1. Introducción

Los estudios realizados en torno a la planificación del alta y hospitalización domiciliaria (HD) son múltiples (Vargas y Bermúdez 2011) (Acuña et al. 2016), evidenciando las ventajas que trae a los pacientes la oportunidad de egreso hospitalario y la posterior atención en su domicilio, siempre y cuando se cumpla con los criterios para la salida definidos por cada institución (Campos y Levia 2021) (Sanatorio Allende 2020).

En este sentido Vargas y Bermúdez (2011) destacan como ventajas, tanto para el paciente como para la institución prestadora del servicio, la disminución del porcentaje de reingresos; la disminución del riesgo de infección con sus complicaciones derivadas, y el confort brindado al paciente al gozar de la comodidad del hogar y de la compañía de la familia o red de apoyo, favoreciendo la adhesión al tratamiento y una rápida recuperación.

Así mismo, se ha reportado menor afectación a nivel psicológico, disminuyendo el riesgo de padecimientos psicológicos como la depresión o labilidad emocional, entre otros factores favorecedores del estado de salud del paciente, todo esto visto desde el punto de vista del usuario (Campos y Levia 2021). Otro factor importante a tener en cuenta es que, el desarrollo de un programa de egreso oportuno, asociado al programa de HD, beneficia tanto al usuario como a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) ya que se reportan en gran medida disminuciones de hospitalizaciones prolongadas y aumento del giro cama,

traduciéndose en mejor accesibilidad en la prestación del servicio, en menor número de estancias hospitalarias no pertinentes y en una reducción de costos (Acuña et al. 2016).

Es importante considerar adicionalmente, que los servicios de urgencias en la actividad diaria generan estrés y angustia, ya que son la puerta al reconocimiento del padecimiento del usuario.

Teniendo en cuenta lo expuesto, el objetivo del presente trabajo es diseñar un Plan de mejora orientado a optimizar la oportunidad del alta hospitalaria de los pacientes candidatos al Programa de Atención Domiciliaria de una institución de salud de cuarto nivel de atención, con el fin de disminuir las estancias prolongadas, aumentar el giro cama y optimizar los recursos hospitalarios.

Los pacientes con acceso a este servicio deben recibirlo de forma oportuna, algo estipulado desde la normativa y que como se mencionó anteriormente, trae consigo beneficio para la recuperación del paciente y para la prestación de servicios costo-efectivos y de mejor calidad.

2. Marco de referencia

2.1 Marco conceptual

2.1.1. Calidad de la atención en salud

Según Donabedian "la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios" (Cabeza et al. 2016. P 14.)

También se entiende por calidad de la atención en salud la provisión de servicios de salud a los usuarios de manera accesible y equitativa, por medio de un nivel profesional óptimo, sin perder de vista el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el objetivo de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Decreto 1011 de 2006)

Para cumplir con todo lo que compone dicha definición, la atención de calidad debe cumplir con ciertos atributos, planteados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2006 (Tabla 1).

Tabla 1. *Atributos de la calidad de la atención en salud*

Accesibilidad	Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud.
Oportunidad	Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
Seguridad	Conjunto de elementos, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científica

	probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
Pertinencia	Grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
Continuidad	Grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2006

2.1.2. Atributo de Oportunidad

Se define como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Este atributo se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. (Decreto 1011 de 2006)

En la Resolución 1446 de 2006, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se establecen algunos indicadores de oportunidad que pueden ser de importancia para este proyecto:

- Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General: se define como la Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita, entre el número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución. Esta atención es considerada la más importante y es la puerta de entrada al Sistema de Salud. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional

al acceso a los servicios y su resolutividad, es completamente necesaria para la eficiencia del Sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad.

- Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada: es la sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita, entre el Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución. La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutiva de los casos, por su detección y atención temprana de enfermedades disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo, severidad, secuelas y en la congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad. El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia de la institución de salud para la demanda de servicios que recibe.
- Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias: se define como la sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico entre Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias. La oportunidad de la atención en este servicio es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutividad es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida aporta a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas, riesgos y disminuye la congestión en los servicios de urgencias. La vigilancia estricta por parte de las instituciones de este indicador debe impulsar las acciones de mejoramiento

que aumentan la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

2.1.3. Hospitalización domiciliaria

Se define como la modalidad y/o estrategia asistencial alternativa a la hospitalización tradicional, en donde el usuario recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, tanto en calidad como en cantidad, en atención a lo exigido por su estado de salud hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial de atención cerrada. (Campos y Levia, 2021)

2.1.3.1. Contexto histórico de la hospitalización domiciliaria.

A continuación, el contexto historio que se plantea es descrito por Campos y Levia en el año 2021; quienes comentan que la modalidad de HD fue aplicada por primera vez en 1947 en Nueva York como una extensión del hospital hacia el domicilio de la persona hospitalizada.

Las razones para crear este tipo de hospitalización en el mundo fueron en busca de descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los usuarios un ambiente más humano y favorable a su recuperación.

En 1951 es creada en el Hospital Teno en Paris, la primera unidad de HD en Europa. En 1965 nace en el Reino Unido, el Hospital *Care at Home*. En la década de los 70 se desarrolla el modelo de HD en Alemania y Suecia, en 1980 en Italia, y España en 1981 nace la primera unidad de HD en Madrid. La OMS desde 1996 coordina "F*rom Hospital to home health care"*

En Latinoamérica, en la ciudad de Rosario se cuenta con HD en la red de Salud Pública, implementada desde el Municipio desde el año 1992. En Brasil en el 2001, se establece el Programa de HD a partir de una Norma Operacional de la Asistencia en Salud.

Por todo lo mencionado se puede evidenciar que son muchos los programas desarrollados de este tipo y con muy buenos resultados lo que lo llevó a extenderse en una gran cantidad de países con estructuras adaptadas a su Sistema de Salud. *(Campos y Levia, 2021)*

2.1.3.2. Tipos de hospitalización domiciliaria

- *Hospitalización domiciliaria al paciente agudo:* se define como el conjunto de intervenciones en salud de rango hospitalario, ofrecidas cuando se necesita vigilancia activa y asistencia durante un lapso de tiempo determinado, sin necesidad de utilizar la infraestructura hospitalaria. (Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria y Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria [OCAD, ACISD, 2021)
- *Hospitalización domiciliaria al paciente crónico:* Se define como la atención en salud al paciente con una patología crónica con y sin ventilación, que requiere valoraciones y cuidados por el personal de salud mediante un plan de atención buscando mantener el entorno, las funciones y prevenir deterioro, con la máxima comodidad y alivio de síntomas posibles. (OCAD, ACISD, 2021)

De igual manera que la hospitalización intramural o convencional para llevar a cabo la aplicación de la modalidad de AD se deben cumplir ciertos principios en pro de brindar una atención de calidad. Véase tabla 2.

Tabla 2. *Principios de la atención / hospitalización domiciliaria*

Responsabilidad	Comprometidos con la recolección, sistematización y promulgación de información relacionada con atención domiciliaria para incidir en la legislación nacional y favorecer la mejora en la calidad del sistema de salud colombiano.
Integralidad	Actuamos con honestidad y rectitud en el manejo de la información, siendo fieles a la verdad, sin favorecimientos particulares y declarando posibles conflictos de i
Trabajo en equipo	Trabajamos cooperativamente con los diferentes actores del sistema de salud colombiano, hacedores de políticas, aseguradores, prestadores, pacientes y familias
Flexibilidad	Tenemos la capacidad de adaptarnos a los cambios internos y externos, para brindar información actualizada a los usuarios del observatorio.
Transparencia	Brindamos información verdadera, clara y verificable.

Fuente: Estado actual de la atención domiciliaria en Colombia. Reporte técnico, 2020

Para tomar la decisión de realizar la solicitud de un plan de HD para un paciente es necesario asegurar que este cumpla con ciertos criterios para el buen funcionamiento del programa y evitar complicaciones en casa.

2.1.3.3. Criterios de ingreso a hospitalización domiciliaria:

Los siguientes criterios de ingreso a una HD fueros expuestos por Campos y Levia (2021), los cuales clasifico en 2 grupos: criterios generales y clínicos.

2.1.3.3.1 Criterios generales

1. Pacientes cursando con una patología aguda o crónica reagudizada, clínicamente estables y con posibilidad de tratar en domicilio.
2. Cuenten con adecuación del esfuerzo terapéutico o manejo proporcional.
3. Condiciones sociosanitarias adecuadas en el domicilio o institución que alberga al usuario en HD
4. Red familiar, red social o tutor responsable a cargo del cuidado en domicilio.

5. Aceptación por parte de usuario, tutor o familia de acceder a la modalidad de HD, mediante la firma de consentimiento informado.
6. Contar con domicilio que se encuentre dentro del radio geográfico de acción definido por cada unidad de HD

2.1.3.3.2 Criterios clínicos

1. Estabilidad clínica y acorde a diagnóstico o estado basal de salud a excepción de pacientes con cuidado de fin de vida.
2. Diagnóstico de ingreso definido.
3. Requerir un tratamiento apto para ser manejado por el personal de salud y su familia en el domicilio.
4. Criterios clínicos específicos de acuerdo con cada tipo de pacientes y patología.

2.1.4. Alta hospitalaria

Se define como el proceso en el cual el paciente sale del establecimiento de salud al terminar su periodo de estancia hospitalaria, ha recibido un tratamiento efectivo y eficaz y desocupa la cama que tenía asignada. (Martínez Ramos, M. 2014)

2.1.4.1. Tipos de alta hospitalaria:

Según López Eguiza (2020), el proceso de alta hospitalaria se puede efectuar de las siguientes formas:

- *Alta por defunción:* se define como salida de la institución de un paciente internado que ha fallecido y un médico ha firmado el certificado de defunción.

- *Alta por mejoría:* se define como la salida del establecimiento del paciente una vez finalizado su tratamiento, se ha resuelto el problema de salud por el cual acudió y el médico considera que no requiere continuar un manejo intrahospitalario.
- *Alta voluntaria:* salida del establecimiento que el paciente solicita aun cuando no ha terminado su tratamiento y en contra del criterio médico.
- *Alta por fuga:* salida de paciente del centro asistencial sin ser oficial ni avisar a personal del hospital.
- *Alta por traslado:* salida del paciente de la institución cuando se cuándo se remite a otro centro asistencial o se realiza contrarreferencia a su unidad de origen.

2.1.4.2. Criterios de alta hospitalaria

El sanatorio allende en el año 2020 dicta los siguientes criterios a cumplir para considerar que un paciente es acto para iniciar proceso de alta hospitalaria, entre ellos tenemos:

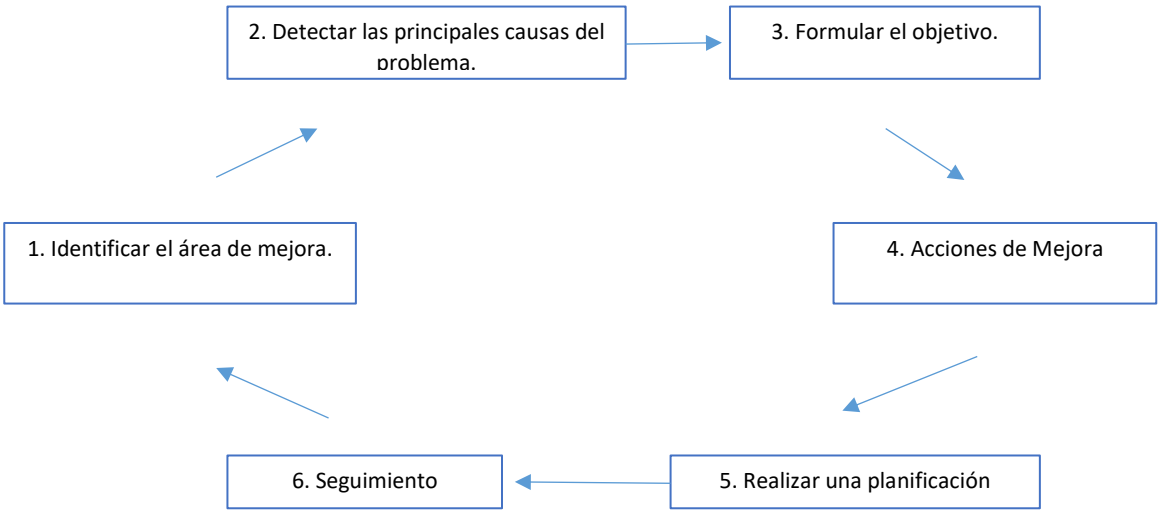
- El paciente es capaz de recibir alimentos, líquidos y medicación por vía oral u otra vía alternativa que se pueda utilizar fuera de la institución.
- Puede obtener los medicamentos indicados para uso ambulatorio
- Puede aliviar el dolor con los tratamientos prescriptos para uso domiciliario.
- El paciente tiene la capacidad desplazarse en el entorno domiciliario y cuidar de sí mismos o contar la ayuda necesaria para hacerlo.
- No requiere el seguimiento diario con equipos hospitalarios.
- Ha programado las citas de seguimiento con los servicios médicos que requiera.
- Buena respuesta a manejo médico y franca mejoría de síntomas de ingreso.

2.1.5. Plan de mejora

El plan de mejora es considerado una herramienta diseñada para desarrollar un proceso de mejora continua en una organización, utilizado en gran medida para alcanzar la calidad y excelencia de las instituciones de manera progresiva, para así obtener resultados eficientes y eficaces. (Proaño et al. 2017)

Para la realización de un plan de mejora exitoso es necesarios seguir los siguientes pasos. Véase figura 1.

Figura 1. *Pasos a seguir para la elaboración de un plan de mejora*



Fuente: Guía para la elaboración de un plan de mejora, 2021

Identificar el área de mejora: identificar el área problema puede ser por medio de un diagnóstico interno, por la implementación de un proceso de autoevaluación, resultado de indicadores o la aplicación de su sistema de garantía interno de calidad o externo, fruto un proceso de evaluación para la verificación, el seguimiento o la renovación de la acreditación del título. (Aneca, 2021)

Detectar las principales causas del problema: en este punto se busca identificar la causa que originó la falla o problema, para lo cual la estrategia de plan de mejora propone múltiples herramientas metodológicas para la identificación oportuna del mismo entre ellas encontramos:

- Diagrama de espina (causa-efecto)
- Matriz de relación
- Diagrama de comportamiento
- Tormenta de ideas.

Cualquiera de estas herramientas ayudará en gran medida a realizar un análisis completo del problema e iniciar un enfoque adecuado para definir las acciones de mejora. (Aneca, 2021)

Formular el objetivo: durante la revisión bibliográfica encontraos que el autor Universitas Miguel Hernández [MH] (2010) indica que, en este paso para la realización de un plan de mejora al identificar las principales áreas de mejora, sus causas y efectos se hace completamente necesario la formulación de los objetivos que ayuden a resolver el problema inicial, estos objetivos deben contar con unas características importantes:

- *Específicos:* deben ser claros, especificar qué, dónde, cuándo y que cambios va a traer a la situación
- *Medibles:* que sea posible cuantificar los fines y beneficios.

- *Realizables:* que sea posible lograr los objetivos para lo cual se deben tener en cuenta los recursos con los cuales se cuenta y la disposición de personal para el trabajo en equipo y de calidad
- *Realistas:* que sea completamente posible obtener el nivel de cambio reflejado en el objetivo
- *Limitados en el tiempo*: es necesario fija el periodo de tiempo límite para el logro del objetivo

Seleccionar las acciones de mejora: este paso es considerado de los más importantes del plan debido a que consiste en seleccionar las posibles alternativas de mejora y posteriormente indicar las más adecuadas que nos lleven a cumplir los objetivos fijados; acá también son de mucha utilidad las tormentas de ideas y diagramas los cuales harán mucho más fácil determinar las acciones de mejora que se deben llevar a cabo para solucionar el problema. (Aneca 2021)

Realizar una planificación, consistente en organizar en orden de prioridad la lista de acciones de mejoras obtenidas en el paso anterior para esto se deben tener en cuenta los siguientes criterios para realizar dicha priorización: (Aneca 2021)

- *Dificultad de la implantación:* La dificultad en la implantación de una acción de mejora nos puede llegar a determinar la realización y el éxito o no del mismo. Se priorizará de menor a mayor grado de dificultad véase en tabla 3.
- *Plazo de implantación:* aquí es necesario tener en cuenta que existen acciones de mejora con un alcance que está definido y no suponen un esfuerzo grande realizarlas por lo cual se hacen de forma inmediata o a corto plazo, sin embargo, también existen

acciones que necesiten una realización de trabajos más complejos que lleve a un mayor tiempo de implantación, su puntuación se hará basada en el tiempo que toma la implantación. Tabla 3.

- *Impacto en la organización:* es el resultado de la acción a implantar, el cual será medido a través del grado de mejora conseguido. Véase puntuación en tabla 3. (Aneca, 2021)

Tabla 3. *Puntuación de criterios para priorizar acciones de mejora*

Criterios				
Dificultad de la implantación	Mucha = 1	Bastante = 2	Poca = 3	Ninguna = 4
Plazo de implantación	Largo = 1	Medio = 2	Corto = 3	Inmediato = 4
Impacto en la organización	Ninguno = 1	Poco = 2	Bastante = 3	Mucho = 4

Prioridad	**Puntuación**
Alta	11-16
Media	6-10
Baja	3-5

Fuente: Procedimiento para el diseño y seguimiento de los planes de mejora, Universitas Miguel Hernández [MH] (2010).

