

**PROYECTO SOBRE EL MEJORAMIENTO DEL PROCESO HOSPITALARIO DE  
ASIGNACIÓN DE CAMAS Y DESINFECCIÓN**

Alexandra Ronco Gámez

Trabajo de Grado

**Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario**

**Facultad de Administración de Empresas**

Agosto 2011

**PROYECTO SOBRE EL MEJORAMIENTO DEL PROCESO HOSPITALARIO DE  
ASIGNACIÓN DE CAMAS Y DESINFECCIÓN**

Alexandra Ronco Gámez

Trabajo de Grado

Tutor: Andrés Felipe Santos

**Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario**

**Facultad de Administración de Empresas**

Agosto 2011

A mis padres, quienes han sido fuente de energía e inspiración en mi vida.

Gracias. Los amo con todo mi corazón.

## TABLA DE CONTENIDO

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUCCIÓN .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>2</b> | <b>SITUACIÓN ACTUAL .....</b>  | <b>17</b> |
| 2.1      | Proceso de agilización de disponibilidad de camas.....   | 17        |
| 2.1.1    | Proceso de verificación del estado diario de habitaciones: .....   | 17        |
| 2.1.2    | Órdenes de salida firmadas por el médico: .....  | 17        |
| 2.1.3    | Proceso y tiempos de desinfección de habitaciones: .....   | 18        |
| 2.1.4    | Supervisión de las habitaciones listas: .....  | 20        |
| 2.1.5    | Proceso de informe del estado de las habitaciones: .....   | 21        |
| 2.1.6    | Proceso de salida del paciente y participación de la Oficina de Acogida al Usuario: .....  | 21        |
| 2.2      | Proceso de asignación y disponibilidad de camas.....   | 23        |
| 2.2.1    | Actividades realizadas por el Auxiliar de Admisiones:.....   | 23        |
| 2.2.2    | Tiempos entre la solicitud de camas por parte de Admisiones y el ingreso del paciente a la habitación: .....   | 25        |
| 2.2.3    | Comunicación entre las diferentes áreas para el traslado de pacientes:<br>26   |           |
| 2.2.4    | Tiempo entre la información dada por Admisiones de disponibilidad de camas para el traslado de pacientes de Unidades y la hora en que se realiza el traslado:..... | 26        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 2.2.5    | Tiempos entre la hora en que Urgencias informa del traslado del paciente a piso y la hora real del traslado: ..... | 27        |
| 2.3      | Proceso de alistamiento de la cuenta .....   | 28        |
| 2.3.1    | Actividades para el cierre de la cuenta:.....  | 28        |
| 2.4      | Diagramas de Flujo de Procesos.....  | 30        |
| 2.4.1    | Entrada de pacientes a la Clínica.....   | 30        |
| 2.4.2    | Salida de pacientes a la Clínica .....   | 32        |
| 2.4.3    | Aseo .....   | 34        |
| <b>3</b> | <b>DIAGNÓSTICO SITUACIÓN ACTUAL.....</b>   | <b>36</b> |
| 3.1      | Proceso de agilización de disponibilidad de camas.....   | 36        |
| 3.1.1    | Verificación del estado diario de las habitaciones: .....  | 36        |
| 3.1.2    | Tiempo de desinfección de habitaciones: .....  | 37        |
| 3.2      | Proceso de asignación y disponibilidad de camas.....   | 37        |
| 3.2.1    | Tiempos de supervisión de habitaciones listas: .....   | 37        |
| 3.2.2    | Proceso de comunicación para informe del estado de habitaciones: .....   | 38        |
| 3.2.3    | Tiempo de traslado de pacientes de Cuidados Intensivos: .....  | 38        |
| 3.3      | Proceso de alistamiento de la cuenta .....   | 38        |
| 3.3.1    | Proceso de salida del paciente y participación de la oficina de acogida al usuario:.....                           | 38        |
| <b>4</b> | <b>SITUACIÓN PROPUESTA .....</b>   | <b>40</b> |
| 4.1      | Proceso de agilización de disponibilidad de camas.....   | 40        |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 4.1.1 | Proceso de verificación del estado diario de habitaciones: .....   | 40 |
| 4.1.2 | Órdenes de salida firmadas por el médico: .....  | 42 |
| 4.1.3 | Proceso y tiempos de desinfección de habitaciones: .....   | 43 |
| 4.1.4 | Supervisión de las habitaciones listas: .....  | 67 |
| 4.1.5 | Proceso de informe del estado de las habitaciones: .....   | 69 |
| 4.1.6 | Proceso de salida del paciente y participación de la Oficina de Acogida al Usuario: .....  | 69 |
| 4.2   | Proceso de asignación y disponibilidad de camas.....   | 72 |
| 4.2.1 | Asignación de cama en la unidad de cuidado intensivo y/o intermedio:<br>72   |    |
| 4.2.2 | Asignación de camas del piso en el siguiente orden:.....   | 73 |
| 4.2.3 | Asignación de camas para convenios: .....  | 74 |
| 4.2.4 | Actividades realizadas por el Auxiliar de Admisiones:.....   | 77 |
| 4.2.5 | Comunicación entre las diferentes áreas para el traslado de pacientes:<br>79   |    |
| 4.2.6 | Tiempo entre la información dada por Admisiones de disponibilidad de camas para el traslado de pacientes de Unidades y la hora en que se realiza el traslado:..... | 80 |
| 4.2.7 | Tiempos entre la hora en que Urgencias informa del traslado del paciente a piso y la hora real del traslado: .....   | 81 |
| 4.3   | Proceso de alistamiento de la cuenta .....   | 82 |
| 4.3.1 | Actividades para el cierre de la cuenta:.....  | 82 |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 4.4      | Diagramas de Flujo de Procesos.....  | 86        |
| 4.4.1    | Entrada de pacientes a la Clínica.....   | 86        |
| 4.4.2    | Salida de pacientes a la Clínica .....   | 89        |
| 4.4.3    | Aseo.....  | 92        |
| <b>5</b> | <b>CONCLUSIONES .....</b>  | <b>95</b> |
| 5.1      | Verificación del estado diario de las habitaciones: .....                                | 95        |
| 5.2      | Tiempo de desinfección de habitaciones:.....   | 96        |
| 5.3      | Tiempos de supervisión de habitaciones listas:.....                                      | 96        |
| 5.4      | Proceso de comunicación para informar el estado de las habitaciones: ..                  | 97        |
| 5.5      | Tiempo de traslado de pacientes de Cuidados Intensivos:.....                             | 97        |
| 5.6      | Proceso de salida del paciente y participación de la oficina de acogida al usuario:..... | 97        |
| 5.7      | De infraestructura y dotación:.....  | 98        |
| 5.8      | De procesos:.....  | 99        |
| 5.8.1    | Relacionados con admisiones:.....  | 99        |
| 5.8.2    | Relacionado con aspectos asistenciales:.....   | 99        |
| 5.8.3    | Relacionado con recursos físicos:.....   | 100       |
| 5.8.4    | Relacionado con servicios generales:.....  | 101       |
| 5.8.5    | Relacionado con acogida al usuario:.....   | 101       |
| 5.8.6    | Relacionado con aspectos organizacionales: .....   | 102       |
| 5.9      | De tipo tecnológico: .....   | 102       |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 5.10     | De recurso humano: .....   | 102        |
| <b>6</b> | <b>RECOMENDACIONES .....</b>   | <b>104</b> |
| <b>7</b> | <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>  | <b>105</b> |
| <b>8</b> | <b>ANEXOS .....</b>  | <b>107</b> |
| 8.1      | ANEXO 1: Cronograma de actividades para los operarios de aseo. ....  | 107        |
| 8.1.1    | Esterilización y ambulatorios:.....  | 107        |
| 8.1.2    | Operaria varios y vestieres:.....  | 109        |
| 8.1.3    | Pisos: .....   | 112        |
| 8.1.4    | Salas de CX: .....   | 115        |
| 8.1.5    | Unidades: .....  | 116        |
| 8.1.6    | Desinfección habitaciones:.....  | 118        |
| 8.2      | ANEXO 2: Costo comparativo del servicio de aseo outsourcing vs. Costo de la clínica tomando a veinte operarios como muestra..... | 120        |

## LISTAS ESPECIALES

|  |     |
|--|-----|
| Ilustración 1: Situación actual: Entrada de pacientes.....       | 30  |
| Ilustración 2: Entrada de pacientes.....                         | 31  |
| Ilustración 3: Situación actual: Salida de pacientes .....       | 32  |
| Ilustración 4: Salida de pacientes .....                         | 33  |
| Ilustración 5: Situación actual: Aseo .....                      | 34  |
| Ilustración 6: Desinfección de habitaciones .....                | 35  |
| Ilustración 7: Situación propuesta: Entrada de pacientes .....   | 86  |
| Ilustración 8: Situación actual entrada pacientes .....          | 87  |
| Ilustración 9: Entrada de pacientes.....                         | 87  |
| Ilustración 10: Situación propuesta: Salida de pacientes.....    | 89  |
| Ilustración 11: Situación actual salida pacientes.....           | 90  |
| Ilustración 12: Salida de pacientes .....                        | 90  |
| Ilustración 13: Situación propuesta: Aseo.....                   | 92  |
| Ilustración 14: Situación actual desinfección habitaciones ..... | 93  |
| Ilustración 15: Desinfección de habitaciones .....               | 93  |
| <br>   |     |
| Tabla 1: Esterilización y ambulatorios.....                      | 108 |
| Tabla 2: Operario varios y vestieres .....                       | 111 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 3: Pisos .....                               | 114 |
| Tabla 4: Salas de CX .....                         | 116 |
| Tabla 5: Unidades .....                            | 118 |
| Tabla 6: Desinfección habitaciones .....           | 119 |
| Tabla 7: Comparativo costos outsourcing aseo ..... | 134 |

## GLOSARIO

**A.R.P.:** Administradora de Riesgos Profesionales. Las A.R.P. son entidades aseguradoras, ya sean privadas o públicas, que cubren accidentes o dolencias sufridas por los empleados durante el desarrollo de sus actividades laborales.

**Doppler:** El Doppler es la ecografía realizada por ultrasonido.

**Epicrisis:** Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización.

**E.P.S.:** Entidad Promotora de Salud. Al igual que las A.R.P., las E.P.S. no prestan en sí los servicios de salud, pero deben que estos sean facilitados a la población.

