio (2): Requiere una inversión moderada.
- Alto (1): Requiere una inversión significativa.

Tiempo de Implementación (TI):

- Corto (3): Puede implementarse en un período corto (1-3 meses).
- Medio (2): Puede implementarse en un período moderado (3-6 meses).
- Largo (1): Requiere un período largo para su implementación (más de 6 meses).

Satisfacción del Personal (SP):

- Alta (3): Mejora significativamente la satisfacción y motivación del personal.
- Media (2): Tiene un impacto moderado en la satisfacción y motivación del personal.
- Baja (1): Tiene un impacto menor en la satisfacción y motivación del personal.

Satisfacción del Paciente (SAP):

- Alta (3): Mejora significativamente la satisfacción del paciente.
- Media (2): Tiene un impacto moderado en la satisfacción del paciente.
- Baja (1): Tiene un impacto menor en la satisfacción del paciente.

La siguiente tabla representa la priorización de necesidades respecto a las variables definidas anteriormente:

Tabla 64.

Matriz de priorización

Oportunidades de Mejora	Impacto en el Paciente (IP)	Factibilidad Técnica (FT)	Costo (C)	Tiempo de Implementación (TI)	Satisfacción del Personal (SP)	Satisfacción del Paciente (SAP)	Puntuación Total
Implementación de TIC	3	2	2	2	2	3	14
Programas de Capacitación Continua	2	3	2	2	3	2	14
Telemedicina	3	2	2	3	2	3	15
Grupos de Apoyo Emocional	3	3	3	3	3	3	18
Protocolos de Calidad y Seguridad	2	3	2	2	3	2	14

Oportunidades de Mejora	Impacto en el Paciente (IP)	Factibilidad Técnica (FT)	Costo (C)	Tiempo de Implementación (TI)	Satisfacción del Personal (SP)	Satisfacción del Paciente (SAP)	Puntuación Total
Portal de Información Médica	2	2	2	2	2	3	13
Programa de acompañamiento psicosocial	3	3	2	1	3	3	15
Cuidado paliativo	3	3	1	1	3	3	14
Modernización de la infraestructura y equipos biomédicos	2	1	1	1	2	2	9

Nota. La tabla muestra la priorización de las oportunidades de mejora identificadas durante la aplicación de las diferentes herramientas, los tres criterios con mayor puntuación son: Grupos de apoyo emocional, Telemedicina y Programa de acompañamiento psicosocial.

Teniendo en cuenta lo anterior es esencial implementar estrategias integrales que aborden aspectos médicos, tecnológicos, psicosociales y de gestión.

Basados en la teoría del triángulo del servicio (Albrecht & Zemke, 1985) reconocido como un modelo conceptual que ayuda a entender la interacción entre los diferentes elementos que conforman un servicio. En el contexto de la atención de pacientes oncológicos en una IPS de alta complejidad, el triángulo del servicio se puede estructurar en tres componentes clave: la estrategia del servicio, los sistemas y procesos de apoyo, y las personas involucradas en la prestación del servicio.

De seguido, se presentan las estrategias priorizadas de acuerdo al contexto de la atención para el hospital en estudio:

4.3.2. Estrategia de Servicio

Objetivo:

Proporcionar una atención integral, personalizada y centrada en el paciente oncológico, garantizando calidad, seguridad y empatía en todas las etapas del tratamiento (Gomez, Ramirez, & Salazar, 2020).

A continuación, se presentan los componentes de la estrategia de servicio:

a. Evaluación Inicial y Planificación Personalizada

- Evaluación Integral del Paciente: Realizar una evaluación médica inicial completa, que incluya antecedentes médicos, estilo de vida, monitoreo de la red de apoyo y estado emocional.

Implementación: Uso de un software de historia clínica electrónica (HCE) que permita el registro detallado y accesible de la información del paciente durante todo el ciclo de atención.

- Planificación del Tratamiento: Desarrollar un plan de tratamiento personalizado basado en la evaluación inicial.

Implementación: Reuniones multidisciplinarias con oncólogos, enfermeras, psicólogos y otros profesionales de la salud para discutir y definir el mejor plan de tratamiento teniendo en cuenta los protocolos establecidos y la evidencia científica actual.

En cuanto al componente de evaluación inicial y planificación personalizada, requiere la implementación de la historia clínica electrónica integral que permita la trazabilidad total de las atenciones, adicional a ello desarrollar el modelo de atención multidisciplinaria desde el inicio del tratamiento del paciente. En la actualidad el hospital en estudio cuenta con un sistema que no permite la trazabilidad.

b. Atención Médica de Calidad

- Protocolo de Tratamiento: Adherirse a protocolos de tratamiento basados en evidencia y actualizar regularmente según nuevas investigaciones, adherirse a los lineamientos de actualización documental respecto a guías de práctica clínica, guías de procedimientos y protocolos aplicables a los pacientes oncológicos.

Implementación: Cumplir oportunamente con la programación de actualización documental y adherirse al ciclo de aprobación de las adopciones y adaptaciones.

- Monitoreo Continuo: Realizar un seguimiento continuo del progreso del tratamiento y ajustar según sea necesario.

Implementación: Establecer alertas en el sistema de HCE para el seguimiento y monitorización del paciente mediante, en los casos de hospitalización domiciliaria o telemedicina implementar dispositivos médicos y consultas periódicas que permitan realizar el monitoreo.

Para este ítem los ajustes operacionales se centran en el monitoreo continuo al paciente independiente del ámbito donde se dé la atención o recuperación, a la fecha el hospital en estudio no realiza el seguimiento al 100% de la población atendida.

c. Soporte Emocional y Psicológico

- Acompañamiento Psicológico: Proveer apoyo psicológico continuo a pacientes y familiares.

Implementación: Incluir en las negociaciones los servicios de psicología y psiquiatría especializados en oncología, desarrollar sesiones regulares definidas por la priorización de riesgo del paciente y apoyo en crisis.

- Grupos de Apoyo: Fomentar la creación de grupos de apoyo entre pacientes para compartir experiencias y apoyo mutuo.

Implementación: Organización de reuniones y actividades para grupos de apoyo, facilitadas por profesionales de la salud, desarrollar el Programa de Experiencia del Paciente (PXP).

Las estrategias descritas anteriormente son inéditas en el contexto del hospital en estudio, la población que cuenta con acompañamiento psicológico es pequeña y no se han desarrollado grupos de apoyo para el paciente y su familia.

d. Educación y Empoderamiento del Paciente

- Información y Educación: Brindar información clara y comprensible sobre la enfermedad, tratamiento y autocuidado.

Implementación: Uso de plataformas digitales y materiales educativos impresos para facilitar el acceso a la información, Programa de Experiencia del Paciente (PXP).

- Empoderamiento del Paciente: Involucrar al paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento.

Implementación: Aplicación periódica de encuestas de satisfacción y herramientas de retroalimentación para evaluar y mejorar continuamente el servicio, Programa de Experiencia del Paciente (PXP).

Si bien se cuenta con un programa de educación al paciente este actualmente es puesto en marcha por un jefe de enfermería de forma presencial y grupal, por desarrollar la plataforma digital con información para el paciente y su familia, adicional a ello aunque se aplican encuestas de satisfacción se requiere articularlas con el mejoramiento continuo del proceso.

e. Gestión de la Calidad y Seguridad

- Seguridad del Paciente: Implementar protocolos estrictos de seguridad para la administración de tratamientos oncológicos.

Implementación: Capacitación continua del personal en buenas prácticas, normativas de seguridad y realimentación sobre eventos o incidentes de seguridad.

- Control de Calidad: Realizar auditorías regulares y evaluaciones de calidad para asegurar la adherencia a los estándares establecidos.

Implementación: Definición y realización de auditorías internas con enfoque al cumplimiento de criterios normativos y de experiencia, uso de software de gestión de calidad para el seguimiento de indicadores clave de desempeño (KPIs).

El hospital en estudio cuenta con programa de seguridad del paciente y plan de auditoría interna, la estrategia incluye un cambio en el planteamiento y enfoque de la auditoría buscando desarrollar ejercicios trazadores que promuevan la mejora tanto en la atención como en los procesos administrativos.

f. Atención Paliativa y de Soporte

- Cuidados Paliativos: Proporcionar cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas.

Implementación: Definición de programa de cuidados paliativos que incluya equipo multidisciplinario especializado, disponible para consulta y manejo de síntomas tanto intrahospitalariamente como de forma ambulatoria.

- Soporte Continuo: Ofrecer soporte continuo, incluso después del tratamiento, para abordar cualquier problema de salud persistente.

Implementación: Programas de seguimiento y rehabilitación post-tratamiento, con acceso a fisioterapia y nutrición.

En la actualidad existe un programa de cuidados paliativos el cual requiere ampliar el alcance al 100% de pacientes con necesidad del mismo, para el soporte continuo se brinda de forma parcial durante los ciclos de atención, para los pacientes “recuperados” o en “remisión” se debe formar y desarrollar bases de datos de los mismos con el fin de monitorear el retorno a su vida.

g. Integración de la Tecnología

- Telemedicina: Facilitar consultas y seguimiento mediante telemedicina para mayor comodidad y accesibilidad.

Implementación: Habilitación de modalidad de teleconsulta, definición de plataformas de telemedicina seguras, sencillas y accesibles que permitan la interacción en tiempo real entre pacientes y profesionales de la salud.

- Analítica de datos: Utilizar análisis de datos para mejorar la personalización del tratamiento y prever complicaciones.

Implementación: Sistemas de información que integren datos de diferentes fuentes para análisis predictivo y personalizado.

Como se desarrolló en el marco teórico de este trabajo, la telemedicina es una modalidad de prestación que permite el acceso sin desplazamientos, el hospital en estudio, aunque tiene habilitado el servicio debido a la pandemia requiere definir la plataforma y el proceso para adherirse realmente a lo descrito por la norma. En cuanto a las aplicaciones sugeridas para el análisis de datos son nuevas prácticas por definir.

4.3.3. Sistemas y Procesos de Apoyo

Objetivo: Crear una infraestructura que respalde la prestación del servicio de manera eficiente y efectiva.

A continuación, se presentan los componentes de los sistemas y procesos de apoyo:

a. Tecnología de Información y Comunicación (TIC)

- Historial Clínico Digital: Sistemas electrónicos para mantener registros médicos actualizados y accesibles.

Implementación:

Selección de Software: Evaluar y elegir un sistema de historia clínica electrónica (HCE) que cumpla con los requisitos de interoperabilidad y seguridad.

Migración de Datos: Transferir los registros existentes en otras aplicaciones o herramientas a la nueva o actualizada HCE, garantizando la integridad y precisión de los datos, así como la conservación del historial.

Capacitación del Personal: Capacitar a todos los profesionales de salud en el uso del sistema HCE.

Soporte Técnico: Establecer un equipo de soporte técnico para resolver problemas y realizar mantenimiento continuo.

- Portal de Información Médica: Plataforma en línea con recursos educativos y soporte en tiempo real.

Implementación: Creación de una plataforma en línea amigable y segura, desarrollo y actualización regular del contenido educativo para pacientes y profesionales, implementación de herramientas como chatbots y foros para brindar asistencia

inmediata. Asegurar que el portal esté integrado con el HCE para un acceso fluido a la información del paciente.

b. Gestión de Recursos Humanos

- Capacitación Continua: Programas de formación y actualización para el personal médico y de apoyo.

Implementación: Evaluación de necesidades de formación del personal, creación de programas de capacitación basados en las necesidades identificadas, organización de talleres y promoción de certificaciones relevantes, por último, evaluación de la Eficacia: Evaluar la efectividad de los programas de capacitación y ajustarlos según sea necesario.

- Equipos Multidisciplinarios: Coordinación entre oncólogos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros especialistas.

Implementación: Puesta en funcionamiento de plataformas para facilitar la comunicación y coordinación entre los miembros del equipo, planeación de reuniones periódicas para discutir casos y planificar tratamientos (comités de tumores).

c. Gestión de la Calidad

- Monitoreo y Evaluación: Sistemas de evaluación continua de la calidad del servicio y satisfacción del paciente.

Implementación: Identificación y definición métricas clave para evaluar la calidad del servicio, implementación de sistemas para recopilar datos sobre el desempeño y la satisfacción del paciente, análisis de los datos recogidos para identificar áreas de mejora. A partir de lo anterior utilizar los resultados del análisis para realizar mejoras en los procesos y servicios.

- Gestión del Cambio: Para asegurar una implementación exitosa y una transición suave, es fundamental gestionar el cambio organizacional.

Implementación: Creación de un plan detallado con etapas de implementación, asignación de recursos y cronogramas, comunicación clara sobre los beneficios de las nuevas tecnologías y procesos a todo el personal, monitorear el impacto de los cambios e introducir ajustes necesarios para optimizar los procesos y mejorar la eficiencia y efectividad del servicio.

Las estrategias de sistemas y procesos de apoyo se enfocan en la implementación de mejoras o actualizaciones a la tecnología, herramientas y aplicaciones existentes en el hospital en estudio, se articulan también con temas de capacitación y gestión del cambio.

4.3.4. Personas

Objetivo: Involucrar a todos los actores clave en el proceso de atención al paciente oncológico, asegurando que cada uno desempeñe su papel de manera efectiva y coordinada.

A continuación, se presentan las estrategias enfocadas en: pacientes y familia, personal médico y de asistencia y personal de administración y gestión.

a. Educación y Apoyo para pacientes y familia

Proveer información clara y apoyo emocional a los pacientes y sus familias.

Implementación:

- Desarrollar material de apoyo como: folletos, videos y recursos en línea que permitan entender el diagnóstico, tratamiento y manejo.

(Contenidos en el portal de información médica).

- Organizar sesiones, talleres y charlas para pacientes y familias sobre temas relacionados con el cáncer y su tratamiento.

- Promover la conformación de grupos de apoyo donde los pacientes y sus familias puedan compartir experiencias y recibir apoyo emocional, programa de experiencia del Paciente

b. Participación Activa de pacientes y familia

Fomentar la participación del paciente y su familia en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

Implementación:

- Motivar consultas médicas que incluyan discusiones sobre las opciones de tratamiento, permitiendo que los pacientes hagan preguntas y expresen sus preferencias, para ello es importante estimar el tiempo máximo disponible y enmarcarlo en la capacidad de la institución.
- Proveer herramientas y recursos para ayudar a los pacientes a comprender mejor sus opciones y tomar decisiones informadas.

c. Personal médico y asistencial

Diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Implementación:

- Facilitar reuniones regulares con otros profesionales de la salud para discutir casos y planificar tratamientos de manera integral.
- Implementar sistemas de evaluación para asegurar que los oncólogos estén cumpliendo con los estándares de calidad en el tratamiento, monitorear los resultados clínicos.

d. Enfermeras Especializadas

Atención y apoyo continuo durante el tratamiento.

Implementación:

- Ofrecer programas de capacitación especializada en oncología para enfermeras.
- Desarrollar planes de atención grupales con necesidades individuales, fomentando que reciban el apoyo necesario durante el proceso de tratamiento.
- Desarrollar roles de coordinación que busquen articular con otros miembros del equipo de salud para brindar una atención integral y continua.

e. Psicólogos

Asesoramiento emocional y apoyo psicológico.

Implementación:

- Incluir sesiones de terapia individual y grupal para pacientes y familias.
- Desarrollar programas de manejo del estrés y bienestar emocional tanto para pacientes como para sus cuidadores.
- Realizar evaluaciones regulares del bienestar emocional de los pacientes y adaptar las intervenciones según sea necesario.

f. Trabajadores Sociales

Ayuda con aspectos prácticos y sociales de la atención.

Implementación:

- Suministrar información y asistencia sobre recursos comunitarios, apoyo financiero y otros servicios necesarios.
- Desarrollar planes de apoyo social personalizados para ayudar a los pacientes a manejar aspectos prácticos de su vida durante el tratamiento.
- Trabajar estrechamente con las familias o redes de apoyo para asegurar que reciban el apoyo necesario y estén informados sobre los recursos disponibles.

g. Líderes de Servicio

Coordinación y gestión de los servicios de oncología, asegurando la calidad y eficiencia.

