TITULO: GUÍA DE EVALUACION Y ACOMPAÑAMIENTO – EVA

Equipo directivo

Luis Alexander Moscoso Osorio

Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento

Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda

Directora de Calidad de Servicios de Salud

Doris Marcela Díaz Ramírez

Subdirectora de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud

Equipo técnico autor de la guía

Clara Stella Beltrán Pardo

Odontóloga con especialidad en gerencia de la calidad y auditoria en salud

Mónica Ivonne Rodríguez Cárdenas

Bacterióloga con especialidad en calidad y auditoria en salud

Eliana Andrea González Artunduaga

Médico con especialidad en administración en Salud Pública, Epidemiologia, Medicina Nuclear y estudiante de Doctorado en Oncología Universidad Nacional de Colombia (UNAL).

Figuras esquemáticas

Diseño Gráfico

Edición

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

1

Versión:

1

Diciembre 2024 Bogotá-Colombia

Tabla de contenido

TITULO: GUÍA DE EVALUACION Y ACOMPAÑAMIENTO – EVA.....1

1 PRESENTACIÓN DE LA GUÍA.....5

2 CONCEPTOS BÁSICOS.....5

3 CONTENIDO DE LA GUÍA.....7

3.1 Objetivo general.....7

"Promover la mejora de la calidad de la atención en salud en el Distrito Capital y la operativización del Modelo de Atención en Salud de Bogotá +Más Bienestar, mediante la implementación de la Guía de Evaluación y Acompañamiento – EVA, en el marco de la normatividad vigente." 7

3.2 Objetivos específicos.....7

3.3 Marco legal.....7

3.4 Aspectos generales. 9

3.5 Problema.....9

3.6 Población objetivo 10

3.7 Fases de la estrategia 11

3.8 Actividades, responsables y evidencias.....13

4 HERRAMIENTA DE APLICACIÓN 14

4.1 METODOLOGIA DE LA HERRAMIENTA.....14

4.1.1 Experiencia del paciente:..... 14

4.1.2 Lean Six Sigma:..... 15

4.1.3 Paciente trazador:..... 15

4.2 DESCRIPCIÓN DE LA HERRAMIENTA.....15

4.2.1 Sección 1 Experiencia del paciente:..... 15

4.2.2 Sección 2 Lean Six Sigma:..... 16

4.2.3 Sección 3 Paciente trazador:..... 16

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5 ELABORACION DEL PLAN DE MEJORA 17

5.1 PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA O FALLAS DETECTADAS 17

5.2 ANALISIS CAUSAL 18

5.2.1 EVALUACIÓN DE CAUSAS RAÍZ MEDIANTE EL DIAGRAMA DE ISHIKAWA (ESPINA DE PESCADO) 18

5.3 PLAN DE MEJORA, MONITOREO Y CIERRE DE CICLO 18

5.4 SECCIÓN PROPOSITIVA DE SOCIALIZACIÓN Y DIVULGACIÓN 19

5.4.1 Objetivos de la Reunión: 20

6 SIGLAS 20

7 ANEXOS 21

8 BIBLIOGRAFIA 21

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

1 PRESENTACIÓN DE LA GUÍA

Con el fin de impactar en la mejora de las condiciones de calidad de vida y salud de todos y todas en el Distrito Capital desde la secretaria de Salud se caracterizó la problemática en salud, encontrando que uno de los factores que afecta son las fallas en la calidad de la atención; por lo tanto, desde la dirección de calidad se deben implementar estrategias que de forma conjunta con los prestadores permitan evidenciar la mejora en la definición de tratamientos y uso de los servicios.

Para continuar con aporte al mejoramiento desde subdirección de calidad de servicios de salud se elaboró una estrategia "E.V.A., (Evaluación y acompañamiento) que busca apoyar a las instituciones prestadoras de servicios de salud a identificar puntos o fases críticas dentro de sus procesos que generan la insatisfacción de pacientes y familias, así como reprocesos, prolongación de tiempos de atención, congestión de servicios y lo que más preocupa es que puede demorar la definición de diagnósticos y tratamientos necesarios para la población en general.

Esta estrategia busca acompañar a las IPS a identificar las fallas de calidad durante los procesos de atención en salud, así como las acciones necesarias que lleven a la mejora.