**ESAC:** Así se denomina el sistema de evaluación de calidad interno implementado por la Clínica en evaluación.

**Hipoclorito:** El hipoclorito de sodio es un producto químico, usado frecuentemente en hogares y comúnmente denominado cloro.

**I.P.S:** Institución Prestadora de Salud. Una I.P.S. presta directamente el servicio de salud con los recursos necesarios para curar y prevenir enfermedades. Son las clínicas, hospitales, laboratorios, entre otras.

**Ppm:** Partes por millón, es una unidad de medida de concentración. Se refiere a la cantidad de unidades de una sustancia que hay por cada millón de unidades del conjunto.

**Reclinomatic:** De esta manera se denomina a las sillas reclinables, ya sean para uso en hospitales o uso doméstico.

**T.A.C.:** Tomografía Axial Computarizada, procedimiento médico que se realiza a pacientes con medicina nuclear para medir la actividad metabólica de las células.

## RESUMEN

El siguiente trabajo de grado tiene como propósito principal analizar los procesos realizados en Clínicas y Hospitales con respecto a la asignación de habitaciones para pacientes ingresando a estas instituciones médicas y con respecto a los procesos de desinfección y aseo que se llevan a cabo ahí mismo.

El proyecto de mejoramiento del proceso hospitalario de asignación de camas y desinfección se basó en una auditoría realizada por los autores del mismo a la Clínica Nueva en la ciudad de Bogotá durante el primer semestre del año en curso. El trabajo se divide en cuatro partes: situación actual, diagnóstico, situación propuesta y conclusiones con sus respectivas recomendaciones.

En la situación actual se observa la manera en la que se realizan los procesos dentro de la clínica en evaluación y cuyo diagnóstico se expone en la segunda parte. Luego se propone una situación en la cual el proceso de asignación de camas y de desinfección dentro de la clínica sería el óptimo, para así finalizar con las conclusiones del trabajo y las respectivas recomendaciones para poder implementar los planes de mejora establecidos a lo largo del escrito.

*Palabras clave:* Clínicas; desinfección; hospitales; logística hospitalaria; mejoramiento; pacientes; procesos hospitalarios.

## ABSTRACT

The following work has as a principal intention to analyze the processes realized in Clinics and Hospitals with regard to the allocation of rooms for patients entering to these medical institutions and to the processes of disinfection and cleaning that is carried out there same.

The project of improvement of the hospitable process of bed allocation and disinfection was based on an audit realized by the authors of the same one to the New Clinic on the city of Bogota during the first semester of the current year. The work splits into four parts: current situation, diagnosis, proposed situation and conclusions with his respective recommendations.

In the current situation it is observed the way in which the processes are realized inside the clinic in evaluation and whose diagnosis is exhibited in the second part. Then there is the proposed situation in which the process of allocation of beds and of disinfection inside the clinic would be the ideal one, this way to finish with the conclusions of the work and the respective recommendations to be able to implement the plans of progress established trough the length of the writing.

*Key Words:* Clinics; disinfection; hospitals; hospitable logistics; improvement; patients; hospitable processes.

## 1 INTRODUCCIÓN

La logística viene de la palabra griega *logistikos* que significa calcular, lo cual nos implica que es el proceso en el que calculamos la manera de abastecer las necesidades de producto o servicios suscitadas por el mercadeo realizado dentro de una organización hacia sus clientes.

Originalmente la logística fue creada durante las épocas de guerra, principalmente la Segunda Guerra Mundial, donde se implementó un nuevo orden relacionado a la adquisición de materiales para la construcción de armas y para realizar su respectiva distribución en el campo de batalla. Al finalizar la guerra, la logística se implementó en las fábricas debido al boom de la industrialización de los países en postguerra.

La logística es un factor clave en las empresas manufactureras y en las empresas prestadoras de servicios puesto que esta permite reducir los costos y por otro lado permite mejorar la calidad del servicio prestado por la empresa. (Schroeder, R., 1998).

En Colombia se empezó a hablar de logística más que todo en un ámbito de apertura comercial y de distribución de nuestros productos a nivel mundial gracias a la globalización. Esto implica que las prácticas de esta disciplina son jóvenes en nuestro país, motivo por el cual en muchas situaciones o en muchas empresas no es bien utilizada o no se le da la importancia que realmente tiene ya que la práctica razonable e idónea de la logística pretende en distribuir y ubicar los recursos necesarios en el lugar correcto y con el tiempo pactado ya que se basa en la planificación, administración y control de estos mismos, adicionalmente a la distribución.

Con respecto a la logística en los servicios, la investigación de Little, A (2001) nos muestra que esta se divide principalmente en dos aspectos importantes que son la

Administración de la cadena de suministro, más conocida como la Supply Chain Management (SCM), y la logística de la respuesta al cliente (Service Response Logistics – SRL). Estos dos aspectos son de alta relevancia ya que la Supply Chain Management incluye el manejo de los materiales, el control de los inventarios, la compra de los insumos, entre otros aspectos propios de la operación, y el Service Response Management coordina las actividades propias de los servicios, de tal manera que se brinde un servicio de la manera más eficiente y eficaz posible. Las empresas prestadoras de servicios deben tener en cuenta como aspecto principal los recursos que utilizarán para prestar el servicio. Por otro lado, estas empresas y en especial las empresas prestadoras de servicios de salud deben anticiparse a las necesidades de los clientes y deben programarse con la capacidad que poseen para poder responder a las necesidades (Porter, M., 1996).

Para poder implementar una buena logística en la prestación de servicios, se debe realizar lo siguiente:

- Crear o identificar la necesidad del cliente.
- Pronosticar y planificar la demanda.
- Crear la capacidad para poder dar respuesta a la demanda pronosticada.
- Dar órdenes y autorizar la ejecución de estas mismas.
- Tener la capacidad o el inventario necesario.
- Usar una red óptima para responder a las órdenes, y
- Entregar valor a través del canal de distribución.

Según Little, A (2001) en su trabajo *Logística en Organizaciones de Servicios*.

En los hospitales o clínicas es de gran importancia tener programada la logística de respuesta al cliente en la cual los puntos críticos son los tiempos de espera, la capacidad de la institución y los canales de distribución que posee. De igual manera el objetivo principal en el SRL de las instituciones prestadoras de servicios

de salud o su principal actividad se basa en la dotación del personal y en coordinar la gran cantidad de procedimientos complejos con los que se trabaja y se presta en sí el servicio (Anaya, J., 2000).

Es de gran relevancia ver cómo trabaja la logística en los centros de salud de nuestro país puesto que esto permite incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios y además permite realizar las actividades de manera más eficiente para así utilizar todos los recursos que se tienen a disposición (Olortegui Yzú, D., 2009).

Podemos observar que en nuestro país existen tres clasificaciones con respecto a los centros para la atención en salud: Hospitales, Hospitales Universitarios y Clínicas.

Un Hospital es la institución pública que depende del Estado y de los fondos que este le provea para su funcionamiento. Por medio de los Hospitales es cómo el Estado garantiza los servicios de salud prestados a la población, además de que estos centros de salud se caracterizan también por no tener ánimo de lucro. De aquí se desprenden los Hospitales Universitarios, los cuales poseen las mismas características que un Hospital pero se diferencian en que en este se capacitan los estudiantes de medicina de diferentes universidades y los pacientes pueden ser atendidos por los estudiantes residentes pronto a graduarse. Tanto en el Hospital como en el Hospital Universitario cualquier individuo que se acerque a estos solicitando sus servicios deberá ser atendido sin importar si posee o no seguro.

Las Clínicas son instituciones privadas y los servicios que les puedan prestar a los diferentes pacientes dependen de los seguros que estos últimos posean y de los convenios que la Clínica tenga con estos. El objeto final de este tipo de estructuras es el lucro, el cual se genera por el pago de cuotas de los pacientes de acuerdo al seguro que posean y del grado de complejidad de la consulta.

Los niveles de complejidad de los servicios que ofrecen las Clínicas se dividen en grados dependiendo si son consultas ambulatorias, laboratorios clínicos, rayos X, consultas especializadas, ecografías, electrocardiogramas, salas de parto, salas de cirugía, hospitalización, trasplantes, oncología y urgencias, siendo estos del grado más básico al grado de mayor complejidad.

Por otro lado se encuentran las instituciones prestadoras de salud o IPS dentro de las cuales se encuentran Clínicas, Hospitales, laboratorios, consultorios, etc. Estas instituciones pueden ser públicas o privadas y se clasifican por niveles de complejidad dependiendo de los servicios que presten y que tengan habilitados ante la Secretaría de Salud. De igual manera su clasificación depende de las acreditaciones que posean ante el Icontec y de sus capacidades tecnológicas, de recursos humanos y de procedimientos e intervenciones que estén en capacidad de realizar.

Los niveles de complejidad se dividen en tres categorías: baja, media y alta. En una IPS con complejidad baja se realizan actividades de promoción y prevención de enfermedades, consultas médicas, odontológicas, entre otras, por medio de atención ambulatoria (Ministerio de la Protección Social, 1994).

La complejidad media se le acredita a aquellas instituciones que realicen atención en las especialidades básicas de pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia, ginecobstetricia, urgencias, consulta externa por especialidades y laboratorios complejos. Sus servicios son de atención ambulatoria especializada (Ministerio de la Protección Social, 1994).

Por último, la complejidad alta se le asigna a una IPS cuando realizan adicionalmente a las actividades de una complejidad media lo siguiente: neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, oncología, dermatología, entre otras, con atención de 24/7 para consultas, urgencias, radiología, medicina nuclear, unidades de cuidado intensivo y unidad renal, y todo lo demás que no sea considerado de nivel bajo o nivel medio (Ministerio de la Protección Social, 1994).

Al finalizar el año 2010 en Colombia, enfocándonos en la ciudad de Bogotá, las instituciones prestadoras de salud con mayor puntuación y con mayor grado de complejidad son las siguientes (Consultores en Salud, 2006):

- Hospital Universitario Fundación Santa Fe,
- Hospital Universitario San Ignacio,
- Hospital El Tunal,
- Hospital Universitario Clínica San Rafael,
- Fun. Cardio Infantil, Instituto de Cardiología,
- Soc. de Cirugía de Bogotá, Hospital de San José,
- Hospital Simón Bolívar,
- Hospital de la Misericordia,
- Hospital Santa Clara,
- Hospital Universitario de la Samaritana,
- Hospital Occidente de Kennedy,
- Clínica del Occidente Ltda. y
- Fundación Abood Shaio en reestructuración.