Seguimiento de plan de mejora: ya teniendo establecido el orden de prioridad de las acciones de mejora a realizar, se debe proceder a incorporar los elementos que ayuden a realizar el seguimiento estricto del plan para que este se realice de forma eficiente y eficaz y para esto es completamente necesario especificar las tareas a realizar para conseguir los objetivos, determinar el responsable de la realización de cada una de ellas; es importante estipular la fecha de inicio, tiempo de logro, indicadores y fijar los responsables del

seguimiento y control. para todo lo anterior se desarrolla una plantilla para organización de los datos mencionados. (Aneca, 2021) Véase tabla 4.

Tabla 4. *Método 5W 1H*

Qué	Cómo	Por qué	Dónde	Quién	Cuando	Indicador (es) para el seguimiento	Meta de cumplimiento esperada	Obstáculos y/o barreras a superar

Fuente: Las 5W+1H y el ciclo de mejoría en la gestión de procesos (2009)

2.1.6 Estudios nacionales e internacionales relacionados con el tema

Se realizó una búsqueda de estudios internacionales y nacionales sobre el tema, utilizando las palabras claves *alta hospitalaria, planificación del egreso hospitalario, hospitalización domiciliaria,* en bases de datos como Pubmed y Proquest, encontrándose cuatro publicaciones relacionadas con el tema de estudio los cuales también fueron usados como referencia para el desarrollo de este. Véase en la tabla 5.

Tabla 5. *Estudios nacionales e internacionales relacionados con el tema de estudio.*

Nombre	Autor/Año	Aporte
Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admisión: A Systematic Review	Coffey, A., Leahy-Warren, P, Savage, E., Hegarty, J, Cornally, N., Day, M. R, Sahm, L, O'Connor, K, O'Doherty, J., Liew, A, Sezgin, D, & O'Caoimh, R. (2019)	Entre las acciones para evitar los reingresos podemos encontrar: *Planificación temprana del alta en el hospital *Una educación centrada en el paciente en el hospital que continúa en el hogar *Un apoyo posterior al alta que continúa desde el hospital, incluido el seguimiento telefónico integrando la atención hospitalaria y comunitaria *Acceso a un equipo multidisciplinario multifacético.
Expansion of discharge planning system in Japan: Comparison of results of a nationwide survey between 2001 and 2010	Nagata, S., Tomura, H., & Murashima, S. (2012)	*Estudio realizado en Japón entre 2001 y 2010, en el cual se identificó la necesidad de realizar una adecuada planificación del egreso hospitalario del paciente, debido a que estaban teniendo estancias hospitalarias prolongadas en comparación a otros países desarrollados *La planificación de un egreso de un paciente, al cual ya se le resolvió el proceso agudo intrahospitalariamente y es vinculado a un plan de AD, se considera como una práctica segura para la salud del paciente y para la optimización de los recursos intrahospitalarios. *La optimización de las camas hospitalarias aumentó de un 30% a un 70% y vieron la necesidad de crear nuevos servicios intrahospitalarios encargados de planificar los egresos de los pacientes.
Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia	*Vargas, Z. Fernández, R. (*2011)	*Un programa diseñado para la preparación del paciente y familiares para el regreso al hogar. * Busca la preparación oportuna del paciente para su egreso según su condición de salud, ubicación temprana de pacientes con problemas sociales, utilización de redes de apoyo y respuesta efectiva de servicios complementarios para el traslado hacia el destino de egreso. * El programa disminuye los reingresos y las complicaciones asociadas a estos, lo cual significa un ahorro de recursos muy importante para la institución.

Nombre	Autor/Año	Aporte
Plan de acción para mejorar el programa de egresos oportunos en el Hospital de San José en lo relacionado con el personal médico.	Acuña López, L. Acuña Osorio, E. Castaño Herrera, S. Herrera Ariza, J. Valdés Rubiano, L. (2016)	Encontraron aspectos negativos en el funcionamiento del programa como: *La falta de acompañamiento de instructores a los médicos en entrenamiento *Falta de tiempo para la realización de la revista médica *La efectiva comunicación entre los diferentes actores del programa. Para la mejora establecieron 9 focos problémicos: *Demora en quien decide el egreso *Demora en quien expide el egreso *Desconocimiento del programa *No se reconoce la importancia del programa *Oportuna información a familiares *Demora autorización de EPS *Recursos tecnológicos *Demora de otros actores en el proceso *Demora ayudas diagnósticas En el plan de acción se precisa: un espacio, un tiempo y un responsable específico a cada uno de los factores encontrados para realizar una intervención sobre los mismos y así obtener las mejoras esperadas.

Fuente: Elaborado por las autoras a partir de revisión bibliográfica, 2024

2.2 Marco normativo

En Colombia, la normatividad que aplica a los servicios de salud está consignada desde la Constitución Política de Colombia, 1991 donde se estipula la seguridad social como servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, control y coordinación desde el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). La Ley 100 de 1993 donde se establecen

los principios organizacionales, objetivos, derechos, obligaciones del sistema de salud en el país. “Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación” (Ley 100, 1993, Articulo 2)

Aunque no exista una regulación dentro de la legislación colombiana que rija el *Alta oportuna de los pacientes* ni normativa para planes de mejora, sí existen dentro de la norma decretos, leyes y resoluciones que regulan y garantizan a las personas el acceso a la salud de manera óptima, amparada bajo los principios de Ley 1751 de 2015 articulo 6, entre los que se encuentran la seguridad del paciente, la oportunidad en la atención en salud dentro de los cuales se ampara el Sistema de salud para su control y reglamentación. También existen leyes que regulan la gestión del riesgo en salud ligadas a planes de mejora que permiten abordar y resolver problemas o áreas de oportunidad en la IOE, fundamentales para impulsar el crecimiento, la eficiencia y la calidad. Se realiza una búsqueda activa de normativa que regule los aspectos previamente mencionados, se exponen en la Tabla 6.

Tabla 6. *Normatividad vigente para prestación de servicios de salud, atención domiciliaria y Urgencias*

Norma	Fecha	Descripción
Constitución Política de Colombia	**1991**	Articulo 48: Citando textualmente “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley” por lo cual desde la Constitución Política de Colombia se dicta el acceso a la salud de carácter obligatorio y la atención en salud desde el principio de la eficiencia importante para el planteamiento de planes de mejora en pro de brindar servicios de salud de calidad.

Norma	Fecha	Descripción
		Artículo 49: Citando textualmente "Establece que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado. Además, garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud" por lo cual se establece que los servicios de salud están a cargo del Estado además se garantiza la recuperación de la salud.
		Artículo 365: "Establece que el Estado tiene la obligación de garantizar a todas las personas el acceso efectivo a los servicios de salud" En el cual se dictamina la garantía de que todas las personas tengan acceso "efectivo" a los servicios de salud, es decir, que sea en el menor tiempo posible y con el uso de los recursos necesarios.
Ley 100	**1993**	Articulo 2: Citando textualmente "Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación" en la que se resalta la importancia de la prestación en servicio de salud bajo los principios con énfasis en la eficiencia para que se garantice el uso de los recursos de la forma oportuna y óptima
		ARTICULO 153. Citando textualmente "Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud" en la cual se consigna la calidad como una de ellas "para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua"
Resolución 3100	**2019**	11.6.1 Servicio de Urgencias "responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona" donde se regula la habilitación de servicios de salud y describe los criterios que se debe tener para prestar servicios de calidad para la atención de salud en el servicio de urgencias
		2.2. Domiciliaria "habilitar los servicios de salud en esta modalidad ante cada secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, donde los oferte" donde se regula la habilitación de servicios de salud y describe los criterios que se debe tener para prestar servicios de calidad para la atención de salud en el servicio extramural.
		11.1.5. Estándar de procesos prioritarios "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" donde se plasma que para habilitar servicios de salud los prestadores deben contar con una política de seguridad del paciente que impacta directamente sobre el alta hospitalaria oportuna
		11. Estándar de procesos prioritarios "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

Norma	Fecha	Descripción
		antibióticos, cuando los prescriba o administre" el cual rige la adopción obligatoria de políticas de seguridad y uso óptimo de antibióticos.
Ley 1751	**2015**	Articulo 6 "e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud que se requieran con necesidad deben proveerse sin dilaciones que puedan agravar la condición de salud de las personas" donde se incluyen los elementos y principios del derecho fundamental a la salud uno de ellos es la oportunidad en la atención de ahí la obligatoriedad de eliminar cualquier dilación para la prestación del servicio.
Resolución 2808	**2022**	Artículo 25 "Atención domiciliaria. La atención en la modalidad extramural domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está financiada con recursos de la UPC, en los casos que sea considerada pertinente por el profesional tratante" de ahí la atención domiciliaria como prestación de salud alternativa.
Decreto 903	**2014**	Artículo 6. Principios del sistema único de acreditación "gradualidad" en donde se propende por el mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud de ahí la importancia de planteamientos de planes de mejora de los servicios prestados
Ley 1122	**2007**	Artículo 1: "Objeto. 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 el fin de realizar mejoramientos al sistema garantizando servicios oportunos de salud con la consecuente disminución de riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud.
		Artículo 4 "Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios. Las (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo" donde se precisa la atención continua y oportuna con el objetivo de disminuir los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud.
Ley 1438	**2011**	Artículo 3 "Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud" en donde se plasman los principios del sistema de salud colombiano: Universalidad, Solidaridad, Igualdad, Obligatoriedad, Enfoque diferencial, Equidad, Calidad entre otros, que dirigen al prestador a cumplir a cabalidad con los principios previamente mencionados, cuyo cumplimiento orienta a una atención en salud oportuna.
Resolución 2366	**2023**	Artículo 24. "Internación domiciliaria. La internación en la modalidad extramural domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está financiada con recursos de la UPC, en los casos que sea considerada pertinente por el profesional tratante, bajo las normas vigentes" Este tipo de internación está cubierto dentro del plan de salud, al otorgar este tipo de servicios de forma oportuna permiten mejor rotación en los servicios de urgencias y menor congestión de los servicios hospitalarios.

Fuente: Información recopilada por las autoras, 2024

2.3. Marco institucional

La institución objeto de estudio (IOE) es una institución de cuarto nivel, de carácter privado, ubicada en la ciudad de Bogotá. Esta IOE cuenta con diferentes servicios, entre ellos consulta externa, hospitalización, urgencias de adultos, pediátricas y ginecológicas, unidades de cuidado intensivo adultos, pediátrica y neonatal, unidad de ginecología y obstetricia, unidad de quimioterapia, laboratorio clínico, apoyo diagnóstico (terapia ocupacional, respiratoria, fisioterapia y terapia del lenguaje), diagnóstico vascular e imágenes diagnósticas. La IOE pretende ayudar a las personas a llevar vidas más saludables y colaborar para que el sistema de salud funcione mejor para todos, así mismo, lograr ser reconocida como la compañía de salud más confiable en Colombia por la excelencia y calidad de sus servicios, sus productos y su solidez financiera.

Teniendo en cuenta el presente estudio, el servicio que se describirá de esta institución es el servicio de urgencias, el cual es un área especializada para atender pacientes que requieren de atención inmediata y cuya recuperación y alivio depende de la atención oportuna de los servicios. El modelo de atención de urgencias de la IOE es un modelo de medicina especializada, ya que la mayoría de los médicos que se encuentra para la atención del paciente son especialistas, lo que indica que la atención del paciente desde el inicio y hasta el final estará a cargo de diferentes especialistas.

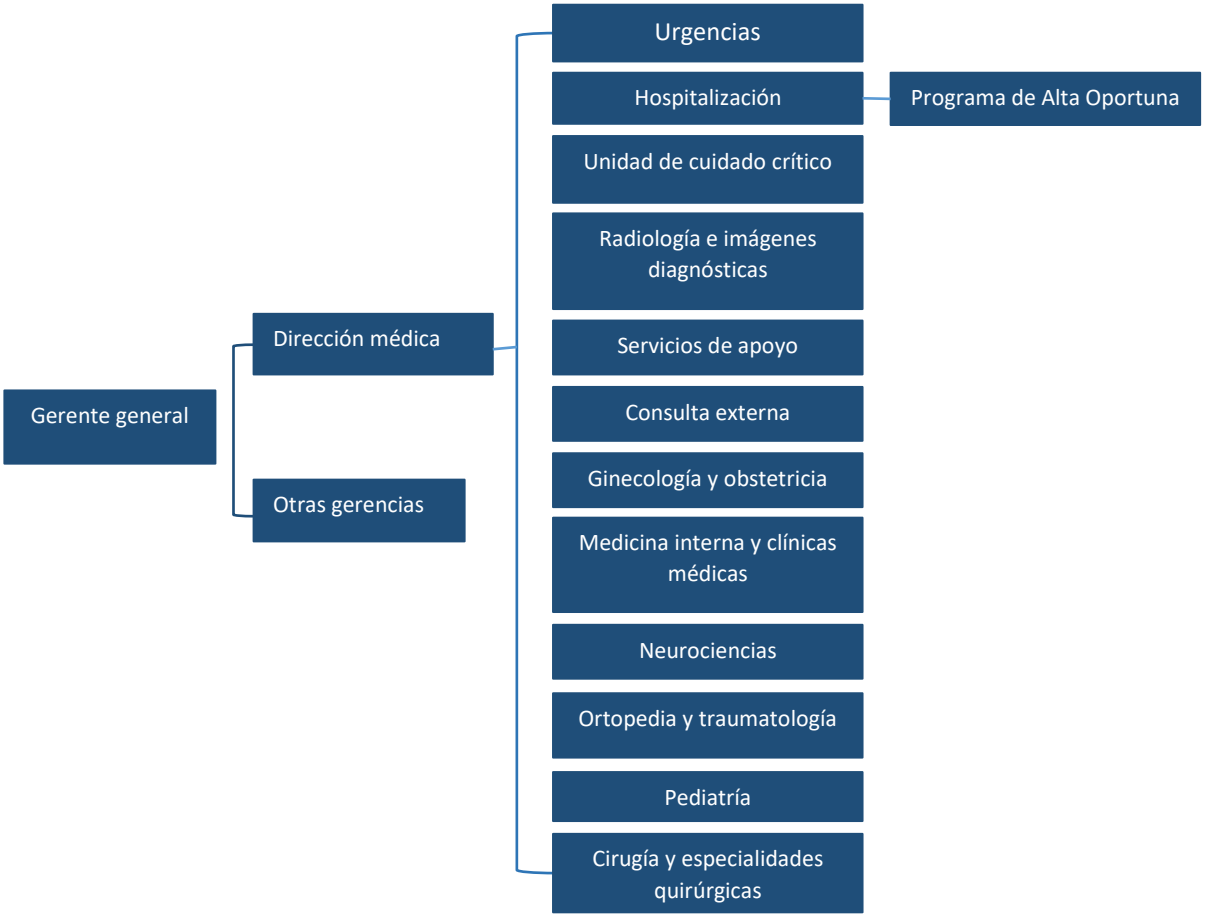
En el servicio de urgencias se clasifican los pacientes teniendo en cuenta la condición clínica y la severidad de la enfermedad. Esta clasificación se divide en 5 categorías:

- Triage 1: atención inmediata, esto quiere decir que la condición del paciente representa un riesgo vital

- Triage 2: atención prioritaria, la condición del paciente puede evolucionar hasta un deterioro rápido.
- Triage 3: atención rápida, la condición clínica del paciente necesita medidas terapéuticas y diagnósticas en urgencias.
- Triage 4: condición de salud menos grave, esto quiere decir que el estado de salud del paciente no compromete su estado general ni confiere un riesgo para la vida.
- Triage 5: condición de salud no grave, la condición del paciente no compromete el estado general del paciente y está relacionada con un problema agudo o crónico.

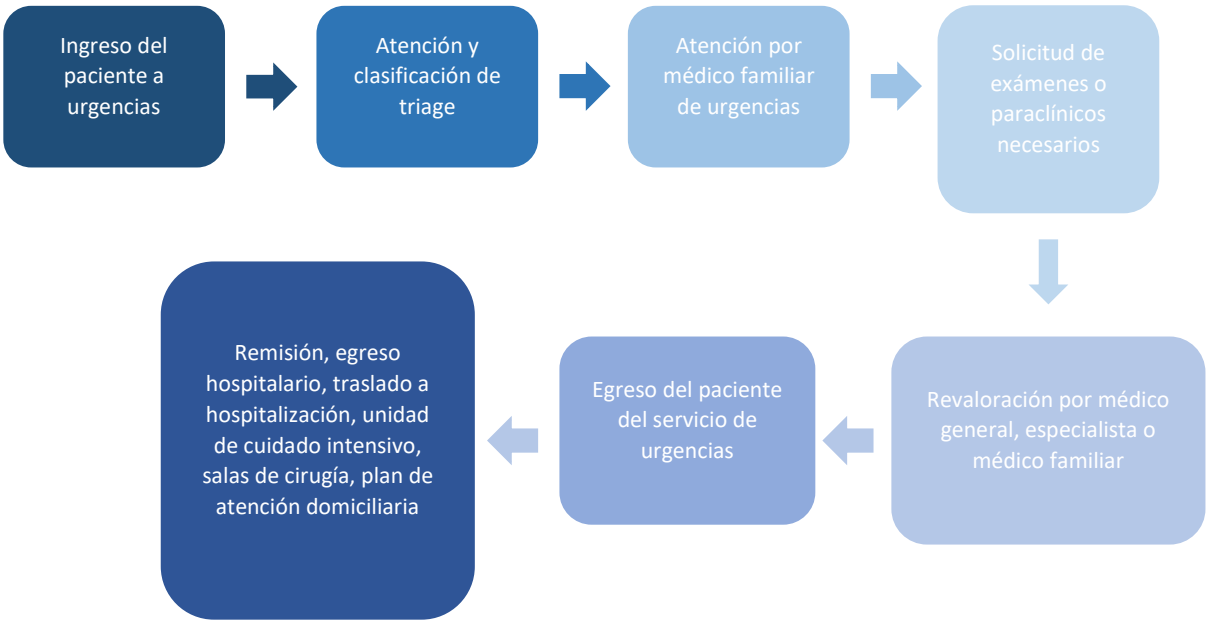
La infraestructura del servicio de urgencias consta de 19 estaciones de observación, 19 estaciones de hidratación, 13 consultorios de atención, 6 salas de cuidado respiratorio, 3 cubículos de traumatología, sala de reanimación con cupo para 2 pacientes y sala de procedimientos y cirugía menor. La atención en el servicio de urgencias es 24 horas los 7 días de la semana. En la Figura 2 se presenta el organigrama de la IOE y en la Figura 3 el flujograma de la atención en el servicio de urgencias.