Con el fin de establecer los lineamientos para el desarrollo de la estrategia, el presente documento describe los objetivos, alcance, las fases para su ejecución, las responsabilidades, y la manera en que se realizará su evaluación y mejoramiento.

2 CONCEPTOS BÁSICOS

Paciente trazador: Es una herramienta utilizada para seguir el "rastro" de un paciente a través de los sistemas y áreas de una institución, siguiendo el curso del proceso de atención, tratamiento o servicio provisto al paciente a través de toda la organización, con el fin de evaluar las interrelaciones entre las diferentes disciplinas, procesos, programas y servicios, así como los puntos claves del proceso de atención. Con esta herramienta, se "rastrean" las experiencias de un paciente dentro del proceso de cuidado a la salud, mediante la utilización de listas de chequeo estandarizadas; para lo cual se aplican criterios de selección de pacientes "complejos" (Pacientes que han estado en múltiples servicios,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

complicados, mayor número de días de estancia, entre otros) que aseguren la posibilidad de recorrido y evaluación de los sistemas y procesos prioritarios para la atención y que pueden representar riesgos en el cuidado al paciente.(citar a documento de SDS “Guía metodológica paciente trazador “2022).

Patient Jorney map: metodología que analiza minuciosamente todo el trayecto que realiza un paciente, desde que tiene un síntoma o identifica una necesidad de atención medica hasta que completa su tratamiento y seguimiento.

Lean six sigma : es una metodología que combina la fusión de dos metodologías complementarias entre sí, de alto impacto para el mejoramiento (Lean y Six Sigma) ya que están orientadas a la eficiencia, “Lean”, que ofrece mecanismos para reducir rápidamente de manera drástica el costo, los tiempos y desperdicio (actividades que no aportan valor al producto final) en cualquier proceso de una organización, y “Seis Sigma”, que proporciona las herramientas y las pautas organizativas que disminuyen la variabilidad y aumentan la calidad, utiliza datos y técnicas estadísticas diseñando procesos más robustos.

Capacitación: Proceso educativo a corto plazo, bajo la modalidad virtual o presencial, que implica un procedimiento planeado, sistemático y organizado que tiene como objetivo “brindar oportunidades para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas o prácticas” (Decreto 1075 de 2015-Art. 2.6.6.8). Forman parte de esta oferta educativa aquellos procesos que tengan una duración inferior a 160 horas y puede ser impartida por cualquier persona natural o jurídica que maneje el tema, solo dará lugar a la expedición de una constancia de asistencia, en el marco de la educación informal (Ley 115 de 1994, art.43).

Facilitador o equipo facilitador: Es la denominación dada a un miembro o grupo del equipo técnico de la SCSSS, que acompañará la institución en las fases de implementación y resultados, estará pendiente de las necesidades de la institución, y será el enlace con los demás miembros del equipo técnico para suplir su necesidad.

Humanización: Se refiere al trato respetuoso, empático y personalizado que se brinda a los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. Implica ver al paciente como un ser humano integral, respetando sus emociones, dignidad y necesidades, no solo sus aspectos clínicos. La humanización busca crear una relación de confianza entre el personal de salud y el paciente, fomentando un ambiente donde el paciente se sienta escuchado, valorado y atendido en sus aspectos físicos y emocionales.

Gestión del Riesgo: Es el proceso de identificar, evaluar y minimizar los riesgos potenciales que puedan afectar la salud del paciente o la operación de los servicios de salud. Incluye la prevención de eventos adversos, la anticipación de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

complicaciones y la implementación de medidas para reducir la probabilidad de que ocurran problemas. La gestión del riesgo busca asegurar que los cuidados sean seguros, eficaces y que se gestionen adecuadamente los factores que puedan generar daños a los pacientes o a la institución.

Seguridad del Paciente: Hace referencia a las prácticas y estrategias implementadas para proteger a los pacientes de daño durante la atención médica. Esto incluye la prevención de errores médicos, la correcta administración de medicamentos, la identificación adecuada de los pacientes y la reducción de riesgos asociados a procedimientos médicos. La seguridad del paciente es fundamental para garantizar que el proceso de atención no cause daño y que los pacientes reciban atención de alta calidad y sin incidentes adversos.