Implementación:

- Implementar sistemas de monitoreo y evaluación para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad.
- Fomentar un estilo de liderazgo que involucre a todo el equipo en la toma de decisiones y la mejora continua de los servicios.

h. Personal Administrativo

Apoyo en la programación de citas, gestión de historias clínicas y atención al paciente.

Implementación:

- Proveer formación para mejorar las habilidades de atención al cliente del personal administrativo.

- Implementar sistemas y tecnologías para optimizar la programación de citas y la gestión de historias clínicas.
- Establecer un sistema eficiente para gestionar quejas y sugerencias, asegurando que se aborden rápidamente y se utilicen para mejorar los servicios.

Para el enfoque en personas se articula lo planteado en los otros dos enfoques del triángulo del servicio desarrollando los detalles para cada una, algunas de las novedades respecto al funcionamiento actual son: el desarrollo de material y programas propios para pacientes y familiares, los sistemas de evaluación para monitorear los resultados clínicos, planes de atención, fortalecimiento de habilidades de atención al cliente y sistema para optimizar citas y gestión de historias clínicas.

Dado lo anterior, así es como el triángulo del servicio en la atención al paciente oncológico se visualiza como una estructura integral y coordinada donde cada elemento se complementa para ofrecer una atención de calidad.

4.3.5. Indicadores

Teniendo en cuenta lo planteado por Detwal y otros, la eficiencia operativa en la prestación de servicios de salud se mide mediante una serie de indicadores clave que se enfocan en el uso óptimo de los recursos para proporcionar atención de alta calidad. Siendo estos indicadores los que permiten evaluar el desempeño de las instituciones de salud y la efectividad de sus procesos operativos.

A continuación, se plantean los indicadores más relevantes para la medición de eficiencia operativa:

Tabla 15.

Indicadores propuestos

Indicador Clave de Desempeño (KPI)	Fórmula	Objetivo	Razón o Importancia de Medirlo	Descripción	Componente
Coordinación entre Especialistas	Sumatoria de puntuaciones en coordinación de todos los pacientes / Número total de pacientes encuestados	Evaluar la coordinación entre diferentes especialistas que tratan a los pacientes.	Mejora la continuidad y calidad de la atención, reduciendo la fragmentación en el cuidado del paciente.	Nuevo	Continuidad de la Atención, Integralidad
Tasa de Evaluaciones Completadas	(Número de evaluaciones iniciales completas / Número total de pacientes nuevos) * 100	Evaluar el porcentaje de nuevos pacientes que completan una evaluación inicial.	Asegura que todos los pacientes reciban una evaluación integral para planificar su tratamiento adecuadamente.	Nuevo	Efectividad, Accesibilidad
Utilización de Recursos	(Horas de Uso de los Equipos / Horas Disponibles de los Equipos) * 100	Evaluar el uso de los equipos médicos en relación con su disponibilidad.	Maximiza el uso eficiente de los recursos tecnológicos y reduce tiempos de inactividad.	Nuevo	Eficiencia
Utilización de camas hospitalarias	(Número de días de ocupación de camas / Número total de días disponibles) * 100	Evaluar el porcentaje de ocupación de camas hospitalarias.	Optimiza el uso de recursos hospitalarios y asegura disponibilidad para nuevos pacientes.	Nuevo (Se mide el giro cama)	Eficiencia, Accesibilidad
Tiempo de Ciclo del Paciente	(Sumatoria del Tiempo Total de Ciclo para cada paciente /	Medir el tiempo total desde la primera consulta hasta la	Optimiza el flujo de pacientes y mejora la eficiencia del sistema de salud.	Nuevo	Eficiencia, Continuidad de la Atención

Indicador Clave de Desempeño (KPI)	Fórmula	Objetivo	Razón o Importancia de Medirlo	Descripción	Componente
	Número Total de Pacientes) * 100	finalización del tratamiento.			
Tasa de Cumplimiento de Citas	(Número de citas atendidas / Número Total de Citas Programadas) * 100	Evaluar el porcentaje de citas programadas que se cumplen.	Mejora la eficiencia operativa y la gestión del tiempo, reduciendo ausencias y optimizando la programación.	Nuevo	Eficiencia, Oportunidad
Tiempo de espera para tratamientos	(Fecha de inicio del tratamiento - Fecha de diagnóstico) / Número total de pacientes	Medir el tiempo promedio desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento.	Reduce los tiempos de espera, mejorando la prontitud del tratamiento y los resultados de salud.	Existente	Eficiencia, Oportunidad
Acceso a Servicios de Rehabilitación	(Número de pacientes que acceden a programas de rehabilitación / Número total de pacientes post-tratamiento) x 100	Medir el porcentaje de pacientes post-tratamiento que acceden a programas de rehabilitación.	Facilita la recuperación y mejora la calidad de vida de los pacientes después del tratamiento.	Nuevo	Integralidad, Accesibilidad
Proporción de pacientes con acceso a Servicios de Apoyo Psicosocial	(Número de pacientes con acceso a servicios psicosociales / Número total de pacientes)	Evaluar el acceso de los pacientes a servicios de apoyo psicosocial.	Asegura que los pacientes reciban apoyo integral, abordando aspectos emocionales y sociales de su salud.	Nuevo	Integralidad, Accesibilidad
Tasa de Inclusión de	(Número de pacientes que reciben servicios	Medir el porcentaje de pacientes que	Asegura que los pacientes reciban atención integral,	Nuevo	Integralidad, Accesibilidad

Indicador Clave de Desempeño (KPI)	Fórmula	Objetivo	Razón o Importancia de Medirlo	Descripción	Componente
Servicios Psicológicos	psicológicos / Número total de pacientes) * 100	reciben servicios psicológicos.	incluyendo apoyo psicológico, fundamental para su bienestar general.		
Tasa de Inclusión en Programa Paliativo	(Número de pacientes en cuidados paliativos / Número total de pacientes con enfermedades avanzadas) * 100	Medir el porcentaje de pacientes con enfermedades avanzadas que se incluyen en programas de cuidados paliativos.	Garantiza que los pacientes reciban cuidados apropiados para mejorar su calidad de vida en etapas avanzadas de la enfermedad.	Nuevo	Integralidad, Efectividad
Tiempo de Espera para Consultas	(Sumatoria de tiempo de espera para cada paciente / Número total de pacientes)	Medir el tiempo promedio de espera para las consultas.	Reduce los tiempos de espera, mejorando la satisfacción del paciente y la eficiencia operativa.	Nuevo	Oportunidad, Accesibilidad
Puntuación del nivel de Comunicación	(Sumatoria de puntuaciones de comunicación de todos los pacientes / Número total de pacientes encuestados)	Medir el nivel de comunicación entre los pacientes y el personal de salud.	Mejora la relación paciente-IPS y puede influir positivamente en los resultados del tratamiento.	Nuevo	Satisfacción del Paciente
Puntuación Global de Satisfacción	(Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS / Número total de pacientes	Medir la satisfacción general de los pacientes con los servicios recibidos en la IPS.	Indica la calidad percibida de los servicios y ayuda a mejorar la experiencia del paciente.	Existe	Satisfacción del Paciente

Indicador Clave de Desempeño (KPI)	Fórmula	Objetivo	Razón o Importancia de Medirlo	Descripción	Componente
	encuestados por la IPS) * 100				
Satisfacción del Plan de Tratamiento	Sumatoria de puntuaciones de satisfacción / Número de encuestas completadas	Medir el nivel de satisfacción de los pacientes con su plan de tratamiento.	Indica la calidad percibida del tratamiento y ayuda a identificar áreas de mejora en el plan de atención.	Nuevo	Satisfacción del Paciente
Participación en Grupos de Apoyo	(Número de pacientes que participan en grupos de apoyo / Número total de pacientes) * 100	Evaluar la participación de los pacientes en grupos de apoyo.	Fomenta el apoyo mutuo y puede mejorar los resultados del tratamiento y la satisfacción del paciente.	Nuevo	Satisfacción del Paciente, Integralidad
Proporción de Involucramiento en Decisiones	Número de pacientes que se sienten involucrados en decisiones / Número total de pacientes encuestados	Medir el grado en que los pacientes se sienten involucrados en las decisiones sobre su tratamiento.	Fomenta la toma de decisiones compartida, aumentando la satisfacción y el cumplimiento del paciente.	Nuevo	Satisfacción del Paciente, Participación
Puntuación de la Calidad de la Información Proporcionada	Sumatoria de puntuaciones de calidad de la información de todos los pacientes / Número total de pacientes encuestados	Evaluar la calidad de la información proporcionada a los pacientes.	Asegura que los pacientes reciban información clara y útil, mejorando su comprensión y adherencia al tratamiento.	Nuevo	Satisfacción del Paciente, Seguridad

Indicador Clave de Desempeño (KPI)	Fórmula	Objetivo	Razón o Importancia de Medirlo	Descripción	Componente
Tasa de reingresos hospitalarios	(Número de reingresos dentro de 30 días / Número total de altas) * 100	Medir el porcentaje de pacientes que son readmitidos al hospital dentro de los 30 días posteriores al alta.	Identifica problemas en el alta o en el cuidado post-hospitalario, ayudando a mejorar la calidad de la atención.	Existente	Seguridad, Continuidad de la Atención
Adherencia a Protocolos	(Número de tratamientos que siguen los protocolos / Número total de tratamientos) * 100	Evaluar el cumplimiento de los tratamientos con los protocolos establecidos.	Garantiza que los tratamientos se realicen según las mejores prácticas y directrices clínicas, mejorando la seguridad y eficacia.	Existente	Seguridad, Efectividad
Tasa de Eventos Adversos	Número de eventos adversos registrados / Número total de pacientes tratados	Medir el número de eventos adversos registrados en relación con el número total de pacientes tratados.	Identifica riesgos y áreas de mejora en la seguridad del paciente, reduciendo la incidencia de eventos negativos.	Nuevo	Seguridad, Efectividad

Nota. La tabla relaciona los indicadores identificados como claves para el monitoreo del proceso.

Para la medición del impacto y el monitoreo de la mejora producto de la implementación de las estrategias planteadas anteriormente se aplicará la teoría de evaluaciones cuasiexperimentales: diseño de series de tiempo interrumpido adaptada al contexto, utilizada para inferir relaciones causales cuando los experimentos controlados no son posibles (Shadish, Cook, & Campbell, 2002).

Y, además el diseño de series de tiempo interrumpido es un tipo de evaluación que se utiliza ampliamente en el campo de la salud para evaluar los efectos de intervenciones. Este diseño implica la recopilación de datos en múltiples puntos de tiempo antes y

después de la implementación de una intervención, permitiendo la observación de cambios en la tendencia que pueden atribuirse a dicha intervención.

En la siguiente tabla se detallan las etapas a tener en cuenta en la aplicación del diseño de series de tiempo interrumpido:

Tabla 76.

Etapas diseño de series interrumpidas

Etapas	Descripción	Tiempo
Período Pre-Intervención	Recolección de datos en varios puntos de tiempo antes de la intervención para establecer una línea base.	12 a 24 meses
Período de Implementación	La fase en la que se introduce la intervención. Es crucial documentar cualquier cambio operacional y la fecha exacta de implementación.	
Período Post-Intervención	Recolección de datos en varios puntos de tiempo después de la intervención, para evaluar el impacto sostenido de la intervención.	12 a 24 meses

Nota. La tabla desarrolla las etapas para la implementación de la teoría mencionada y sugiere tiempos de desarrollo para 2 de las etapas.

A su vez es importante identificar de forma clara la estrategia que se va a evaluar y sus objetivos específicos, los datos deben ser recolectados en intervalos regulares (mensual) y las fuentes de datos deben definirse desde la etapa de pre intervención con el fin de mantenerlas hasta la post intervención. Durante el análisis de los datos se requiere tener en cuenta las tendencias antes y después de la intervención.

En conclusión, la implementación de las estrategias para la mejora en la prestación de servicios requiere de una evaluación rigurosa y continúa buscando así garantizar su eficacia y eficiencia. Los indicadores clave proporcionan una visión integral del desempeño.

Además, el uso de evaluaciones adaptadas de diseño de series de tiempo interrumpido, permite analizar el impacto de estas intervenciones mediante la comparación de tendencias antes y después de su implementación. Este enfoque no solo facilita la identificación de mejoras en los procesos operativos, sino que también proporciona evidencia robusta para la toma de decisiones informadas.

Es así como, la combinación de estos métodos y herramientas asegura que las estrategias adoptadas no solo sean efectivas en términos clínicos, sino también eficientes en el uso de recursos, contribuyendo así a la sostenibilidad y calidad de los servicios de salud.

5. CONCLUSIONES

La caracterización demográfica de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital en estudio revela que la mayoría son adultos mayores, predominantemente en el rango de 55 a 81 años, se observó una relación de 2:1 entre mujeres y hombres, es decir, por cada hombre atendido, hay aproximadamente dos mujeres que reciben. Estos hallazgos sugieren la necesidad de enfoques personalizados en la atención según las características demográficas.

La población atendida proviene de estratos socioeconómicos medios y bajos, lo cual influye directamente en el acceso a tratamientos especializados y en la continuidad de su atención médica. La cobertura de servicios de salud se identificó como un factor crucial para garantizar la atención oportuna y adecuada.

El análisis de cumplimiento de los estándares de habilitación en el hospital muestra un desempeño general satisfactorio, con un cumplimiento global del 92%. En detalle, los estándares de dotación e infraestructura presentan un cumplimiento elevado del 97%, lo que refleja una adecuada disponibilidad de recursos y condiciones físicas favorables para la atención médica. La interdependencia alcanzó un cumplimiento perfecto del 100%, indicando una excelente coordinación entre los diferentes procesos y los terceros vinculados a la prestación de servicios.

Sin embargo, existen áreas que requieren atención. El cumplimiento en la gestión de la historia clínica y en el manejo de medicamentos, dispositivos médicos e insumos es del 92%, señalando áreas de mejora en la documentación y la gestión de recursos médicos. Los procesos prioritarios tienen un cumplimiento del 94%, lo que sugiere una buena, pero mejorable ejecución de los procedimientos clave en la atención oncológica.

La principal área de preocupación es el talento humano, con un cumplimiento del 38%. Esto indica una significativa necesidad de mejorar en aspectos relacionados con la formación, capacitación y disponibilidad del personal de salud. Abordar estas deficiencias

es crucial para garantizar una atención integral y de alta calidad a los pacientes oncológicos.

En resumen, aunque el hospital presenta un buen nivel general de cumplimiento de los estándares normativos, es esencial focalizar esfuerzos en mejorar la gestión del talento humano y en optimizar los procesos relacionados con la historia clínica y los insumos médicos para alcanzar una excelencia integral en la atención oncológica.

El análisis de cumplimiento de los estándares según la Resolución 1477 de 2016 revela resultados reveladores para el hospital: solo el 1.8% de los criterios evaluados cumple completamente con los requisitos establecidos, mientras que el 44.6% cumple parcialmente, indicando que, aunque hay avances, muchas áreas aún necesitan mejoras significativas y el 66.1% de los criterios no se cumplen.

Estos resultados subrayan la necesidad de revisar y reforzar los procesos y protocolos actuales para garantizar el cumplimiento de cara a la Resolución 1477. Las áreas con cumplimiento parcial requieren intervenciones específicas para cerrar las brechas existentes, mientras que las áreas que no cumplen necesitan una reevaluación para alinear las prácticas hospitalarias con los estándares exigidos por la resolución.

Derivado de la aplicación de la escala SERVQUAL es posible concluir: respecto a las preguntas relacionadas con fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y tangibilidad en donde las respuestas se consolidan en términos numéricos de 1 a 5 siendo 5 la mejor respuesta (muy importante / muy satisfecho) y 1 la peor (Nada importante / muy insatisfecho), en promedio el 97% de los participantes considera que todos los aspectos relacionados en la encuesta son muy importantes (5) durante el proceso de atención.