Figura 2. *Organigrama de la Institución Objeto de Estudio*



Fuente: *Elaborado por las autoras a partir de la observación de la IOE, 2024*

Figura 3: *Flujograma de atención en el servicio de urgencias de la Institución Objeto de Estudio*



Fuente: *Elaborado por las autoras a partir de la observación de la IOE, 2024*

En la IOE tienen un programa llamado *Programa de Alta Oportuna*, cuyo objetivo es optimizar el uso de la capacidad instalada hospitalaria, facilitando la planificación y preparación para el traslado efectivo y oportuno de pacientes hospitalizados con patologías agudas o crónicas que pueden continuar con tratamiento en casa o unidades de cuidado crónico/paliativo.

El Programa de Alta Oportuna surge debido a la necesidad de la Institución por una evidencia de una creciente demanda de las camas hospitalarias, asociado a estancias prolongadas, de las cuales derivan eventos adversos relacionados con la atención en salud. El alta oportuna de un paciente aumenta la capacidad de las instituciones de optimizar el paso de pacientes del servicio de urgencias al servicio de hospitalización y ayuda a su egreso planeado y programado de pacientes que pueden continuar su manejo médico en un programa

de HD. En la IOE el Programa consta de un médico general y una jefe de enfermería.

A continuación, se describen las estrategias para captación de pacientes que se encuentran establecidas dentro del protocolo de la IOE del Programa de Alta Oportuna:

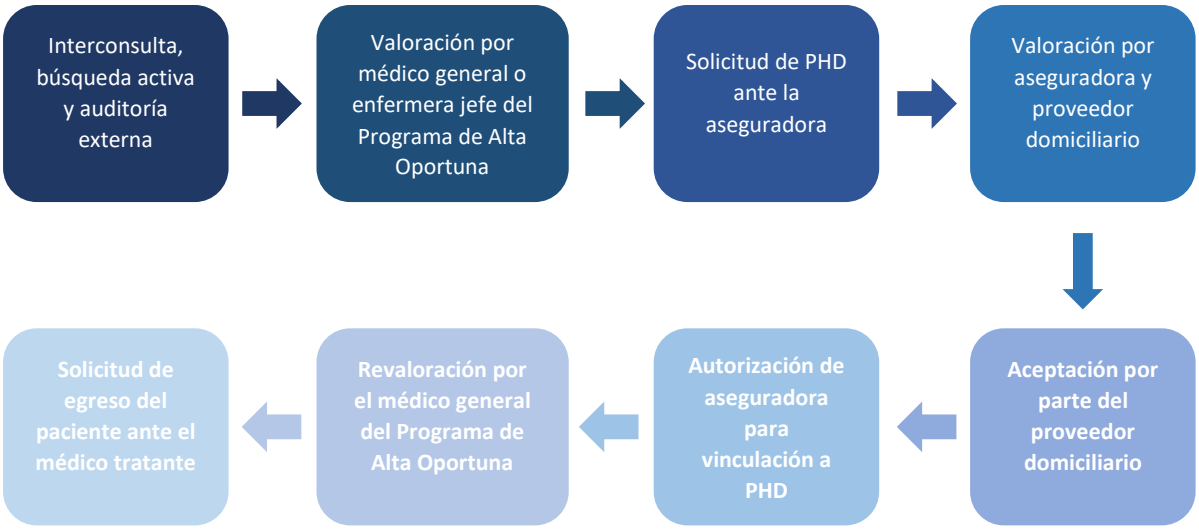
- *Búsqueda activa:* esta es realizada a través de la revisión de censos diarios para detectar oportunamente pacientes con estancias prolongadas o paciente con patologías, las cuales ya se encuentren estables y puedan ser vinculados a un plan de atención domiciliaria para continuar su manejo médico.
- *Respuesta de interconsultas:* cualquier médico de la IOE puede solicitar la valoración por el programa a cualquier paciente que sea candidato a ser vinculado a un plan de atención domiciliaria, sin embargo, para la solicitud de una interconsulta los pacientes deben contar con los siguientes criterios:
    - Pacientes con manejo antibiótico endovenoso en curso que requieran por lo menos más de 3 días de terapia endovenosa y se encuentren clínicamente estables.
    - Pacientes con la fase clínica aguda resuelta, que tengan dependencia funcional, trastorno neurocognitivo mayor, estancia en unidad de cuidado intensivo, ostomías, cateterismos vesicales intermitentes, curaciones por clínica de heridas, clínica de anticoagulación y requerimiento de oxígeno a alto flujo.
    - Pacientes con patología crónica que venían siendo manejados, previo a la hospitalización, por un programa de AD.
    - Pacientes de unidad de cuidado intensivo con ventilación mecánica prolongada candidatos a una unidad de cuidado crónico.

- Paciente con intención de manejo paliativa domiciliaria.
- Pacientes con riesgo de tener una estancia hospitalaria prolongada.
- Pacientes con problemas sociales o familiares que puedan retrasar el egreso del mismo.

- *Auditorías externas* - reporte de aseguradoras: el grupo de auditoría de las aseguradoras informa acerca de paciente que consideren posibles candidatos a continuar con su manejo médico vinculados a algún programa de AD u HD.

Posterior a la identificación y valoración del paciente por parte del Programa de Alta Oportuna, se realiza la solicitud de autorización de servicios ante la aseguradora y la planificación del egreso seguro del paciente. La aseguradora hace la consecución de un proveedor domiciliario que cumpla con todos los requerimientos del paciente; una vez cuente con el proveedor domiciliario este realiza una valoración de ingreso del paciente, la cual puede ser presencial con tele valoración, dependiendo de la aseguradora. Posterior a la valoración por el proveedor, se recibe la aceptación o negación por parte del proveedor y aseguradora vía correo electrónico y es en ese momento cuando se planifica el egreso seguro del paciente y el mecanismo del traslado al lugar de destino. En la figura 4 se presenta, a través de un flujograma, el proceso de atención por parte del Programa de Alta Oportuna.

Figura 4: *Flujograma de atención del Programa de Alta Oportuna de la Institución Objeto de Estudio*



Fuente: *Elaborado por las autoras a partir de la observación de la IOE, 2024*

3. Planteamiento del problema

Las estancias prolongadas y los egresos inoportunos se han convertido en un gran problema para las instituciones de salud en general, especialmente cuando se habla de optimización de recursos, uso exclusivo de camas en hospitalización para pacientes que realmente lo requieran y costo efectividad. Teniendo en cuenta lo anterior, en el presente estudio se evidencia una gran problemática en los egresos oportunos de los pacientes y algunas de las soluciones para el mejoramiento en la oportunidad de los egresos puede ser la vinculación a planes de HD y una adecuada planificación de los egresos, generando así una optimización de los recursos y evitar los reingresos innecesarios. (Coffey et al., 2019)

Nagata et al. (2012) realizaron un estudio en Japón entre 2001 y 2010, en el que, identificaron la necesidad de realizar un adecuado planteamiento del egreso hospitalario del paciente, debido a estancias hospitalarias prolongadas en comparación con otros países desarrollados; adicionalmente, evidenciaron que la planificación de un egreso de un paciente, al cual ya se le resolvió el proceso agudo intrahospitalariamente y es vinculado a un plan de AD, se considera como una práctica segura para la salud del paciente y para la optimización de los recursos intrahospitalarios. Se evidenció en el estudio que la optimización de las camas hospitalarias aumentó de un 30% a un 70%; adicionalmente, vieron la necesidad de crear nuevos departamentos intrahospitalarios encargados de planificar los egresos de los pacientes.

Teniendo en cuenta lo planteado, la IOE cuenta con un programa para planificación de

egresos, especialmente para todos aquellos que requieren de una vinculación a un plan de AD, el cual en el año 2023 valoró un total de 870 pacientes, de los cuales 289 fueron candidatos para ser vinculados a un PAD. Sin embargo, de estos 289 pacientes solamente 266 egresaron vinculados a un PAD. Los diagnósticos más comunes fueron: infección de vías urinarias, prostatitis, celulitis de tejidos blandos y neumonía asociada al cuidado de la salud. Por otro lado, identificamos que en la IOE no se está midiendo el tiempo de oportunidad en la atención de los pacientes candidatos a un PAD, no se tiene como tal un concepto de oportunidad de atención en el proceso del programa de alta oportuna.

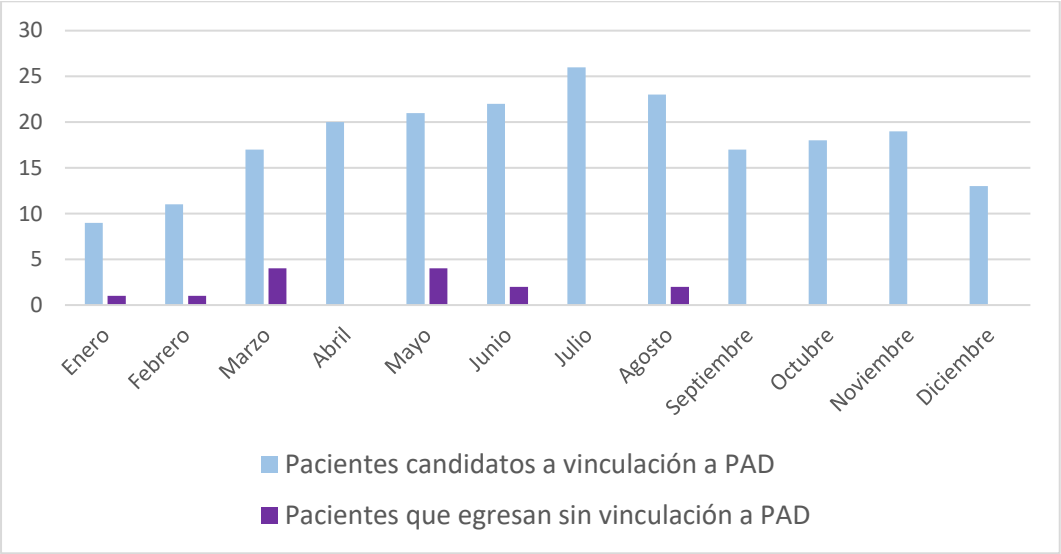
Por otro lado, el resto de los pacientes no egresó con una vinculación a un PAD por demoras en la asignación de un proveedor domiciliario por parte de la aseguradora, lo que implicó que finalizaran su manejo antibiótico intrahospitalariamente.

Dado lo anterior, en la IOE se evidencian varios problemas. El primero de ellos, es que no se está cumpliendo con las estrategias de captación de pacientes mencionadas en el protocolo, específicamente la estrategia de búsqueda activa de los mismos, debido a que no se cuenta con una adecuada base de datos del servicio de urgencias en donde se especifique cuáles son los pacientes que se están atendiendo en el momento y cuáles son sus patologías. Adicionalmente, el tener en la clínica únicamente un médico general encargado del programa evidencia la falta de personal que se dedique exclusivamente a la búsqueda activa.

Otro de los problemas evidenciados es un subregistro de los datos de los pacientes vinculados al plan de AD Vs. los pacientes valorados en total. Se encuentra en la base de datos meses en los cuales no se registran los pacientes completos, no se escribe adecuadamente el diagnóstico relacionado o los días que pasan entre el inicio del plan

domiciliario y el egreso oportuno del paciente. A continuación, se muestra un gráfico en donde se evidencian los pacientes candidatos a un plan de atención domiciliaria por cada mes, que cumple con los criterios de contar con una patología como lo es infección de vías urinarias, celulitis, neumonía y prostatitis y los que egresaron sin una vinculación a un PAD, en el año 2023, se evidencia que en los meses con mayor cantidad de pacientes candidatos a un PAD hubo pacientes que egresaron sin ningún tipo de vinculación.

Gráfico 1. *Pacientes valorados en total y pacientes egresados en plan de hospitalización domiciliaria en el 2023.*



Fuente: tomado de la base de datos del Programa de Alta Oportuna de la IOE

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente trabajo de grado se propone responder a la siguiente pregunta problema:

¿Cuál es el plan de mejora ideal para el egreso oportuno de los pacientes vinculados a un plan de atención domiciliaria atendidos en el servicio de urgencias de la IOE, con el fin de disminuir las estancias prolongadas, aumentar el giro cama, optimizar los recursos hospitalarios y por ende mejorar la calidad del servicio y la calidad de vida de los pacientes y sus familias?

4. Justificación

La inoportunidad en los egresos de los pacientes se ha convertido en una gran problemática en las instituciones de salud (Coffey et al., 2019). Lo anterior debido a que en países industrializados y en vía de desarrollo se ha evidenciado un incremento en los costos de los servicios de salud. Ante esta situación, las instituciones han creado diferentes estrategias para disminuir las estancias hospitalarias y una mejor participación del paciente y sus familias. (Vargas y Bermúdez 2011)

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio surge a partir de la preocupación de una IPS en Bogotá de cuarto nivel, la cual cuenta con un Programa de Alta Oportuna que se encarga del egreso oportuno de los pacientes de la IOE vinculados a un PAD sin embargo, en el año 2023 el 92% de los pacientes valorados egresaron vinculados a un PAD, adicionalmente con promedio de días desde el inicio del proceso de vinculación ante la aseguradora hasta el momento del egreso de 3 a 4 días aproximadamente. Lo anterior, genera una inadecuada optimización de los recursos intrahospitalarios y aumento en los costos intrahospitalarios.

Es debido a lo anterior, que el estudio es de gran importancia para las IPS, ya que esto va a generar una optimización de los recursos intrahospitalarios y una oportunidad en la atención y planificación del egreso de los pacientes. Así mismo, se tiene en cuenta la decisión del paciente y de la familia de continuar el tratamiento médico vinculados a un plan de HD y mejora así su pronta recuperación.

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Diseñar un plan de mejora para el egreso oportuno de pacientes vinculados a un plan de atención domiciliaria atendidos en el servicio de urgencias de una institución de salud de cuarto nivel de atención, con el fin de disminuir las estancias prolongadas, aumentar el giro cama, optimizar los recursos hospitalarios y por ende mejorar la calidad del servicio y la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar las causas por las cuales los pacientes atendidos en el servicio de urgencias que son candidatos a un plan de atención domiciliaria no egresan vinculados al mismo, a partir de la consulta de la base de datos del programa de alta oportuna de la IOE del año 2023.
- Caracterizar las causas por las cuales los pacientes atendidos en urgencias que son candidatos al plan de atención domiciliaria no egresan vinculados al mismo, en términos de tipo de aseguramiento (medicina prepagada/póliza y EPS) y grupo etario, a partir de la consulta de la base de datos del programa de alta oportuna de la IOE del año 2023.

- Identificar las enfermedades que padecen los pacientes y evidencian una mayor vinculación al plan de atención domiciliaria de la IOE con el fin de tenerlas en cuenta para el planteamiento y realización del plan de mejora.
- Plantear recomendaciones a la alta gerencia para la implementación del plan de mejora propuesto, conducentes a una mejor toma de decisiones.

6. Propósito

El propósito de este trabajo de grado es diseñar un plan de mejora que permita identificar y caracterizar las causas por las cuales los pacientes candidatos a plan de AD no egresan vinculado a el mismo, así como buscar las patologías que evidencian una mayor vinculación al plan de atención domiciliaria de la IOE. Esto en busca de mejorar el funcionamiento del programa, aumentar la búsqueda activa de paciente para la vinculación al mismo, con el propósito final de mejorar la calidad de la atención, la calidad del servicio y la calidad de vida del paciente y su familia.

Al finalizar el diseño del plan de mejora se plantearán recomendaciones a la alta gerencia para la implementación de este y así mismo este pueda sentar precedente y pueda ser implementado o servir de guía en otro tipo de situaciones que requieran intervención en la IOE o en otras instituciones.

7. Aspectos metodológicos

7.1 Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo dado que se trabajará con una base de datos de la IOE y de evaluación de procesos, que busca identificar las causas por las que los pacientes candidatos al plan de AD no egresan vinculados a él. Se realiza mediante revisión de la base de datos previamente facilitada por la IOE, enfocado en analizar y medir los resultados del programa actual.

7.2 Población de referencia y muestra

Pacientes candidatos al Programa de Alta Oportuna. Teniendo en cuenta esta población, se definieron como criterios de inclusión los mencionados a continuación.