3 CONTENIDO DE LA GUÍA

3.1 Objetivo general

"Promover la mejora de la calidad de la atención en salud en el Distrito Capital y la operativización del Modelo de Atención en Salud de Bogotá +Más Bienestar, mediante la implementación de la Guía de Evaluación y Acompañamiento – EVA, en el marco de la normatividad vigente."

3.2 Objetivos específicos

- Brindar asistencia técnica bajo una metodología orientada al logro de resultados y de mejoras tangibles en los procesos de manera que sean beneficiados los usuarios.
- Aportar documentos técnicos, instrumentos y métodos; así como el aprendizaje y que puedan ser usados por las IPS para el mejoramiento de la calidad de sus servicios.
- Continuar construyendo alianzas estratégicas entre la SDS e IPS la academia y otros actores, que puedan aportar al mejoramiento en la calidad de la atención en los prestadores.
- Permitir el reconocimiento de los logros y experiencias innovadoras de las IPS que hagan parte de la implementación de la estrategia “EVA”.

3.3 Marco legal.

NORMA	AÑO	DESCRIPCION	EMITIDA POR

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Ley 100	1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se adoptan otras disposiciones. Articulo 153 Fundamentos del servicio público, Articulo 227 Control y evaluación de la calidad del servicio de salud.	Congreso de la República de Colombia
Ley 1438	2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones Artículo 3: Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Artículo 107: Garantía de calidad y resultados en la atención en el Sistema General de Seguridad Social de Salud.	Congreso de la República de Colombia
Ley 1751	2015	Ley estatutaria en Salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones Artículo 2: Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y Artículo 6: Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.	Congreso de la República de Colombia
Decreto 780	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Libro 2, Parte 5, Titulo 1, Capítulo 6: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 2082	2014	Por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social dicta disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.	Ministerio de Salud y Protección Social

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

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.	Ministerio de Salud y Protección Social

3.4 Aspectos generales.

Con el fin de **impactar positivamente en las condiciones de calidad de vida y salud** de todos los habitantes del Distrito Capital, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) ha identificado, a través de un diagnóstico detallado, que una de las principales problemáticas en el sistema de salud es la **falta de calidad en la atención**. Este factor afecta tanto la definición de tratamientos como el uso adecuado de los servicios de salud, impactando negativamente en la experiencia y resultados para los usuarios.

En este contexto, la **Dirección de Calidad de la SDS** tiene la responsabilidad de implementar **estrategias orientadas a la mejora continua**, trabajando en conjunto con los prestadores de servicios de salud para **evidenciar progresos concretos** en la atención. Para ello, se promoverá la implementación de la *Guía de Evaluación y Acompañamiento – EVA*, una herramienta clave para fortalecer la calidad de los servicios, acompañando a las IPS en la **definición de tratamientos más precisos**, el **uso eficiente de los recursos** y la **optimización de los procesos de atención**.

Estas estrategias permitirán mejorar de manera tangible los resultados en salud, garantizando una atención más **accesible, efectiva y centrada en el usuario**.

3.5 Problema

El **Plan Distrital de Desarrollo "Bogotá Camina Segura 2024-2027"** incluye el indicador "porcentaje de personas que califican de manera positiva la atención en salud", con una línea base de 78.1% en 2023 y una meta de 80.2% para 2027. Este indicador refleja la percepción de la ciudadanía sobre la calidad de los servicios de salud, pero también pone de manifiesto las brechas existentes en la atención. A pesar de los esfuerzos, las falencias en la prestación de los servicios siguen siendo evidentes, especialmente en lo relacionado con **la inequidad en el acceso a los servicios de salud**, un problema prioritario que afecta a diversos grupos poblacionales y genera una creciente insatisfacción entre la ciudadanía.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Este panorama subraya la necesidad urgente de implementar estrategias eficaces que permitan dar respuesta a dos necesidades fundamentales:

1. **Mejorar la prestación de los servicios de salud** en términos de **accesibilidad, equidad, resolutividad, disponibilidad y calidad**, con el objetivo de garantizar que los servicios sean no solo más cercanos, sino también más inclusivos, eficientes y adecuados a las realidades de la población.
2. **Fortalecer la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial** para elevar el nivel de bienestar, calidad de vida y salud de la población. Esto implica una mayor coordinación entre las diferentes instituciones y actores del sistema de salud, incluyendo las IPS, las autoridades locales, la academia y otros actores sociales, para construir un sistema de salud más robusto y cohesionado que trabaje de manera integrada en el cumplimiento de estos objetivos.