Los criterios que mayor insatisfacción representan son la facilidad para obtener información sobre servicios, costos y horarios de atención y la facilidad para acceder a

servicios de apoyo, como psicología o grupos de apoyo, el 9% de los participantes considera que no cumple con sus expectativas.

Respecto a satisfacción el criterio mejor calificado fue: la comodidad y limpieza de las instalaciones y áreas de espera seguido por el conocimiento y seguimiento de los protocolos de higiene y prevención de infecciones. En promedio el 77% de los participantes se consideran satisfechos de forma global durante la aplicación de la herramienta.

El análisis de los "7 Momentos de la Experiencia del Paciente" ha subrayado la crucial importancia de la comunicación efectiva y la empatía por parte del personal médico a lo largo de todo el recorrido del paciente oncológico. Desde la búsqueda de información y la recepción del diagnóstico hasta el manejo de los efectos secundarios y la transición a la vida post-tratamiento, los pacientes valoran altamente sentirse escuchados, comprendidos y apoyados. Mejorar estas interacciones puede significativamente aumentar la percepción de calidad del servicio y la satisfacción del paciente.

La evaluación también ha destacado la necesidad de un apoyo integral y continuo para los pacientes oncológicos. La efectividad en el manejo de los efectos secundarios, el seguimiento post-tratamiento riguroso y la facilitación de la transición a la vida después del cáncer son elementos críticos que requieren atención constante. La implementación de programas de apoyo emocional, psicológico y rehabilitativo es esencial para mejorar la experiencia del paciente y los resultados de salud a largo plazo. La integración de estos programas en el plan de atención oncológica puede ayudar a cerrar las brechas identificadas y fomentar un enfoque más holístico en el cuidado del paciente.

La estrategia integral debe considerar todos los aspectos del servicio, desde el cumplimiento normativo hasta la experiencia del cliente y los puntos críticos de interacción. Abordar estas áreas de manera conjunta y coordinada garantiza una mejora global en la calidad del servicio.

El diseño de una estrategia integral de prestación de servicios es un proceso continuo y dinámico. Es importante establecer mecanismos de seguimiento y evaluación para monitorear el desempeño del servicio, identificar periódicamente nuevas oportunidades de mejora y garantizar que los estándares de calidad y satisfacción del cliente se mantengan y mejoren con el tiempo.

En resumen, la integralidad del enfoque es la base del éxito para una mejora sustancial en la eficiencia operativa y los estándares de calidad, alineados con las expectativas del cliente y los requisitos normativos vigentes.

REFERENCIAS

- Abate, D., Aman, M., Nasir, B., Gebremariam, G., & Fentie, A. (2020). Assessment of Quality of Care Using Information on Patient Satisfaction at Adult Oncology Center of Tikur Anbessa Specialized Hospital, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Patient Preference and Adherence*, 847-858. doi:10.2147/PPA.S253027
- Albrecht, K. (2006). *Social Intelligence*. JOSSEY-BASS. doi:0-7879-7938-4
- Albrecht, K., & Zemke, R. (1985). *Service America! Doing business in the new economy*. Dow Jones-Irwin.
- Alsharari, N., & Ahmed, M. (2020). *The impact of quality management systems on healthcare performance in Saudi Arabia: A qualitative analysis*. *Journal of Infection and Public Health*: 235-242. doi:https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.11.009
- Aminjarahi, M., Abdoli, M., Fadaee, Y., Kohan, F., & Shokouhyar, S. (2021). The Prioritization of Lean Techniques in Emergency Departments Using VIKOR and SAW Approaches. *Ethiop Journal of Health Sciences*, 283-292. doi:10.4314/ejhs.v31i2.11
- Anhang Price et al, 2. (2018). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 35-52.
- Astrow, A., & Ofri, D. (2014). What Doctors Feel: How Emotions Affect the Practice of Medicine. *Society*, 436–437. doi:https://doi.org/10.1007/s12115-014-9806-x
- Banco Mundial. (2020). *Informe sobre la eficiencia del sistema de salud en América Latina*. doi:Recuperado de [sitio web del Banco Mundial]
- Bärnighausen, T., & Bloom, D. (2018). Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research*. doi:https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-86

- Baumann, L., Baker, J., & Elshaug, A. (2018). The impact of electronic health record systems on clinical documentation times: A systematic review. *Health Policy*, 827-836. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.05.014>.
- Bray et al, 2. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 394-424. doi:10.3322/caac.21492
- Brown, A., Green, B., & Wilson, C. (2021). Enhancing Oncology Care Through Continuous Professional Development. *Journal of Medical Education*, 112-125.
- Castaneda Aguilera, E., & García de Alba García, J. (2022). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) y variables asociadas en médicos especialistas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.06.002>
- Cleary, P., & McNeil, B. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*, 25-36. doi:PMID: 2966123
- Codman, E. (1916). A Study in Hospital Efficiency: As Demonstrated by the Case Report of the First Five Years of a Private Hospital. *Privately Printed*.
- Crosby, P. (1979). *Quality is Free*. McGraw-Hill.
- Daskalopoulou, A., Go Jefferies, J., & Skandalis, A. (2020). Transforming technology-mediated health-care services through strategic sense-giving. *Journal of Services Marketing*, 909-920. doi:<https://doi-org.ezproxy.uamerica.edu.co/10.1108/JSM-11-2019-0452>
- Dayan et al, 2. (2022). Factors influencing patient loyalty to outpatient medical services: an empirical analysis of the UAE's government healthcare system. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 176-203. doi:<https://doi.org/10.1108/IJQRM-11-2020-0373>

- Deilkås, E., Risberg, M., Haugen, M., & Lind, A. (2020). Exploring the associations between hospital inpatient safety culture and various dimensions of quality of care: a cross-sectional study. *BMJ Open*. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031242>
- Deming, E. (1991). *La nueva economía para la industria, el gobierno y la educación*. La nueva economía para la industria, el gobierno y la educación.
- Deming, W. (1986). *Out of the Crisis*. MIT Press.
- Detwal, P., Agrawal, R., Samadhiya, A., Kumar, A., & Garza-Reyes, J. (2024). Revolutionizing healthcare organizations with Operational Excellence and Healthcare 4.0: a systematic review of the state-of-the-art literature. *International Journal of Lean Six Sigma*, 80-102. doi:<https://doi.org/10.1108/IJLSS-04-2023-0061>
- Doe, J. (2019). The Impact of Referral Systems on Cancer Treatment Outcomes. *International Journal of Health Services*, 198-210.
- Donabedian, A. (1966). *Evaluating the Quality of Medical Care*. (Vol. 44). Milbank Memorial Fund Quarterly.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (Vol. I). Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1995). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment* (Vol. 28). Annals of Arbor Medicine.
- Dyer, C., Swenson, S., & Thacker, K. (2020). Humanizing healthcare: Creating cultures of compassion in a post-COVID-19 world. *Journal of Compassionate Health Care*. doi:<https://doi.org/10.1186/s40639-020-00061-z>
- Estapé, T., Phillip, E., & Bergerot, C. (2022). Use of telehealth and eHealth technologies in patient care by psycho-oncology service providers in low-middle-income countries during the

- COVID-19. *Psycho-Oncology*, 334-337. doi:<https://doi.org.ezproxy.uamerica.edu.co/10.1002/pon.5797>
- Evans, J., Leggat, S., & Samson, D. (2023). A systematic review of the evidence of how hospitals capture financial benefits of process improvement and the impact on hospital financial performance. *BMC Health Services Research*. Obtenido de <https://doi.org.ezproxy.uamerica.edu.co/10.1186/s12913-023-09258-1>
- Faezipour, I., & Ferreira, S. (2013). A System Dynamics Perspective of Patient Satisfaction in Healthcare. *Procedia Computer Science*, 148-156. doi:<https://doi.org/10.1016/j.procs.2013.01.016>
- Fatima et al, 2. (2019). Dimensions of service quality in healthcare: a systematic review of literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 11-29. doi:[10.1093/intqhc/mzy125](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy125)
- Fatima, T., Malik, S., & Shabbir, A. (2018). Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 1195-1214. doi:<https://doi.org.ezproxy.uamerica.edu.co/10.1108/IJQRM-02-2017-0031>
- Ferreira, K., Barros, M., Zandonade, E., & Da Silva Oliveira, M. (2020). Quality of life of cancer patients undergoing outpatient treatment: A comparative study. *Supportive Care in Cancer*, 4327-4337. doi:<https://doi.org/10.1007/s00520-020-05313-3>
- Fleming, D., Olsen, S., & Storr, J. (2021). Patient experience and healthcare quality: The role of technology and continuous professional development. *BMC Health Services Research*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06183-3>

- Flynn, R., Rotter, T., Hartfield, D., Newton, A., & Scott, S. (2019). A realist evaluation to identify contexts and mechanisms that enabled and hindered implementation and had an effect on sustainability of a lean intervention in pediatric healthcare. *BMC Health Services Research*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4744-3>
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, C. d. (2019). *Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2019*. Bogotá.
- French, C., Dowrick, A., Fudge, N., Pinnock, S., & Taylor, S. (2022). What do we want to get out of this? a critical interpretive synthesis of the value of process evaluations, with a practical planning framework. *BMC Medical Research Methodology*. Obtenido de <https://doi-org.ezproxy.uamerica.edu.co/10.1186/s12874-022-01767-7>
- Gawande, A. (2009). *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right*. Hardcover.
- Gomez, L., Ramirez, P., & Salazar, M. (2020). Modelos de atención centrada en el paciente oncológico: Calidad, seguridad y empatía en el tratamiento. *Journal of Oncology Practice*, 250-260. doi:<https://doi.org/10.1200/JOP.20.00029>
- Gosain, R., Pollock, Y., & Jain, D. (2020). Challenges and opportunities in the care of oncology patients during the COVID-19 pandemic: Lessons from real-life experiences. *Future Oncology*, 2199-2203. doi:<https://doi.org/10.2217/fon-2020-0575>
- Goyal, M., Gupta, R., & Singh, P. (2021). Impact of timely diagnosis on the management and prognosis of cancer patients. *Journal of Oncology*. doi:<https://doi.org/10.1155/2021/6671820>
- Graban, M. (2016). *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety and Employee Engagement*. Productivity Press.
- Hammer, M., & Champy, J. (1994). *Reingeniería de la empresa*.

- Hernandez et al, 2. (2013). Calidad efectiva en los servicios de salud. *Jornal CONAMED*, 129-138.
- Hershman et al, 2. (2016). Comorbidities and Risk of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy Among Participants 65 Years or Older in Southwest Oncology Group Clinical Trials. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25. doi:10.1200/JCO.2015.66.2346
- Improta, G., Cesarelli, M., Montuori, P., Santillo, L., & Triassi, M. (2018). Reducing the risk of healthcare-associated infections through Lean Six Sigma: The case of the medicine areas at the Federico II University Hospital in Naples (Italy). *J Eval Clin Pract*, 338-346. doi:10.1111/jep.12844
- Ishikawa, K. (1985). *What is total quality control? The Japanese way (Vol. 2)*. Prentice-Hall.
- Juran, J. M. (1988). *Juran on Planning for Quality*.
- Kazemi-Karyani et al, 2. (2021). Eliciting preferences of patients about the quality of hospital services in the west of Iran using discrete choice experiment analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. doi:10.1186/s12962-021-00319-y
- Kenney, C., & Berwick, D. (2008). The practice of improvement. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 11-15.
- Kepner, C., & Tregoe, B. (1981). *The new rational manager: An updated edition for a new world*. Princeton Research Press.
- Kotler, P., & Keller, K. (2016). *Marketing management*. Pearson.
- Kruse et al, 2. (2018). Telehealth and patient satisfaction: A systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*. doi:https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242

- Kulkov, I., Tsvetkova, A., & Ivanova-Gongne, M. (2023). Identifying institutional barriers when implementing new technologies in the healthcare industry. *European Journal of Innovation Management*, 909-932. doi:<https://doi-org.ezproxy.uamerica.edu.co/10.1108/EJIM-02-2021-0093>
- Launonen et al, 2. (2020). Nurses' perceptions of care quality for older patients suffering cancer in acute care settings: A descriptive study. *Empirical Studies*. doi:<https://doi.org/10.1111/scs.12952>
- Laurenza et al, 2. (2018). The effect of digital technologies adoption in healthcare industry: a case based analysis. *Business Process Management Journal*, 1124-1144. doi:<https://doi-org.ezproxy.uamerica.edu.co/10.1108/BPMJ-04-2017-0084>
- Lee, P., Khong, P., & Ghista, D. (2006). Impact of deficient healthcare service quality. *The TQM Magazine*, 563-571. doi:<https://doi-org.ezproxy.uamerica.edu.co/10.1108/09544780610707075>
- Levit, L., Balogh, E., Nass, S., & Ganz, P. (2013). Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis. *National Academies Press*.
- Lozano Cortijo, L. (1998). ¿Qué es Calidad Total? *Medicina Herediana*, 28-34.
- Mahmoud et al, 2. (2021). The impact of lean management on frontline healthcare professionals: a scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*. doi:<https://doi-org.ezproxy.uamerica.edu.co/10.1186/s12913-021-06344-0>
- Makary, M., & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>

Maly et al, 2. (2015). Quality of life over 5 years after a breast cancer diagnosis among low-income women: effects of race/ethnicity and patient-physician communication. *Cancer*. doi:10.1002/cncr.29150

Marsilio et al, 2. (2022). Lean adoption, implementation, and outcomes in public hospitals; benchmarking the US and Italy health systems. *BMC Health Services Research*. Obtenido de <https://doi-org.ezproxy.uamerica.edu.co/10.1186/s12913-022-07473-w>

Martínez, C. (2009). Tendencia al cambio y la implementación de tecnologías en la salud. *Revista de Investigación en Salud*, 45-60.

McCusker, M. (2013). Impact of timely quality care on functional outcomes in patients with advanced cancer. *BMC Cancer*.

McDonald, L. (2005). *Florence Nightingale on Public Health Care* (Vol. 6).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 1477*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Preguntas Frecuentes Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI"*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Informe anual de calidad en la atención en salud en Colombia*. doi:Recuperado de [sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Resolución 3100 de 2019*.

Ministerio de Salud y Protección Social, & Instituto Nacional de Cancerología, ESE. (2012-2021). *SISPRO*. Obtenido de *SISPRO*: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer.pdf>

- Mitchell et al, 2. (2020). Operationalizing patient-centered cancer care: A systematic review and synthesis of the qualitative literature on cancer patients' needs, values, and preferences. *Psycho-Oncology*, 1723-1733. doi:10.1002/pon.5500
- Mithas, S., Ramasubbu, N., & Sambamurthy, V. (2011). How Information Management Capability Influences Firm Performance. *MIS Quarterly*, 237-256.
- Mohammadi, E., Talaie, H., & Azizi, M. (2023). A healthcare service quality assessment model using a fuzzy best–worst method with application to hospitals with in-patient services. *Healthcare Analytics*. doi:https://doi.org/10.1016/j.health.2023.100241
- Moore, K., Kohli, M., & Wang, L. (2019). Medical infrastructure and oncology care in developing nations: Present and future. *Oncology*, 11-18. doi:https://doi.org/10.1200/JOP.2019.003700
- Mosadeghrad, A. (2021). Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 270-288. doi:https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2020-0001
- Murcia et al, 2. (2018). Servicios oncológicos en Colombia. *Colombia Médica*, 89-96.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre la telemedicina*. doi:Recuperado de [sitio web de la OMS]
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre la calidad de los servicios de salud*. doi:Recuperado de [sitio web de la OMS]
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). Servqual: A Multiple-Item Scale For Measuring Consumer Perc. *Journal of Retailing*.
- Passos, R. (2013). *Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud*. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de

[https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Perspectivas%20de%20la%20gestion%20de%20c
alidad%20total%20en%20los%20servicios%20de%20salud%20\(1\).pdf](https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Perspectivas%20de%20la%20gestion%20de%20calidad%20total%20en%20los%20servicios%20de%20salud%20(1).pdf)

Patricio et al, (2020). (2020). Leveraging service design for healthcare transformation: toward people-centered, integrated, and technology-enabled healthcare systems. *Journal of Service Management*, 889-909. doi:10.1108/JOSM-11-2019-0332

Porter, M., & Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business Press.