El presente proyecto tiene como objetivo hacer una revisión minuciosa de los procesos actuales de una Clínica (Clínica Nueva. 2011), relacionados directamente con la asignación de camas, con el fin de detectar los puntos críticos que impiden realizar una rotación más efectiva de las mismas en el área de Hospitalización, y plantear las Oportunidades de Mejora necesarias basadas en la Gestión de los Procesos. Dichas Oportunidades de Mejora se podrán desarrollar

con la reorganización de los Estándares Operacionales enfocados en las actividades diarias de los procesos y en la implementación de los Indicadores de Gestión respectivos.

Los cambios en los procesos deben ser implementados de forma eficaz y eficiente de manera que se eviten los tiempos muertos, y se debe que los sistemas de comunicación interna sean claros y oportunos (Schroeder, R., 1998).

Durante el desarrollo de este trabajo de grado se le realizará seguimiento y oportunidad de mejora a tres procesos prioritarios que están involucrados en la oportuna Hospitalización del paciente, los cuales son la solicitud de camas y su alistamiento por parte de Servicios Generales de la Clínica evaluada, la asignación de camas por parte de Admisiones de la Clínica evaluada y el alistamiento de la cuenta por parte de Facturación de la Clínica evaluada.

El objetivo principal de este proyecto es crear e implementar los planes de mejora necesarios con el fin de disminuir los tiempos en la asignación de camas, contando con los recursos necesarios, para permitir una rotación más rápida y efectiva de los pacientes en el área de hospitalización con calidad y eficiencia. Se espera lograr una disponibilidad permanente de camas, acorde con las necesidades de los pacientes de la Clínica, con el fin de brindar un mejor servicio y garantizar su fidelidad.

El trabajo se fundamenta en tres premisas principales basadas en un política de calidad permanente permitiendo esta facilitar el ingreso de los pacientes al área de hospitalización de una manera amable oportuna y eficiente, brindar servicios de alta calidad en el área de Hospitalización al paciente y su familia y el compromiso con el proceso de asignación de camas de manera que se garantice la viabilidad económica de la Clínica.

## **2 SITUACIÓN ACTUAL**

### ***2.1 Proceso de agilización de disponibilidad de camas***

#### **2.1.1 Proceso de verificación del estado diario de habitaciones:**

Por más de que se tengan solicitudes pendientes de hospitalización, si se poseen convenios especiales entre el hospital y entidades prestadoras de salud, sucede en varios casos que amanecen habitaciones libres puesto que están destinadas a este tipo de convenios.

De igual manera por falta de mantenimiento se pueden encontrar varias habitaciones fuera de servicio, lo cual genera una disminución de ingresos para el hospital puesto que desperdicia recursos disponibles por no realizar un mantenimiento preventivo, el cual es menos costoso. Se pueden encontrar habitaciones fuera de servicio por humedades en las paredes, goteras en los techos, entre otros inconvenientes que se pueden prevenir.

#### **2.1.2 Órdenes de salida firmadas por el médico:**

Los médicos en la mayoría de los casos no respetan los horarios para dar de alta a sus pacientes. Esto implica que si dan de alta a sus pacientes en un horario no establecido se pierde la posibilidad de asignarle la habitación donde se encontraba este mismo a un paciente nuevo. Se encuentran órdenes de salida firmadas y autorizadas por los médicos en horas de la tarde e inclusive en horas de la noche, motivo por el cual no se puede hacer un proceso de desinfección de la habitación

y asignarla de manera pertinente en los horarios correspondientes al ingreso de los pacientes a la institución.

### **2.1.3 Proceso y tiempos de desinfección de habitaciones:**

El proceso de desinfección de habitaciones se puede ver afectado negativamente por causas tales como (Clínica Nueva. 2011):

1. Stock insuficiente de ropa limpia y desinfectada. No se cuenta con el stock necesario para suplir las necesidades de las salidas del servicio de hospitalización y los tiempos de lavandería son muy largos puesto que se tiene que procesar la ropa sucia.
2. Personal poco capacitado en el funcionamiento de la maquinaria y con posibles problemas de salud, generando así una disminución del rendimiento de los mismos y por ende, demorando el proceso de lavado y desinfección de la ropa.
3. No existe un sistema que permita visualizar sistemáticamente las horas de ingreso y salida de los pacientes de las habitaciones lo cual demora los tiempos de inicio del proceso de desinfección. En ciertos casos el Jefe del piso de la clínica es el que suministra la información, la cual en ocasiones es inexacta generando así tiempos de más de una hora para el inicio de las desinfecciones.
4. Falta de personal en el área de Servicios Generales en Hospitalización, ya sea porque no son fijos en los pisos, porque deben desempeñar otras funciones tales como ayudar en lavandería, o porque hay personas que presentan incapacidades físicas con periodos muy largos de inhabilidad laboral. Esto implica que se debe

destinar una operaria fija para que se dedique a realizar los replazos.

5. Falta de capacitación por parte del área hacia las operarias en los procesos de desinfección, lo cual genera que cada operario realice este proceso de manera diferente y en el peor de los casos, que se realicen concentraciones diferentes en la dilución de los desinfectantes (Block, S., 2001). Además no se pueden estandarizar los tiempos de desinfección, ya que por más de que todos los operarios tengan como meta el mismo objetivo, emplean tiempos diferentes.
6. La falta de comunicación entre los operarios del área genera que se realicen a veces dos veces o más las desinfecciones en una habitación determinada, lo cual incrementa los costos y aumenta los tiempos del alistamiento.
7. Realizar las desinfecciones al terminar por completo el recorrido y no ir las ejecutando en el momento en el que se detecta la necesidad de realizarlas.
8. Falta de personal disponible para cubrir las desinfecciones de pisos determinados.
9. El recorrido diario de limpieza se inicia tarde en la mañana y/o cuando el personal de enfermería termina de bañar a los pacientes, lo cual genera que el alistamiento de las habitaciones se realice aún más tarde y que no se puedan ingresar pacientes en horas de la mañana.
10. Cuando otras áreas poseen algún proceso que interviene en la tarea de desinfección de habitaciones, los tiempos de alistamiento se ven afectados. Por ejemplo, si se debe realizar cambio del colchón de la

habitación, se debe llamar al personal de Mantenimiento para que lo realice puesto que ellos son los encargados de bodega. Esto genera demoras en el proceso.

#### **2.1.4 Supervisión de las habitaciones listas:**

En el seguimiento realizado a la supervisión de las habitaciones se observan dos puntos relevantes (Clínica Nueva. 2011):

El primer aspecto relevante es que las habitaciones no poseen una llave maestra, sino que existe una llave por cada habitación, lo que genera una gran pérdida de tiempo puesto que se debe buscar la llave correspondiente a cada habitación en la estación de enfermería y luego regresarla.

El segundo punto relevante es la mala realización de las desinfecciones, ya que al revisar las habitaciones vacías diariamente se encuentra que varias desinfecciones no están bien realizadas: paredes sucias, puertas sin limpiar, baños con la taza o el lavamanos sucios, pelos en el piso, piso mal lavado y con huellas de zapatos, faltantes de cortinas, mal olor, entre otros. De igual manera se encuentran también arreglos pendientes de mantenimiento. De no haber una supervisión previa a la entrega de la habitación al paciente, este último ingresaría a la misma sin estar en óptimas condiciones para su recuperación y se incrementaría el riesgo de contraer infecciones (Hernández Esquivel, L., 1983).

Por otro lado y teniendo en cuenta el aspecto donde se menciona que existen arreglos pendientes por parte de mantenimiento, se observa que no hay un sistema que permita hacerle seguimiento a las solicitudes que se le realizan a esta área y que son generadas en el área de hospitalización puesto que son realizadas verbalmente.

### **2.1.5 Proceso de informe del estado de las habitaciones:**

No se evidencia un sistema único y ágil para la comunicación e información del estado de las habitaciones por parte de las áreas involucradas. Algunas operarias llaman directamente a Admisiones de la Clínica evaluada para informar el alistamiento de la habitación, mientras que otras llaman e informan a la Coordinadora de Servicios Generales para que esta a su vez esta informe a Admisiones. Esto implica que no existe un canal único de comunicación y que el área de Admisiones tiene que llamar constantemente a la Coordinadora de Servicios Generales para averiguar sobre el estado de las habitaciones.

### **2.1.6 Proceso de salida del paciente y participación de la Oficina de Acogida al Usuario:**

Existen inconvenientes en el proceso de salida del paciente cuando ya se encuentra firmada la orden de salida por parte del médico tratante. De igual manera se puede llegar a encontrar una falta de comunicación entre este último proceso y la oficina de acogida al usuario.

Existen casos en que la falta de automatización de los procesos genera desinformación, lo cual produce demoras en los tiempos de alistamiento puesto que el paciente puede tardarse más en salir de la habitación o las personas encargadas de las desinfecciones se enteran con retraso de que ya pueden realizar su trabajo.

Por otro lado, la oficina de Acogida al Paciente se encarga de visitar a los pacientes que se encuentran hospitalizados dentro de la institución prestadora de salud con el fin de informarles y explicarles los servicios que la clínica les ofrece y

sus Derechos y Deberes. Esta información se puede encontrar en los rota folios que se dejan en cada habitación pero estos últimos pueden no estar actualizados.

De igual manera, la oficina de Acogida al Paciente se encarga de realizar las encuestas sobre la satisfacción del usuario de los servicios prestados, tanto durante el momento en el que se encuentra hospitalizado como en el momento en el que se da de alta de la clínica y realizarles una encuesta de satisfacción. De igual manera se le hace seguimiento al paciente de cirugía ambulatoria debido a los posibles riesgos postoperatorios (Clínica Nueva. 2011).