7.3 Criterios de inclusión

- Pacientes que se clasificaron como candidatos a un plan de atención domiciliaria de tipo agudo en la base de datos de la IOE en el año 2023.
- Pacientes que tienen diagnósticos de infección de vías urinarias, prostatitis, celulitis y neumonía en la base de datos de la IOE en el año 2023.
- Pacientes mayores de 18 años en la base de datos de la IOE en el año 2023.

7.4 Matriz de variables

La matriz operacional de variables que se diseñó fue de gran utilidad para la construcción adecuada y ágil de los objetivos. Lo anterior con el fin de poder elaborarlos con los instrumentos incluidos en la matriz: a utilizar para la recolección de la información.

Tabla 7. *Matriz de variables*

MATRIZ DE VARIABLES	
Título del trabajo de grado	Plan de mejora para el egreso oportuno de pacientes vinculados al plan de atención domiciliaria atendidos en el servicio de urgencias en una institución de salud.
Objetivo general	Diseñar un plan de mejora para el egreso oportuno de pacientes vinculados a un plan de atención domiciliaria atendidos en el servicio de urgencias de una institución de salud de cuarto nivel de atención, con el fin de disminuir las estancias prolongadas, aumentar el giro cama, optimizar los recursos hospitalarios y por ende mejorar la calidad del servicio y la calidad de vida de los pacientes y sus familias.
Integrantes y semestre	María Camila Naranjo Córdoba, Nevis Gabriela Espinosa Vergara, Tatiana Sánchez Pérez II SEMESTRE
Fecha	26 de abril de 2024
Director del trabajo	Doctora Sofía Jácome Liévano

Objetivos específicos			Nombre variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición e indicador resumen de información		Fuente de la variable
Objetivo 1	Identificar las causas por las cuales los pacientes atendidos en el servicio de urgencias que son candidatos a un plan de atención domiciliaria no egresan vinculados al mismo, a partir de la consulta de la base de datos del programa de	1	Causas relacionadas con el paciente	Son las causas directamente relacionadas con los factores sociales y culturales del paciente	Identificación de las causas relacionadas con el paciente consignadas en la base de datos de la IOE	Cualitativa	-Falta de cuidador idóneo -Demora por la familia -Limitación geográfica -Mejoría clínica -Rechaza PHD -Deterioro clínico	Base de datos del programa de alta oportuna del año 2023 de la IOE
		2	Causas relacionadas con la aseguradora	Son las causas relacionadas directamente con las entidades encargadas de	Identificación de las causas relacionadas con la aseguradora	Cualitativa	-Demora de la aseguradora -Falta de convenio	Base de datos del programa de alta oportuna del año 2023 de la IOE

Objetivos específicos			Nombre variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición e indicador resumen de información		Fuente de la variable
	alta oportuna de la IOE del año 2023.			prestar y garantizar servicios de seguridad para dar cobertura a los riesgos relacionados con la salud	consignadas en la base de datos de la IOE		-Rechazo por la aseguradora	
		3	Causas relacionadas con la IOE	Son las causas relacionadas directamente con la atención en salud brindada en una institución de salud	Identificación de las causas relacionadas con la IOE consignadas en la base de datos	Cualitativa	-Demoras en definir el plan por el especialista. -Cambios en manejo de egreso.	Base de datos del programa de alta oportuna del año 2023 de la IOE
Objetivo 2	Caracterizar las causas por las cuales los pacientes atendidos en urgencias que son candidatos al plan de atención domiciliaria no egresan vinculados al mismo, en términos de tipo de aseguramiento (medicina prepagada/póliza y EPS) y grupo etario, a partir de la consulta de la base de datos del programa de alta oportuna de la IOE del año 2023.	4	Vinculación al plan de atención domiciliaria según la aseguradora	Entidad encargada de prestar y garantizar servicios de seguridad para dar cobertura a los riesgos relacionados con la salud, asociado con la prestación de servicios de salud hacia el paciente que se pueden brindar en el domicilio de este.	Establecer el nivel de vinculación al plan de atención domiciliaria según las aseguradoras registradas en la base de datos de la IOE	Cualitativa	Prepagada/póliza EPS	Base de datos del programa de alta oportuna del año 2023 de la IOE
		5	Vinculación al plan de atención domiciliaria según el grupo etario	Están determinados por la edad y la pertenencia a una etapa específica del ciclo vital humano, asociado con la prestación de servicios de salud hacia el paciente que se pueden brindar en el domicilio de este	Establecer el porcentaje de vinculación al plan de atención domiciliaria según el grupo etario	Cualitativa	Juventud (18-26) Adultez (27-59) Vejez (≥ 60)	Base de datos del programa de alta oportuna del año 2023 de la IOE

Objetivos específicos			Nombre variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición e indicador resumen de información		Fuente de la variable
Objetivo 3	Identificar las enfermedades que padecen los pacientes y evidencian una mayor vinculación al plan de atención domiciliaria de la IOE con el fin de tenerlas en cuenta para el planteamiento y realización del plan de mejora.	6	Enfermedades con mayor vinculación al plan de atención domiciliaria	Es un estado producido en un ser vivo por la alteración de la función de uno de sus órganos o de todo el organismo	Establecer el porcentaje de vinculación al plan de atención domiciliaria según las enfermedades registradas en la base de datos de la IOE	Cualitativa	- Infección de vías urinarias - Prostatitis - Celulitis - Neumonía	Base de datos del programa de alta oportuna del año 2023 de la IOE
Objetivo 4	Plantear recomendaciones a la alta gerencia para la implementación del plan de mejora propuesto conducentes a una mejor toma de decisiones.	7	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

Fuente. Las autoras a partir de la información Base de datos, 2024

7.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de la información

Se realiza una revisión documental consistente en la exploración de la base de datos existente de la IOE en relación con el PD, la cual contiene las variables que se plantearon para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Para el cumplimento del primer objetivo se diseñó una matriz en formato Excel para la recolección de la información pertinente (Anexo 1) en la cual se establecen las categorías (Causas relacionas con el paciente entre las que se encuentran: Falta de cuidador idóneo, Demora por la familia, Limitación geográfica, Mejoría clínica Rechaza PhD, Deterioro clínico; Causas relacionadas con la aseguradora: Demora de la aseguradora, Falta de convenio, Rechazo por la aseguradora, Causas relacionadas con la IOE: Demoras en definir el plan por el especialista, Cambios en manejo de egreso) que han sido objeto de análisis como orientadoras para lograr identificar las causas por las cuales el paciente que es candidato a un PHD no egresa vinculado al mismo, esto fundamentado según los criterios de inclusión

Para la ejecución del segundo objetivo se diseñó una matriz en formato Excel que incluye las siguientes ítems, que permiten reunir la información adecuada para el cumplimiento del mismo (Anexo 2) entre ellos están (Vinculación al plan de atención domiciliaria según la aseguradora que incluye las categorías de Prepagada/póliza o EPS; Vinculación al plan de atención domiciliaria según el grupo etario: Juventud (18-26), Adultez (27-59) Vejez ($\geq$ 60) que facilitarán caracterizar las causas por la cuales los pacientes no egresan vinculados al PhD relacionadas con el grupo etario y la aseguradora, según los criterios de inclusión.

Para el tercer objetivo se diseñó una matriz de en formato Excel (Anexo 3) para recolectar la información relacionada con la identificación de las enfermedades que tienen mayor incidencia en la vinculación del PHD por medio de las siguientes patologías identificadas (Infección de vías urinarias, Prostatitis, Celulitis, Neumonía) según criterios de inclusión.

8. Materiales y Métodos

El desarrollo de este trabajo de grado se llevó a cabo de forma secuencial, siguiendo un orden lógico para garantizar la cohesión y claridad de la información presentada.

8.1 Selección del tema y revisión de literatura

Inicialmente se realizó una exhaustiva revisión de literatura sobre el tema de estudio, abarcando tanto investigaciones nacionales como internacionales que pudieran aportar valor a la investigación.

Se realizó una búsqueda amplia y profunda sobre los siguientes conceptos clave:

- Calidad de la atención y sus atributos
- Hospitalización domiciliaria
- Alta hospitalaria
- Elaboración e implementación de planes de mejora
- Normatividad vigente relacionada con la temática

8.2 Selección de la institución objeto de estudio

Una vez concluida la revisión bibliográfica, se procedió a seleccionar la institución objeto de estudio (IOE), entidad prestadora de salud de cuarto nivel de atención, de carácter privado, ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. Se estableció contacto con la IOE para informarles en detalle sobre el trabajo a desarrollar y solicitar el permiso correspondiente para continuar con la investigación.

8.3 S*elección del periodo de estudio e identificación de pacientes*

El periodo de estudio seleccionado para la investigación fue el año 2023, esta decisión se basó en la disponibilidad de datos proporcionado por la IOE, la cual correspondía a registros de pacientes atendidos durante ese año.

La población objeto de estudio la conformaron los pacientes atendidos en el servicio de urgencias candidatos a un PAD de la IOE que durante el periodo indicado egresaron vinculados al PAD.

8.4 *Diseño de la matriz y recolección de datos*

Para la recolección y organización de la información, se diseñó una matriz en formato Excel. Esta matriz fue elaborada con el objetivo de capturar toda la información relevante relacionada con las principales patologías que generan mayor vinculación al plan de atención domiciliaria de la IOE. Adicionalmente, la matriz permitió identificar las causas por las cuales los pacientes candidatos al plan no egresan vinculados al mismo.

Al completar con éxito este paso, hemos reunido la información y los datos requeridos para comenzar el plan de análisis, lo que permitirá dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

9. Plan de análisis

La recolección de la información para su análisis se hizo a través de la base de datos del PhD de la IOE. Las Investigadoras a cargo del trabajo de grado iniciaron una recolección de información a partir de la base de datos de la IOE con la información pertinente que lleve al cumplimiento de los objetivos propuestos:

Para el análisis del primer objetivo que tiene como propósito identificar cuáles son las causas por las cuales los pacientes vinculados al PhD no egresan vinculados a mismo, se agruparon las causas en 3 variables a estudiar: la primera, las causas relacionadas con el paciente; la segunda, las causas relacionadas con la aseguradora y la tercera las causas relacionadas con la IOE, para de esta manera determinar cuál es el motivo principal de esta no vinculación, expresando en porcentaje cada una de las variables previamente descritas, a partir de los datos recolectados de la base de datos de la IOE, en miras a plantear las estrategias y consiguientes mejoras al PhD existente.

Para el segundo objetivo el análisis está orientado en caracterizar las causas por las cuales los pacientes candidatos al PhD no egresan vinculados al programa en términos de tipo de aseguramiento (medicina prepagada/póliza y EPS) y grupo etario con el fin de determinar cuál es el nivel de aseguramiento de los pacientes vinculados al PhD y cuál es la edad con mayor vinculación, posterior a la recolección de datos se determinara por medio de porcentaje los resultados obtenidos correspondientes a la variables previamente mencionadas, con la intención de plantear estrategias de mejora.

Para el tercer objetivo se identificaron cuáles son las enfermedades que representan mayor vinculación al PhD para ello se realizó la recolección de datos a partir de la base de datos de la IOE. Posteriormente se expresaron los resultados en porcentajes, para de esta manera, durante la captación y valoración de pacientes desde el servicio de urgencias sea más ágil la identificación de estos buscando oportunidad en la vinculación al programa.

10. Consideraciones y aspectos éticos

Teniendo en cuenta que la presente investigación se caracteriza por la búsqueda de información en bases de datos y la consulta de datos de una institución de salud se tuvieron las siguientes consideraciones:

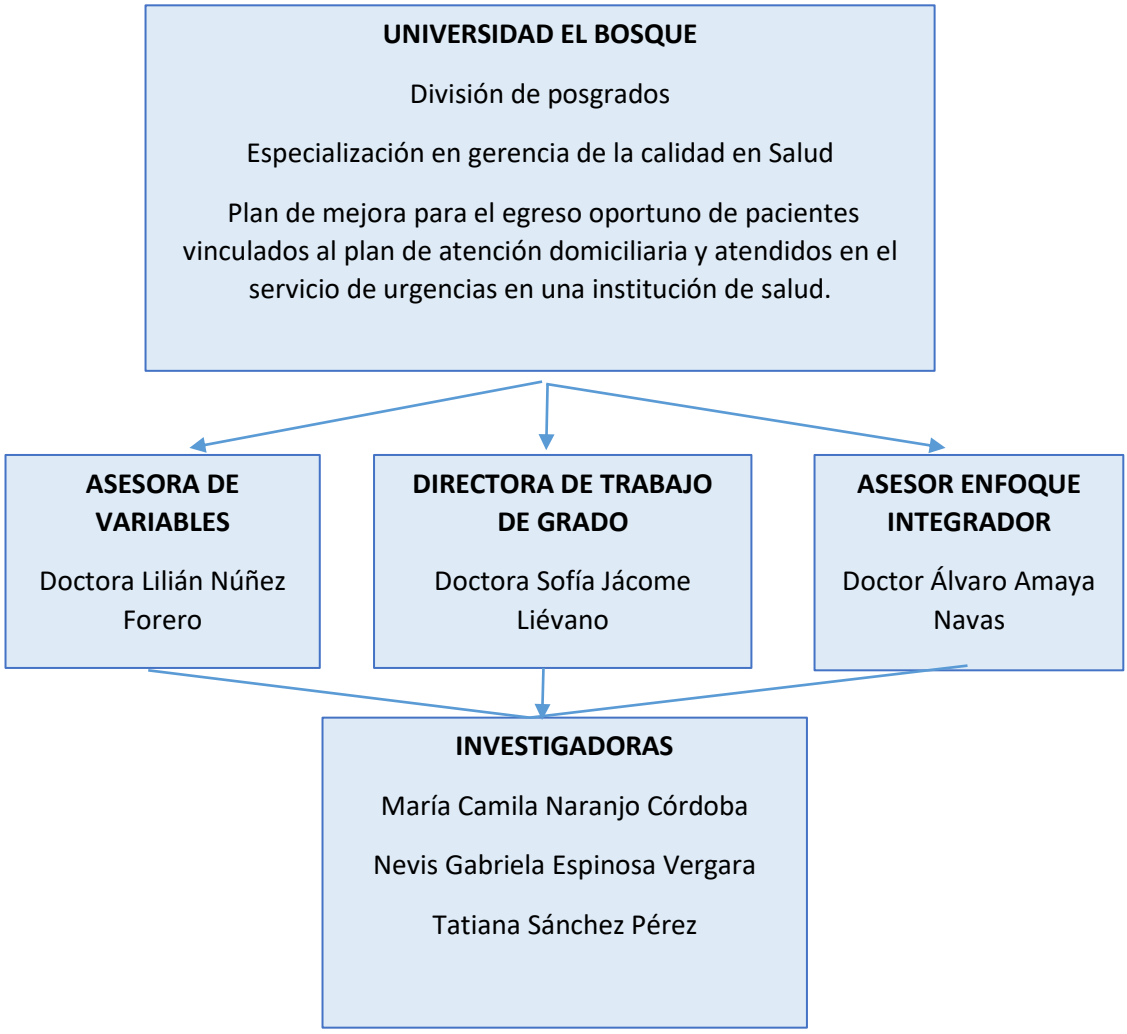
La información obtenida durante la revisión de la bibliografía en diferentes bases de datos fue utilizada netamente con fines académicos y se da cumplimento a la resolución 8430 de 1993, en donde se establecen las normas técnico-científicas y administrativas para investigaciones de salud.

Por otro lado, en cuanto a la revisión de la base de datos de la IOE, de donde fueron tomados los datos se encuentran amparados por la ley 1581 de 2012 de protección de datos. Dichos datos obtenidos se mantienen con los principios de confidencialidad y secreto profesional, estos fueron utilizados únicamente con fines académicos con contenido científico sin dejar evidencia de las instituciones participantes.

11. Estructura organizacional del proyecto

A continuación, se presenta la estructura organizacional del trabajo de grado.

Figura 5. *Estructura Organizacional del proyecto*



Fuente: *Elaborado por las autoras. 2024*

12. Cronograma

Las actividades del presente estudio fueron realizadas de acuerdo con siguiente cronograma:

Tabla 8. *Cronograma de actividades, meses Enero a Diciembre 2024*

No.	Actividades	Responsables	Mes año 2024											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Propuesta de Investigación	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
2	Definición de Tema y línea Temática	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
3	Asesoría Enfoque Integrador N° 1.	Dr. Amaya												
4	Entrega título Preliminar	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
4	Investigación Bibliográfica	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
6	Lineamientos para la presentación de Trabajo de Grado. Asesoría Metodológica N° 1	Dra. Jácome												
7	Elaboración Introducción. Marco conceptual, institucional y normativo.	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
8	Elaboración planteamiento del problema, justificación y objetivos.	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
9	Asesoría N°2.	Dra. Jácome												
10	Elaboración Propósito y aspectos metodológicos	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
11	Asesoría N°3.	Dra. Jácome												
12	Asesoría Enfoque Integrador N°2.	Dr. Amaya												
13	Elaboración Matriz de variables	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												

No.	Actividades	Responsables	Mes año 2024											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
14	Asesoría de variables N°1.	Dra. Núñez												
15	Correcciones Matriz de Variables	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
16	Asesoría Variables N°2.	Dra. Núñez												
17	Aprobación de matriz de variables	Dra. Núñez												
18	Asesoría N°4.	Dra. Jácome												
19	Elaboración Instrumento	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
20	Elaboración de materiales y métodos, plan de análisis	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
21	Correcciones Técnicas e Instrumentos	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
22	Elaboración de aspectos éticos, cronograma y presupuesto	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
23	Asesoría N° 5.	Dra. Jácome												
24	Primera Entrega	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
25	Recolección de la información y aplicación de instrumentos	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
26	Análisis de la información recolectada y desarrollo de resultados	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
27	Asesoría N° 6.	Dra. Jácome												
28	Corrección de resultados y objetivos	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
29	Realización de discusión y conclusiones	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
30	Asesoría N° 7.	Dra. Jácome												
31	Realización de plan de mejora	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
32	Asesoría Enfoque Integrador N° 3.	Dr. Amaya												
33	Asesoría N° 8.	Dra. Jácome												
34	Realización de articulo	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
35	Asesoría N° 9.	Dra. Jácome												
36	Asesoría N° 10.	Dra. Jácome												

No.	Actividades	Responsables	Mes año 2024											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
37	Realización de herramienta de seguimiento	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
38	Asesoría Enfoque Integrador N° 4.	Dr. Amaya												
39	Entrega final de documentos	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												
40	Sustentación proyecto de grado	Espinosa, N. Naranjo, M. Sánchez, T.												