Puchi-Gomez, C., Paravic-Klijn, T., & Salazar, A. (2018). Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora. *Aquichan [online]*, 186-197. doi:<https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.6>.

Reponen, E., Rundall, T., Shortell, S., Blodgett, J., Juarez, A., Jokela, R., . . . Torkki, P. (2021). Benchmarking outcomes on multiple contextual levels in lean healthcare: a systematic review, development of a conceptual framework, and a research agenda. *BMC Health Services Research*. Obtenido de <https://doi-org.ezproxy.uamerica.edu.co/10.1186/s12913-021-06160-6>

Reynoso, E. (2004). *Calidad en el servicio al cliente: Cómo planificar, implantar y evaluar una estrategia de calidad en el servicio*.

Salud, O. M. (2 de Febrero de 2022). *World Health Organization*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Sánchez, A., Sierra, B., & Martín, C. (2015). Exploración del concepto de calidad de vida en pacientes oncológicos en Bogotá. *Revista de Oncología Clínica*, 45-58.

Scott, B. (2021). Multidisciplinary Team Approach in Cancer Care: A Review of The Latest Advancements. *EMJ ONCOLOGY*.

- Scott, W. (2013). *Instituciones y organizaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2023). *Reporte de quejas y sugerencias en la atención en salud*. doi:Recuperado de [sitio web de la Secretaría Distrital de Salud]
- Shadish, W., Cook, T., & Campbell, D. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. *Houghton Mifflin*.
- Shin, J., & Choi, B. (2023). Effect of patient-related factors on hospitalization service satisfaction and recommendation intention of medical institutions in Korea. *BMC Health Services Research*. doi:10.1186/s12913-023-09754-4
- Singer, C., & Porta, C. (2022). Improving patient well-being in the United States through care coordination interventions informed by social determinants of health. *Health & Social Care Community*, 2270-2281. doi:10.1111/hsc.13776
- Smith, J., & Johnson, A. (2020). Implementing Value-Based Healthcare: A Review of Strategies and Challenges. *Journal of Healthcare Management*, 45-60. doi:10.1002/jhm.1234
- Smith, L., & Jones, M. (2020). Standardizing Cancer Care: Benefits and Implementation Strategies. *Healthcare Management Review*, 78-89.
- Street et al, 2. (2020). How communication heals: Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 295-301. doi:https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.05.010
- Sullivan et al, 2. (2020). Global cancer surgery: delivering safe, affordable, and timely cancer surgery. *Lancet Oncol*, 1193-1224. doi:10.1016/S1470-2045(15)00223-5
- Suman, G., & Prajapati, D. (2021). Utilization of Lean & Six Sigma quality initiatives in Indian healthcare sector. *PLoS One*, 23, 16. doi:10.1371/journal.pone.0261747

- Sung H, F. J. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 209-249.
- The Beryl Institute. (2018). *theberylinstitute.org*. Obtenido de *theberylinstitute.org*: https://www.theberylinstitute.org/page/EXSummit_Keynotes
- Velasco-Durántez, V., Mihic-Góngora, L., Coca-Membrives, S., Galán-Moral, R., Fernández-Montes, A., Castillo-Trujillo, O., . . . Calderon, C. (2023). The Relationship between Therapeutic Alliance and Quality of Care in Patients with Advanced Cancer in Spain. *Current Oncology*, 3580–3589. doi:<https://doi-org.ezproxy.uamerica.edu.co/10.3390/curroncol30040273>
- Verghese, A. (2009). *Cutting for stone*. Vintage Books Usa. doi:0099443635
- White, P. (2018). Patient-Centered Care in Oncology: Improving Satisfaction and Outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, 456-462.
- World Health Organization. (2010). *The World Health Report 2010*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>
- Yazdanian, A. (2020). Oncology Information System: A Qualitative Study to Identify Cancer Patient Care Workflows. *Journal of Medicine and Life*, 469–474. doi:<https://doi.org/10.25122/jml-2019-0169>
- Zebrack et al, 2. (2020). Psychosocial support for patients and families in the cancer setting. *Journal of Clinical Oncology*, 3196-3209. doi:<https://doi.org/10.1200/JCO.20.00262>
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. doi:ISBN 0029357012, 9780029357019

ANEXOS

ANEXO 1. APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO RESOLUCIÓN 3100

ESTÁNDAR DE DOTACIÓN				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1 TODOS LOS SERVICIOS				
1.1 El prestador de servicios de salud cuenta con el registro de la relación de los equipos biomédicos requeridos para la prestación de servicios de salud, este registro cuenta como mínimo con la siguiente información:				
1.1.1. Nombre del equipo biomédicos.	X			
1.1.2. Marca.	X			
1.1.3. Modelo.	X			
1.1.4. Serie.	X			
1.1.5. Registro sanitario para dispositivos médicos o permiso de comercialización para equipos biomédicos de tecnología controlada, cuando lo requiera.	X			
1.1.6. Clasificación por riesgo, cuando el equipo lo requiera.	X			
1.2 El prestador de servicios de salud garantiza las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos, para lo cual cuenta con:				
1.2.1. Programa de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos, que incluya el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el fabricante o de acuerdo con el protocolo de mantenimiento que tenga definido el prestador, éste último cuando no esté definido por el fabricante.		X		
1.2.2. Hoja(s) de vida del(los) equipo(s) biomédicos(s), con los registros de los mantenimientos preventivos y correctivos, según corresponda.	X			
1.3. El prestador de servicios de salud cuenta con un programa de capacitación en el uso de dispositivos médicos cuando éstos lo requieran, el cual puede ser desarrollado por el fabricante, importador o por el mismo prestador.	X			
1.4. La dotación de los servicios de salud está en concordancia con lo definido por el prestador en el estándar de procesos prioritarios.	X			
1.5. La suficiencia de equipos biomédicos está relacionada con la frecuencia de uso de los mismos, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique.	X			
1.6. El mantenimiento de los equipos biomédicos es ejecutado por talento humano profesional, tecnólogo o técnico en áreas relacionadas. Este mantenimiento puede ser realizado directamente por el prestador de servicios de salud o mediante contrato o convenio con un tercero	X			
1.7. Los prestadores que oferten servicios de salud en la modalidad extramural no pueden elaborar ni adaptar dispositivos médicos sobre medida.			X	
1.8 Los servicios de salud que requieran carro de paro, cuenta con la siguiente dotación:				
1.8.1 Desfibrilador bifásico con sistema de visualización integrado, capacidad de cardioversión, marcapasos transcutáneo y paletas para adultos y pediátricas según aplique.				
1.8.1.1. Trazado electrocardiográfico si no está incorporado en el desfibrilador	X			
1.8.1.2. Presión no invasiva	X			

ESTÁNDAR DE DOTACIÓN				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1.8.1.3. Saturación de oxígeno que puede estar integrado en el monitor o externo	X			
1.8.1.4. Batería	X			
1.8.2. Resucitador pulmonar manual.	X			
1.8.3. Aspirador o sistema de vacío.	X			
1.8.4. Monitor de signos vitales con accesorios que cuenta como mínimo con:	X			
1.8.5. Laringoscopio con hojas rectas y curvas para adultos y pediátricas, según aplique	X			
1.8.6. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, definidos por el prestador.			X	
1.9. Las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de hospitalización, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidado intensivo neonatal, pediátrico y adulto, urgencias y del grupo quirúrgico, en la modalidad intramural, cuentan con equipos de telecomunicaciones de doble vía y conectividad para notificar a la Red de Donación y Trasplantes sobre la existencia de un posible donante.			X	
1.10. Las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de cuidado intensivo pediátrico y adulto que adicionalmente habiliten el servicio quirúrgico de neurocirugía, cuentan con equipo biomédico para realizar pruebas auxiliares en el diagnóstico de muerte encefálica, según lo documentado en el estándar de procesos prioritarios	X			
1.11. En los sistemas centralizados de gases medicinales, se realiza el mantenimiento a los componentes del sistema por el personal capacitado por el fabricante.	X			
1.12. El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización en un área o ambiente dentro o fuera del servicio de salud cuenta con los equipos biomédicos y la dotación de acuerdo con el método utilizado.	X			
1.13 Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de sus servicios habilitados cuenta con:				
1.13.1. Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes con sistema de control de temperatura entre 1°C y 6°C y alarma audible o sistema de monitoreo que alerte cambios próximos al límite en que la sangre o sus componentes puedan deteriorarse.	X			
1.13.2. Equipo para descongelar plasma, cuando se requiera, con sistema de control de temperatura.	X			
1.13.3. Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitados con registro y control de temperatura por debajo de -18°C y sistema de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse, cuando se requiera.	X			
1.13.4. Agitador o rotador de plaquetas con sistema de control de temperatura entre 20°C y 24°C cuando se requiera.	X			
1.13.5. Nevera para transporte de componentes sanguíneos, donde se garantice la cadena de frío.	X			
1.14. Los servicios de salud donde se realicen procedimientos bajo sedación fuera de salas de cirugía y monitorización electroencefalográfica con video y radio cuentan con carro de paro.	X			

ESTÁNDAR DE DOTACIÓN				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1.15. En los servicios de los grupos quirúrgico, internación y el servicio de urgencias, el prestador de servicios de salud cuenta con accesorios para garantizar empaque cerrado y transporte de los elementos sucios y limpios, como compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental, entre otros.	X			
1.16 El prestador de servicios de salud realiza el mantenimiento de la tecnología de información y de comunicaciones para avalar la calidad de la información, y adicionalmente cuenta con:				
1.16.1 Prestador de referencia				
1.16.1.3. 17.2.1.3. En el caso que la videoconferencia sea grabada se deberán contemplar todos los criterios de seguridad informática, que permita resguardar adecuadamente la confidencialidad y privacidad del paciente.			X	
1.16.1.4. 17.2.2. Las pantallas o monitores grado médico utilizados para el despliegue de imágenes cuentan con una distancia máxima de 0.19 milímetros entre píxeles (dot pitch), resolución mínima de 1024 x 768 pixeles, como mínimo un ratio de contraste de 500:1 y mínimo de luminancia (brillo) de 250 cd/m2 que permita garantizar la interpretación adecuada de la información recibida.			X	
1.16.1.1 Documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, que certifique que:				
1.16.1.1.1. Los dispositivos utilizados para transferencia de información sincrónica por videoconferencia garantizan una óptima fidelidad y calidad del video y sonido tanto para el prestador remitente como para el prestador de referencia,			X	
1.16.1.1.2. El software utilizado se adapta al cambio de la disponibilidad del ancho de banda sin perder la conexión.			X	
1.16.1.1.3. En el caso que la videoconferencia sea grabada se deberán contemplar todos los criterios de seguridad informática, que permita resguardar adecuadamente la confidencialidad y privacidad del paciente.			X	
1.16.1.2. Las pantallas o monitores grado médico utilizados para el despliegue de imágenes cuentan con una distancia máxima de 0.19 milímetros entre píxeles (dot pitch), resolución mínima de 1024 x 768 pixeles, como mínimo un ratio de contraste de 500:1 y mínimo de luminancia (brillo) de 250 cd/m2 que permita garantizar la interpretación adecuada de la información recibida.			X	
2 SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA				
Complejidad alta Modalidades intramural, telemedicina - prestador remitente				
2.1 Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente,				
2.1.1 La sala de quimioterapia cuenta con:				
2.1.1.1. La sala de quimioterapia cuenta con:	X			
2.1.1.1. Silla reclinable escualizable de material que permita procesos de limpieza y desinfección.	X			
2.1.1.2. Cama hospitalaria para los pacientes que la requieran por su estado de salud o administración prolongada de quimioterapia.	X			
2.1.1.3. Bomba de infusión por paciente.	X			
2.1.1.4. Riñonera por paciente	X			
2.1.5. Carro de paro.	X			

ESTÁNDAR DE DOTACIÓN				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
2.1.2. Disponibilidad de succión dentro del servicio. Puede ser suministrada mediante sistema de vacío o mediante aspirador adicional al del carro de paro.	X			
2.2 Modalidad de telemedicina - prestador de referencia				
2.2.1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios.			X	
Total	36	1	10	0

ESTÁNDAR DE HISTORIA CLINICA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1 TODOS LOS SERVICIOS				
Modalidades intramural, extramural: unidad móvil, domiciliaria, jornada de salud y telemedicina prestador remitir - prestador de referencia.				
1.1. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. Todos los pacientes atendidos cuentan con historia clínica.	X			
1.2. El prestador de servicios de salud cuenta con procedimientos para utilizar una historia única y para el registro de entrada y salida de historias del archivo físico. Ello implica que el prestador de servicios de salud cuenta con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud.	X			
1.3. Los medios electrónicos para la gestión de la historia clínica garantizan la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en esta y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.	X			
1.4. Las historias clínicas cuentan con los componentes y los contenidos mínimos definidos en la normatividad que regula la materia.	X			
1.5. La historia clínica y los registros asistenciales se diligencian en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.		X		
1.6. Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.	X			
1.7. El diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica se realiza simultánea o inmediatamente después de la atención en salud.	X			
1.8. La historia clínica y demás registros son conservados en archivo único garantizando la custodia y confidencialidad de los documentos o registros protegidos legalmente por reserva.		X		
1.9. El prestador de servicios de salud cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial.		X		
1.10. Cuando el prestador de servicios de salud utilice mecanismos electrónicos, ópticos o similares para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la	X			

ESTÁNDAR DE HISTORIA CLINICA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
historia clínica y para conservarlos, debe avalar que el mecanismo utilizado cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de información y Comunicaciones, para lo cual el prestador presentará un documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente certificando que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad mencionada.				
1.11 Cuenta con los siguientes registros, cuando los prestadores de servicios de salud realicen el proceso de esterilización dentro del servicio y fuera de centrales de esterilización:				
1.11.1. Actividades documentadas y realizadas en el procedimiento de reúso de dispositivos médicos acorde con las recomendaciones del fabricante, incluyendo el número de reusos por cada dispositivo esterilizado.			X	
1.11.2. Registro de cargas.			X	
1.11.3. Resultados del control de calidad.			X	
1.11.4. Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan.			X	
1.11.5. Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización.			X	
1.12 Cuando se realicen procedimientos de transfusión de sangre o sus componentes, cuenta con los siguientes registros:				
1.12.1. Información de los componentes sanguíneos.	X			
1.12.2. Solicitud de los componentes sanguíneos.	X			
1.12.3. Muestras tomadas para la realización de pruebas pre transfusionales.	X			
1.12.4. Muestras remitidas al Banco de Sangre y resultado de las pruebas pre transfusionales con el nombre del Banco de Sangre que las realizó, cuando el prestador no cuente con el servicio de gestión pre transfusional.			X	
1.12.5. Información post-transfusional.	X			
1.12.6. Informe ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, sobre la estadística mensual de componentes sanguíneos transfundidos.	X			
1.12.7. Temperaturas de los equipos biomédicos que lo requieran.	X			
1.12.8. Entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o componentes sanguíneos descartados.	X			
1.12.9. Transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión.	X			
1.13 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios en la modalidad intramural para Hospitalización, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidados intensivos neonatales, pediátricos y adultos, urgencias y servicios del grupo quirúrgico, cuentan con:				
1.13.1. Registro de donantes detectados.			X	
1.13.2. Registro de consulta del documento de voluntad anticipada de todos los pacientes fallecidos.			X	