## **2.2 Proceso de asignación y disponibilidad de camas**

### **2.2.1 Actividades realizadas por el Auxiliar de Admisiones:**

Las actividades que debe realizar un Auxiliar de Admisiones durante su turno, entre otras (Clínica Nueva. 2011):

1. Revisar diariamente el listado enviado por cirugía de pacientes programados y confrontar estos datos con su listado de pacientes.
2. Verificar que todos los documentos estén completos y vigentes.
3. Verificar si hay datos de la Historia Clínica en el sistema.
4. Imprimir la Historia Clínica.
5. Informar al paciente sobre su cirugía.
6. Enviar al paciente a valoración pre anestésica.
7. Diligenciar formato de autorización para reclamar Historia Clínica.
8. Sacar fotocopias de documentos.
9. Solicitar autorizaciones por teléfono, correo o fax a las E.P.S.
10. Reportar aplazamientos de cirugías por diferentes motivos (datos incompletos del paciente o imposibilidad por parte del médico de realizar la cirugía, entre otros).
11. Atender al público con variada información solicitada.

12. Realizar múltiples llamadas: para solicitar autorizaciones, averiguar estado de habitaciones, informar a urgencias, pisos y unidades sobre la disponibilidad de camas, etc.
13. Administrar el programa de control de camas en el sistema, mantenerlo actualizado y verificar la disponibilidad de camas permanentemente.
14. Enviar correos y faxes de confirmaciones.
15. Recoger información del casillero y de caja de Urgencias.
16. Alistar cirugías programadas del día siguiente, verificar datos y hacer paquetes por tipo de cirugía.
17. Imprimir censo de listado de pacientes.
18. Realizar reubicación de pacientes en el sistema y reasignar habitaciones.
19. Recibir autorizaciones y actualizarlas en el sistema.
20. Archivar documentos y valoraciones pre anestésicas.
21. Clasificar autorizaciones.
22. Llevar autorizaciones a caja.
23. Realizar certificaciones de pacientes hospitalizados.
24. Asignar habitaciones a Urgencias, Cirugías y Unidades.
25. Recibir autorizaciones de pisos etc.

### **2.2.2 Tiempos entre la solicitud de camas por parte de Admisiones y el ingreso del paciente a la habitación:**

Al realizar seguimiento a la solicitud que realiza Admisiones de la Clínica en evaluación de habitaciones que se necesitan de carácter urgente se puede decir que el tiempo entre la información que le suministra Servicios Generales a Admisiones del alistamiento y disponibilidad de la habitación, hasta que Admisiones le confirma al servicio que ya está lista y el tiempo en que ingresa el paciente a la habitación es de más de una hora. Este traslado debería ser inmediato si se tiene en cuenta que la solicitud de las habitaciones era de carácter urgente.

Se establece que:

1. El sistema de comunicación no es inmediato ya que la persona que contesta la llamada en los pisos la mayoría de las veces está ocupada en otras labores y da la información tardía.
2. El tiempo que transcurre entre la recepción de la información y la hora en que enfermería envía a la auxiliar por el paciente es demorado debido a que ellas están cumpliendo labores de atención de pacientes que le son asignados en hospitalización.

Por otro lado, enfermería no siempre da la información correcta en cuanto a la disponibilidad de la habitación puesto que en ocasiones, estando la habitación lista, informan que la habitación solicitada continúa ocupada o no se ha finalizado el proceso de desinfección, esto con el fin de dar tiempo a otras labores antes de que le entreguen el paciente (Clínica Nueva. 2011).

### **2.2.3 Comunicación entre las diferentes áreas para el traslado de pacientes:**

En el momento del traslado del paciente de las Unidades, Urgencias o Cirugía a las habitaciones, las Jefes de estas áreas son las que están llamando directamente al piso para informar que van a enviar al paciente, por lo que la comunicación se hace directamente con la Jefe del piso y depende de una sola persona, lo cual implica que el proceso se vuelve más lento por el hecho de querer controlar la información (Clínica Nueva. 2011).

### **2.2.4 Tiempo entre la información dada por Admisiones de disponibilidad de camas para el traslado de pacientes de Unidades y la hora en que se realiza el traslado:**

Los traslados de los pacientes de las Unidades a las habitaciones que les son asignadas son demorados y esto se debe a varios motivos. Después de que el médico informa que el paciente puede ser subido al piso y se llama a Admisiones a solicitar la habitación, este le realiza la valoración correspondiente de la evolución y en la mayoría de las veces se ordenan exámenes adicionales tales como TAC's, Dopplers entre otros antes de subirlo al piso. Cuando la auxiliar lleva al paciente a realizarse el examen puede encontrarse con varios pacientes que se encuentren esperando en turno para realizarse los mismos, además este tipo de exámenes son demorados con una duración promedio de una hora. Adicionalmente, los auxiliares no pueden dejar al paciente sólo, por lo tanto deben esperar con el paciente y no pueden subir a otros durante ese tiempo a sus habitaciones. Por otro lado, el médico tratante siempre fórmula medicamentos, los cuales deben ser solicitados a la farmacia y hay que esperar a que sean despachados para poder subir al piso con el paciente. Estas labores son

realizadas por la auxiliar de la Unidad, el cual bajo su criterio analiza a que le da prioridad: si a continuar la atención de pacientes en la Unidad, llevar pacientes a exámenes y esperar a que se lo realicen y/o pedir los medicamentos y esperar a que se los entreguen (Clínica Nueva. 2011).

### **2.2.5 Tiempos entre la hora en que Urgencias informa del traslado del paciente a piso y la hora real del traslado:**

Los tiempos entre el momento en el que Urgencias de la Clínica en evaluación informa que el paciente puede subir a una habitación y el momento en el que se sube son realmente largos puesto que en ciertas ocasiones se encuentran pacientes al día siguiente en Urgencias, siendo que ya tenían habitaciones asignadas.

Esto se debe a varios motivos, dentro de los cuales se encuentra que los pacientes no se subieron porque tenían exámenes pendientes y era mejor realizárselos antes de subir a las habitaciones. De igual manera a veces sucede que por falta de comunicación entre las áreas de la Clínica se le otorga a pacientes habitaciones que ya habían sido asignadas a personas que se encontraban en Urgencias. Esto implica que la habitación se contamina por otra persona, toca esperar a realizar la desinfección, y en el mayor de los casos no hay más disponibilidad de habitaciones. Finalmente los tiempos de traslado de pacientes de Urgencias a sus habitaciones son extensos puesto que sólo se cuenta con un camillero para realizar todos los traslados y este no se encuentra disponible a toda hora, además de que trabaja con un horario poco eficiente para realizar los traslados: de lunes a sábado de 10am a 7pm, lo que hace que antes de las 10am y después de las 7pm, y los domingos y festivos sea el personal de enfermería el que tenga que subir pacientes.

## **2.3 Proceso de alistamiento de la cuenta**

### **2.3.1 Actividades para el cierre de la cuenta:**

Para realizar el cierre de cuenta en el momento en el que un paciente va a ser dado de alta de la Clínica, el jefe o auxiliar del piso debe bajar la orden de salida con la epicrisis y los honorarios médicos y entregarlos en la Caja Principal. Igualmente enfermería debe hacerle a farmacia la devolución de los medicamentos personalmente y por el sistema (Clínica Nueva. 2011).

La Caja entrega a Facturación estos informes para que los revise con todos los soportes y proceda a hacer la respectiva liquidación. Cuando la ha realizado, llama a la habitación del paciente para que un familiar baje por la cuenta y la regresa nuevamente a la caja.

La Caja realiza el respectivo cobro si lo hay, y le entrega la boleta de salida al familiar. Este a su vez se la entrega a la enfermera para que ella realice el inventario de la habitación, le firme la boleta y se la regrese nuevamente para entregarla a la salida al vigilante que está en la entrada.

El proceso de por sí tiene muchos individuos involucrados y esto demuestra que los tiempos pueden llegar a ser bastante largos (más de dos horas en total) debido a varios factores (Clínica Nueva. 2011):

1. Los jefes o auxiliares de piso se demoran en bajar los documentos firmados por el médico tratante, quien es el que da la orden de salida, puesto que primero tienen que entregar turno y en esto se pueden llegar a demorar más de una hora.

2. De igual manera, los Jefes o auxiliares de piso deben iniciar la devolución de los medicamentos del paciente saliente en el sistema y adicional bajarlos a Farmacia y esperar a que se los reciban.
3. Por otro lado se debe esperar a ver si hay interconsultas y/o exámenes de laboratorio que no se han realizado o no se tienen los resultados. Se deben esperar antes de iniciar los trámites de salida.
4. No se cuenta con un estándar operacional del proceso de facturación actualizado, puesto que en el momento de solicitarlo a la jefatura, indican uno de Marzo de 2007, el cual no está incluido en el ESAC. Esto hace presumir que el personal de esta área no tiene claros los procesos de facturación.

## 2.4 Diagramas de Flujo de Procesos

### 2.4.1 Entrada de pacientes a la Clínica

Tema: Entrada Pacientes Situación actual (Clínica Nueva. 2011).

Operación: Asignación de Habitaciones

|    | OPERACIONES | TRANSPORTE | INSPECCIÓN | RETRASOS | ALMACE.TO | DESCRIPCIONES   |
|----|-------------|------------|------------|----------|-----------|---|
| 1  | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Llegada del paciente a la Clínica.  |
| 2  | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Autorización de la EPS para la asignación de habitación de acuerdo a los convenios. |
| 3  | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Apertura de la Historia Clínica.  |
| 4  | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Espera del paciente a la autorización.  |
| 5  | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Solicitud de habitación por parte de Admisiones.                                    |
| 6  | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Verificación de disponibilidad de habitaciones.                                     |
| 7  | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Desinfección de la habitación.  |
| 8  | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Doble desinfección de habitación contaminada.                                       |
| 9  | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Supervisión del alistamiento de la habitación.                                      |
| 10 | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Aviso alistamiento habitación a Admisiones por parte del operario de aseo.          |
| 11 | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Aviso alistamiento habitación a Enfermería por parte de Admisiones.                 |
| 12 | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Espera del paciente para ser subido a la habitación.                                |
| 13 | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Espera del auxiliar de enfermería para subir al paciente.                           |
| 14 | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Movilización del paciente a la habitación.  |
| 15 | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Búsqueda de la llave de la habitación.  |
| 16 | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Ingreso del paciente a la habitación.   |
| 17 | ○           | ⇓          | □          | D        | ▽         | Informe al médico tratante del ingreso del paciente a la habitación.                |

Ilustración 1: Situación actual: Entrada de pacientes



**Ilustración 2: Entrada de pacientes**

En el diagrama de flujo de proceso actual de entrada de pacientes a la Clínica en evaluación, podemos observar que existen numerosos picos que implican procesos que retrasan la operación o que simplemente son de almacenamiento. Esto último no permite que los tiempos de la operación con respecto a la entrada de pacientes sean rápidos y ágiles.