Fuente: Elaborado *por las autoras, 2024*

13. Presupuesto

En la realización del presente estudio se destinaron recursos económicos asumidos por las investigadoras de acuerdo con la siguiente tabla.

Tabla 9. *Presupuesto del trabajo de grado*

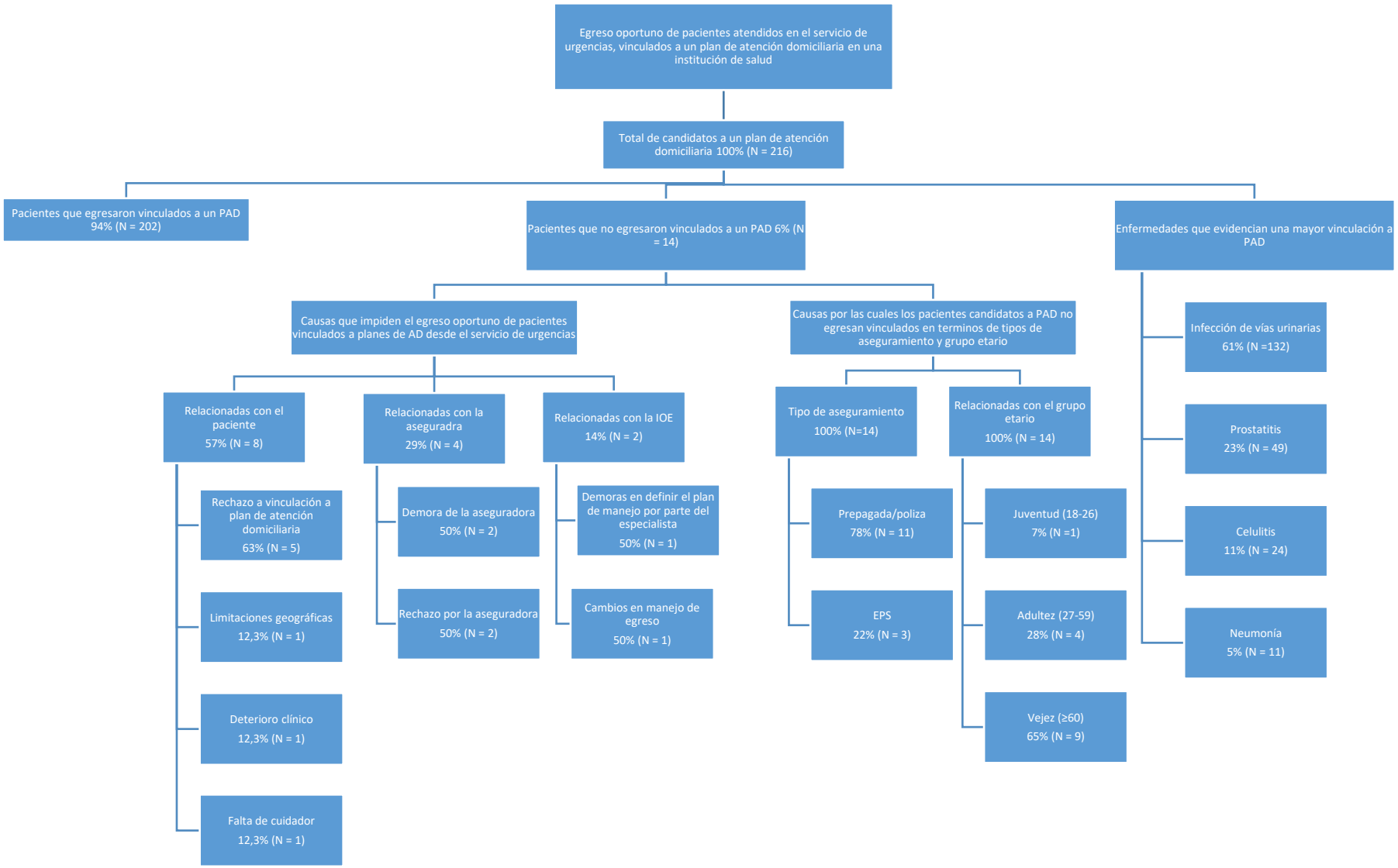
Criterio	Rubros y fuente	Cantidad	Descripción	Valor unitario	Valor total
Recursos Humanos	Investigadores	3	Encargados de realizar el diseño y desarrollo del trabajo de investigación	$ 0	$ 0
	Asesoría Enfoque Integrador	2	Profesional orientador para integración de conceptos generales de la investigación	$ 0	$ 0
	Asesoría Metodológica	3	Profesional orientador de aspectos metodológicos del trabajo de investigación	$ 0	$ 0
	Asesoría Variables de estudio	1	Profesional orientador de variables de estudio del trabajo de investigación	$ 0	$ 0
Equipos	Computador portátil	3	Equipos portátiles requeridos para documentación de trabajo de grado	$4.000.000	$ 12.000.000
Transporte	Gasto de transporte investigadora 1	6	Desplazamientos para asesorías en general	$ 8.000	$ 48.000
	Gasto de transporte investigador 2	6	Desplazamientos para asesorías en general	$ 8.000	$ 48.000
	Gasto de transporte investigador 3	6	Desplazamientos para asesorías en general	$ 8.000	$ 48.000
TOTAL				**$ 12.144.000**	

Fuente: *Elaborado por las autoras, junio de 2024*

14. Resultados

Para el análisis de los datos se procedió a tabular y organizar la información en la matriz de Excel (Anexo 1,2 y 3), facilitando su comprensión, para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos. Sin embargo, es de vital importancia tener en cuenta que la base de datos revisada presentó algunos espacios sin diligenciar, lo que se convierte en una limitación para el estudio. Adicionalmente, se realizó un mapa conceptual en dónde se evidencian los resultados obtenidos. Figura 6

Figura 6. *Mapa conceptual de resultados obtenidos.*



Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de la información recolectada y procesada de la base de datos del año 2023 de la IOE, agosto del 2024.

14.1. *Pacientes candidatos al plan de atención domiciliaria de la IOE en el 2023, no vinculados al mismo en su egreso.*

A partir del análisis de la base de datos del programa de alta oportuna de la IOE en 2023, se identificó que un total de 216 pacientes atendidos en urgencias fueron candidatos a un PAD; 14 de estos pacientes no egresaron de manera oportuna vinculados al plan de atención domiciliaria, lo que equivale al 6% del total de candidatos.

Al analizar los datos mensuales se observaron fluctuaciones significativas en el porcentaje de egresos oportunos vinculados al PAD. Los meses de marzo y mayo presentaron un 19% (N = 4) y 16% (N = 4) de pacientes, respectivamente, que no fueron egresados vinculados al plan; por el contrario, en abril, julio, septiembre, octubre, noviembre y diciembre se logró el egreso oportuno del 100% de los pacientes candidatos. Es de destacar que julio fue el mes con mayor volumen de pacientes candidatos con un total de 26 pacientes y, a su vez, el de mayor eficiencia con la totalidad de pacientes egresados vinculados al plan de atención domiciliaria. Véase tabla 10.

Tabla 10. *Pacientes candidatos al Plan de Hospitalización Domiciliaria en la IOE en el año 2023 y los no egresados vinculados al mismo.*

Mes	Candidatos	No egresados
Enero	9	1
Febrero	11	1
Marzo	17	4
Abril	20	0
Mayo	21	4
Junio	22	2
Julio	26	0

Mes	Candidatos	No egresados
Agosto	23	2
Septiembre	17	0
Octubre	18	0
Noviembre	19	0
Diciembre	13	0
Total	216 (100%)	14 (6.5%)

Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de la información recolectada y procesada de la base de datos del año 2023 de la IOE.

14.2. C*ausas por las cuales los pacientes atendidos en el servicio de urgencias que son candidatos a un plan de atención domiciliaria no egresan vinculados al mismo.*

Durante el análisis de los datos, se identificaron diversas causas que impiden el egreso oportuno de pacientes candidatos a planes de atención domiciliaria desde el servicio de urgencias. Estas causas se clasificaron en tres categorías: relacionadas con el paciente (falta de cuidador/ falta de cuidador idóneo, limitaciones geográficas, rechazo del plan y deterioro clínico); relacionadas con la aseguradora (demoras por parte de la aseguradora, rechazo de la aseguradora) y relacionadas con la IOE (demoras en definir el plan de manejo por el especialista y cambios en el manejo del egreso). Véase tabla 11.

Tabla 11. *Causas por las cuales los pacientes candidatos a un plan de atención domiciliaria no egresan vinculados al mismo desde el servicio de urgencias de la IOE.*

Relacionadas con el paciente 57%	Relacionadas con la aseguradora 29%	Relacionadas con IOE 14%
Falta de cuidador/ no idóneo 12,3% (N=1)	Demora de la aseguradora 50% (N=2)	Demoras en definir el plan de manejo por el especialista 50%(N=1)
Limitación geográfica 12,3%(N=1)	Rechazo por la aseguradora 50%(N=2)	Cambios en manejo de egreso 50% (N=1)
Rechaza plan de HD 63%(N=5)		
Deterioro clínico 12,3% (N=1)		

Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de la información recolectada y procesada de la base de datos del año 2023 de la IOE.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos se identificó que en el año 2023 las causas de no egreso oportuno de pacientes vinculados a un PAD, atendidos en el servicio de urgencias en la IOE, con más casos reportados, fueron las *relacionadas con el paciente* 57% (N = 8) de la población no egresada, seguido de las causas *relacionadas con la aseguradora* y con la IOE con 29% (N = 4) y 14 % (N = 2) respectivamente. Véase gráfica 2.

Gráfica 2. *Causas de No egreso oportuno de pacientes vinculados a un plan de hospitalización domiciliaria atendidos en el servicio de urgencias en la IOE en el año 2023*

Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de la información recolectada y procesada de la base de datos del año 2023 de la IOE.

Al analizar individualmente las causas de no egreso oportuno relacionadas con el paciente, se identificaron cuatro causas principales. En primer lugar, el rechazo del paciente a recibir servicios domiciliarios representó el 63% (N=5) de los casos, correspondiendo a pacientes que cumplían los criterios clínicos para ser dados de alta vinculados a un PAD y que optaron por continuar su estancia hospitalaria.

En segundo lugar, la *Falta de un cuidador/ cuidador idóneo*, definiéndose como la ausencia de una persona capacitada para brindar los cuidados necesarios en el domicilio, lo

cual impidió el egreso del paciente, seguido de la *Limitación geográfica*: la ubicación de la vivienda del paciente en zonas de difícil acceso o fuera de la cobertura de los servicios domiciliarios obstaculizó el traslado a su hogar. Finalmente, *el deterioro clínico del paciente*, entendido como una progresión crítica de la enfermedad que requirió hospitalización intramural, reportando 12.3% (N=1) de los casos de no egreso oportuno cada uno. Véase tabla 12.

Tabla 12. *Causas relacionadas con el paciente de no egreso oportuno de pacientes vinculados a un plan de hospitalización domiciliaria atendidos en el servicio de urgencias en la IOE en el año 2023*

Tipo de Causa	Variables	Variables	
Relacionadas con el paciente	Falta de cuidador idóneo	1	12.3%
	Limitación geográfica	1	12.3%
	Rechaza phd	5	63%
	Deterioro clínico	1	12.3%
TOTAL		8	100%

Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de la información recolectada y procesada de la base de datos del año 2023 de la IOE

En lo que respecta a las causas atribuibles a la aseguradora se identificaron:

Demora en la autorización: la aseguradora tardó en otorgar la autorización necesaria para la hospitalización domiciliaria, lo cual retrasó el egreso del paciente reportando 2 casos.

Rechazo del servicio: Asimismo, en otros dos (2) casos, la aseguradora negó la solicitud de atención domiciliaria, impidiendo que el paciente fuera dado de alta.

Por último, las causas relacionadas con la IOE: 14% de los casos reportados en el año 2023, con un total de 2 casos, uno por demoras en definir el plan de manejo para la hospitalización domiciliaria por el especialista y uno por cambios en el manejo de egreso del paciente, es decir se produjeron cambios en el plan de manejo del paciente una vez que ya se había establecido el plan de egreso para la hospitalización domiciliaria. Estos cambios requirieron una nueva autorización, lo cual retrasó significativamente el alta hospitalaria.

14.3 *Caracterización según el tipo de aseguramiento y grupo etario*

Dentro de las causas del no egreso de pacientes candidatos al PAD, relacionadas con el tipo de aseguramiento, se identificaron los siguientes grupos: Prepagada/Póliza y EPS. Para fines del presente trabajo, las relacionadas con el grupo etario se agruparon de acuerdo con las edades de los pacientes en: Juventud (18-26) Adultez (27-59) y Vejez (≥ 60)

14.3.1 Caracterización según el tipo de aseguramiento

De los pacientes candidatos a vinculación al plan de atención domiciliaria en el año 2023 (n = 216), el 87% (n=187) pertenece a medicinas prepagadas/pólizas y el 13% (n= 29) a EPS. Dentro de los grupos de aseguramiento se identificó un porcentaje de pacientes candidatos al programa de Alta Oportuna que no salieron de sus internaciones hospitalarias vinculados al mismo; del grupo de EPS el 10% de los pacientes (n=3) y del grupo de prepagadas/pólizas al 6% (n=11). En la tabla 13 se muestran los pacientes que son candidatos al PAD y el tipo de aseguramiento (Prepagada/Póliza y EPS) al que pertenecen junto con el porcentaje de pacientes no egresados vinculados al mismo, *Ver tabla 13.*

Tabla 13. *Pacientes que pertenecen al grupo de Prepagada/Póliza y EPS, candidatos y no egresados vinculados al PAD.*

Tipo de Aseguramiento	Número de Pacientes candidatos al PAD	No Egresados Vinculados al PAD	
Póliza Prepagada	187	11 **(6%)**	
EPS	29	3 **(10%)**	

Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de la información recolectada y procesada de la base de datos 2023 de la IOE

Lo anterior evidencia que, dentro de los grupos de aseguramiento, los pacientes con EPS, en el periodo de estudio, representaron un mayor porcentaje de egreso sin vinculación al PAD.

14.3.2 Caracterización según el grupo etario

Del total de pacientes candidatos al programa de alta temprana que no egresaron vinculados al mismo, se identificó que corresponde al 6% (n=14) del total de candidatos al PAD. Sin embargo, de este 6% identificado, el 7% (n=1) corresponde al grupo de juventud (18-26 años), el 29% (n=4) pertenece al grupo de adultez (27-59 años) y el 64% (n=9) corresponde al grupo de vejez (≥60 años), siendo este último el que representa la mayor proporción de los casos. En la tabla 14 se muestra la proporción de pacientes que no egresan vinculados al PAD según el grupo etario. *Ver tabla 14.*

Tabla 14. *Pacientes candidatos que no egresaron vinculados al PAD, según grupo etario*

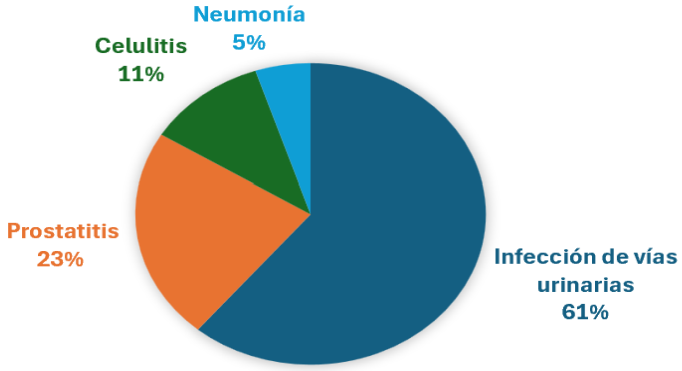
Grupo Etario	Número de Pacientes Candidatos al PAD	Pacientes No Egresados Vinculados al PAD
Juventud (18-26 años)	11	1 (**7%**)
Adultez (27-59 años)	107	4 (**29%**)
Vejez (60 años o más)	98	9 (**64%**)

Fuente: elaborado por las autoras, a partir de la información recolectada y procesada de la base de datos de la IOE

14.4 Caracterización de los pacientes candidatos a un PAD según el tipo de patología

La enfermedad con mayor prevalencia en los pacientes candidatos a un PAD, atendidos en el servicio de urgencias de la IOE, es la *infección de vías urinarias* correspondiente al 61% (N = 132) de los casos, le sigue en proporción *la prostatitis* con una prevalencia del 23% (N = 49), en tercer lugar, la celulitis con 11% (N = 24) y en último lugar *la neumonía* con 5% (N = 11) de los casos. Véase gráfica 3.