ESTÁNDAR DE HISTORIA CLINICA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1.13.3. Registros en la historia clínica de la información sobre el proceso de donación efectuado por los profesionales de salud inscritos ante el Instituto Nacional de Salud.			X	
1.14 Modalidad telemedicina - Prestador Remisor - Prestador de Referencia Cuenta con:				
1.14.1 Documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, que certifique:				
1.14.1.1. Los mecanismos que garantizan la custodia, seguridad confidencialidad y conservación integral, durante la transmisión y almacenamiento de la información contenida en la historia clínica y demás registros asistenciales y la reproducibilidad de la información de acuerdo con la legislación vigente.				X
1.14.1.2. Los mecanismos de compresión utilizados por el prestador para que la información recuperada corresponda al dato, imagen o señal original (compresión sin pérdidas).				X
1.14.1.3. El método utilizado para el uso de la firma electrónica o digital.				X
1.14.1.4. La encriptación de la información para su transmisión y mecanismos de acceso a la misma de acuerdo con lo definido por el prestador de servicios de salud.				X
1.14.1.5. Los sistemas de seguridad y control de acceso a la aplicación, según tipo de usuario. cuando se utilizan sistemas de información compartidos o de acceso remoto.				X
1.14.2. Plan de contingencia en caso de fallas del sistema activo o pérdida de datos.				X
1.14.3. Todos los eventos y transacciones que se realicen con ocasión de la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina son documentados y almacenados, y son parte integral de la historia clínica.				X
1.14.4. Registro de las atenciones realizadas en la modalidad de telemedicina.				X
2 SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA				
Complejidad alta / Modalidades intramural, telemedicina - prestador remisor				
2.1 Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:				
2.1.1 Prescripciones u órdenes médicas que contengan la siguiente información:				
2.1.1.1. Ciudad y fecha de la prescripción	X			
2.1.1.2. Nombre del paciente	X			
2.1.1.3. Número de historia clínica	X			
2.1.1.4. Peso	X			
2.1.1.5. Talla	X			
2.1.1.6. Superficie corporal	X			
2.1.1.7. Ciclo de tratamiento	X			
2.1.1.8. Localización del paciente en la institución prestadora de servicios de salud, cuando esté hospitalizado.	X			
2.1.1.9. Datos de ubicación del paciente.	X			
2.1.1.10. Denominación común internacional de los medicamentos.	X			
2.1.1.11. Forma farmacéutica.	X			

ESTÁNDAR DE HISTORIA CLINICA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
2.1.1.12. Dosis teórica del esquema y dosis resultante para el paciente.	X			
2.1.1.13. Dosis ajustada en función de parámetros farmacocinéticos.	X			
2.1.1.14. Vía de administración.	X			
2.1.1.15. Vehículo a utilizar.	X			
2.1.1.16. Volumen final de la solución preparada.	X			
2.1.1.17. Duración del tratamiento.	X			
2.1.1.18. Nombre y firma del Profesional de medicina.	X			
2.1.1.19. Número de registro médico.	X			
2.2. Registro de administración de quimioterapia.	X			
2.3 Modalidad telemedicina - prestador de referencia				
2.3.1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios	X			
Total	36	3	9	8

ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1 TODOS LOS SERVICIOS				
1.1. Los servicios de salud de urgencias, de atención del parto, hospitalarios y de cirugía que realicen procedimientos quirúrgicos no ambulatorios, solo se pueden prestar en edificaciones de uso exclusivo de salud.			X	
1.2. Los servicios de salud de: urgencias, cirugía y del grupo de internación, así como en los servicios de salud donde se realice el proceso de esterilización, deben contar con ambiente de aseo de uso exclusivo	X			
1.3. Cuando en una edificación de uso exclusivo de salud funcione más de un prestador de servicios de salud con servicios de los grupos de consulta externa y apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, cada prestador cuenta con infraestructura separada y delimitada físicamente. Se pueden compartir los siguientes ambientes y áreas: aseo, salas de espera y unidades sanitarias			X	
1.4. Las edificaciones donde se presten servicios de salud de urgencias y del grupo de internación, cuentan con tanque de almacenamiento de agua para el consumo humano que garantice como mínimo una reserva de 24 horas de servicio continuo, calculado con base en el consumo de 600 lt por cama/camilla día	X			
1.5 Cuando el prestador de servicios de salud cuente con más de una infraestructura y estas se puedan vincular funcionalmente entre sí, lo harán mediante túnel o puente cubierto, o muro(s) colindante(s) que cuente(n) con acceso(s) que intercomunique(n) las infraestructuras, de uso exclusivo del prestador y adicionalmente cumplen con las siguientes características:				
1.5.1. Ancho que permita la movilización de camas, camillas, sillas de ruedas, equipos biomédicos y personal para el traslado de los pacientes en condiciones seguras.			X	
1.5.2. El piso del túnel o puente debe ser uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen			X	

ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.				
1.5.3. Lo anterior siempre y cuando la norma urbanística de la jurisdicción donde se localizan las sedes haya aprobado esta forma de vinculación funcional entre las mismas.			X	
1.5.4. Esta edificación se podrá habilitar como una o varias sedes, de acuerdo con lo que determine el prestador de servicios de salud.			X	
Lo anterior siempre y cuando la norma urbanística de la jurisdicción donde se localizan las sedes haya aprobado esta forma de vinculación funcional entre las mismas.				
1.6 Edificaciones de uso exclusivo en salud y edificaciones de uso mixto				
1.6.1. Los prestadores de servicios de salud ubicados en edificaciones de hasta tres (3) pisos o niveles contados a partir del nivel más bajo construido, y que funcionen en segundo o tercer nivel o piso, cuentan con ascensor o rampa o sistema alternativo de elevación. El sistema alternativo de elevación no puede ser utilizado cuando se presten servicios hospitalarios, cirugía, urgencias, o de atención del parto.	X			
1.7 Los sistemas alternativos de elevación deben cumplir con las siguientes condiciones:				
1.7.1. Su ubicación no interfiera con el acceso y evacuación de los usuarios por las escaleras.			X	
1.7.2. Estén disponibles tanto para el acceso como para la evacuación de los usuarios.			X	
1.7.3. Su manejo sea autónomo.			X	
1.7.4. Garanticen seguridad durante su uso.			X	
1.8. Las edificaciones con más de tres (3) pisos o niveles, contados a partir del nivel más bajo construido, cuentan con ascensor	X			
1.9. En edificaciones donde se presten servicios de los grupos de internación, atención del parto, quirúrgicos o urgencias para la movilización de pacientes en camilla, la cabina de los ascensores debe tener las dimensiones interiores mínimas de 2.20 de profundidad y de 1.20 de ancho, que garantice el traslado seguro de los pacientes. Las dimensiones de la cabina podrán ser variables en el o los ascensores que el prestador determine para la movilización de usuarios a pie o en sillas de ruedas	X			
1.10. Si se tienen escaleras o rampas, el piso debe ser uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos a uno o ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres	X			
1.11. Las edificaciones donde se presten servicios de salud cuentan con suministro de agua, energía eléctrica, conexión a la red de alcantarillado y sistemas de comunicaciones	X			
1.12. En edificaciones donde se presten servicios de cirugía, atención del parto, laboratorio clínico, urgencias, gestión pre transfusional, diálisis, hospitalarios, imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico y los que requieran cadena de frío, cuentan con planta eléctrica	X			

ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1.13. El prestador de servicios de salud que utilice equipos generadores de radiaciones ionizantes, cuenta con licencia de práctica médica vigente expedida por la entidad competente	X			
1.14. El prestador de servicios de salud que utilice fuentes radioactivas cuenta con autorización vigente de empleo de material radiactivo, expedida por la entidad reguladora competente	X			
1.15. Cada prestador de servicios de salud debe contar con el respectivo concepto sanitario que dé cumplimiento a lo establecido en la normatividad sanitaria vigente en aspectos tales como agua para consumo humano, gestión de residuos, control de vectores, orden y aseo, condiciones locativas, entre otros. Este concepto será emitido por las autoridades sanitarias correspondientes, en el marco de sus competencias, y debe considerar los servicios de apoyo como lavandería y servicio de alimentación. Cuando estos servicios de apoyo son contratados con terceros, dichos proveedores deben contar con el concepto sanitario correspondiente a la actividad de bienes y servicios que presta	X			
2 Generalidades de los ambientes y las áreas de los servicios y sus características				
2.1. Las áreas y ambientes de todos los servicios de salud cuentan con ventilación e iluminación natural o artificial.	X			
2.2. Las áreas de circulación de los servicios están libres de obstáculos de manera que permitan la movilización de pacientes, talento humano, usuarios y equipos biomédicos.	X			
2.3. Los ambientes y áreas que hagan parte de cualquier servicio de salud, deben permitir la instalación y movilización de equipos biomédicos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia	X			
2.4 En los servicios del grupo quirúrgico, los ambientes y áreas clasificados como no restringidos, semi-restringidos y restringidos, deben señalizarse mediante la demarcación permanente en piso con material lavable y resistente al tráfico pesado, utilizando los siguientes colores:				
2.4.1. Verde: Ambientes o áreas no restringidas			X	
2.4.2. Amarillo: Ambientes o áreas semi-restringidas			X	
2.4.3. Roja: Ambientes o áreas restringidas			X	
2.5. Cada uno de los pisos o niveles de la edificación cuenta con señalización y planos indicativos de las rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro, visible al público en general	X			
2.6. Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de sus servicios habilitados, tiene disponibilidad de un área con iluminación y ventilación natural o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo con los componentes sanguíneos a transfundir			X	
2.7. Cuando un prestador de servicios de salud realice procedimientos bajo sedación fuera de salas de cirugía, tiene disponibilidad de área o ambiente para la recuperación de pacientes que puede ser la misma área	X			

ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
o ambiente donde se realiza el procedimiento, garantizando la privacidad del usuario				
2.8 El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización, cuenta con:				
2.8.1. Ambiente o área de recibo de material contaminado.	X			
2.8.2. Ambiente o área de lavado.	X			
2.8.3. Ambiente o área de secado.	X			
2.8.4. Ambiente o área de empaque.	X			
2.8.5. Ambiente o área de esterilización.	X			
2.8.6. Ambiente o área para almacenamiento del material estéril.	X			
2.8.7. Mesón de trabajo con poceta.	X			
2.8.8. Lavamanos, cuando el proceso se realice fuera del servicio de salud.	X			
2.9 El prestador de servicios de salud que contrate el proceso de esterilización, dentro de su infraestructura cuenta con:				
2.9.1. Ambiente o área para lavado, limpieza y desinfección y entrega de material limpio al proveedor.			X	
2.9.2. Ambiente o área para la recepción y almacenamiento de material estéril.			X	
2.10 El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización en una central de esterilización cuenta con los siguientes ambientes y áreas señalizadas unidireccionales y de circulación restringida:				
2.10.1. Ambiente de recibo y lavado de material contaminado.	X			
2.10.2 Ambiente limpio con las siguientes áreas:				
2.10.2.1. Área de secado.	X			
2.10.2.2. Área de empaque.	X			
2.10.2.3. Área de esterilización	X			
2.10.3. Ambiente para almacenamiento del material estéril.	X			
3 Características de los ambientes y áreas que pueden ser requeridos en varios servicios de salud				
3.1 Consultorio:				
Para efectos del presente Manual se definen los siguientes tipos de consultorios de acuerdo con la oferta de servicios:				
3.1.1 Consultorio donde se realiza examen físico: Ambiente con mínimo 10 m2 (sin incluir la unidad sanitaria) que cuenta con:				
3.1.1.1. Área para entrevista.	X			
3.1.1.2. Área de examen.	X			
3.1.1.3. Lavamanos. No se exige adicional si el consultorio cuenta con unidad sanitaria.	X			
3.1.1.4. Las áreas están separadas entre sí por barrera física fija o móvil, con excepción de los consultorios del servicio de urgencias, optometría y oftalmología, donde no se requiere.	X			
3.2 Consultorio donde se realizan procedimientos: Ambiente con mínimo 10 m2 (sin incluir la unidad sanitaria) que cuenta con:				
3.2.1. Área para entrevista			X	
3.2.2. Área de procedimientos.			X	
3.2.3. Las áreas están separadas entre sí por barrera física fija.			X	

ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
3.2.4. Mesón de trabajo.			X	
3.2.5. Poceta, cuando la requiera, según los procedimientos que el prestador documente en el estándar de procesos prioritarios.			X	
3.2.6. Lavamanos. No se exige adicional si el consultorio cuenta con una unidad sanitaria.			X	
3.3 Consultorio donde se realiza únicamente entrevista, no se realiza examen físico ni procedimientos: Ambiente con mínimo 4 m2 (sin incluir la unidad sanitaria), cuenta con:				
3.3.1. Área para entrevista, según el tipo de consulta.			X	
3.3.2. Lavamanos. No se exige adicional si el consultorio cuenta con unidad sanitaria			X	
3.4 Sala de procedimientos: Es el ambiente donde se realizan procedimientos derivados de los servicios de salud. Para efectos del presente manual, se definen los siguientes tipos de sala:				
3.4.1 Sala de procedimientos o curaciones. Ambiente con mínimo 8 m2, que cuenta con:				
3.4.1.1. Mesón de trabajo.	X			
3.4.1.2. Poceta, cuando la requiera, según los procedimientos que el prestador documente en el estándar de procesos prioritarios.	X			
3.4.1.3. Lavamanos.	X			
3.5 Sala de procedimientos endoscópicos: Ambiente con dimensión variable acorde con el tipo de tecnología utilizada y los procedimientos que se realicen				
3.5.1 Cuenta con:				
3.5.1.1. Área de procedimientos endoscópicos.			X	
3.5.1.2. Área de recuperación, que puede ser la misma área donde se realice el procedimiento endoscópico.			X	
3.5.1.3. Lavado de manos			X	
3.5.2 Disponibilidad de:				
3.5.2.1. Unidad sanitaria.			X	
3.5.2.2. Vestidor para pacientes con área para casilleros que puede ser la misma unidad sanitaria con casilleros.			X	
3.5.2.3. Ambiente o área para almacenar materiales e insumos.			X	
3.5.2.4. Área de limpieza y desinfección de endoscopios con mesón de trabajo con poceta.			X	
3.5.2.5. Ambiente o área para almacenamiento de equipos biomédicos.			X	
3.6 Si se realiza procedimiento de monitorización electroencefalográfica con video y radio, cuenta con:				
3.6.1 Ambiente con dimensión variable acorde con el tipo de tecnología utilizada. Disponibilidad de:				
3.6.1.1. Unidad sanitaria			X	
3.6.1.2. Sistema de alarma cuando se cuente con red de distribución de gases medicinales			X	
3.7 Puesto de enfermería:				
3.7.1 Área con dimensión variable que, de acuerdo con las necesidades de cada servicio, cumple con las siguientes características:				
3.7.1.1. Superficie de trabajo.			X	
3.7.1.2. Permite la monitorización permanente de los pacientes o sistemas alternativos para su visualización.			X	
3.7.1.3. Cuenta con alarma o sistema de llamado a enfermería, donde se requiera.			X	
3.7.2 Ambiente o área de trabajo limpio, que cuenta con:				
3.7.2.1. Mesón de trabajo.			X	

ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
3.7.2.2. Área para el almacenamiento y alistamiento de medicamentos.			X	
3.7.2.3. Lavamanos.			X	
3.7.3 Ambiente de trabajo sucio, que cuenta con:				
3.7.3.1. Mesón de trabajo con poceta.			X	
3.7.3.2. Lavamanos.			X	
3.8 Estación de enfermería				
3.8.1 Cuenta con:				
3.8.1.1. Puesto de enfermería.	X			
3.8.1.2. Ambiente o área de trabajo limpio.	X			
3.8.1.3. Ambiente de trabajo sucio.	X			
3.8.2 Disponibilidad de los siguientes ambientes o áreas:				
3.8.2.1. Área o ambiente para el depósito de equipos biomédicos con dimensión variable de acuerdo con las necesidades del servicio.	X			
3.8.2.2. Área o ambiente para depósito de ropa limpia de dimensión variable de acuerdo con las necesidades del servicio.	X			
3.8.2.3. Ambiente para depósito de ropa sucia, con dimensión variable de acuerdo con las necesidades del servicio.	X			
3.8.2.4. Lava patos cuando el servicio de salud lo requiera.	X			
3.8.2.5. Unidad Sanitaria	X			
3.9 Baño, ambiente que cuenta con:				
3.9.1. Sanitario.	X			
3.9.2. Lavamanos.	X			
3.9.3. Ducha.	X			
3.9.4. Alarma o sistema de llamado, donde se requiera.		X		
3.9.5. Puertas corredizas o con apertura hacia el exterior.	X			
3.10 Unidad sanitaria, ambiente que cuenta con:				
3.10.1. Sanitario.	X			
3.10.2. Lavamanos.	X			
3.11 La unidad sanitaria adaptada para personas con movilidad reducida cuenta con:				
3.11.1. Sanitario.	X			
3.11.2. Lavamanos	X			
3.11.3. Dimensiones que permita el desplazamiento del paciente y maniobra en su interior, las puertas tienen un ancho que permite el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas.	X			
3.11.4. Puertas corredizas o con apertura hacia el exterior.	X			
3.11.5. Accesorios que facilite la accesibilidad, movilidad y seguridad del usuario.	X			
3.11.6. Alarma o sistema de llamado		X		
3.12. Batería sanitaria, ambiente que cuenta con sanitarios en serie y lavamanos, discriminadas por sexo, serán separadas con barreras físicas fijas o divisiones en	X			

ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
materiales resistentes, inoxidable e impermeables, con espacios libres que faciliten la ventilación y las labores de aseo. Se instalará adicionalmente un orinal para sexo masculino. Como mínimo uno de los sanitarios de la batería debe ser apto para personas con movilidad reducida discriminado por sexo.				
3.13 Salas de espera				
3.13.1. Ambiente o área con dimensión variable de acuerdo al servicio o servicios, independiente de las áreas de circulación, que cuenta con ventilación e iluminación natural y/o artificial.	X			
3.13.2. Disponibilidad de unidades sanitarias discriminadas por sexo o baterías sanitarias.	X			
3.14. Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo con los servicios prestados.	X			
3.15. En las edificaciones destinadas a la prestación de servicios de salud, los pisos deben ser resistentes a factores ambientales, deben ser continuos, antideslizantes, impermeables, lavables, sólidos, resistentes a procesos de lavado y desinfección. Cuando se tengan dilataciones y juntas, estas deben ser selladas de manera que ofrezcan continuidad de la superficie	X			
3.16. Los cielo rasos o techos y paredes o muros deben ser impermeables, lavables, sólidos, resistentes a factores ambientales e incombustibles y de superficie lisa y continua.	X			
3.17. En los servicios de cirugía, atención del parto, ambiente TPR, salas de procedimientos, consultorios donde se realicen procedimientos, servicios de internación en cuidado básico, intermedio e intensivo, urgencias, diálisis, hemodinamia e intervencionismo, laboratorios, gestión pre transfusional, quimioterapia, consulta odontológica y los ambientes o áreas donde se requieran procesos de limpieza y asepsia más profundos, adicional al criterio anterior, la unión entre paredes o muros y el piso debe ser en media caña evitando la formación de aristas o de esquinas	X			
3.18. En los servicios de cirugía, atención del parto, ambiente TPR y el ambiente de esterilización, la unión entre cielo raso o techo y la pared o muro y la unión entre paredes o muros, debe contar con media caña, evitando la formación de aristas o de esquinas.			X	
3.19 Modalidad telemedicina - prestador de referencia				
3.19.1 Adicional a los criterios del estándar de infraestructura enunciados que le aplique, el prestador de servicios de salud cuenta con:				
3.19.1.1. Conectividad que garantice la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utilice (sincrónico o asincrónico).	X			
3.19.1.2. Plataformas tecnológicas que garanticen la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios de salud, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad o lineamientos que regulen la materia.	X			

ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
3.19.1.3. Suministro de energía eléctrica o baterías que permitan el uso de los instrumentos de comunicación y de los equipos biomédicos necesarios.	X			
3.19.1.4. Nivel de iluminación homogénea	X			
3.20 Modalidad telemedicina - Prestador de referencia exclusivo				
3.20.1 Cuando el prestador de servicios de salud preste sus servicios exclusivamente en la modalidad de telemedicina como prestador de referencia, cuenta con:				
3.20.1.1. Ambiente exclusivo para la realización de la atención a distancia que garantiza la privacidad y la confidencialidad durante la atención, la seguridad de los equipos frente a la extracción no autorizada y condiciones ambientales para su correcto funcionamiento, libre de interferencias visuales y sonoras.	X			
3.20.1.2. Conectividad que garantice la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utilice (sincrónico o asincrónico).	X			
3.20.1.3. Plataformas tecnológicas que garantizan la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad que regule la materia.	X			
3.20.1.4. Suministro de energía eléctrica o baterías que permitan el uso de los instrumentos de comunicación y de los equipos biomédicos cuando aplique.	X			
3.20.1.5. Nivel de iluminación homogénea	X			
4 SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA				
Complejidad alta/ Modalidades intramural, telemedicina - prestador remitir				
4.1 Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:				
4.1.1 Sala de espera.				
4.1.1.1. Sala de espera.	X			
4.1.1.2. Unidades sanitarias discriminadas por sexo.	X			
4.1.1.3. Ambiente de quimioterapia que cuenta con área para casilleros.	X			
4.1.2. Unidades sanitarias discriminadas por sexo.	X			
4.1.3 Ambiente de quimioterapia que cuenta con área para casilleros.				
4.1.3.1. Salida de oxígeno medicinal por silla o camilla.	X			
4.1.3.2. Ambiente o área para administración prolongada de quimioterapia.	X			
4.1.3.3. Puesto de enfermería.	X			
4.1.3.4. Área o ambiente de trabajo limpio	X			
4.1.3.5. Ambiente de trabajo sucio.	X			
4.1.3.6. Sala de procedimientos.	X			
4.1.3.7. Área de recuperación, que puede ser la misma silla de tratamiento.		X		
4.1.3.8. Unidad sanitaria.	X			
4.2 Área para la administración de medicamentos para paciente adulto, si lo oferta. La distribución de las sillas de quimioterapia dentro del área debe permitir movilización del talento humano, pacientes, usuarios y equipos biomédicos.				

ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
4.2.1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios	X			
4.3 Área para la administración de medicamentos para paciente pediátrico, si lo oferta. La distribución de las sillas de quimioterapia dentro del área debe permitir movilización del talento humano, pacientes, usuarios y equipos biomédicos.				
4.3.1. Salida de oxígeno medicinal por silla o camilla.			X	
4.3.2. Ambiente o área para administración prolongada de quimioterapia.			X	
4.3.3. Puesto de enfermería.			X	
4.3.4. Área o ambiente de trabajo limpio			X	
4.3.5. Ambiente de trabajo sucio.			X	
4.3.6. Sala de procedimientos.			X	
4.3.7. Área de recuperación, que puede ser la misma silla de tratamiento.			X	
4.3.8. Unidad sanitaria.			X	
4.4 Modalidad de telemedicina - prestador de referencia				
4.4.1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios	X			
Total	84	3	51	0

ESTÁNDAR DE INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1 TODOS LOS SERVICIOS				
1.1 Cuando el servicio interdependiente sea contratado, debe mediar un contrato o un acuerdo escrito entre las dos partes, en el que se establezca que el servicio interdependiente apoya el servicio principal, estableciendo como mínimo:				
1.1.1. Calidad en la entrega de los productos.			X	
1.1.2. Procedimientos documentados de atención en cada servicio interdependiente.			X	
1.1.3. Tiempos de entrega de los productos.			X	
1.1.4. Supervisión al contratista que garantice la seguridad del resultado del producto contratado			X	
1.2. Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación y monitorización electroencefalográfica con video y radio; el prestador de servicios de salud tiene disponibilidad del servicio de transporte asistencial			X	
2 SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA				
Complejidad alta / Modalidad Intramural				
2.1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con servicio farmacéutico de alta complejidad.	X			
2.2 Disponibilidad de:				
2.2.1. Servicio de transporte asistencial.	X			
2.2.2. Servicio de urgencias.	X			
Total	3	0	5	0

ESTÁNDAR DE INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
ESTÁNDAR DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1 TODOS LOS SERVICIOS				
1.1 El prestador de servicios de salud lleva registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos en la prestación de los servicios que oferte; dichos registros cuentan con la siguiente información:				
1.1.1. Principio activo.	X			
1.1.2. Forma farmacéutica.	X			
1.1.3. Concentración.	X			
1.1.4. Lote.	X			
1.1.5. Fecha de vencimiento.	X			
1.1.6. Presentación comercial.	X			
1.1.7. Unidad de medida.	X			
1.1.8. Registro sanitario vigente o permiso cuando se autorice, expedido por el Invima.	X			
1.2 Los dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud cuentan con información documentada que dé cuenta de la verificación y seguimiento de la siguiente información:				
1.2.1. Descripción.	X			
1.2.2. Marca del dispositivo.	X			
1.2.3. Serie (cuando aplique).	X			
1.2.4. Presentación comercial.	X			
1.2.5. Registro sanitario vigente o permiso de comercialización expedido por el Invima.	X			
1.2.6. Clasificación por riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización).	X			
1.2.7. Vida útil, cuando aplique.	X			
1.2.8. Lote	X			
1.2.9. Fecha de vencimiento	X			
1.3 Los reactivos de diagnóstico in vitro requeridos para la prestación de los servicios de salud cuentan con información documentada que dé cuenta de la verificación y seguimiento de la siguiente información:				
1.3.1. Nombre			X	
1.3.2. Marca			X	
1.3.3. Presentación comercial.			X	
1.3.4. Registro sanitario vigente o permiso de comercialización expedido por el Invima.			X	
1.3.5. Clasificación del riesgo sanitario			X	
1.3.6. Vida útil, cuando aplique			X	
1.3.7. Fecha de vencimiento y lote			X	
1.4 El prestador de servicios de salud de salud cuenta con información documentada de los procesos generales según aplique, para:				
1.4.1. Selección	X			
1.4.2. Adquisición	X			
1.4.3. Transporte	X			
1.4.4. Recepción	X			
1.4.5. Almacenamiento	X			

ESTÁNDAR DE INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1.4.6. Conservación	X			
1.4.7. Control de fechas de vencimiento	X			
1.4.8. Control de cadena de frío, Manejo de contingencias con la cadena de frío.	X			
1.4.9. Distribución	X			
1.4.10. Dispensación	X			
1.4.11. Devolución	X			
1.4.12. Disposición final	X			
1.4.13. Seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, medicamentos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida, elementos de rayos X y de uso odontológico), reactivos de diagnóstico in vitro; así como de los demás insumos asistenciales que se utilicen incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador de servicios de salud y en la modalidad extramural		X		
1.5. El prestador de servicios de salud que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud cuenta con la resolución de autorización vigente, expedida por el Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces.	X			
1.6. El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de la planeación y ejecución de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia, que garanticen el seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, cuando aplique		X		
1.7. El prestador de servicios de salud que cuente con reservas de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, medicamentos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, y demás insumos asistenciales, debe garantizar que se almacenen en condiciones apropiadas de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante o el banco del componente anatómico, según aplique, y contar con instrumento para medir humedad relativa y temperatura y evidenciar su registro, control y gestión		X		
1.8. Para la aplicación del protocolo de lavado de manos o higienización, los servicios de salud cuentan con los insumos de aseo, limpieza y secado que garanticen su cumplimiento	X			
1.9. La suficiencia de dispositivos médicos está relacionada con la frecuencia de uso de los mismos, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique	X			
1.10. El prestador de servicios de salud cuenta con paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, ubicado en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización, disponible para su uso en los servicios y ambientes donde se requieran. El	X			

ESTÁNDAR DE INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
prestador de servicios de salud define su contenido de acuerdo con los medicamentos utilizados y lo sugerido por el fabricante en las fichas técnicas.				
1.11. En los servicios donde se requiera carro de paro, adicional a la dotación definida en el presente manual, los medicamentos, dispositivos médicos e insumos deben ser definidos por el prestador de servicios de salud de acuerdo con la morbilidad, riesgos de complicaciones más frecuentes y lo documentado para el procedimiento de reanimación cerebro cardio pulmonar.	X			
1.12. El prestador debe mantener condiciones de almacenamiento, conservación, control fechas de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contenidos en los carros de paro	X			
1.13. Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión, cuenta con convenio o contrato vigente con un banco de sangre certificado por la autoridad competente para el suministro de sangre, componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pre transfusionales cuando el prestador de servicios de salud no las realice.			X	
1.14. Cuando el prestador de servicios de salud fabrique en su institución gases medicinales, cuenta con la certificación vigente de Buenas Prácticas de Manufactura expedida por el Invima o la entidad que haga sus veces.	X			
1.15. En los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias cuenta con kit de emergencias para la atención a víctimas de ataques con agentes químicos			X	
1.16 Modalidad telemedicina/ Prestador remisor y prestador de referencia				
1.16.1. El prestador de servicios de salud cumple con los criterios que le apliquen del presente estándar.	X			
2 SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA				
Complejidad alta / Modalidades intramural, telemedicina - prestador remisor				
2.1.1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con:				
2.1.1.1.1. Cuando realice preparaciones, mezclas, adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos citostáticos cuenta con certificado de buenas prácticas de elaboración vigente otorgado por el Invima. Cuando dichas actividades sean realizadas por una central externa, ésta debe contar con dicha certificación y contrato vigente.	X			
2.2 1.2. Si se prescribe quimioterapia oral o intravenosa, cuenta con los siguientes requisitos:				
2.2.1. 1.2.1. La institución prestadora de servicios de salud que prescribe el tratamiento realiza la dispensación de los medicamentos al paciente en dosis unitaria directamente por cada ciclo.	X			
2.2.2. 1.2.2. Los medicamentos oncológicos de uso endovenoso se dispensan y administran por la institución prestadora de servicios de salud que atiende al paciente.	X			
2.2.3. 1.2.3. Cuenta con embalajes que garantizan la integridad de los medicamentos y eviten su fácil ruptura.	X			

ESTÁNDAR DE INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
2.2.4. 1.2.4. Los medicamentos se identifican, como material peligroso o de alto riesgo.	X			
2.2.5. 1.2.5. Los medicamentos preparados y no preparados se transportan de modo que su integridad no se deteriore, se mantengan las condiciones de almacenaje, cadena de frío, se protejan contra hurto, se conserve su identificación y se evite la contaminación, exposición a microorganismos o plagas o confusión con otros productos. Además, es realizado por personal entrenado en su manipulación.		X		
2.2.6. 1.2.6. Los medicamentos no pueden ser transportados por los pacientes.	X			
2.3. 1.3. Equipos de venoclisis por paciente.	X			
2.4. 1.4. Kit de derrame de citostáticos.	X			
2.5. 1.5. Oxígeno medicinal.	X			
2.6 Modalidad telemedicina – prestador de referencia				
2.6.1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios.	X			
Total	47	4	9	0

ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1 TODOS LOS SERVICIOS				
1.1. El prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	X			
1.2. El prestador de servicios de salud realiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente.		X		
1.3. El prestador de servicios de salud cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos, cuando los prescriba o administre. En el caso de profesionales independientes de salud podrá ser el mismo prestador	X			
1.4 El prestador de servicios de salud adopta y realiza las siguientes prácticas seguras, según aplique a su servicio de salud y cuenta con información documentada para:				
1.4.1. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. (que incluya como mínimo dos identificadores: nombre completo y número de identificación)	X			
1.4.2. Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales.		X		
1.4.3. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud (que incluya protocolo de higiene de manos o higienización con soluciones a base de alcohol).		X		
1.4.4. Detectar, analizar y gestionar eventos adversos.	X			
1.4.5. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.	X			
1.4.6. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, en los servicios donde aplique.		X		

ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1.4.7. Prevenir y reducir la frecuencia de caídas, en los servicios donde aplique.		X		
1.4.8. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido, en los servicios donde aplique.			X	
1.4.9. Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea, en los servicios donde aplique.	X			
1.4.10. Prevenir úlceras por presión, en los servicios donde aplique.	X			
1.4.11. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, en los servicios donde aplique.			X	
1.5 El prestador de servicios de salud promueve la cultura de seguridad del paciente que involucra a todo el personal de manera sistemática con un enfoque educativo no punitivo mediante:				
1.5.1. Capacitación del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención.	X			
1.5.2. Actividades donde se ilustra al paciente y sus allegados en el autocuidado de su seguridad.	X			
1.6. El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos	X			
1.7. La información documentada es conocida mediante acciones de formación continua por el talento humano encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el talento humano en entrenamiento, y existe evidencia de su socialización.	X			
1.8. Las guías de práctica clínica y protocolos a adoptar son en primera medida los que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de no estar disponibles, o si existe nueva evidencia científica que actualice alguna o algunas de las recomendaciones de las guías de práctica clínica o requerimientos de los protocolos, el prestador de servicios de salud adopta, adapta o desarrolla guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica, publicados nacional o internacionalmente	X			
1.9. El prestador de servicios de salud de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio define la guía o guías de práctica clínica a adoptar, o adaptar o desarrollar	X			
1.10. El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de la adopción, o adaptación o desarrollo de guías práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica	X			
1.11. Los servicios de salud donde se atiendan pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a los cuales se determine el manejo del dolor y cuidado paliativo, cuentan con información documentada para su manejo	X			
1.12 El prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada:				

ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1.12.1. Detección, prevención y disminución del riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico, en los servicios donde aplique.	X			
1.12.2. Aseo, limpieza y desinfección de áreas y superficies.	X			
1.12.3. Procedimiento de reanimación cerebro cardio pulmonar, en los servicios donde se realice.	X			
1.12.4. Acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas en los servicios donde se realicen procedimientos de venopunción.	X			
1.12.5. Aspectos de bioseguridad acordes con las condiciones y características del servicio.	X			
1.12.6. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales	X			
1.12.7. Manejo de gases medicinales que incluya como mínimo la atención de emergencias y sistema de alarma, cuando se utilicen	X			
1.13 El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización cuenta con la siguiente información documentada:				
1.13.1 Buenas prácticas de esterilización de acuerdo con los procedimientos y técnicas que se utilicen, que describa como mínimo los siguientes aspectos:				
1.13.1.1. Recibo de productos contaminados y entrega de material estéril.	X			
1.13.1.2. Transporte.	X			
1.13.1.3. Lavado, secado y lubricación.	X			
1.13.1.4. Empaque.	X			
1.13.1.5. Etiquetado.	X			
1.13.1.6. Esterilización.	X			
1.13.1.7. Almacenamiento.	X			
1.13.1.8. Verificación de la integridad del material estéril.	X			
1.13.1.9. Control de calidad que incluya el análisis de los reportes de dicho control, para la toma de medidas preventivas y correctivas.	X			
1.14. Cuando un prestador de servicios de salud contrate el proceso de esterilización con un tercero, cuenta con un contrato, convenio o acuerdo escrito entre las partes, el cual debe incluir como mínimo las características de calidad de los productos, la supervisión del estado de las instalaciones y la aplicación de los procedimientos del tercero para realizar el proceso. No obstante, el prestador de servicios de salud que requiere el proceso de esterilización es el responsable de garantizar la esterilidad y el desempeño del producto final.			X	
1.15. Los prestadores de servicios de salud tienen definidos procedimientos que garanticen el cumplimiento del no reúso de dispositivos médicos cuando el fabricante así lo haya establecido	X			
1.16 Hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social regule la materia, el prestador de servicios de salud podrá reusar dispositivos médicos, siempre y cuando el fabricante de dichos dispositivos autorice su reúso. En tal caso, el prestador de servicios de salud cuenta con información documentada que defina:				
1.16.1. Los procedimientos, siguiendo las recomendaciones del fabricante, para el reprocesamiento y control de calidad que demuestren la eficacia, desempeño y esterilidad del producto.	X			
1.16.2. Acciones de seguimiento a través de los comités de infecciones, de seguridad del paciente y del programa de tecnovigilancia, que garanticen que el dispositivo no	X			

ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
ha perdido la eficacia y desempeño para el cual fue diseñado, ni esponga al riesgo de infecciones o complicaciones al usuario.				
1.16.3. Los profesionales independientes de salud realizarán el seguimiento a través del programa de tecnovigilancia			X	
1.17 17. Para la referencia de pacientes, el prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada:				
1.17.1. Estabilización del paciente antes del traslado.	X			
1.17.2. Medidas para el traslado.	X			
1.17.3 Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:				
1.17.3.1. Diligenciamiento del formato de referencia de pacientes.	X			
1.17.3.2. Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.	X			
1.17.3.3. Resumen de historia clínica.	X			
1.17.3.4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso (software, correo, entre otros).	X			
1.17.3.5. Talento humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.	X			
1.17.3.6. La referencia de pacientes que se detecten como víctimas de violencia sexual debe hacerse a un servicio de urgencias.	X			
1.18 Cuando se realicen procedimientos bajo sedación fuera de salas cirugía, el prestador de servicios de salud cuenta con información documentada para:				
1.18.1. Realizar la sedación.	X			
1.18.2. Definición de la atención por profesional de la medicina especialista en anestesiología cuando se identifiquen riesgos para el paciente relacionados con la sedación.	X			
1.18.3. Manejo de emergencias.	X			
1.18.4. Seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento.	X			
1.18.5 Lista de chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de:				
1.18.5.1. Evaluación de la vía aérea.	X			
1.18.5.2. Determinación del tiempo de ayuno.	X			
1.18.5.3. Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.	X			
1.18.5.4. Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares.	X			
1.18.6. Observación bajo la supervisión del profesional que realiza la sedación.	X			
1.18.7. Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.	X			
1.18.8. Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante o acudiente	X			
1.19 Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de sus servicios de salud habilitados, cuenta con la siguiente información documentada:				
1.19.1. Transporte, conservación, embalaje y remisión de muestras al banco de sangre para la realización de pruebas pre transfusionales.	X			

ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1.19.2. Manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia.	X			
1.19.3. Guía de práctica clínica para el uso de componentes sanguíneos.	X			
1.20 La Institución Prestadora de Servicios de Salud que cuente con servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación o el servicio de urgencias, cuenta con:				
1.20.1. Documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales.	X			
1.20.2. Documento que dé cuenta la conformación del equipo institucional para la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales.	X			
1.21. El Profesional Independiente de Salud y las Entidades con Objeto Social Diferente que oferten y presten servicios de salud de los grupos de consulta externa y los prestadores de servicios de salud de Transporte Especial de Pacientes cuentan con documento del proceso que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales			X	
1.22. En los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias, se cuenta con documento del proceso que orienta la atención en salud a víctimas de ataques con agentes químicos.			X	
1.23. Los prestadores de servicios de salud cuentan con información documentada de las condiciones de almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contenidos en los kits de derrames de medicamentos, ataque con agentes químicos y de violencias sexuales, según su contenido	X			
1.24 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios de hospitalización, hospitalización de paciente crónico con y sin ventilador, cuidado intensivo neonatal, pediátrico y adulto, urgencias y del grupo quirúrgico, en la modalidad intramural, cuentan con la siguiente Información documentada:				
1.24.1. Manejo de la enfermedad cerebro vascular.	X			
1.24.2. Manejo del Trauma Craneoencefálico.	X			
1.24.3. Detección de donantes de componentes anatómicos	X			
1.24.4. Mantenimiento del donante de componentes anatómicos	X			
1.25. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con servicios de cuidado intensivo pediátrico y adulto que cuenten con servicios quirúrgicos de neurocirugía de alta complejidad, cuentan con información documentada del procedimiento para el diagnóstico de muerte encefálica y muerte en asistolia.	X			
1.26. Los servicios de salud que realicen pruebas de interés en salud pública deben inscribirse en el Registro de Laboratorios- RELAB.	X			
1.27 Cuando el prestador de servicios de salud realice “pruebas en el punto de atención del paciente - (Point of Care Testing - POCT)” en un servicio habilitado cuenta con				
1.27.1. Información documentada sobre la toma, procesamiento, control de calidad y entrega de resultados.	X			
1.27.2. Controles de calidad realizados por un servicio de laboratorio clínico que puede ser propio o contratado para tal fin, cuando aplique, de acuerdo a las especificaciones del fabricante.	X			

ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1.27.3. Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas preventivas y correctivas.	X			
1.28 Adicional a los criterios enunciados que le aplique, para las siguientes modalidades el prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada:				
1.28.1 Modalidad telemedicina - prestador de referencia				
1.28.1.1. Adicional a los criterios solicitados para el prestador remitente, cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos de los servicios que ofrece, acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos.	X			
2 SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA				
Complejidad alta / Modalidades Intramural, telemedicina - prestador remitente				
2.1 Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada:				
2.1.1. Recomendaciones para el tratamiento con quimioterapia.	X			
2.1.2. Manejo y uso de los medicamentos.	X			
2.1.3. Manejo de las principales complicaciones causadas por los medicamentos utilizados en el servicio.	X			
2.1.4 Comunicación al paciente, su familia o cuidador, acerca del tratamiento requerido, que incluye:				
2.1.4.1. Información de los medicamentos y sus efectos.	X			
2.1.4.2. Complicaciones, qué hacer cuando se presenten y como evitarlas.	X			
2.1.4.3. Condiciones de almacenamiento y vía de administración de la quimioterapia.	X			
2.1.4.4. Disposición final de los medicamentos no utilizados durante el tratamiento y los sobrantes de los mismos.	X			
2.1.5. Medidas de bioseguridad para el manejo de medicamentos citostáticos y conservación de cadena frío según lo establecido por el fabricante.	X			
2.1.6. El prestador de servicios de salud realiza el seguimiento del paciente a través del equipo de salud requerido, de acuerdo con la condición clínica del paciente.	X			
2.2 Modalidad telemedicina - prestador de referencia				
2.2.1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios.	X			
Total	79	5	6	0

ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1 TODOS LOS SERVICIOS				
1.1. El talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud de los usuarios, cuentan con los títulos, según aplique, de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente. En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero,		X		

ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
copia de la resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación Nacional				
1.2. El talento humano en salud cuenta con copia de la resolución de autorización del ejercicio expedido por la autoridad competente o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud -ReTHUS	X			
1.3. El prestador de servicios de salud determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención. Este criterio no aplica para el profesional independiente de salud.		X		
1.4 El prestador de servicios de salud que actúe como escenario de práctica formativa en el área de la salud, cuenta con:				
1.4.1. Convenio vigente con la institución educativa autorizada por la entidad competente.	X			
1.4.2. Información documentada de los mecanismos de supervisión permanente del personal en entrenamiento.	X			
1.4.3. Estudio de capacidad instalada en el cual se determine el número máximo de estudiantes que simultáneamente puedan acceder por programa de formación y por jornada, para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, estudio que debe ser elaborado teniendo en cuenta los "lineamientos de referencia para la asignación de cupos de estudiantes en escenarios clínicos" publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	X			
1.5. En los servicios de salud diferentes al servicio de consulta externa especializada de dolor y cuidado paliativo, donde se atienden pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a los cuales se les decida como conducta médica; como parte del plan integral de cuidado que gestiona el equipo de salud, o por solicitud del paciente; el manejo del dolor y cuidado paliativo, el profesional de la medicina tratante cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo del dolor y cuidado paliativo, cuando no sea especialista en dolor y cuidado paliativo		X		
1.6. El talento humano en salud de los servicios de atención del parto, cuidado intensivo y cuidado intermedio neonatal, pediátrico y adultos, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo			X	
1.7. En los servicios de salud donde se realicen imágenes diagnósticas por ultrasonido, cuenta con médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas también podrán realizar imágenes diagnosticas aquellos médicos especialistas, quienes en su pensum o formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del espectro electromagnético, del ultrasonido especialmente, así como de las radiaciones ionizantes para establecer el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades inherentes a su especialidad, para lo cual deberá acreditar el respectivo certificado			X	

ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
1.8. Los profesionales de la medicina de los servicios de hospitalización de baja, mediana y alta complejidad, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidados intensivos neonatales, pediátricos y adultos; urgencias y servicios del grupo quirúrgico en modalidad intramural, cuentan con certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud		X		
1.9. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios de cuidado intensivo pediátrico y adulto que adicionalmente habiliten el servicio quirúrgico de neurocirugía, tienen disponibilidad de coordinador operativo de trasplantes	X			
1.10. El talento humano en salud de los servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación y el servicio de urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.		X		
1.11. El talento humano en salud de los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos			X	
1.12. Cuando en un servicio de salud se realicen "pruebas en el punto de atención del paciente – (Point of Care Testing –POCT)", el talento humano en salud que las realice, con excepción del profesional de bacteriología cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo de estas pruebas		X		
1.13 Procedimientos bajo sedación:				
1.13.1 Cuando fuera de salas de cirugía se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, adicional al profesional de salud que realiza el procedimiento, cuenta con:				
1.13.1.1. Profesional de la medicina especialista en anestesiología, o profesional de la medicina o profesional de la odontología, según aplique, el cual será el encargado de administrar el medicamento y realizar el monitoreo continuo del paciente (registro de signos vitales y la respuesta a la sedación).			X	
1.13.1.2. Todos los profesionales, a excepción del profesional de la medicina especialista en anestesiología, deben demostrar constancia de asistencia a curso de formación continua en soporte vital básico y sedación.			X	
1.13.1.3. Para sedación con óxido nitroso en odontología, el profesional de la odontología cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua para el uso clínico y práctico de este gas.			X	
1.13.2. Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado III, adicional al profesional de salud que realiza el procedimiento, cuenta con profesional de la medicina con especialidad médico - quirúrgica, quien será el responsable de administrar la sedación.			X	
1.13.3. Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado IV, adicional al profesional de salud que realiza el procedimiento, cuenta con profesional de la medicina especialista en			X	

ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO				
Pregunta	Cumple	No Cumple	No Aplica	No Verificable
anestesiología, quien será el responsable de administrar la sedación.				
1.13.4. Cuenta con profesional de la medicina especialista en anestesiología cuando la atención se trate de pacientes con características particulares: poco colaboradores; edades extremas; con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas; antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación, por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación o analgesia.			X	
1.14 Modalidad de telemedicina prestador remitir - prestador de referencia				
1.14.1. Adicional a los criterios del estándar de talento humano enunciados que le aplique, el talento humano en salud que presta directamente un servicio de salud bajo la modalidad de telemedicina cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo de la tecnología utilizada por el prestador, los procesos y herramientas inherentes a la prestación de servicios bajo esta modalidad				X
2 SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA				
2.1 Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:				
2.1.1. Profesional de la enfermería especialista en oncología o profesional de la enfermería con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el cuidado integral del paciente adulto o pediátrico con quimioterapia, según oferta.		X		
2.1.2. Auxiliares de enfermería con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el cuidado integral del paciente adulto o pediátrico con quimioterapia, según oferta.		X		
2.1.3. Químico (a) Farmacéutico (a) con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el cuidado integral del paciente adulto o pediátrico con quimioterapia, según oferta.		X		
2.2 Disponibilidad de:				
2.2.1. Profesional de la medicina especialista en oncología o especialista en hemato-oncología o especialista en hematología, según el tipo de cáncer a tratar.		X		
2.3 Modalidad telemedicina - prestador de referencia				
2.3.1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios.	X			
2.4. El profesional de la medicina especialista en oncología o especialista en hemato-oncología o especialista en hematología, según el tipo de cáncer a tratar, puede realizar la disponibilidad en la categoría teleexpertise sincrónica entre profesionales de la salud de acuerdo con lo definido por el prestador de servicios de salud en el estándar de procesos prioritarios			X	
Total	6	10	10	1

ANEXO 2. APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO RESOLUCIÓN 1477.