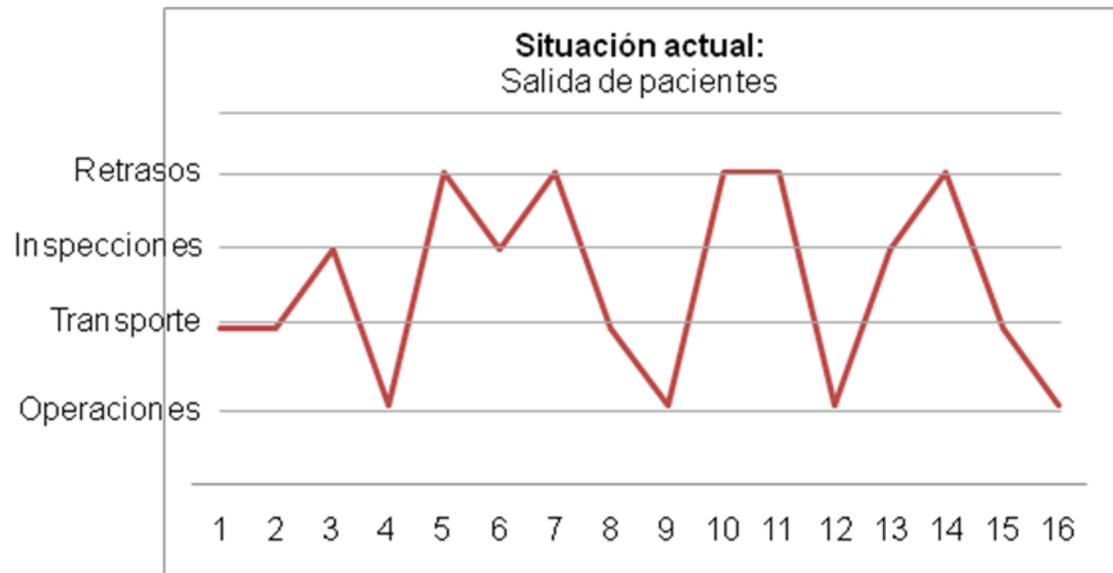
## 2.4.2 Salida de pacientes a la Clínica

Tema: Salida Pacientes Situación actual (Clínica Nueva. 2011).

Operación: Asignación de Habitaciones

|    | OPERACIONES | TRANSPORTE | INSPECCIÓN | RETRASOS | ALMACE.TO | DESCRIPCIONES   |
|----|-------------|------------|------------|----------|-----------|---|
| 1  | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Médico tratante da la orden de salida del paciente según su disponibilidad de tiempo. |
| 2  | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Enfermería recibe la orden de salida del paciente.                                    |
| 3  | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Enfermería verifica exámenes pendientes por realizar.                                 |
| 4  | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Realización de exámenes pendientes al paciente.                                       |
| 5  | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Espera de los resultados de los exámenes.   |
| 6  | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Verificación por parte del médico del resultado de los exámenes.                      |
| 7  | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Retiro de dispensación de líquidos al paciente.                                       |
| 8  | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Enfermería lleva la orden de salida del paciente a facturación.                       |
| 9  | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Facturación verifica saldos pendientes por parte del paciente.                        |
| 10 | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Espera la llamada de Facturación a la habitación para cancelación de saldos.          |
| 11 | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Se espera la llegada del acompañante del paciente.                                    |
| 12 | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Acompañante del paciente cancela saldos pendientes y recibe paz y salvo.              |
| 13 | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Enfermería realiza inventario de la habitación.                                       |
| 14 | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Espera del auxiliar de enfermería para bajar al paciente.                             |
| 15 | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Enfermería baja paciente a la salida en silla de ruedas.                              |
| 16 | ○           | ⇕          | □          | ◇        | ▽         | Seguridad verifica paz y salvo y retira la manilla del paciente.                      |

Ilustración 3: Situación actual: Salida de pacientes



**Ilustración 4: Salida de pacientes**

En el diagrama de flujo de proceso actual de salida de pacientes de la Clínica en evaluación, podemos observar que existen numerosos picos entre actividades que implican operaciones directamente involucradas con el egreso de los pacientes con respecto a la gran cantidad de picos altos, en donde la operación en sí se ve retrasada por tiempos de espera. Estos tiempos de espera, en su mayoría son generados por el trabajo que se debe generar entre varias áreas diferentes que interfieren en el proceso.

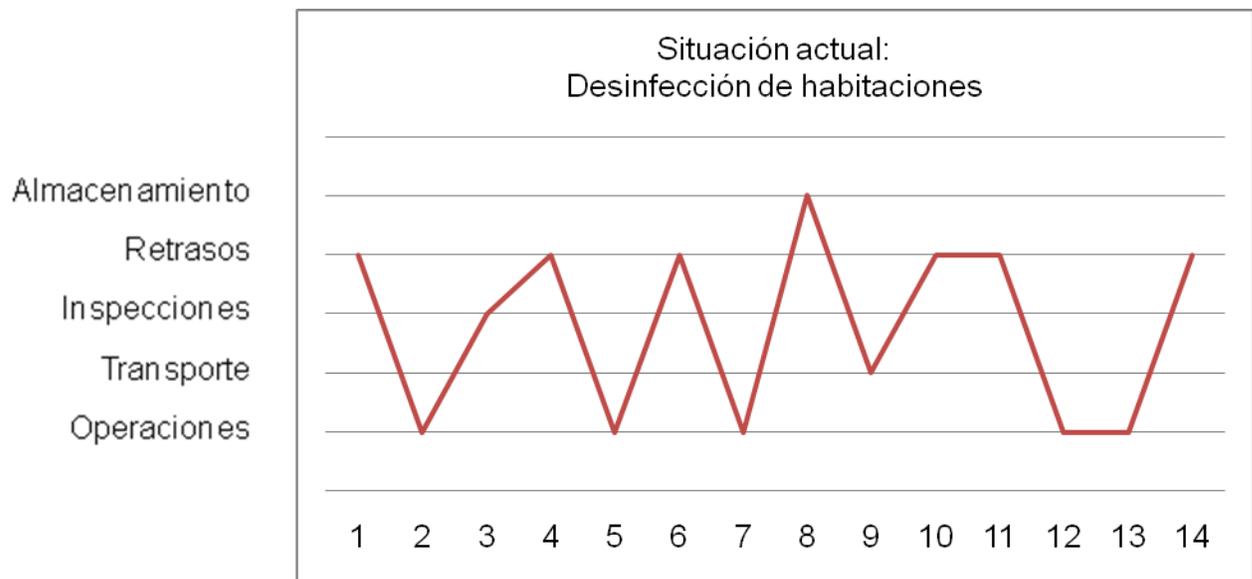
### 2.4.3 Aseo

Tema: Aseo Situación actual (Clínica Nueva. 2011).

Operación: Proceso para desinfección de Habitaciones

|    | OPERACIONES | TRANSPORTE | INSPECCIÓN | RETRASOS | ALMACENAMIENTO | DESCRIPCIONES   |
|----|-------------|------------|------------|----------|----------------|---|
| 1  | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Enfermería no realiza desinfección de la habitación por la noche.                                 |
| 2  | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Servicios Generales envía operario de aseo en las horas de la mañana de acuerdo a disponibilidad. |
| 3  | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Operario de aseo indaga a Enfermería sobre habitaciones en salida.                                |
| 4  | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Operario de aseo realiza actividades adicionales en espera a habitaciones en salida.              |
| 5  | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Enfermería informa al operario de aseo sobre habitaciones solicitadas por Admisiones.             |
| 6  | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Operario de aseo busca la llave correspondiente a la habitación a desinfectar.                    |
| 7  | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Operario ingresa a la habitación solicitada.  |
| 8  | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Operario de aseo busca sus implementos para realizar su trabajo.                                  |
| 9  | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Operario llama a lavandería solicitando lencería para el alistamiento de la cama.                 |
| 10 | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Operario de aseo espera lencería.   |
| 11 | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Operario realiza doble desinfección cuando es habitación contaminada.                             |
| 12 | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Operario realiza desinfección según protocolo.  |
| 13 | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Operario de aseo informa a Enfermería disponibilidad de la habitación desinfectada.               |
| 14 | ○           | →          | □          | ▷        | ▽              | Enfermería informa a Admisiones disponibilidad de la habitación desinfectada.                     |

Ilustración 5: Situación actual: Aseo



**Ilustración 6: Desinfección de habitaciones**

En el diagrama de flujo de proceso actual sobre la desinfección de las habitaciones realizada en la Clínica en evaluación, se puede constatar que entre cada proceso operativo, se genera un pico debido a cuellos de botella generados por tareas cuya responsabilidad no es propia de la persona que la realiza en la actualidad.

### **3 DIAGNÓSTICO SITUACIÓN ACTUAL**

Como resultado del seguimiento realizado a cada uno de los procesos actuales involucrados en el alistamiento y asignación de camas se presenta el siguiente diagnóstico para cada una de las actividades evaluadas así (Clínica Nueva. 2011):

#### ***3.1 Proceso de agilización de disponibilidad de camas***

##### **3.1.1 Verificación del estado diario de las habitaciones:**

Se requiere implementar un sistema organizacional que permita controlar el recurso “camas” para la asignación y estado de las mismas, encontrando que muchas áreas intervienen en este proceso (enfermería, admisiones, recursos físicos, las hermanas de la congregación, etc.) sin un liderazgo claro que permita optimizar su gestión, ocasionando largos periodos de tiempo para la utilización de las mismas y generando esperas prolongadas, congestión e insatisfacción para los pacientes y del mismo cliente interno.

Se observa que los procesos de aseo presentan deficiencias en general en las instalaciones de la Clínica y también en la calidad de las desinfecciones.

Se verifica que el personal médico, en un alto porcentaje, da las órdenes de salidas de pacientes en horas de la tarde.