El **Modelo de Atención en Salud de Bogotá +Más Bienestar**, junto con la implementación de la *Guía de Evaluación y Acompañamiento – EVA*, será clave para abordar estas problemáticas. Estas herramientas están orientadas a mejorar la calidad de la atención mediante estrategias conjuntas con los prestadores de salud, permitiendo tanto la evaluación continua de los servicios como el acompañamiento necesario para la mejora en el tratamiento de los usuarios y el uso eficiente de los recursos.

En este sentido, la *Guía EVA* no solo será un mecanismo de control y evaluación, sino también una herramienta de aprendizaje y desarrollo, que contribuirá a reducir la inequidad en el acceso y asegurar que las metas del Plan Distrital sean alcanzadas, garantizando la satisfacción de los usuarios y la calidad en la atención en salud.

3.6 Población objetivo

La metodología se aplicará a la población de Instituciones Prestadoras de de Servicios de Salud (IPS) ubicadas en Bogotá D.C., que sean identificadas a través de criterios específicos de priorización. Estos criterios incluyen el análisis de quejas, reclamos, derechos de petición y el desempeño de los indicadores de calidad, tanto en el sector público como privado. La población objetivo estará compuesta por todas las IPS que, independientemente de su carácter público o privado, presenten un volumen significativo de incidencias relacionadas con la calidad del servicio, y que operen dentro de los parámetros establecidos para esta evaluación. El objetivo es abordar de manera integral las necesidades y desafíos que enfrentan estas instituciones, mejorando la atención y la satisfacción de los usuarios mediante intervenciones dirigidas a aquellas con mayores problemas reportados en estos aspectos.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

3.7 Fases de la estrategia

Se plantea una metodología por fases donde en la FASE DE ALISTAMIENTO las profesionales y demás personas involucradas realizan revisión de la literatura, comentan su experiencia y llegan a acuerdos para las actividades de preparación de una estrategia. Posteriormente la FASE DE IMPLEMETACION que consiste en la realización de las actividades previstas en la fase de planeación, incluimos además una FASE DE RESULTADOS que permite la evaluación del cumplimento de los objetivos planteados y finamente FASE DE RECONOCIMIENTO donde se busca exaltar los logros de las IPS que fueron participantes (ver tabla 1).

Tabla 1.

Actividades	Responsable	Evidencia
FASE DE ALISTAMIENTO		
Paso 1. Preparación del equipo técnico	SCSSS	• Actas de las reuniones. • Lista de IPS acreditadas que se espera vincular (de acuerdo a la patología definida). • Listado de posibles aliados estratégicos: Cámara de Comercio de Bogotá y otras instituciones que deseen vincularse.
Paso 2. Preselección de las IPS	SCSSS	• Bases de datos de quejas provenientes de la subdirección de inspección, vigilancia y control. • Bases de datos de quejas provenientes de la dirección de aseguramiento y garantía del derecho a la salud. • Resultados de indicadores de la resolución 256 del 2016. • Bases de datos de quejas provenientes de la dirección de servicio a la ciudadanía.
Paso 3. Preparación de las herramientas		• Documentos técnicos, formatos, listas de chequeo etc

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Actividades	Responsable	Evidencia
Paso 4. Presentación de la estrategia a las IPS preseleccionadas	SCSSS	• Base de datos con las IPS seleccionadas • Acta de la reunión. • Presentaciones.
Paso 5. Selección y priorización de la IPS	SCSSS	• Actas de las visitas a las IPS, • Actas donde se establece cómo se priorizaron las IPS. • Cartas o correos a las IPS escogidas.
Paso 6. Compromiso de las IPS	SCSSS	• Actas de compromiso de las IPS beneficiarias e IPS acreditadas que aceptaron ingresar. • Acta de la reunión. • Presentación y fotografías.
FASE DE IMPLEMENTACIÓN		
Paso 1. Aplicación de listas de chequeo en el servicio definido en compañía de el o los delegados por la IPS	SCSSS	• Actas de las reuniones donde se realiza asesoría, acompañamiento o capacitación. • Listas de chequeo diligenciadas
FASE DE RESULTADOS		
Paso 1. Consolidación de resultados e informe final	SCSSS	• Informe de resultados, indicadores, registro fotográfico
Paso 2. Revisión de informe con cada IPS	SCSSS	• Acta de la reunión donde se revisa el informe y resultados con el grupo de cada IPS
Paso 3. Elaboración plan de mejora	SCSSS	• Acta de la reunión. • Plan de mejora
Paso 4. Seguimiento al cumplimiento de acciones establecidas en los planes de mejora		• Actas de seguimiento al cumplimiento de actividades planteadas en el plan de mejora, seguimiento a resultados de indicadores.
FASE DE RECONOCIMIENTO		