Gráfica 3. *Enfermedades en pacientes candidatos a vinculación a un plan de atención domiciliaria en la IOE en el año 2023.*



Fuente: elaborado por las autoras, a partir de la información recolectada y procesada de la base de datos de la IOE en el mes de julio del 2024.

15. Discusión

El objetivo principal de este estudio es proponer un plan de mejora para el egreso oportuno de pacientes que son atendidos en el servicio de urgencias, vinculados a un plan de atención domiciliaria (PAD), con el fin de disminuir las estancias prolongadas, aumentar el giro cama, optimizar los recursos hospitalarios y por ende mejorar la calidad del servicio y la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Se llevó a cabo un análisis de los datos obtenidos de la base de datos del Programa de Alta Oportuna de la IOE, del año 2023, en relación con las principales causas por las cuales los pacientes que son atendidos en el servicio de urgencias y son candidatos al PAD no egresan oportunamente vinculados al mismo.

Los resultados revelaron que las principales causas para que los paciente candidatos al PAD y atendidos en el servicio de urgencias no egresaran oportunamente fueron las relacionadas con el paciente, principalmente por rechazo a la vinculación al PAD, seguido de la falta de un cuidador idóneo, limitaciones geográficas y el deterioro clínico del paciente.

El rechazo por parte del paciente a ser vinculado a un PAD, fue la causa más común de no egreso oportuno en el año 2023. Sin embargo, en la base de datos de la IOE no se especifica el por qué el paciente rechaza dicho manejo, aspecto que se debe tener en cuenta para la propuesta del plan de mejora, de tal manera que se incluya en la base de datos un espacio en donde se puedan especificar las razones por las cuales el paciente rechaza el manejo y poderlas intervenir de manera oportuna en un futuro. Así mismo, la aceptación de

este tipo de atención sanitaria, por parte del paciente, en muchas ocasiones no va a depender de la enfermedad o de la condición clínica del paciente, sino de la existencia de un cuidador, la disponibilidad de tiempo de los miembros de la familia y las percepciones psicosociales que el paciente tiene sobre la continuidad del manejo médico en el domicilio (Jiménez et al 2010), categorías que sería pertinente incluir en la base de datos del programa de alta oportuna de la IOE.

Otros aspectos muy importantes que deben ser considerados para ser incluidos en la propuesta del plan de mejora son factores como las adecuadas condiciones estructurales o logísticas del domicilio, la ausencia o no de miedo a tener que manejar el oxígeno, el uso de vías intravenosas y medicamentos subcutáneos, la permanencia de personal sanitario en el domicilio, la tranquilidad y la seguridad de que en la casa no va a tener una mala evolución que le obligue a volver al hospital, el mayor confort del entorno domiciliario, identificados como determinantes importantes en el momento en el que el paciente va a tomar la decisión de continuar su manejo médico en un PAD (Jiménez et al., 2010).

Como segunda causa, *la falta de un cuidador idóneo* representa un obstáculo significativo para el egreso oportuno de pacientes vinculados a un PAD, exponiéndolos a un mayor riesgo de complicaciones y reingresos hospitalarios. En la mayoría de los casos, esta función recae en familiares, quienes al asumir el rol de cuidador principal, experimentan una transformación en sus vidas, desarrollándose una nueva dinámica familiar caracterizada por una mayor carga de trabajo, estrés emocional y cambios en las relaciones interpersonales del familiar, lo que puede llegar a desencadenar una crisis que pone en peligro la estabilidad del núcleo familiar. Es fundamental reconocer que la labor del cuidador, al ser altamente

demandante, tanto a nivel físico como emocional, puede generar un desgaste significativo en su salud y bienestar, lo que, a su vez, compromete la calidad de los cuidados brindados (López et al. 2009). Este se convierte en un aporte fundamental para tener en cuenta en la propuesta del plan de mejora, dado que el trabajar sobre esta causa permite aumentar la oportunidad de los egresos de los pacientes vinculados a un PAD, además de que, contar con un cuidador idóneo, disminuye el riesgo de reingreso teniendo en cuenta que no es lo mismo tener una persona que lo acompañe en casa a tener a alguien que asuma el rol de cuidador y lo acompañe las 24 horas en sus actividades diarias.

Otra de las causas identificadas, relacionadas con el paciente, fue el *deterioro clínico del paciente*, definido como una progresión crítica de la enfermedad, lo cual hace imposible la vinculación a un PAD por la evolución tórpida en el paciente. Frente a esto, en Colombia se documentó un estudio realizado por Zapata y Restrepo en el año 2019 titulado "Los factores asociados a las estancias hospitalarias prolongadas no justificadas de pacientes mayores de 18 años en una institución de III nivel de complejidad en el municipio de Rionegro", que buscó identificar cuáles son los factores más relevantes que llevan a los pacientes a presentar una estancia hospitalaria prolongada no justificada. Con una muestra de 549 historias clínicas observaron que el 37.2% de los pacientes evaluados tuvo una causa clínica ligada con procesos fisiológicos propios del paciente, los cuales no pueden ser modificados, lo que lo obliga a permanecer de forma justificada en la institución hospitalaria y a privarse de un tipo de atención extramural. De lo anterior se puede considerar que, un paciente que pudo ser candidato a un egreso oportuno vinculado a un PAD, pero que presentó un deterioro clínico previo, no debe ser considerado un egreso no oportuno, debido a que la estancia

intrahospitalaria es completamente justificada por su estado de salud actual. Esto es importante tenerlo en cuenta en el plan de mejora a proponer, debido a que en la IOE el deterioro clínico de un paciente es considerado una causa de no egreso oportuno.

Como otra causa identificada se encuentra *la limitación geográfic*a, considerada como la ubicación de la vivienda del paciente en zonas de difícil acceso o fuera de la cobertura de los servicios domiciliarios, presentándose un caso en el año 2023 en la IOE. Sin embargo, ha sido una barrera de acceso que se viene estudiando en el país, como lo plantean Ruiz y Begambre (2024), en un estudio realizado por estudiantes de la Facultad de Ciencias de La Salud de la Universidad de Córdoba, en el que indican que en Colombia brindar atención domiciliaria en toda la extensión del territorio es complicado y limitado, especialmente en zonas rurales y apartadas, en mayor medida por la falta de equipos y suministros necesarios para brindar atención domiciliaria, lo que ha conllevado a un aumento de las barreras de acceso para la atención domiciliaria, limitaciones en la cobertura de seguros y la disponibilidad geográfica desigual de los servicios.

Aunque esta causa no fue prevalente en la IOE, es importante tener en cuenta que es un factor existente que puede afectar el egreso oportuno de los pacientes vinculados a un PAD. Lo anterior indica que es importante tener claro cuáles son las limitaciones geográficas que tiene el paciente y el proveedor domiciliario para la prestación de los servicios y trabajar en alternativas para poder eliminar en gran medida estas barreras y que los pacientes cada vez más puedan egresar oportunamente vinculados a un PAD.

Por otro lado, en los resultados del presente estudio se encontró como otra causa de egreso inoportuno de los paciente candidatos a un PAD, los relacionados con la aseguradora, dados por la *demora de la autorización del PAD o el rechazo por parte de la misma para la prestación de este servicio,* las cuales han sido identificadas como parte de las principales fallas del Sistema de Salud que afectan la duración de la estancia hospitalaria del paciente, lo que va de la mano con la falta de consolidación de una red de atención eficiente (Ceballos et al. 2014). Resultados similares que sustentan el hecho de que la demora en las autorizaciones por parte de las aseguradoras puede ser un hecho que impida el egreso oportuno de los pacientes vinculados a un PAD es el estudio de Zapata y Restrepo (2019) quienes encontraron que en Colombia el 65.6% de los pacientes presentó problemas administrativos que dificultaron un egreso oportuno; de estos pacientes, el 47.4% fue por la demora en las autorizaciones por parte de las aseguradoras. Toda esta problemática se evidencia en el programa de alta oportuna de la IOE, razón por la cual es necesario tener en cuenta a la hora del planteamiento del plan de mejora, la importancia de crear canales de comunicación adecuados con las aseguradoras, ya que esto ayudará a optimizar el tiempo de espera de autorización del PAD para lograr un egreso oportuno de los pacientes vinculados al mismo.

Otras causas de no egreso oportuno de pacientes vinculados al PAD fueron la relacionadas con la IOE, las cuales hacen referencia a las *demoras en definir un plan de manejo ambulatorio por parte del especialista* y los *cambios en el manejo,* puesto que esto puede generar retrasos en los procesos de autorización y posterior egreso del paciente. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar los principios de beneficencia y no maleficencia,

puesto que estas causas afectan directamente la salud y el bienestar del paciente. Estos principios de bioética mencionan la doble obligación del médico de tratar de maximizar el posible beneficio y limitar en lo posible cualquier daño que pueda derivarse de una intervención médica. Por ende, los médicos tratantes no deben suministrar tratamientos innecesarios o inoportunos; por el contrario, deben ofrecer a los pacientes tratamientos que sean pertinentes y adecuados a su situación (Consejo de Europa 2014).

Aunque en el estudio realizado en la IOE las demoras en definir un plan de manejo ambulatorio por parte del especialista y los cambios en el manejo por el cual los pacientes candidatos a un PAD no egresan oportunamente, no fueron las más comunes. Sin embargo, es importante trabajar en ello y tenerlo en cuenta para la elaboración del plan de mejora, puesto que si no se interviene puede afectar directamente la salud del paciente, aumentar los riesgos de complicaciones e infección y retrasar el alta médica. Por lo tanto, es necesario insistir a los especialistas la importancia de establecer de manera oportuna el manejo médico para evitar este tipo de fallas.

Por otro lado, en este estudio se analizó el tipo de aseguramiento al que pertenecían los paciente candidatos a un PAD y se identificó que el 13% de los pacientes en el año 2023, pertenecía al régimen contributivo *(EPS)* y el restante estaba afiliado a Planes voluntarios de Salud. Los Planes Voluntarios de Salud *(prepagadas/pólizas)*, son definidos por la Ley 1438 de 2011 como planes que pueden incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización. Así mismo, en Colombia, el aseguramiento en salud se encuentra

enmarcado dentro de los regímenes contributivo y subsidiado, siendo el primero el que cuenta con menos proporción de personas afiliadas respecto al segundo, según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2022, en la que el 94,7% de la población residente en el país se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); el 44,9% pertenecía al régimen contributivo, mientras que el 54,8% al régimen subsidiado.

En el presente estudio se logró identificar que, dentro de los grupos de aseguramiento mencionados previamente, los pacientes candidatos a un PAD pertenecientes a la EPS presentaron un mayor porcentaje de pacientes que no egresaron oportunamente vinculados a un PAD correspondiente a un 10%, mientras que, de los pacientes candidatos a un PAD que cuentan con prepagadas/pólizas, solo el 6% no egresa vinculado al mismo. Lo anterior es coherente con lo planteado por Rodríguez, et al; 2020; quienes reconocen la existencia de vacíos relacionados con el servicio, sujetos a problemas como son los tiempos en la asignación de la atención y la reprogramación de la atención. También plantean que las *EPS* al ser un sistema de aseguramiento financiado con recursos públicos se han identificado cantidad de demoras en movimientos financieros asociados a pago a entidades prestadoras de salud; identificar esta barrera de egreso oportuno de los pacientes candidatos al PAD permitirá diseñar estrategias focalizadas en la identificación oportuna de los pacientes que tienen este tipo de aseguramiento.

Por otra parte, dentro de las variables sociodemográficas de este estudio, se logró identificar, según la *caracterización del grupo etario,* que el 64% de los pacientes candidatos al PAD que no egresaron vinculados al mismo, pertenecen a la vejez, seguido de la adultez (29%) y por último, el grupo juventud que corresponde al 7%. Lo anterior invita a que en

los planes de mejoramiento se tenga en cuenta esta población puesto que "los pacientes mayores de 65 años en adelante son los principales usuarios del Sistema de Salud; estos son admitidos en el hospital con más frecuencia que los pacientes más jóvenes, permanecen más tiempo y representan aproximadamente la mitad de la carga hospitalaria medida en términos de días de cama" (C. R. Victor et al; 2000) (pag. 2). Esta variable de grupo etario es de gran interés para este estudio debido a que ayudará a identificar de manera oportuna desde la valoración médica realizada en el servicio de urgencias a la población candidata al PAD, teniendo en cuenta el grupo de edad al que pertenece y la susceptibilidad de aumento del indicador de giro cama.

Por otro lado, en relación con las patologías, se encontró que *la infección de vías urinarias* fue la enfermedad más prevalente que padecen los pacientes que son candidatos a un PAD, lo cual concuerda con hallazgos como el de Baharoon et al (2011), en Arabia Saudita, acerca del manejo antibiótico intravenoso domiciliario, en el que encontraron que uno de los principales diagnósticos que padecen los pacientes, por los cuales continuaban manejo antibiótico domiciliario fue inicialmente la osteomielitis con un 42.8% (N= 65) y en segundo lugar la infección de vías urinarias con el 24.3% (N = 37). Estos autores tuvieron como objetivo programas de atención domiciliaria en Arabia Saudita, con la intención de aumentar el giro cama hospitalario y disminuir las estancias hospitalarias prolongadas; la creación de estos programas se convierte en una alternativa costo efectiva en la gestión hospitalaria, así como una alternativa para que las instituciones de salud creen sus propios programas para garantizar un adecuado manejo de los pacientes en casa.

En atención a lo expuesto, se debe tener en cuenta la infección de vías urinarias como una de las enfermedades más prevalentes que padecen los pacientes, y que al momento de realizar una propuesta en el plan de mejora, debe ser tenida en cuenta como referencia y generar estrategias para aumentar los egresos oportunos de los pacientes que son candidatos a planes de atención domiciliaria y son atendidos en urgencias.

La hospitalización domiciliaria se convierte en un nuevo reto, como lo plantean Cotta et al. (2001), quienes indican que "se da preferencia a la asistencia ambulatoria y favorece la transferencia del paciente del hospital a su entorno familiar. Sus objetivos principales son mejorar la atención del paciente y lograr una utilización más eficiente de los recursos" (p. 45). Lo planteado indica que los PAD mejoran la calidad de vida del paciente y favorecen una pronta recuperación del mismo en su ambiente, así como favorecen una adecuada optimización de los recursos intrahospitalarios. Los autores también plantean que, para contar con un buen proceso de PAD es de vital importancia que el paciente padezca una enfermedad que pueda ser manejada de forma domiciliaria, contar con una estabilidad clínica, y que el hogar de paciente se encuentre en óptimas condiciones para que este pueda egresar oportunamente y continue su manejo integral en el domicilio. Así mismo hacen referencia a que existen diferentes estrategias que se pueden tener en cuenta para lograr una adecuada gestión de un PAD. La primera, fortalecer y crear canales de comunicación entre los diferentes niveles sanitarios, con la finalidad de garantizar un adecuado intercambio de la información, la continuidad del proceso asistencial y la integración de las actividades. Esto es de gran ayuda para el momento del planteamiento del plan de mejora, puesto que uno de los problemas que se evidenció fue la falla en la comunicación con las aseguradoras y

proveedores que dan continuidad del manejo del PAD en la casa, lo que puede generar errores en la comunicación e interrupciones en la continuidad de los procesos de atención.

La segunda, es el diseño de protocolos o guías de actuación, las cuales deben ir acompañadas de la designación de profesionales que serán los responsables de la realización de dichas actividades, adicionalmente invertir en una adecuada formación del recurso humano (Cotta et al; 2001). Esta propuesta es de gran utilidad para el planteamiento del plan de mejora, puesto que los trabajadores de la institución que tienen contacto con los pacientes candidatos a un PAD o que se encargan de la búsqueda de los mismos, deben conocer de manera adecuada el protocolo y así mejorar la calidad y efectividad de los procesos de programa, y realizar un adecuado diligenciamiento de la bitácora del programa para contribuir con los procesos y el reconocimiento oportuno de posibles problemas que pueden afectar el egreso de los pacientes vinculados a un PAD.

16. Conclusiones y recomendaciones

- Las causas más frecuentes por las cuales los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la IPS objeto de estudio, candidatos a un PAD, no egresan vinculados al mismo, fueron las relacionadas con el paciente. De estas causas la que más reportó casos de no egreso fue el rechazo del paciente a la vinculación a un PAD.
- De los pacientes atendidos en el servicio de urgencias candidatos a un PAD que no egresaron vinculados al mismo la mayoría pertenecen a EPS.
- Según el grupo etario, los pacientes atendidos en el servicio de urgencias candidatos a un PAD que no egresaron vinculados al mismo, la mayoría pertenece a la vejez.
- La enfermedad más común que padecen los pacientes atendidos en el servicio de urgencias, por la que fueron candidatos a un PAD, fue la infección de vías urinarias.
- Entre las recomendaciones identificadas en la literatura, para ser tenidas en cuenta en el plan de mejora a proponer, con base en los hallazgos del estudio, se encuentran:
  - Tener en cuenta la infección de vías urinarias, como una patología más prevalente para lograr un mayor porcentaje de egresos oportunos de pacientes candidatos a un PAD.
  - Eliminar de la base de la bitácora del programa de alta oportuna *el deterioro clínico* como una causa de no egreso oportuno.
  - Tener en cuenta que en el protocolo de la IOE del Programa de Alta Oportuna se establecen las estrategias por medio de las cuales se realiza la captación de pacientes las cuales son búsqueda activa de candidatos a un PAD, respuesta a interconsultas y

auditorías externas sería un gran aporte programar capacitaciones para el personal asistencial del servicio de urgencias y del equipo de alta oportuna para el manejo del protocolo, con énfasis en la importancia del uso de estas estas estrategias con el fin de aumentar la captación de pacientes candidatos a un PAD y así muchos más usuarios pueden verse beneficiados con este programa.