La infraestructura actual de las habitaciones destinadas para convenios especiales no es la más adecuada.

### **3.1.2 Tiempo de desinfección de habitaciones:**

Con respecto a la desinfección de las habitaciones se ve muy claramente que no se tienen establecidos estándares operacionales y cada operario realiza las desinfecciones de la manera que le parecen apropiadas. No hay establecido un stock ideal de disponibilidad de ropa hospitalaria, ni un control de faltantes que permita su reposición permanente, ocasionando demoras en el alistamiento de las habitaciones.

Se ve déficit de personal y un alto índice de ausentismo en el área de Hospitalización por parte del personal de Servicios Generales para el alistamiento de las habitaciones.

Por último no hay seguimiento sistemático para el cumplimiento de solicitudes de mantenimiento de habitaciones y de las demás áreas.

## ***3.2 Proceso de asignación y disponibilidad de camas***

### **3.2.1 Tiempos de supervisión de habitaciones listas:**

Con respecto a los tiempos en los que se debe realizar la supervisión de las habitaciones, se observa que es prolongado puesto que la Clínica no cuenta con un sistema de llave maestra para todas las habitaciones. Esto implica que cada vez que se desee supervisar una habitación se debe buscar la llave correspondiente a la misma, generando tiempos y desplazamientos permanentes, así como también pérdidas de las mismas por la manipulación de personal diferente (Clínica Nueva. 2011).

Por otro lado, los fines de semana no se cuenta con personal para realizar las supervisiones, motivo por el cual se pueden llegar a encontrar y se observan desinfecciones mal realizadas.

### **3.2.2 Proceso de comunicación para informe del estado de habitaciones:**

Para saber el estado de las habitaciones, si se encuentran ocupadas o no, si ya se realizó desinfección entre otros aspectos, podemos ver que no se cuenta con un sistema único y ágil para la comunicación e información del estado de las habitaciones (Clínica Nueva. 2011).

### **3.2.3 Tiempo de traslado de pacientes de Cuidados Intensivos:**

Con respecto a los tiempos de traslados de los pacientes, se encuentran tiempos prolongados entre la solicitud de cama por parte de la jefe de la Unidad y la hora en que se realiza el traslado del paciente a pisos.

## **3.3 *Proceso de alistamiento de la cuenta***

### **3.3.1 Proceso de salida del paciente y participación de la oficina de acogida al usuario:**

Cuando el paciente se encuentra en proceso de salida, debería salir de la habitación para que se pueda iniciar el proceso de desinfección y así asignarla a

otro paciente lo antes posible, pero en la clínica no se cuenta con un área de espera para la salida de pacientes que ya fueron dados de alta pero que por diferentes motivos no pueden irse (Clínica Nueva. 2011).

Por otro lado, el personal de acogida al usuario está dedicado a informar a los pacientes que ingresan el día anterior sobre los servicios de la clínica, sus derechos y deberes, y darles la bienvenida, pero estos no generan un valor agregado de apoyo al proceso de la salida de los pacientes.

## **4 SITUACIÓN PROPUESTA**

### ***4.1 Proceso de agilización de disponibilidad de camas***

#### **4.1.1 Proceso de verificación del estado diario de habitaciones:**

En la situación actual se pudo determinar que varias veces se encontraban habitaciones desocupadas y pacientes en espera de que se le asignara una, porque las Clínicas pueden realizar convenios especiales con entidades prestadoras de salud, lo cual implica que deben tener habitaciones siempre listas para los pacientes provenientes de estas EPS (Clínica Nueva. 2011). Con el fin de que no amanezcan habitaciones libres por “convenios especiales” se sugiere que se incluyan también más habitaciones que serían las mismas que hay en este momento para convenios, lo que nos daría un mayor número de habitaciones para convenios permitiéndonos así duplicar el número de estas habitaciones y dándonos un mayor margen de rotación para la asignación a medida que se vayan desocupando. La única diferencia de estas habitaciones con las otras es básicamente el servicio de televisión con cable y esto se solucionaría fácilmente hablando con la empresa correspondiente para su instalación.

Se debe realizar un plan de mantenimiento general para mejorar las habitaciones como en pintura general, cambio de cortinas, cambio de jaboneras y de tubos de ducha, cambio del televisor, arreglo de sofá camas etc., para que de esta manera realmente sean “especiales”.

Los responsables de estas mejoras son la Dirección de la Clínica para que autorice la implementación de más habitaciones para convenios especiales y apruebe la política para la asignación de estas camas.

De igual forma la Jefatura de Recursos Físicos y Mantenimiento deben hablar con la empresa que presta el servicio de televisión por cable para la instalación de sus servicios a las habitaciones nuevas y de más canales en todas las habitaciones.

Por último la Jefatura de Sistemas debe incluir las nuevas habitaciones para convenios dentro del mapa de habitaciones.

Para las habitaciones que se coloquen Fuera de Servicio por goteras y por humedad, se sugiere que la Jefatura de Recursos Físicos y Mantenimiento informe a la Dirección de la Clínica el motivo por el cual va a dejar una habitación fuera de servicio y el tiempo estimado para su arreglo con el fin de poder hacer seguimiento al cumplimiento de la fecha de entrega, o en su efecto justificar a la Dirección el motivo de la demora, teniendo en cuenta que cada día que pase sin poder disponer de la habitación representa una disminución de ingresos para la Clínica.

Los responsables en estos casos con la Jefatura de Recursos Físicos y Mantenimiento para establecer los tiempos de demora en los arreglos e informar a la Dirección de la Clínica cuando se presenten retrasos y el motivo y esta última para solicitarle a Recursos físicos y Mantenimiento el cumplimiento de los tiempos de entrega de habitaciones en Mantenimiento.

Se deben establecer estándares operacionales con respecto a la desinfección de la habitación para que se realice en los mismos tiempos y de la misma manera y sea así satisfactoria. Para poder dar cumplimiento a las desinfecciones que se presenten en la noche, se sugiere reorganizar las funciones del operario de este turno ya que tiene demasiadas funciones que realizar y no puede cumplir con esta importante tarea, adicionalmente se dejaría como su responsabilidad el 100% de las desinfecciones ya que durante la noche esta actividad es compartida actualmente con enfermería y el operario de aseo es responsable de la

desinfección del piso y el baño y enfermería es responsable de la desinfección de la cama, la mesa de noche y la mesa puente, pero si enfermería está muy ocupada, con sus funciones de atender pacientes estas habitaciones quedan pendientes por terminar la desinfección hasta el otro día. Igualmente por el alto volumen de tareas, se ve la necesidad de que sean dos personas las que laboren en este turno, los cuales cumplirían horarios de 8 horas y no de 12 como está actualmente para mayor rendimiento. Y como dentro de sus funciones está el realizar labores de mantenimiento estas se delegarían directamente a ese Departamento.

La Dirección de la Clínica debe aprobar la contratación para tener dos operarios en las noches y la Coordinación de Servicios Generales debe reasignar horarios y funciones. Por otro lado, la Jefatura de Recursos Físicos y Mantenimiento debe delegar las funciones de Mantenimiento de la noche a su personal (Clínica Nueva. 2011).

#### **4.1.2 Órdenes de salida firmadas por el médico:**

Se sugiere que la Dirección Científica con la Dirección de la Clínica establezcan una Política de Cumplimiento y un Acta de compromiso de la hora en que el personal médico debe dar de alta al paciente. Se sugiere que la hora máxima para dar de salida al paciente sea a medio día, esto con el fin de agilizar la disponibilidad de camas y dar una ubicación más rápida y oportuna a los pacientes que estén en espera de habitación. Para su cumplimiento también se propone que en las reuniones con el personal médico se les muestre el seguimiento de cumplimiento a esta solicitud con un indicador, de tal manera que se felicite a los médicos que estén cumpliendo y se les realice la observación de demora respectiva a los que no lo estén cumpliendo.

Este aspecto es responsabilidad de la Dirección de la Clínica para establecer y aprobar la política con la Dirección Científica. Por otro lado, la Dirección Científica también es responsable puesto que debe asignar y hacer seguimiento del cumplimiento del indicador.

#### **4.1.3 Proceso y tiempos de desinfección de habitaciones:**

Se observa que no se tienen estandarizados ni los procesos ni los tiempos de desinfección de las habitaciones en la clínica, motivo por el cual se sugiere que el personal de servicios generales debería estar trabajando de la siguiente manera (Clínica Nueva. 2011):

1. Un operario para el Área Estéril, Farmacia, ambulatorios y consultorio de Neurología con turno de 6am a 2pm.
2. Un operario para Urgencias, con turno de 6am a 2pm.
3. Un operario para Urgencias y Unidades, con turno de 2pm a 10pm.
4. Dos operarios para la noche, uno para desinfecciones y recorrido de ruta sanitaria y otro para aseo general con turno de 10pm a 6am.
5. Dos operarias para aseo y desinfección de salas de cirugía con turnos de 6am a 2pm y de 2pm a 10pm.
6. Un supernumerario para cubrir faltantes y compensatorios con el horario que se necesite.
7. Cuatro operarios para el área de hospitalización, tercer piso, dos en la mañana y dos en la tarde, con turnos de 6am a 2pm, y de 2pm a 10pm.

8. Cuatro operarios para el área de hospitalización, cuarto piso, dos en la mañana y dos en la tarde con turnos de 6am a 2pm, y de 2pm a 10pm.
9. Dos operarios para desinfecciones en la mañana una con turno de 8am a 4pm y otra con turno de 10am a 6pm.
10. Un operario para el área administrativa con turno de 6am a 2pm.
11. Dos operarios para consultorios con turnos de 8am a 5pm.
12. Un operario para el convento con turno de 8am a 5pm.
13. Un operario para el ascensor con turno de 7am a 4pm.
14. Un supernumerario que cubre vacaciones con turno a convenir.
15. Un operario que pasa a Lavandería para hacer entregas y control de calidad a la ropa de cirugía con turno de 7am a 3pm.