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Actividades	Responsable	Evidencia
Paso 1. Identificación de las IPS con los mejores logros	SCSSS	• Resultado de indicadores evidenciando el mejoramiento
Paso 2. Reunión con secretario de salud, IPS con mejores resultados y SCSSS para exponer los logros obtenidos y el reconocimiento por parte de la entidad Distrital.	SCSSS	• Acta de reunión

3.8 Actividades, responsables y evidencias

- **Secretaría Distrital de Salud.** Representada por la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, quien se encarga de diseñar la metodología, herramientas y acompaña a la IPS designada en todo el proceso de implementación hasta el cierre de sus planes de mejora.
- **IPS beneficiarias.** Son las instituciones prestadoras de servicios de salud que, de manera voluntaria, participan en la implementación de la estrategia con el fin de mejorar los procesos de atención en el servicio definido para evaluar el ciclo de atención, se evaluaran estándares básicos como son los establecidos en el sistema único de habilitación pero adicionalmente se promoverá para que las acciones de mejora desarrolladas lleven al cumplimiento de estándares superiores de calidad como los establecidos en el sistema único de acreditación..
- **IPS referenciadas.** Son IPS acreditadas en salud con el modelo colombiano (Sistema Único de Acreditación) y/o con modelos internacionales como el de la *Joint Commission International*[1]. Su rol es servir como referentes a las IPS Beneficiarias y enseñar sus mejores prácticas.
- **Aliados estratégicos.** Son entidades que apoyan la implementación de la estrategia, a través de actividades de trabajo colaborativo y beneficio mutuo,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Dentro de los aliados el principal continúa siendo el Clúster de Salud de la Cámara de Comercio de Bogotá[2], pero también se espera que participen instituciones de educación superior y asociaciones de pacientes que permitan aportar al cumplimiento de metas que establece la estrategia E.V.A. (evaluación y acompañamiento).

4 HERRAMIENTA DE APLICACIÓN

En cumplimiento con los atributos de calidad establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), se desarrolla una herramienta para implementar la estrategia EVA. Esta herramienta se basa en una metodología integral de evaluación centrada en tres ejes clave: humanización en la atención en salud, gestión del riesgo y seguridad del paciente.

El objetivo de esta metodología es analizar integralmente la experiencia del paciente a lo largo de su trayecto desde la identificación de la necesidad de atención médica hasta la finalización de su tratamiento y seguimiento, con el fin de identificar puntos de fricción y áreas de mejora. A través de la aplicación de Lean Six Sigma, se busca optimizar los procesos para reducir costos, tiempos y desperdicios, al mismo tiempo que se mejora la calidad y se reduce la variabilidad en el servicio. Además, mediante el uso del concepto de paciente trazador, se facilitará una evaluación integral de la atención, garantizando una trazabilidad completa de los servicios prestados y fomentando la mejora continua de la calidad a través de la colaboración activa del personal involucrado en el proceso de atención.

4.1 METODOLOGIA DE LA HERRAMIENTA

4.1.1 Experiencia del paciente:

Esta metodología de marketing se enfoca en analizar detalladamente el recorrido del paciente, desde el momento en que identifica un síntoma o una necesidad de atención médica, hasta la conclusión de su tratamiento y seguimiento. El análisis se realiza siempre desde la perspectiva del paciente, identificando y evaluando los puntos de contacto con la institución donde puedan surgir fricciones, decisiones críticas o problemas que afecten su experiencia. El objetivo es comprender cómo cada interacción influye en la percepción del paciente y mejorar continuamente los procesos para garantizar una atención más fluida y satisfactoria.