17. Plan de mejora para el egreso oportuno de pacientes vinculados a un plan de atención domiciliaria atendidos en el servicio de urgencias de la IOE.

17.1. Introducción:

La planificación del alta de los pacientes vinculados a un PAD trae ventajas tanto para la institución como para la calidad de vida de los pacientes. Dentro de estas ventajas se encuentran las siguientes: la disminución del porcentaje de reingresos, la disminución de estancias prologadas, el aumento del giro cama, la disminución del riesgo de infección asociada al cuidado de la salud con sus complicaciones derivadas, y el confort brindado al paciente al gozar de la comodidad del hogar y de la compañía de la familia o red de apoyo, favoreciendo la adhesión al tratamiento y una rápida recuperación. Así mismo, se ha reportado menor afectación a nivel psicológico, disminuyendo el riesgo de padecimientos como la depresión o labilidad emocional, entre otros factores favorecedores del estado de salud del paciente, todo esto visto desde el punto de vista del usuario (Campos y Levia 2021).

Teniendo en cuenta lo expuesto, el objetivo del presente trabajo es diseñar un plan de mejora para el egreso oportuno de pacientes vinculados a un plan de atención domiciliaria atendidos en el servicio de urgencias de una institución de salud de cuarto nivel de atención, con el fin de disminuir las estancias prolongadas, aumentar el giro cama, optimizar los recursos hospitalarios y por ende mejorar la calidad del servicio y la calidad de vida de los pacientes y sus familias. A continuación, se utilizará la estrategia planteada por Proaño et al para la elaboración de un plan de mejora, el cual consta de los siguientes pasos: identificación

del área de mejora, detección de las principales causas del problema, identificación del objetivo del plan, priorización del área de mejora y se utilizó la metodología de 5W1H para la adecuada resolución de problemas y el planteamiento de acciones de mejora.

17.2. Identificar el área de mejora

El área de mejora en la que se va a implementar el Plan de mejora es el Programa de Alta Oportuna de la IOE, basado en el análisis de lo identificado en la base de datos del programa de la IOE en el año 2023.

17.3. Detección de las principales causas del problema

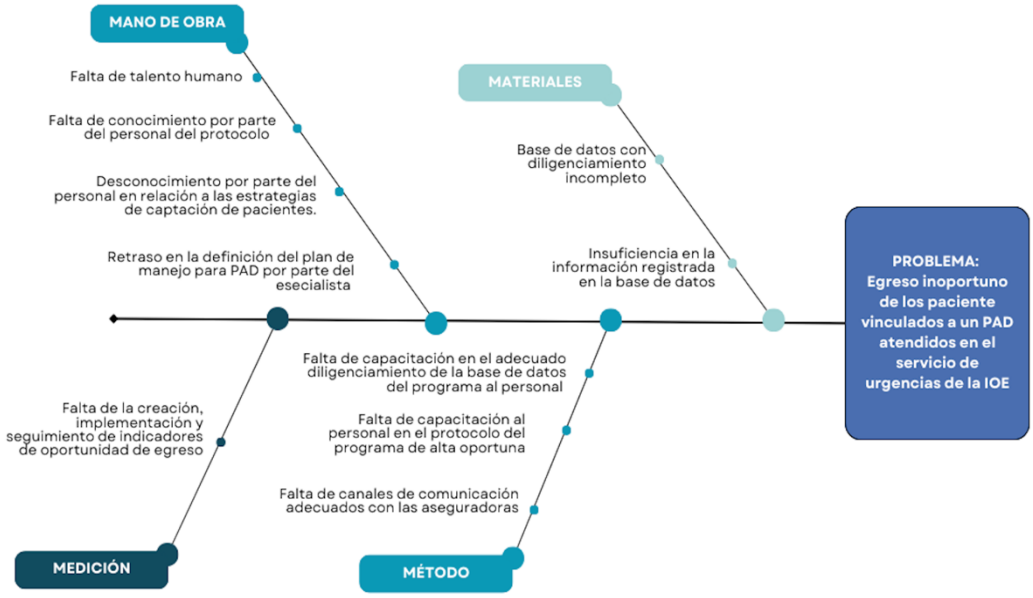
Luego de haber identificado cuál es el área de mejora en la que se va a trabajar, es necesario identificar las posibles causas que afectan esta área de mejora. Para esto, se utilizó el diagrama de Ishikawa como una herramienta para el análisis de causa raíz, para la identificación de los posibles problemas que se evidencian en el Programa de Alta Oportuna de la IOE, basado en el análisis de lo identificado de la base del programa de la IOE en el año 2023. Véase figura 7

17.4. Identificación de objetivos del plan de mejora:

Para el planteamiento del plan de mejora se requiere de la identificación de un objetivo:

- Garantizar el egreso oportuno de pacientes vinculados a un plan de atención domiciliaria atendidos en el servicio de urgencias de la IOE con el fin de disminuir las estancias prolongadas, aumentar el giro cama, optimizar los recursos hospitalarios y por ende mejorar la calidad del servicio y la calidad de vida de los pacientes y sus familias, en un lapso de 6 meses.

Figura 7. *Herramienta de análisis de causa raíz para la identificación de áreas de mejora.*



Fuente: Elaborado por las autoras a partir del análisis de la base de datos de la IOE del 2023

17.5. Priorización de acciones de mejora

A continuación, se presenta la priorización de las oportunidades de mejora identificadas por las autoras, con el fin de identificar el orden en el que se van a trabajar, teniendo en cuenta la dificultad de implementación, el impacto en la organización y el plazo de implantación. Véase la tabla 15.

Tabla 15. *Puntuación de criterios para priorizar las oportunidades de mejora identificadas.*

Oportunidades de mejora / **Criterios**	**Falta de capacitación para el diligenciamiento adecuado de la base de datos con información suficiente y de calidad**	**Personal insuficiente para el buen funcionamiento del programa de alta oportuna de la IOE**	**Falta de capacitación para el manejo del protocolo del programa de alta oportuna de la IOE hacia el personal asistencial**	**Inoportunidad en la definición del plan de manejo por parte de los especialistas de los pacientes candidatos a un PAD en el servicio de urgencias**	**Falta de seguimiento adecuado de los indicadores del programa de alta oportuna**	**Falta de canales de comunicación adecuados con las aseguradoras para un egreso oportuno de paciente vinculados a un PAD**
Dificultad de la implantación	3	2	3	2	2	3
Impacto en la organización	3	3	4	3	3	3
Plazo de implantación	3	2	2	3	1	3
Total	9	7	9	8	6	9

Fuente: Elaborado por las autoras a partir del análisis de la base de datos de la IOE del 2023.

17.6. Acciones de mejora para la intervención de las oportunidades de mejora identificadas

A continuación, se presenta la estrategia elaborada por las autoras a partir de las causas problema identificadas en el diagrama de Ishikawa y priorizadas anteriormente. Se utilizo la técnica de identificar las 5W1H siendo esta una metodología de análisis empresarial que consiste en dar respuesta a seis preguntas: qué (WHAT), por qué (WHY), cuándo (WHEN), dónde (WHERE), quién (WHO) y cómo (HOW). adicionalmente, se plantearon unos indicadores para medir el seguimiento de las actividades de mejora identificadas. Lo anterior, orientado a garantizar el egreso oportuno de paciente vinculados a un PAD atendidos en el servicio de urgencias de la IOE. Véase la tabla 16.

Tabla 16. *Método 5W 1H para las oportunidades de mejora identificadas.*

Oportunidades de mejora a intervenir	5 W					1 H	CONTROL		
	Qué	**Por qué**	**Dónde**	**Quién**	**Cuando**	**Cómo (Acciones de mejora)**	**Indicador (es) para el seguimiento**	**Meta de cumplimiento esperada**	**Obstáculos y/o barreras a superar**
1	Falta de capacitación para el manejo del protocolo del programa de alta oportuna de la IOE hacia el personal asistencial del servicio de urgencias y personal del programa de alta oportuna	Un personal adecuadamente capacitado en el protocolo de alta oportuna de la IOE, puede aplicar las estrategias de captación de pacientes y la identificación de los mismos para generar un egreso oportuno de los pacientes candidatos a un PAD atendidos en el servicio de urgencias vinculados al mismo. Lograr una disminución de las estancias prolongadas, aumentar el giro cama	Servicios de urgencias y el programa de alta oportuna de la IOE	Departamento de talento humano: Coordinador de formación. Departamento del programa de alta oportuna: coordinadora del programa de alta oportuna	La primera semana de cada mes se debe realizar una capacitación al nuevo personal del equipo de alta oportuna y de urgencias, así como una capacitación a los colaboradores antiguos cada 6 meses	Programar capacitaciones para el personal asistencial del servicio de urgencias y del equipo de alta oportuna para el manejo del protocolo. Enfatizar dentro de la capacitación del protocolo, la importancia de las estrategias de captación de pacientes y tener en cuenta la infección de vías urinarias como la enfermedad más prevalente en los paciente candidatos a un PAD. Se realizará por medio de juegos de Roles.	Eficacia: # asistentes a la capacitación del protocolo del programa de alta oportuna de la IOE del personal del servicio de urgencias y de alta oportuna/ # Total de personal asistencial del servicio de urgencias y del programa de alta oportuna de la IOE X 100	Lograr el 95% de capacitación del personal asistencial del servicio de urgencias y del programa de alta oportuna.	Falta de compromiso por parte del personal asistencial del servicio de urgencias y del programa de alta oportuna para la aplicación del protocolo. Inadecuadas estrategias para la citación del personal a las capacitaciones

Oportunidades de mejora a intervenir	5 W					1 H	CONTROL		
	Qué	Por qué	Dónde	Quién	Cuando	Cómo (Acciones de mejora)	Indicador (es) para el seguimiento	Meta de cumplimiento esperada	Obstáculos y/o barreras a superar
		intrahospitalariamente, optimizar los recursos hospitalarios y mejorar la calidad del servicio y la calidad de vida de los pacientes y sus familias, en un lapso de 6 meses.							
2	Falta de capacitación para el diligenciamiento adecuado de la base de datos con información suficiente y de calidad del programa de alta oportuna de la IOE	Es importante que el personal encargado del diligenciamiento de la base de datos lo haga de manera adecuada, puesto que esta base de datos es útil para realizar el seguimiento de los indicadores del programa y el seguimiento de los problemas	En el programa de alta oportuna de la IOE	Departamento de alta oportuna: Coordinadora del programa de alta oportuna	Siempre que ingrese nuevo personal al programa de alta oportuna y realizar una capacitación semestral para revisar las posibles fallas en el diligenciamiento de la base de datos.	Programar de manera periódica una capacitación al personal del programa de alta oportuna de la IOE para el adecuado diligenciamiento de la base de datos. Se realizará por medio de juegos de Roles Incluir dentro de los datos que se diligencian el motivo por el cual el paciente rechaza la	Eficiencia: # meses diligenciados de manera adecuada de la base de datos del programa de alta oportuna/ Total de meses diligenciados en la base de datos del programa de alta oportuna x100	Lograr el adecuado diligenciamiento de la base de datos del programa de alta oportuna en un 100%	Falta de compromiso por el personal para recibir la capacitación para el adecuado diligenciamiento de la base de datos del programa de alta oportuna de la IOE. No contar con la infraestructura necesaria para el adecuado diligenciamiento de la base de datos del programa de alta oportuna de la IOE.

Oportunidades de mejora a intervenir	5 W					1 H	CONTROL		
	Qué	Por qué	Dónde	Quién	Cuando	Cómo (Acciones de mejora)	Indicador (es) para el seguimiento	Meta de cumplimiento esperada	Obstáculos y/o barreras a superar
		que se puedan identificar. El adecuado diligenciamiento de la base de datos garantiza una mejor planificación y optimización de recursos. todo paciente que presente deterioro clínico no es considerado candidato a un PAD				vinculación a un PAD. Eliminar de la base de datos el deterioro clínico del paciente como una causa de no egreso oportuno.			
3	Falta de canales de comunicación adecuados con las aseguradoras para un egreso oportuno de pacientes vinculados a un PAD	Contar con canales de comunicación adecuados con las aseguradoras ayuda a optimizar el tiempo de espera para lograr un egreso oportuno de los pacientes que	El área comercial y referencia y contrarreferencia de la IOE	Gestores del área comercial y líder de referencia y contrarreferencia de la IOE	Plazo de un mes una vez se implemente el plan de mejora.	Agendar una reunión con las aseguradoras para establecer cuáles son los canales de comunicación adecuados para la gestión de los tramites de pacientes candidatos a un PAD y así garantizar que	Efectividad: # de comunicaciones efectivas con las aseguradoras para un egreso oportuno de pacientes en un mes / total de comunicaciones realizadas en un mes X100	Lograr el 98% de comunicaciones efectivas con las aseguradoras para el egreso oportuno de pacientes vinculados a un PAD	No tener claras las expectativas de respuesta o comunicación por parte de las aseguradoras puede complicar la evaluación de la efectividad. La falta de formación del personal del PAD sobre cómo utilizar adecuadamente los

Oportunidades de mejora a intervenir	5 W					1 H	CONTROL		
	Qué	**Por qué**	**Dónde**	**Quién**	**Cuando**	**Cómo (Acciones de mejora)**	**Indicador (es) para el seguimiento**	**Meta de cumplimiento esperada**	**Obstáculos y/o barreras a superar**
		son candidatos a un PAD vinculados al mismo. Establecer canales de comunicación adecuados con las aseguradoras permite una adecuada gestión de los tramites de los paciente candidatos a un PAD.				egresen oportunamente.			canales de comunicación. La falta de interés o tiempo de los empleados para participar en encuestas de satisfacción puede resultar en datos insuficientes. Las diferencias en los procesos de cada aseguradora pueden dificultar la comparación y el análisis de la efectividad.
4	Inoportunidad en la definición del plan de manejo por parte de los especialistas de los pacientes candidatos a un PAD en el servicio de urgencias	Cuando los especialistas definen de manera oportuna el plan de manejo de los paciente candidatos a un PAD del servicio de urgencias, se logra disminuir los tiempos de estancia, optimización de	En las reuniones mensuales de los diferentes grupos de especialistas .	El coordinador de cada especialidad junto con la coordinadora del programa de alta oportuna	Plazo de un mes una vez se implemente el plan de mejora, y posterior a esto cada 6 meses hasta lograr el objetivo.	Durante las reuniones mensuales de cada grupo de especialistas, realizar una intervención para recordar la importancia de definir oportunamente el plan de manejo de los pacientes	Oportunidad: # de planes de manejo definidos oportunamente en las primeras 48 horas por los especialistas de los pacientes candidatos a un PAD en el servicio de urgencias /	Lograr el 95% de planes de manejo definidos oportunamente por los especialistas a los pacientes candidatos a un PAD en el servicio de urgencias	Resistencia por parte de los especialistas para adoptar nuevas prácticas o herramientas que faciliten la definición del plan. La falta de comunicación entre las diferentes especialidades y el personal del PAD acerca de la importancia de la

Oportunidades de mejora a intervenir	5 W					1 H	CONTROL		
	Qué	Por qué	Dónde	Quién	Cuando	Cómo (Acciones de mejora)	Indicador (es) para el seguimiento	Meta de cumplimiento esperada	Obstáculos y/o barreras a superar
		recursos hospitalarios, disminución de las posibles complicaciones relacionadas con las estancias hospitalarias prolongadas, aumento de giro cama y mejoras en la calidad de la atención. La definición de un plan de manejo oportuno por parte de los especialistas hace referencia que cuando el personal del programa de alta oportuna valora el paciente, este ya cuente con un manejo establecido y cumpla los criterios para vincularlo a un PAD.				candidatos a un PAD.	Total de planes definidos por los especialistas X100		definición oportuna del PAD de los pacientes candidatos.