De igual forma, se sugiere realizar un inventario físico de la ropa con la que dispone actualmente la Clínica y verificar los faltantes de tal manera que se cuente con un Stock ideal de ropa de cuatro cambios por cama (Lamar Montoya, M., 2009): uno que esté puesto, uno que esté sucio uno que esté en proceso de lavado y el último que esté disponible en el cuarto de linos del piso con llave y con su correspondiente hoja de control con los datos de la persona que la retira y las cantidades, con el fin de evitar pérdidas. También se sugiere marcar la ropa por cada piso para llevar mejor control de los inventarios los cuales deben ser mensuales. La ropa que se debe tener es la siguiente (Clínica Nueva. 2011):

1. Almohada
2. Bata Paciente
3. Bata Usuario

4. Cobija Paciente
5. Cubre Caucho
6. Colcha
7. Cubre Colchón
8. Cobija Acompañante
9. Funda Paciente
10. Funda Acompañante
11. Forro Almohada
12. Cobija Unidades
13. Colcha Prepago
14. Sabana Acompañante
15. Sabana Paciente
16. Sobre Sabana

A la par se debe realizar el mantenimiento preventivo correspondiente a la maquinaria de lavandería ya que se daña con frecuencia y queda fuera de servicio por varios días, lo que genera retrasos en las entregas.

Los responsables de implementar estos estándares y llevar el control de la ropa de la clínica son la Coordinación de Servicios Generales para la realización del inventario y elaboración de la solicitud, la Dirección de la Clínica para la aprobación de compra de la ropa faltante y el Departamento de compras y Almacén para la compra de las necesidades.

Se debe estandarizar el proceso de desinfección y hacer capacitación con evaluación y seguimiento de manera que todos los operarios de Servicios Generales cumplan con el estándar, cumplan con los mismos tiempos y con las mismas concentraciones del desinfectante para que se garantice una óptima calidad de las desinfecciones. También con el fin de unificar criterios en la dilución del desinfectante, se sugiere que solamente un operario sea el encargado de esta actividad y le realice las entregas diariamente a cada uno de sus compañeros.

Se debe realizar una limpieza a fondo y la desinfección se realiza con una concentración de Hipoclorito a 5.000 ppm. Con el fin de agilizar las desinfecciones que se presentan en la mañana durante el recorrido de la limpieza de habitaciones, se sugiere implementar que uno de los operarios suspenda el recorrido y realice la correspondiente desinfección. Para que no se acumulen desinfecciones en las horas de la mañana y poder cumplir a tiempo con las habitaciones que estén solicitando, se sugiere que sean dos los operarios que se dediquen a esta labor.

Igualmente para evitar demora en el proceso del recorrido este se debe iniciar a más tardar a las 8am y no esperar hasta que el personal de enfermería bañe a los pacientes.

Los responsables de que se estandaricen los procesos de desinfección de todas las áreas y que los turnos sean los correctos son la Coordinación de Servicios Generales, para hacer capacitación, evaluación y seguimiento al cumplimiento de los procesos para la desinfección de las habitaciones. De igual manera, esta área debe hacer seguimiento al cumplimiento de la política de realizar solo una desinfección en las áreas contaminadas y realizar llamados de atención al personal que no la cumpla. La Jefatura de Epidemiología y Coordinadora de Servicios Generales para realizar capacitaciones a los operarios y la Coordinación de Servicios Generales para hacer el seguimiento del cumplimiento de estas decisiones.

Los procesos de desinfección se deben realizar con estándares operacionales dependiendo del área en el que se encuentren los operarios (Clínica Nueva. 2011). En este trabajo podemos encontrar siete áreas diferentes en la que los procesos varían.

#### **4.1.3.1 Estándar operacional para aseo y desinfección de habitación ocupada:**

1. *Objetivo:* El objetivo principal es que el paciente disponga de una habitación aseada, desinfectada y en orden durante su estadía en la clínica.
2. *Alcance:* En todas las habitaciones ocupadas de la Clínica.
3. *Condiciones y recursos necesarios:* Operarios debidamente uniformados y con los elementos de protección personal. Exprimidor, guantes rojos y negros, bayetillas rosadas y verdes, bolsas para residuos grises, verdes y rojas, recogedor, cepillo manual, trapero, mopa, balde, espátula, churrusco para lavar el sanitario, aviso de precaución, solución jabonosa, desinfectante hipoclorito de sodio a 5.000ppm.
4. *Resultados esperados:* Mantener las habitaciones limpias, desinfectadas y en orden durante la estadía del paciente para su comodidad y la de sus visitantes, minimizando así el riesgo de infecciones.
5. *Riesgos y neutralización de los mismos:* Durante el recorrido diario el operario no pueda realizar el aseo por que el paciente esté en un examen o por que el paciente desee que le realicen el aseo después,

caso en el cual se debe anotar el número de la habitación o habitaciones que quedaron pendientes para realizar el aseo después. Otro riesgo es que el operario no realice un buen aseo durante el recorrido, motivo por el cual se debe supervisar la limpieza diaria realizada por las operarias en hospitalización para efectuar los correctivos necesarios.

6. *Responsable:* Operario de aseo y Coordinación de Servicios Generales.
7. *Frecuencia:* Diaria de 8:30 a.m. a 12:30 a.m.
8. *Lugar:* En todas las habitaciones del área hospitalaria.
9. *Descripción de las actividades:*
  - a. Ingresar a la habitación con los elementos de protección personal necesarios (guantes, tapabocas, delantal, gorro y mono gafos), verificar a la entrada que otros elementos de protección adicional necesita para ser utilizados.
  - b. Iniciar su trabajo sin hacer ruido en forma eficaz, siempre de adentro hacia fuera, de lo más limpio a lo más sucio y de arriba hacia abajo, procurando no mover la cama ni los aparatos médicos.
  - c. Con guante rojo cerrar las bolsas con los residuos, dentro de las canecas los de la habitación y los del baño, retirarlas, marcarlas y colocarlas dentro del cuarto temporal de residuos, lavar y desinfectar las canecas y dejarlas con bolsa nueva en su sitio, desinfectar los guantes atomizando desinfectante sobre estos. Con guantes negros, recolectar los residuos ordinarios y reciclables.

- b. Atomizar sobre la bayetilla rosada solución jabonosa y restregar muy bien, primero la mesa de comida luego la mesa de noche, el teléfono, el televisor, las sillas, el espejo, los marcos de las ventanas, las barandas de la cama, el timbre de llamado, el control remoto, las sillas y la cama.
- c. Enjuagar la bayetilla hasta que esté completamente limpia y pasarla nuevamente por todas las partes restregadas, hasta comprobar que se han eliminado todos los residuos de jabón.
- d. Atomizar sobre la bayetilla desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm y pasarlo por todas las superficies limpias.
- e. Pasar mopa a toda la habitación por debajo de todos los muebles corriendo los que sean necesarios, recoger los residuos a la salida con el escobillón y el recogedor.
- f. Con guantes rojos, bayetilla verde, sabra, solución jabonosa y desinfectante hipoclorito de sodio a 5.000ppm lava y desinfecta muy bien todo el baño restregando paredes de ducha, espejo, lavamanos y por último la taza y el piso.
- g. Si los elementos de la habitación están desocupados con guantes rojos, bayetilla verde, solución jabonosa y desinfectante hipoclorito de sodio a 5.000ppm lava y desinfecta en el siguiente orden: riñoneras, patos, orinales, y gramurios.
- h. Atomizar sobre el traperos solución jabonosa y trapear a fondo todo el piso, debajo de la cama, de la mesa de noche y de las sillas, iniciando por el lado opuesto de la puerta pasándolo cuantas veces sea necesario hasta quitar las manchas, rayas y mugre en general, enjuagar el traperos hasta comprobar que se

han retirado todas las partículas de jabón y pasarlo nuevamente por toda el área.

- i. Atomizar sobre el trapero desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm y trapear nuevamente todo el piso, dejarlo actuar y no enjuagar.
- j. Informar a la coordinadora los daños encontrados para que sean reparados.
- k. Antes de retirarse realizar una inspección de su propio trabajo, preguntándole al paciente sobre su aceptación del aseo realizado, y si necesita algo adicional.

#### **4.1.3.2 Estándar operacional para aseo y desinfección de habitación con salida:**

- 1. *Objetivo:* El objetivo principal es realizar aseo y desinfección a las habitaciones que están con salida
- 2. *Alcance:* En todas las habitaciones de la Clínica que tienen salida.
- 3. *Condiciones y recursos necesarios:* Operarios debidamente uniformados y con los elementos de protección personal. Compresero para depósito de ropa sucia. Exprimidor, guantes rojos y negros, bayetilla rosada y verde, solución jabonosa, desinfectante hipoclorito de sodio a 5.000ppm., bolsas para residuos grises, verdes y rojas, máquina para lavar el piso, recogedor, escobillón, cepillo manual, trapero, brillador, espátula, churrusco para lavar el sanitario, aviso de piso húmedo, cera, elementos de dotación como: Jabón, papel higiénico y vaso.

4. *Resultados esperados:* Limpiar y desinfectar, en el tiempo establecido, la habitación que tiene salida, de manera que esté en óptimas condiciones de aseo y desinfección para el próximo paciente que ingrese.
5. *Riesgos y neutralización de los mismos:* Que la operaria de aseo se demore por que está realizando otra desinfección, porque hay varias salidas al mismo tiempo o porque no sabe que hay salida, situación en la que se debe informar a la Coordinadora para que envíe apoyo e ingresen a otras habitaciones que tienen salida y verificar permanentemente las salidas. Otro riesgo puede ser que la operaria de aseo no cuente con los elementos completos en el momento de realizar la desinfección, motivo por el cual se deben alistar con anterioridad los elementos completos para la desinfección. Por último, puede suceder que la desinfección no esté bien realizada, razón por la cual debe existir la correspondiente supervisión con el fin de que no se presenten fallas.
6. *Responsable:* Operario de aseo y Coordinación de Servicios Generales.
7. *Frecuencia:* Cada vez que un paciente sea dado de alta (Limpieza Terminal).
8. *Lugar:* En todas las habitaciones del área hospitalaria.
9. *Descripción de las actividades:*
  - a. Ingresar a la habitación con los elementos de protección personal necesarios guantes, tapabocas, delantal, gorro y mono gafas.
  - b. Con guante rojo cerrar las bolsas con los residuos, dentro de las canecas los de la habitación y los del baño, retirarlas y colocarlas

dentro del cuarto temporal de residuos, lavar y desinfectar las canecas y dejarlas con bolsa nueva en su sitio.