[2] Más información puede encontrarse en https://www.ccb.org.co/Clusters/Cluster-de-Salud-de-Bogota/Sobre-el-Cluster/Quienes-somos

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

4.1.2 Lean Six Sigma:

Lean Six Sigma es la combinación de dos metodologías complementarias, cada una enfocada en la mejora continua de los procesos organizacionales. **Lean** se centra en eliminar desperdicios y actividades que no aportan valor, reduciendo drásticamente los costos, tiempos y recursos innecesarios en cualquier proceso. Por su parte, **Six Sigma** utiliza herramientas y enfoques estadísticos para reducir la variabilidad y mejorar la calidad, diseñando procesos más robustos y predecibles. La integración de ambas metodologías resulta en flujos de trabajo más eficientes, tiempos de ciclo más cortos y un uso más efectivo de los recursos, lo que lleva a una mejora sustancial en la productividad y calidad organizacional.

4.1.3 Paciente trazador:

Permite una evaluación integral de los servicios prestados, analizando la calidad de la atención a través de una trazabilidad que cubre todas las áreas involucradas en el proceso de atención. Además, involucra al personal encargado del cuidado del paciente en la identificación de problemas y en la implementación de acciones de mejora que contribuyan a elevar la calidad del servicio.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LA HERRAMIENTA

La herramienta consta de tres secciones:

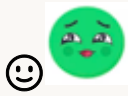
4.2.1 Sección 1 Experiencia del paciente:

Esta evaluación analiza la experiencia del paciente con la institución, identificando los momentos clave del proceso de atención, las expectativas del paciente (lo que espera), los puntos de contacto (las áreas con las que interactúa) y las fricciones (problemas que encuentra a lo largo de su recorrido). Además, se incluyen las sugerencias del paciente en relación con las fricciones experimentadas, con el fin de obtener un panorama completo de su experiencia.

Para facilitar la evaluación, se utiliza una representación visual mediante una escala de caras que refleja las emociones del paciente: **rojo (1)** para emociones negativas, **amarillo (2)** para emociones neutras o de incertidumbre, y **verde (3)** para emociones positivas. (Ver ejemplo en la **Tabla 2**).

Tabla 2.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Emociones ¿Cómo se siente? Elige una de las reacciones:	 **= 3**
	 **= 2**
	 **= 1**

Esta escala ayuda a identificar rápidamente los puntos de la atención donde el paciente se siente bien o tiene problemas.

4.2.2 Sección 2 Lean Six Sigma:

En esta sección, se evalúa el proceso mediante la observación directa de las distintas etapas del flujo de atención, incluyendo la medición de los tiempos en cada fase. Además, se identificarán los **desperdicios** o **fallas** que puedan presentarse a lo largo del proceso.

Para la evaluación se utilizarán las convenciones no cumple (rojo=0) y cumple (verde=1).

Tabla 3. Convenciones.

CONVENCIONES	
NO CUMPLE	0
CUMPLE	1

4.2.3 Sección 3 Paciente trazador:

En la Sección 3, se evalúa el ciclo de atención utilizando un sistema de colores que clasifican los principales atributos del **SOGCS** (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud):

- **Acceso (verde):** Refleja la disponibilidad de los servicios de salud para que el paciente pueda utilizarlos sin barreras.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- **Oportunidad (azul):** Indica la posibilidad de recibir los servicios de salud sin retrasos que pongan en riesgo la vida o la salud del paciente.
- **Humanización (rosado):** Representa un trato humano y empático en la relación entre el personal de salud y los pacientes.
- **Seguridad del paciente (amarillo):** Mide los esfuerzos para reducir el riesgo de eventos adversos durante el proceso de atención, o para mitigar sus consecuencias si ocurren.
- **Gestión del riesgo (naranja):** Evalúa la capacidad de anticipar enfermedades y traumatismos, para prevenir su aparición o tratar su evolución de manera precoz y eficaz.

La evaluación en esta sección se lleva a cabo mediante la asignación de colores: cada color refleja el grado de incumplimiento de cada atributo. La presencia de un color rojo indica que se ha incumplido con el estándar correspondiente, mientras que el color verde señala un cumplimiento.