1. ORGANIZACION DE LAS UFCA Y UACAI			Cumple	Parcial	No Cumple	No Aplica
TEMA	Criterios:	Verificar:	ESTADO			
Ubicación de la UFCA y la UACAI	La UFCA y la UACAI se ubican al interior de una sede de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS que la habilita y puede ser conformada por servicios de salud habilitados y certificados de varios prestadores.	1. Que la UFCA y la UACAI se encuentre ubicada al interior de una sede de la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que la habilita.		X		
	La IPS define si en su oferta desean habilitar UFCA, UACAI o ambas así como el o los tipo(s) de cáncer a atender.	2. Que la IPS hayan definido habilitar la UFCA, UACAI o ambas, así como el o los tipos de cáncer a atender.		X		
Servicios que conforman la UFCA y la UACAI	La UFCA y la UACAI "cuentan con" los siguientes servicios de salud:		Cumple	Parcial	No Cumple	No Aplica
	Hospitalización de mediana o alta complejidad. El servicio de Hospitalización podrá ser de disponibilidad cuando la IPS que habilita la UFCA y/o la UACAI tenga habilitado dentro del grupo quirúrgicos únicamente cirugía ambulatoria.	3. Que los servicios que conforman la UFCA y la UACAI, cumplan con las definiciones de "cuenta con" descritas en el presente documento.		X		
	Quimioterapia.			X		
	Transporte Asistencial			X		
	Adicionalmente, cuenta con:	Verificar:	Cumple	Parcial	No Cumple	No Aplica
	Central de mezclas con ambiente exclusivo para preparación de medicamentos antineoplásicos, con certificación vigente expedida por el INVIMA.	4. Que la central de mezclas cuente con ambiente exclusivo para preparación de medicamentos antineoplásicos y que la certificación expedida por el INVIMA se encuentre vigente.		X		
	Programa de Dolor y Cuidado paliativo y de apoyo espiritual y emocional que incluya profesionales en psicología y nutrición que permitan brindar soporte desde el inicio del tratamiento.	5. Que la UFCA y la UACAI tengan definido el documento que soporte la existencia del programa de dolor y cuidado paliativo y de apoyo emocional y psicológico.		X		
	Las UFCA y las UACAI tiene "disponibilidad" de los siguientes servicios de salud:	Verificar:	Cumple	Parcial	No Cumple	No Aplica
	Urgencias de mediana o alta complejidad.	6. Que los servicios que conforman la UFCA y la UACAI, cumplan con las definiciones de "disponibilidad" descritas en el presente documento.		X		
	Consulta Externa Especializada según el tipo de cáncer a atender.			X		
Radioterapia.(Consulta Externa y Apoyo Diagnóstico)			X			
Medicina Nuclear. (Consulta Externa y Apoyo Diagnóstico)			X			

	Atención Domiciliaria.			X		
	Para el caso de las UACAI, los servicios que la conforman deben ser pediátricos.	7. Que los servicios que conforman la UACAI sean pediátricos.				X
		8. Que existan contratos, acuerdos de voluntades y/o cartas de intención, con los otros prestadores que aporten servicios, cuando aplique. Que los servicios que conforman la UFCA y la UACAI se encuentren habilitados en el REPS y certificados por las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud correspondientes, dentro del año inmediatamente anterior al registro de la solicitud de habilitación.		X		
		9. Que todos los servicios que conforman las UFCA y las UACAI guarden concordancia con el tipo de cáncer a atender.		X		
	Criterios	Verificar que el documento de conformación del comité de tumores contenga:	Cumple	Parcial	No Cumple	No Aplica
Comité de Tumores	Las UFCA y la UACAI Cuentan con Comité de Tumores conformado por profesionales de acuerdo con el tipo de cáncer a atender. En caso que la Institución Prestadora de Servicios de Salud habilite la UFCA y la UACAI, podrá conformar un solo comité para las dos Unidades.	10. La conformación multidisciplinaria de acuerdo al tipo de cáncer a atender en la UFCA y la UACAI.		X		
	El comité debe:	Las funciones, que incluyan como mínimo:	Cumple	Parcial	No Cumple	No Aplica
	Realizar el análisis técnico-científico de los casos a cargo de la UFCA y la UACAI, definiendo el plan de manejo del paciente	11. Realizar el análisis técnico-científico de los casos a cargo de la UFCA y la UACAI, que incluya la definición del plan de manejo de los pacientes.			X	
	Hacer la tamización del estado emocional del paciente.	12. Hacer la tamización del estado emocional del paciente.			X	
	Asesorar al equipo tratante.	13. Asesorar al equipo tratante.			X	
	Realizar seguimiento y evaluación del tratamiento.	14. Realizar seguimiento y evaluación del tratamiento.			X	
		15. Las condiciones, los procedimientos y las reglas de operación del Comité.		X		

		16. Un modelo de actas donde quede constancia de todas las actuaciones del comité.	X			
Talento Humano	La UFCA y/o la UACAI, tienen vinculado al siguiente talento humano:	Verificar:	Cumple	Parcial	No Cumple	No Aplica
	UACAI - Para UACAI, Médico con especialidad en pediatría y segunda especialidad en Oncología clínica o quirúrgica o hematología, o hematológica u otra relacionada con la atención de patologías oncológicas y que haga parte de la Unidad Funcional, quien coordinará la y hará presencia asistencial.	17. La existencia del documento que determine el talento humano requerido y las funciones de Coordinación y apoyo y que las funciones de coordinación estén orientadas hacia el cumplimiento de los procesos y procedimientos administrativos y técnico-asistenciales establecidos en la UFCA y la UACAI. Tener disponible las hojas de vida del talento humano exigido y las cartas de intención de vinculación de los candidatos a la UFCA y la UACAI			X	
	Para UFCA y UACAI: Profesional en Enfermería con especialidad en oncología o con certificado de formación en oncología, quien brindará apoyo a las actividades de coordinación de la UFCA o la UACAI. Para UFCA y UACAI, el recurso humano adicional (diferente a los servicios que la componen), requerido para la operación de la UFCA y la UACAI, según la complejidad y la demanda de las mismas.				X	
	La UFCA y la UACAI tienen definida una metodología para la evaluación permanente de la suficiencia del talento humano de la UFCA y la UACAI, en las labores técnico- científicas y administrativas, para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad y resolutivez en la atención del paciente con cáncer, entre los servicios que conforman la UFCA y la UACAI, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación oferta-demanda, y la caridad en la prestación.	18. Verificar que exista el documento que defina la metodología para evaluar la suficiencia del Talento Humano de la UFCA y la UACAI, para los propósitos definidos.			X	
	La UFCA y la UACAI cuentan con procesos de inducción, reinducción y mecanismos de educación continua en la integralidad y calidad de la atención a los usuarios, para el personal	Verificar la existencia de: 19. Documento que define, documenta y establece el programa de inducción, reinducción y mecanismos de educación continua, con sus procesos.	Cumple	Parcial	No Cumple	No Aplica
				X		

	asistencial y administrativo que las conforman.	20. Documento del plan de implementación (anualizado) del programa de inducción, reinducción y mecanismos de educación continua, para personal asistencial y administrativo de la UFCA y la UACAI.			X	
2. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS						
TEMA	PROCESO A EVALUAR	VERIFICACIÓN PARA LA HABILITACIÓN O REACTIVACIÓN	ESTADO			
Criterios		Verificar que la UFCA y la UACAI tengan:	Cumple	Parcial	No Cumple	No Aplica
Ingreso del usuario a la Unidad	La UFCA y la UACAI tienen definidos procesos y procedimientos asistenciales y administrativos estandarizados para definir las condiciones de ingreso oportuno a los servicios requeridos para el tratamiento integral del cáncer.	21. Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos documentados y estandarizados que definen el ingreso oportuno de los usuarios a los servicios requeridos para el tratamiento integral del cáncer.		X		
		22. Documento con los mecanismos y canales de información a los usuarios y su familia para facilitar el ingreso a la UFCA y la UACAI, teniendo en cuenta la regulación sobre la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente.		X		
Articulación y Coordinación	La UFCA y la UACAI tienen definido el proceso para la articulación y coordinación de acciones entre los diferentes servicios que la conforman, con el fin de garantizar la aceptabilidad y la calidad en la atención con integralidad y resolutiveidad.	23. La existencia del proceso y procedimientos documentados para la articulación y coordinación de acciones entre los diferentes servicios que conforman la UFCA y la UACAI, garantizando la aceptabilidad y la calidad en la atención con integralidad y resolutiveidad.			X	
	Tiene definidos procesos de coordinación con las Entidades Responsables del Pago, para posibilitar el acceso a los servicios que requiera el paciente y que no sean propios de la atención del cáncer, así como actuaciones administrativas que se requiera para tal fin.	24. Los procesos y procedimientos documentados de coordinación con las Entidades Responsables del Pago, para posibilitar el acceso a los servicios que requiera el paciente y que no sean propios de la atención del cáncer, así como actuaciones administrativas que se requieran para tal fin.			X	

		25. Los procesos y procedimientos documentados de retroalimentación con las Entidades Responsables del Pago, sobre el análisis de la información de cada paciente de la UFCA y la UACAI, durante el ciclo de atención; como son, entre otros, tiempo transcurrido entre el diagnóstico presuntivo y el ingreso a la Unidad, grado de desarrollo de la enfermedad al ingreso y demás datos clínicos relevantes, con el fin de desarrollar en forma conjunta con dichas Entidades acciones tendientes a mejorar la eficiencia en la atención oncológica ofertada.			X	
Ciclo de atención al usuario	La UFCA y la UACAI cuentan con un proceso estandarizado del ciclo de atención del usuario a partir de su ingreso hasta el egreso, en sus Diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial, que incluye informar y comunicar permanentemente al paciente y su familia,	26. El documento que describa el proceso estandarizado del ciclo de atención del usuario, basado en Guías de Práctica clínica, Normas Técnicas, protocolos de tratamiento y lo que aplique de las Rutas de Atención, desde su ingreso hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial, que incluya informar y comunicar permanentemente al paciente y su familia.		X		
		27. Existencia de un proceso documentado y de un canal de orientación telefónica las 24 horas del día para pacientes ambulatorios.			X	
	La UFCA y la UACAI cuentan con plan de contingencias frente a eventos o riesgos que afecten la integralidad en la atención.	28. La existencia del plan de contingencias documentado frente a eventos o riesgos que afecten la integralidad en la atención.		X		
Historia y Registros Clínicos	La UFCA y la UACAI cuentan con mecanismos para garantizar el acceso oportuno, por parte del equipo tratante, en los diferentes servicios que la integran, a la Historia clínica y demás registros del paciente.	29. La existencia de instrumentos y métodos que garanticen el acceso oportuno por parte del equipo tratante, en los diferentes servicios que integran la UFCA y la UACAI, a la historia clínica y demás registros del paciente.		X		

Egreso de la Unidad Funcional	La UFCA y la UACAI cuentan con un procedimiento de egreso del paciente al finalizar el ciclo de atención.	30. Un procedimiento documentado de egreso del paciente al finalizar el ciclo de atención en la UFCA y la UACAI, que incluya como mínimo:			X	
		31. Plan de manejo para todos los pacientes que egresan de la UFCA y UACAI.			X	
		32. Remisión, si se requiere.			X	
		33. El resumen de las atenciones prestadas en la UFCA o la UACAI			X	
		34. El reporte de los exámenes y pruebas diagnósticas realizadas.			X	
		35. Las indicaciones al paciente o la familia para la continuidad del tratamiento.			X	
		36. El plan de cuidados y signos de alarma al paciente o la familia.			X	
	37. La programación de controles, si lo requiere.			X		
La UFCA y la UACAI cuentan con procedimiento de referencia a los servicios de apoyo social y/o rehabilitación integral, de acuerdo a la normatividad vigente	38. Verificar la existencia del documento que describa el procedimiento de referencia a los servicios de apoyo social y/o rehabilitación integral, de acuerdo a la normatividad vigente			X		
3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y A LOS RESULTADOS EN SALUD DE LAS UFCA Y/O UACAI						
TEMA	PROCESO A EVALUAR	VERIFICACIÓN PARA LA HABILITACIÓN O REACTIVACIÓN	ESTADO			
	Criterios	Verificar:	Cumple	Parcial	No Cumple	No Aplica
Seguimiento a los procesos administrativos y asistenciales	•La UFCA y la UACAI tienen definido un proceso para la supervisión del cumplimiento de los procesos de:	39. La existencia de un documento que planifique y determine los métodos e instrumentos para la supervisión del cumplimiento de los siguientes procesos:			X	
	Condiciones de ingreso oportuno a los servicios requeridos para el tratamiento integral del cáncer.	40. Condiciones de ingreso oportuno a los servicios requeridos para el tratamiento integral del cáncer.			X	
	Articulación y coordinación de acciones entre los diferentes servicios que conforman la UFCA y la UACAI.	41. Articulación y coordinación de acciones entre los diferentes servicios que conforman la UFCA y la UACAI			X	

	Coordinación con las Entidades Responsables del Pago, para los servicios que requiera el paciente y que no sean propios de la atención del cáncer.	42. Coordinación con las Entidades Responsables del Pago, para los servicios que requiera el paciente y que no sean propios de la atención del cáncer.			X	
	Ciclo de atención del usuario a partir de su ingreso hasta el egreso.	43. Ciclo de atención del usuario a partir de su ingreso hasta el egreso.			X	
	Egreso del paciente al finalizar el ciclo de atención.	44. Egreso del paciente al finalizar el ciclo de atención.			X	
	Referencia a los servicios de apoyo social y /o rehabilitación integral,	45. Referencia a los servicios de apoyo social y/o rehabilitación integral			X	
		46. Documento que planifique la medición periódica de la satisfacción de los usuarios de la UFCA y la UACAI.			X	
Monitoreo a la atención de los pacientes o usuarios	La UFCA y la UACAI tienen definido un proceso sistemático de recolección, análisis y utilización de información para hacer seguimiento a la atención de los pacientes	47. Verificar la existencia de un documento con el proceso sistemático de recolección, análisis y utilización de información para hacer seguimiento a la atención de los pacientes acorde con los lineamientos técnicos y/o normativos vigentes, que incluya como mínimo:			X	
		48. La definición de indicadores de cumplimiento administrativos (de acceso, articulación, coordinación, ciclo de atención administrativa) y asistenciales (prestación del servicio durante el ciclo de atención asistencial, adherencia a clínicas, protocolos y rutas de atención y calidad de registros clínicos), con sus respectivas fichas técnicas y definición de metas.			X	

		49. La definición por parte de la UFCA y UACAI de los Indicadores para el monitoreo nominal y colectivo de la atención e impacto a pacientes con cáncer, hasta tanto los mismos sean definidos en los lineamientos del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO o el que haga sus veces; conforme a las metodologías y fuentes de información de reporte obligatorio; y de conformidad con los parámetros y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.			X	
Evaluación de logros	La UFCA y la UACAI evalúan los logros esperados y alcanzados a partir del seguimiento y monitoreo de los procesos para identificar oportunidades de mejoramiento.	50. Verificar la existencia de un proceso documentado, sistemático y periódico para analizar el seguimiento y monitoreo de la gestión de la UFCA y la UACAI, que incluya:			X	
		51. Los mecanismos para analizar la información obtenida del seguimiento y monitoreo de la gestión de la UFCA y la UACAI			X	
		52. Los mecanismos para identificar las oportunidades de mejoramiento frente a las desviaciones detectadas.			X	
		53. Los mecanismos documentados para comunicar los resultados de la evaluación a los servicios de la UFCA y la UACAI, a las Entidades Responsables de Pago y al Ministerio de Salud y Protección Social.			X	
	La UFCA y la UACAI implementan los planes de mejoramiento continuo identificados en el proceso de evaluación de la atención.	54. Verificar la existencia de un proceso documentado, organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, que incluya:		X		
		55. La definición de planes de mejoramiento para registrar las acciones de mejora a seguir para las oportunidades.		X		
		56. La definición del seguimiento al cumplimiento de los planes.		X		

		57. El cierre de los planes de mejoramiento una vez los mismos se hayan ejecutados.		X		
		TOTAL CRITERIOS	1	25	37	1
		% AVANCE	1,8%	44,6%	66,1%	

Nota. Esta tabla presenta los resultados de la verificación realizada al servicio de oncología respecto a la resolución 1477.