Oportunidades de mejora a intervenir	5 W					1 H	CONTROL		
	Qué	**Por qué**	**Dónde**	**Quién**	**Cuando**	**Cómo (Acciones de mejora)**	**Indicador (es) para el seguimiento**	**Meta de cumplimiento esperada**	**Obstáculos y/o barreras a superar**
5	Personal insuficiente para el buen funcionamiento del programa de alta oportuna de la IOE	Al contar con el personal suficiente dentro del programa de alta oportuna, se puede gestionar de manera adecuada el egreso oportuno de los pacientes candidatos a un PAD del servicio de urgencias.	Departamento de talento humano y programa de alta oportuna	Departamento de talento humano: Contratación Departamento de alta oportuna: coordinadora del programa de alta oportuna.	Cada 6 meses	Evaluar la sobrecarga laboral que tiene el personal asistencial del programa y reportar al departamento de talento humano el requerimiento de más personal asistencial para un adecuado funcionamiento del programa de alta oportuna.	Suficiencia: #Total de pacientes candidatos a un PAD valorados antes de las 48 horas de estancia en urgencias al mes /Total de pacientes candidatos a un PAD al mes x100	Lograr que el 95 % de los pacientes candidatos a un PAD sean valorados por los médicos del programa de alta oportuna antes de las 48 horas de estancia en urgencias.	Contar con la cantidad de personal asistencial necesarios para cubrir la atención oportuna de esta población
6	Falta de seguimiento adecuado de los indicadores del programa de alta oportuna	Con el seguimiento adecuado de los indicadores se puede detectar tempranamente las posibles fallas y así realizar una implementación de acciones de mejora oportunas.	Programa de alta oportuna	Departamento de alta oportuna: Coordinadora del programa. Departamento de calidad: auditor clínico.	Mensual	Revisar que se esté realizando un adecuado seguimiento de los indicadores del programa de alta oportuna en las reuniones que se realizan con la coordinadora del programa.	Seguridad: # de indicadores con seguimiento mensual del programa de alta oportuna / Total de indicadores del programa de alta oportuna. X 100	Meta de cumplimiento 95% Lograr detectar posibles fallas y una mejora continua en el programa de alta oportuna a partir del seguimiento adecuado de los indicadores.	Recolección adecuada y base de datos para el seguimiento de los incitadores del programa de alta oportuna

Oportunidades de mejora a intervenir	5 W					1 H	CONTROL		
	Qué	**Por qué**	**Dónde**	**Quién**	**Cuando**	**Cómo (Acciones de mejora)**	**Indicador (es) para el seguimiento**	**Meta de cumplimiento esperada**	**Obstáculos y/o barreras a superar**
7	Falta de indicadores que midan la efectividad de la implementación del PAD en la IOE	Al tener esta métrica dentro del seguimiento al PAD, permitirá medir el impacto que tiene el programa respecto a la optimización de los recursos y disponibilidad de camas en el servicio de hospitalización	En el programa de alta oportuna de la IOE	Equipos responsables de la gestión y ejecución del PAD en la IOE.	Mensual	Utilizando sistemas digitales para la recolección y análisis de datos de manera diaria e integrando un equipo multidisciplinario para definir y monitorear los indicadores por medio de la socialización semanal de la importancia de obtener la información pertinente	Efectividad: # pacientes con orden de hospitalización que egresan desde urgencias vinculados a un PAD / Total de pacientes con orden de hospitalización. X100	Meta de cumplimiento 90-95%. Esto refleja un sistema eficiente y bien implementado donde casi todos los pacientes elegibles para el PAD son vinculados antes del ingreso al servicio de hospitalización	Recolección adecuada y base de datos para el seguimiento de los indicadores del programa de alta oportuna
8	Falta de seguimiento de los reingresos de paciente egresados vinculados a un PAD	El reingreso de paciente vinculados a un PAD al servicio de urgencias puede estar asicado a un alta precoz o no pertinente aumentando los riesgos de complicaciones evitables.	Programa de alta oportuna	Departamento de alta oportuna: Coordinadora del programa. Medico General del Programa de Alta Oportuna Departamento de calidad: auditor clínico.	Mensual	Desarrollar un indicador para el seguimiento de los reingresos de pacientes egresados vinculados a un PAD con el fin detectar egresos no pertinentes, alta precoz y complicaciones evitables en estos pacientes.	Efectividad # pacientes que reingresan al servicio de urgencias de la IOE que fueron egresados vinculados a un PAD en un mes / Total de pacientes egresados vinculados a un PAD desde el servicio de	Meta de cumplimiento > 95%. Todos los pacientes que egresan vinculados a un PAD deben cumplir con todos los criterios de hospitalización domiciliar que respalden la	Identificación oportuna de los reingresos e implementación y seguimiento mensual del indicador diseñado

Oportunidades de mejora a intervenir	5 W					1 H	CONTROL		
	Qué	Por qué	Dónde	Quién	Cuando	Cómo (Acciones de mejora)	Indicador (es) para el seguimiento	Meta de cumplimiento esperada	Obstáculos y/o barreras a superar
							urgencias en un mes	decisión de dicha conducta	

Fuente: Elaborado por las autoras en septiembre-Octubre del 2024, a partir del análisis de la base de datos de la IOE del 2023.

Profundizando en el cómo (How) de esta estrategia se utilizó el diagrama de Ishikawa siendo este una herramienta que permite analizar la causa problema que interviene en la calidad de un servicio (Burgasí et al. 2021), seguido de la priorización las acciones de mejora con el fin de identificar el orden en el que se van a trabajar, teniendo en cuenta la dificultad de implementación, el impacto en la organización y el plazo de implantación (Aneca, 2021) y por último diseñar la matriz 5W1H donde se identificaron las acciones de mejora las cuáles serán presentadas a la alta gerencia y coordinación del Programa De Alta Oportuna para evaluar la posibilidad de implementar el plan de mejora:

Acciones de mejora:

- Programar capacitaciones para el personal asistencial del servicio de urgencias y del equipo de alta oportuna para el manejo del protocolo.
- Recalcar dentro de la capacitación del protocolo, la importancia de las estrategias de captación de pacientes y tener en cuenta la infección de vías urinarias como la enfermedad más prevalente en los paciente candidatos a un PAD.
- Programar de manera periódica una capacitación al personal del programa de alta oportuna de la IOE para el adecuado diligenciamiento de la base de datos.
- Incluir dentro de los datos que se diligencian el motivo por el cual el paciente rechaza la vinculación a un PAD.
- Eliminar de la base de datos el deterioro clínico del paciente como una causa de no egreso oportuno.

- Agendar una reunión con las aseguradoras para establecer cuáles son los canales de comunicación adecuados para la gestión de los trámites de pacientes candidatos a un PAD y así asegurar su egreso oportuno.
- Durante las reuniones mensuales de cada grupo de especialistas, realizar una intervención para recordar la importancia de definir oportunamente el plan de manejo de los pacientes candidatos a un PAD.
- Evaluar la sobrecarga laboral que tiene el personal asistencial del programa y reportar al departamento de talento humano el requerimiento de más personal asistencial para un adecuado funcionamiento del programa de alta oportuna.
- Revisar que se esté realizando un adecuado seguimiento de los indicadores del programa de alta oportuna en las reuniones que se realizan con la coordinadora del programa.
- Adicionalmente, evaluar la posibilidad de medir la oportunidad en la atención del programa de alta oportuna en casa uno de los pasos del proceso, para que así mismo se puedan optimizar los tiempos de atención que dependen netamente de la IOE y evaluar mediante un ciclo PHVA la mejora de los mismos.

18. Herramienta para el diseño, análisis, control y seguimiento de un plan de acción y de mejoramiento

(Documento Anexo)

Bibliografía

Acuña López, L. Acuña Osorio, E. Castaño Herrera, S. Herrera Ariza, J. Valdés Rubiano, L. (2016) *Plan de acción para mejorar el programa de egresos oportunos en el Hospital de San José en lo relacionado con el personal médico*. [Tesis de especialización, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud de Colombia] https://repositorio.fucsalud.edu.co/server/api/core/bitstreams/256e4a3b-fb8c-4f11-aadc-6b52e78f20b4/content

Agencia nacional de evaluación de la calidad y acreditación [ANECA] (2021). *Guía para la elaboración de un plan de mejoras* [Archivo PDF]. https://www.unirioja.es/servicios/opp/acr/doc/GPlanMejoraD-v1.0-2021-02.pdf

Álvarez Galvis, S. Escobar Sánchez, S. Ochoa León, L. *Estancia prolongada en hospitalización, descripción en literatura y análisis para su manejo.* [Tesis de especialización, Universidad CES de Colombia]. https://repository.ces.edu.co/bitstreamhandle10946/5019/1128264789_2020.pdf;jsessionid=3B9A81021833899627E064E3EED606EC?sequence=1

Baharoon, S., Almodaimeg, H., Al Watban, H., Al Jahdali, H., Alenazi, T., Al Sayyari, A., Al Dawood, A., Al-Sultan, M., & Al Safi, E. (2011). Home intravenous antibiotics in a tertiary care hospital in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, *31*(5), 457–461. https://doi.org/10.4103/0256-4947.84621

Batlle, A., Aldemira, A., Agúndez, B., Cabrera, I., Esquerdo, E., López, S., Achotegui, A., Villalón, C., & de Sevilla, M. F. (2023). La hospitalización domiciliaria del paciente agudo: un nuevo enfoque de cuidados. *Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003)*, *99*(5), 329–334. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.08.002

Budinich, M. Y Sastre, J. (2020) Planificación del alta. *Revista médica clínica las condes, 31(1) 76-84* https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019301129

Cabeza, E. González, G. Narváez, M. & Pantoja, E. (2016). A*tributos de la calidad en la atención integral a pacientes domiciliarios de la ips san miguel s.a.s. del municipio de pasto en el primer semestre del 2016*. Tesis de especialización en auditoria en salud, universidad mariana convenio universidad CES Medellin https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/611/Autorizacion.pdf;jsessionid=2594910CB4124F0E9AAB13E3DB79D0CE?sequence=1

Campos, M. Leiva, C. *Orientación Técnica de hospitalización domiciliaria* [Archivo PDF] https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2021/05/Orientacion-Tecnica-de-Hospitalizacion-Domiciliaria-abril-2021.pdf

Ceballos, T. Velásquez, P. Jaén, J (2014) Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. [Archivo PDF]. http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a17.pdf

Coffey, A., Leahy-Warren, P., Savage, E., Hegarty, J., Cornally, N., Day, M. R., Sahm, L., O'Connor, K., O'Doherty, J., Liew, A., Sezgin, D., & O'Caoimh, R. (2019). Interventions

to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (re)admission: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(14), 2457. https://doi.org/10.3390/ijerph16142457

Consejo de Europa (2014). Guía para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida. Departamento de producción de documentos y Publicaciones (SPDP). https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FdV%20esp.pdf

Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 48. Julio 7 de 1991. 2da Ed. Legis

Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 49. Julio 7 de 1991. 2da Ed. Legis

Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 365. Julio 7 de 1991. 2da Ed. Legis

Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). *Ley 100 de 199*3. Código civil de la República de Colombia. Secretaria Senado. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_01 00_1993.html

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015*. Bogotá. https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201751%20de%202015.pd

Congreso de la República de Colombia. (2007, 9 de enero). *Ley 1122 de 2007*. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf?ID=2519.

Constitución política de Colombia. *Que es la constitución política*. https://www.constitucioncolombia.com/historia.php

Cotta, R. M. M., Suárez-Varela, M. M., Llopis González, A., Cotta Filho, J. S., Real, E. R., & Ricós, J. A. D. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista panamericana de salud pública [Pan American journal of public health]*, *10*(1), 45–55. https://doi.org/10.1590/s1020-49892001000700007

DANE. (2023). *Comunicado de prensa Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2022*(Gobierno nacional de colombia, Ed.). https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2022/comunicado_ECV_2022.pdf

Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 03 de abril de 2006. Colombia

Enciclopedia significados, (20 de febrero de 2015). *Significado de criterio.* https://www.significados.com/criterio/

Jiménez, S. Aguiló, S. Gil, V. Antolín, A. Prieto, S. Bragueta, E. Coll-Vicent, B. Miro, O. Sánchez, M. (2010) Los principales factores psicosociales determínale la aceptación de la hospitalización a domicilio desde el servicio de urgencias. [Archivo PDF]. https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v24n4/original5.pdf

López Eguiza, P. (2020) *Plan de alta de enfermería en una institución pública de atención hospitalaria en salud* [Tesis de especialidad, Universidad autónoma del estado de Morelos de México].

http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/2720/LOEPGR07T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 23 de diciembre de 1993. D.O. No. 41.148.

Martínez Ramos, M. (2014) *Evolución y mejora del proceso de alta hospitalaria* [Tesis de doctorado, Universidad de Alicante de España]. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/36417/1/tesis_maria_martinez_ramos.pdf

Ministerio de salud y protección social. (15 de marzo de 2024). *Minsalud, donde nacen las políticas*.https://ciudadanos.sectorsalud.gov.co/ciudadanos/sectorsalud/Paginas/Ministerio-de-Salud-y-Protección-Social.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0003100 de 2019. 2019;230. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3100 de 2019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014). *Decreto 903 de 2014*. Por medio del cual se ajusta el Sistema Único de Acreditación en Salud, entendido como un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud Bogotá D.C. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=57358

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014). *Resolución 2366 de 2023*. Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados

con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=153279.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2011). *Ley 1438 de 2011*. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Muñoz C. Resolución 3100 de 2019, nueva habilitación de servicios de salud y REPS [Internet]. 2019. Available from: https://consultorsalud.com/resolucion-3100- de-2019-nueva-habilitacion-de-servicios-de-salud-y-reps

Nagata, S., Tomura, H., & Murashima, S. (2012). Expansion of discharge planning system in Japan: Comparison of results of a nationwide survey between 2001 and 2010. *BMC Health Services Research*, *12*(1), 237. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-237

Naranjo, M. (2006) Evaluación de programas de salud. *Revista Scielo*, 4(2) http://ve.scielo.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S169032932006000200005#:~:text=Un%20Programa%20de%20salud%20consiste,diseñar%20un%20programa%20de%20salud.

López Gil, M.J. Orueta Sánchez R. Gómez Calor S. Sánchez Oropesa A. Carmona De la Morena J. Alonso moreno F. (2009). El rol de cuidado de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Revista Scielo, 2(7)

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004

Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria y Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria [OCAD, ACISD] (2021). *Estado actual de la atención domiciliaria en Colombia*, https://ocad.acisd.com.co/wp_content/uploads/2021/08/Informe-OCAD.pdf

Proaño, D. Gisbert, V. Pérez, E. (2017) *Metodología para elaborar un plan de mejora continua* [Archivo PDF] https://3ciencias.com/wp-content/uploads/2018/01/art_6.pdf

Resolución número 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 08 de mayo de 2006. Colombia

Rodríguez-Trujillo, V., & Ceballos, Y. F. (2020). Análisis de la variación de los usuarios en entidades de medicina prepagada en Colombia – Caso de estudio. *AiBi Revista de Investigación, Administración e Ingeniería*, *8*(1), 124–130. https://doi.org/10.15649/2346030x.774

Ruiz Mejía, L.V. Begambre pestana, A.C. (2024). Barreras de acceso en salud para la atención domiciliaria de pacientes con enfermedad crónica. [Tesis de especialización, Universidad de Córdoba de Colombia]. https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/4a3ca562-5160-4f67-849f-f42b974f2e8a/content

Sanatorio Allende. Especialistas en el cuidado de la vida (29 de octubre de 2020). *Alta hospitalaria: del sanatorio a casa*. https://www.sanatorioallende.com/notas/alta-hospitalaria-del-sanatorio-a-casa/

Trias. M, González P, Fajardo S, Flores L (2009) La 5W+H y el ciclo de mejora en la gestión de procesos https://catalogo.latu.org.uy/opac_css/doc_num.phpexplnum_id=407#:~:text=La%205W%2BH%20es%20una,)%20y%20cómo%20(HOW).

Universitas Miguel Hernández [MH] (2010). *Procedimiento para el diseño y seguimiento de los planes de mejora* [Archivo PDF]. https://calidad.umh.es/files/2010/11/PLANES-DE-MEJORA.pdf

Vargas Bermúdez, Z y Fernández Coto, R. (2011). Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Revista electrónica enfermería actual en costa rica*, 21, pág. 18. https://www.redalyc.org/pdf/448/44821176005.pdf

Victor, C. R., Healy, J., Thomas, A., & Seargeant, J. (2000). Older patients and delayed discharge from hospital: Older patients and delayed discharge from hospital. *Health & Social Care in the Community*, *8*(6), 443–452. https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2000.00270.x

Zapata Gómez, L.J. Restrepo Hernández, Y (2019). Factores asociados a las estancias hospitalarias prolongadas no justificadas de pacientes mayores de 18 años en una institución de III nivel de complejidad en el municipio de Rionegro. [tesis de pregrado, Universidad CES de Colombia].

https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4692/factores;jsessionid=5C3255DC0A8344DF958B590EFF667003?sequence=2

Anexos

Anexo 1. *Matriz de recolección de información de las causas por las cuales el paciente que es candidato a un plan de atención domiciliaria no egresa vinculado al mismo.*

Tipo de Causa	Variables	Numero de pacientes
Relacionadas con el paciente	Falta de cuidador idóneo	
	Demora por la familia	
	Limitación geográfica	
	Rechaza phd	
	Mejoría clínica	
	Deterioro clínico	
TOTAL		
Relacionadas con la aseguradora	Demora de la aseguradora	
	Falta de convenio	
	Rechazo por la aseguradora	
TOTAL		
Relacionadas con la IOE	por el especialista	
	egreso	
TOTAL		

Office on the web Frame

***Fuente**: las autoras, mayo 2024*

Anexo 2. *Matriz de recolección de información que caracteriza las causas por las cuales los pacientes candidatos al plan de atención domiciliaria no egresan vinculados al programa de hospitalización domiciliaria*

Nombre de la Característica	Variables	Numero de pacientes	NO EGRESADOS
Vinculación al PhD según la aseguradora	Prepagada/póliza		
	EPS		
TOTAL			
Vinculación al plan de atención domiciliaria según el grupo etario	Juventud (18-26)		
	Adultez (27-59)		
	Vejez (≥ 60)		
TOTAL			

***Fuente**: las autoras, mayo 2024*

Anexo 3. *Matriz de recolección de información de las enfermedades que evidencian una mayor vinculación al plan de atención domiciliaria de la IOE*

Nombre de la Enfermedad	Numero de pacientes	NO EGRESADOS
Infección de vías urinarias		
Prostatitis		
Celulitis		
Neumonía		
TOTAL		

***Fuente**: las autoras, mayo 2024*