5 ELABORACION DEL PLAN DE MEJORA

5.1 PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA O FALLAS DETECTADAS

Los planes de mejora surgen a partir de las oportunidades de mejora identificadas durante la evaluación de los procesos. Para asegurar una intervención efectiva, estas oportunidades deben ser priorizadas según tres variables clave: **riesgo**, **costo** y **volumen**. A continuación, se detallan los criterios para su aplicación:

- **Riesgo:** Evalúa el riesgo potencial al que se expone el usuario, la institución o los clientes internos si no se lleva a cabo la mejora. Se priorizan aquellas oportunidades que representan un mayor peligro para la seguridad o calidad del servicio.
- **Costo:** Considera el impacto económico que tendría no realizar la mejora. Las oportunidades con un mayor costo asociado al incumplimiento o a la falta de intervención deben ser priorizadas para evitar pérdidas económicas importantes.
- **Volumen:** Se refiere al alcance o cobertura de la mejora, es decir, el número de personas o procesos que se beneficiarán de la intervención. Las oportunidades con un mayor impacto en la cantidad de pacientes o servicios deben recibir atención prioritaria.

De esta manera, se garantiza que las oportunidades de mejora más críticas sean atendidas primero, optimizando los recursos y maximizando los beneficios para la institución y sus usuarios.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5.2 ANALISIS CAUSAL

5.2.1 EVALUACIÓN DE CAUSAS RAÍZ MEDIANTE EL DIAGRAMA DE ISHIKAWA (ESPINA DE PESCADO)

Para identificar las causas raíz que afectan el cumplimiento de las metas del servicio, se utilizará el **Diagrama de Ishikawa**, también conocido como **Diagrama de Espina de Pescado**. Este diagrama ayuda a visualizar y analizar las causas de los problemas, permitiendo detectar desde fallas menores hasta obstáculos graves que pueden afectar la operatividad de un servicio o de toda la IPS.

Beneficios del Diagrama de Ishikawa:

- Mejora la eficiencia de los procesos.
- Aumenta la visibilidad de los problemas.
- Es fácil de implementar.
- Previene problemas futuros.
- Fomenta el trabajo en equipo.

El diagrama analiza las causas de los problemas en cinco categorías principales:

Método: Se refiere a los procedimientos y acciones empleados en el proceso.
Maquinaria: Incluye el equipo o tecnología necesaria para ejecutar el proceso.
Mano de obra: Implica al personal que participa en la realización del proceso.
Materiales: Son los insumos, herramientas o recursos utilizados en el proceso.
Medio ambiente: Hace referencia al entorno físico o las condiciones en las que se lleva a cabo el proceso.

Una vez identificadas las posibles causas dentro de estas categorías, se realiza el análisis de los **Cinco Porqués**. Este método consiste en hacer la pregunta "¿por qué?" repetidamente hasta llegar a la causa raíz del problema. Esta técnica ayuda a profundizar en los orígenes de la falla y facilita la identificación de soluciones efectivas.

5.3 PLAN DE MEJORA, MONITOREO Y CIERRE DE CICLO

En colaboración con el equipo de trabajo designado por la IPS, se registrarán las acciones que se implementarán siguiendo el ciclo PHVA (Planificar, Hacer,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Verificar y Actuar). Estas acciones estarán orientadas a generar mejoras a corto plazo, de acuerdo con los objetivos de la estrategia EVA.

El plan incluirá los siguientes elementos clave:

Acciones específicas: Se detallarán las acciones necesarias para corregir las deficiencias detectadas y mejorar los procesos dentro del plazo estipulado.
Tiempos de cumplimiento: Se establecerá un cronograma con plazos cortos, dado que la estrategia EVA buscará lograr resultados rápidos y efectivos.
Responsables: Se asignarán los responsables de cada acción, garantizando la claridad en las responsabilidades y facilitando el seguimiento de cada tarea.
Indicadores de monitoreo: Se definirán los indicadores que permitirán medir el impacto de las acciones implementadas, para evaluar si se habrán logrado las mejoras esperadas.
Monitoreo continuo: Se realizará un seguimiento periódico de las acciones a través de los indicadores establecidos, asegurando que las mejoras se implementen según lo planeado y ajustando las estrategias si es necesario.
Cierre de ciclo: Al finalizar el ciclo de mejora, se realizará una evaluación final para determinar si se habrán alcanzado los objetivos. Se documentarán los resultados obtenidos, se analizarán las lecciones aprendidas y se establecerá si será necesario un nuevo ciclo de mejora o si el proceso habrá sido completamente optimizado.

El objetivo de este plan será registrar de manera clara las acciones, los responsables, los indicadores de monitoreo, y garantizar el cierre adecuado del ciclo de mejora, asegurando así la sostenibilidad y efectividad de las mejoras implementadas.

5.4 SECCIÓN PROPOSITIVA DE SOCIALIZACIÓN Y DIVULGACIÓN

Se propone organizar una reunión de socialización con el Secretario de Salud, la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Dirección de calidad de Servicios de Salud y las IPS con el objetivo de presentar los resultados obtenidos a través de la implementación de la estrategia EVA y el Plan de Mejora.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5.4.1 Objetivos de la Reunión:

Presentar los Resultados: Mostrar los avances en los procesos de atención, destacando los indicadores clave (acceso, oportunidad, humanización, seguridad del paciente y gestión del riesgo).
Discutir el Impacto: Analizar cómo las mejoras han afectado la calidad de los servicios y la experiencia del paciente, con base en los datos recopilados.
Identificar Nuevas Oportunidades de Mejora: Proponer áreas adicionales de mejora basadas en los resultados obtenidos.
Fortalecer la Colaboración: Promover el trabajo conjunto entre la IPS y las autoridades de salud para seguir optimizando la atención y alineando los esfuerzos con las políticas públicas de salud.
Proponer Nuevas Iniciativas: Presentar proyectos futuros para continuar mejorando los servicios y asegurar el cumplimiento del SOGCS.

La reunión consistirá en una **presentación de resultados** con datos clave y ejemplos prácticos. También se incluirá un espacio para preguntas y retroalimentación, buscando asegurar el apoyo y compromiso para continuar con las mejoras.

La socialización se realizará mediante una **presentación estructurada**, que incluirá datos cuantitativos y cualitativos, gráficos comparativos de los indicadores previos y actuales, así como ejemplos específicos de mejoras implementadas. También se abrirá un espacio para el diálogo y retroalimentación, buscando obtener el apoyo y compromiso de las autoridades presentes para seguir avanzando en la optimización de los servicios de salud.

Esta reunión tiene como propósito principal fortalecer el **compromiso interinstitucional** y asegurar que las mejoras realizadas se mantengan y expandan, siempre con el objetivo de brindar una atención de salud de la más alta calidad a la población.

6 SIGLAS

IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
IVC	Inspección, vigilancia y control
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
SCSSS	Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

SDS	Secretaría Distrital de Salud
SIC	Sistema de Información para la Calidad
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud
SUH	Sistema Único de Habilitacion
SUA	Sistema Único de Acreditación en Salud

7 ANEXOS

Documento de excel herramienta EVA

8 BIBLIOGRAFIA

1. EM B, AW K, E W, R K. Patient journey mapping: integrating digital technologies into the journey. Knowl Manag E-Learn. 12:521–35.
2. Davies EL, Bulto LN, Walsh A, Pollock D, Langton VM, Laing RE, et al. Reporting and conducting patient journey mapping research in healthcare: A scoping review. J Adv Nurs [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2024 Dec 8];79(1):83. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10099758/
3. Kushniruk AW, Borycki EM, Parush A, ||. A case study of patient journey mapping to identify gaps in healthcare: Learning from experience with cancer diagnosis and treatment. Knowledge Management & E-Learning: An International Journal [Internet]. 2020 Dec 26 [cited 2024 Dec 8];12(4):405–18. Available from: https://www.kmel-journal.org/ojs/index.php/online-publication/article/view/454
4. Ciria-Suarez L, Jiménez-Fonseca P, Palacín-Lois M, Antoñanzas-Basa M, Fernández-Montes A, Manzano-Fernández A, et al. Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study. PLoS One. 2021 Sep 1;16(9 September). TITULO

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5. Rathi R, Vakharia A, Shadab M. Lean six sigma in the healthcare sector: A systematic literature review. Mater Today Proc [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 10];50:773. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8820448/

6. Kaswan MS, Rathi R. Analysis and modeling the enablers of Green Lean Six Sigma implementation using Interpretive Structural Modeling. J Clean Prod. 2019 Sep 10;231:1182–91.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.