- c. Retirar los tendidos de la cama y depositarlos en el compresero destinado para este fin.
- d. Con bayetilla rosada, guantes negros y solución jabonosa enjabonar restregando muy bien, primero la mesa de comida, luego la mesa de noche, el teléfono, las sillas, el sofá cama, la escalerilla, el espejo, el televisor, el panel de control, los marcos de las ventanas, el closet, los vidrios, las paredes y las chapas.
- e. Enjuagar la bayetilla hasta que esté completamente limpia y pasarla sobre las superficies que fueron restregadas cuantas veces sea necesario hasta comprobar que los residuos de jabón fueron retirados.
- f. Atomizar sobre la bayetilla desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm., y pasarlo sobre las superficies que fueron restregadas.
- g. Por último lavar y desinfectar la cama levantando el colchón y limpiando y desinfectando todas las partes de esta.
- h. Pasar mopa a toda la habitación por debajo de todos los muebles corriendo los que sean necesarios, recoger los residuos a la salida con el escobillón y el recogedor.
- i. Con máquina lavar a fondo con solución jabonosa el piso, restregar y enjuagarlo muy bien.
- j. Atomizar sobre el trapero el desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm., y trapear nuevamente todo el piso.

- k. Proceder a brillar el piso.
- l. Lavar y desinfectar el baño con guante rojo y bayetilla verde, restregando paredes de ducha, espejo, lavamanos y por último la taza y el piso.
- m. Con guantes rojos, y solución jabonosa enjabonar y restregar en el siguiente orden: riñoneras, patos, orinales, y gramurios con detergente, enjuagarlos muy bien y desinfectarlos con Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm.
- n. Dejar dotación de jabón, papel higiénico y vaso.
- o. Informar a la coordinadora de los daños encontrados para que sean reparados.
- p. Llamar a Admisiones y reportar la habitación como lista.

#### **4.1.3.3 Estándar operacional para la limpieza y desinfección de unidad intermedia y unidad de cuidado intensivo:**

1. *Objetivo:* El objetivo principal es mantener limpias y desinfectadas las Unidades de Cuidado Intensivo y Unidades de Cuidado Intermedio.
2. *Alcance:* En las Unidades de cuidado intensivo y cuidado intermedio.
3. *Condiciones y recursos necesarios:* Operario debidamente uniformado, con elementos de protección personal, tapabocas, gorro, polainas, guantes, mono gafas. Exprimidor, guantes rojos, bayetilla verde, solución jabonosa, bolsas para residuos grises, verdes y rojas, recogedor, escobillón, cepillo manual, trapero marcado para

cada cubículo, mopa, churrusco para lavar el sanitario, aviso de piso húmedo, desinfectante Hipoclorito de sodio a 5.000ppm.

4. *Resultados esperados:* Mantener los cubículos de las unidades de cuidado intensivo e intermedio en estado óptimo de limpieza y desinfección minimizando el riesgo de infecciones y garantizando su disponibilidad en el momento que se requieran.
5. *Riesgos y neutralización de los mismos:* Uno de los mayores riesgos es que el operario realice una inadecuada desinfección, por lo tanto se debe capacitar y supervisar el trabajo del operario con el fin de corregir las fallas.
6. *Responsable:* Operario de aseo y Coordinación de Servicios Generales.
7. *Frecuencia:* Al ingreso y egreso del paciente.
8. *Lugar:* En las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio.
9. *Descripción de las actividades:*
  - a. Con guante rojo cerrar las bolsas con los residuos dentro de las canecas, rotular las bolsas y retirarlas depositándolas en el cuarto temporal de residuos, lavar y desinfectar las canecas.
  - b. Iniciar la limpieza cuidando de no golpear la cama ni los equipos médicos y de no hacer ruido, para no incomodar al paciente, siempre de adentro hacia fuera, de arriba hacia abajo y de lo más limpio a lo más sucio.
  - c. Con bayetilla verde, guante rojo y solución jabonosa, restregar todas las superficies del cubículo iniciando de las más altas hasta las más bajas y de adentro hacia fuera.

- d. Enjuagar la bayetilla y pasarla nuevamente por las superficies restregadas cuantas veces sea necesario hasta comprobar que se han retirado completamente las partículas de jabón.
- e. Atomizar sobre la bayetilla desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm para desinfectar y pasarla nuevamente por todas las superficies.
- f. Retirar residuos sólidos y desperdicios del piso mediante el paso de la mopa, llevarlos fuera del área y recogerlos con el recogedor y el escobillón.
- b. Atomizar sobre la bayetilla solución jabonosa y restregar puertas, paredes, marcos de ventanas, mesas, sillas y por último la cama.
- c. Aplicar desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm para desinfectar.
- d. Atomizar sobre el trapero solución jabonosa y restregar el piso y el guarda escobas desde la parte interna hacia la externa, enjuagar el trapero y pasarlo varias veces hasta comprobar que se han retirado completamente las partículas de jabón. Atomizar sobre el trapero desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm para desinfectar el piso.
- e. Se debe cambiar el agua del balde al terminar el aseo de cada cubículo, no olvidar que cada cubículo tiene sus propios elementos de aseo y no se debe utilizar elementos de un cubículo a otro.
- f. Informar cualquier daño que se presente para que sea reportado.

Nota: Los días sábado se hace aseo y desinfección a fondo de toda el área.

#### **4.1.3.4 Estándar operacional para limpieza y desinfección de salas de cirugía:**

1. *Objetivo:* El objetivo principal es mantener en óptimas condiciones de limpieza y desinfección las salas de cirugía.
2. *Alcance:* En todas las salas de cirugía.
3. *Condiciones y recursos necesarios:* Operario debidamente uniformado, con elementos de protección personal, tapabocas, gorro, polainas, guantes, mono gafas. Exprimidor, guantes rojos, bayetilla verde, solución jabonosa, bolsas para residuos grises, verdes y rojas, recogedor, escobillón, cepillo manual, trapero, mopa, desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm.
4. *Resultados esperados:* Mantener el área de salas de cirugía en perfectas condiciones de limpieza y desinfección, cada vez que se termine una cirugía.
5. *Riesgos y neutralización de los mismos:* Que el tiempo dado a la operaria de aseo para la desinfección sea inferior a 15 minutos que es el mínimo necesario motivo por el cual se debe concientizar al personal médico y de enfermería para que dé el tiempo necesario a la operaria de aseo para realizar la desinfección. Por otro lado, uno de los mayores riesgos es que el operario realice una inadecuada desinfección, por lo tanto se debe capacitar y supervisar el trabajo del operario con el fin de corregir las fallas.

6. *Responsable:* Operario de aseo y Coordinación de Servicios Generales.
7. *Frecuencia:* Entre paciente y paciente cada vez que termine un cirugía.
8. *Lugar:* En salas de cirugía.
9. *Descripción de las actividades:*
  - a. Ingresar a la sala de cirugía, con el vestido de cirugía y los elementos de protección personal necesarios.
  - b. Iniciar su trabajo en forma eficaz siempre de adentro hacia fuera, de lo más limpio a lo más sucio y de arriba hacia abajo.
  - c. Con guantes rojos cerrar las bolsas con los residuos dentro de las canecas, rotular las bolsas y depositarlas en el depósito temporal de residuos, lavar y desinfectar las canecas, lavar y desinfectar los guantes.
  - d. Recoger y depositar la ropa quirúrgica utilizada en la cirugía en el compresero verificando que no se encuentren piezas de instrumental y retirarla de la sala.
  - e. Retirar los residuos del piso mediante el paso de la mopa iniciando siempre de adentro hacia afuera, recogerlos con el escobillón y el recogedor fuera del área de la sala.
  - f. Con bayetilla verde, guante rojo y solución jabonosa atomizar sobre la bayetilla y proceder a limpiar todas las superficies del área iniciando en el siguiente orden: paredes, lámparas, atriles y bombas, interruptores, cables, monitores carro de anestesia,

mesas del instrumental, porta platones, carro auxiliar, y por último la mesa quirúrgica.

- g. Enjuagar muy bien la bayetilla y pasarla nuevamente por las superficies restregadas cuantas veces sea necesario hasta comprobar que se han eliminado completamente las partículas de jabón.
- h. Desinfectar atomizando sobre la bayetilla Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm y pasarla sobre las superficies ya limpias.
- i. Atomizar sobre el trapero con solución jabonosa y trapear tosa el área.
- j. Enjuagar el trapero y pasarlo cuantas veces sea necesario hasta comprobar que se han eliminado por completo las partículas de jabón.
- k. Desinfectar el piso atomizando sobre el trapero Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm.

Nota: Los fines de semana realizan aseo y desinfección a fondo de todas las salas.

#### **4.1.3.5 Estándar operacional para limpieza y desinfección de consultorios:**

- 1. *Objetivo:* El objetivo principal es que el paciente disponga de Consultorios limpios y desinfectados.
- 2. *Alcance:* En todos los Consultorios de la Clínica.

3. *Condiciones y recursos necesarios:* Operario debidamente uniformado, con elementos de protección personal, tapabocas, gorro, polainas, guantes, mono gafas. Exprimidor, guantes rojos y negros, bayetillas rosadas y verdes, solución jabonosa, desinfectante hipoclorito de sodio a 5.000ppm., bolsas para residuos grises, verdes y rojas recogedor, escobillón, cepillo manual, traperero, mopa, churrusco para lavar el sanitario, aviso de precaución.
4. *Resultados esperados:* Mantener las áreas de consultorios limpias y desinfectadas minimizando el riesgo de infecciones.
5. *Riesgos y neutralización de los mismos:* Que en el recorrido diario la operaria no pueda realizar el aseo por que encuentre el consultorio o el área ocupada, motivo por el cual el operario debe estar pendiente para realizar el aseo después de que el área sea desocupada. Por otro lado, uno de los mayores riesgos es que el operario realice una inadecuada desinfección, por lo tanto se debe capacitar y supervisar el trabajo del operario con el fin de corregir las fallas.
6. *Responsable:* Operario de aseo y Coordinación de Servicios Generales.
7. *Frecuencia:* Diaria.
8. *Lugar:* Consultorios de los servicios que realizan consulta médica.
9. *Descripción de las actividades:*
  - a. Ingresar al área con los elementos de protección personal necesarios guantes, tapabocas, delantal, gorro mono gafas etc.
  - b. Iniciar su trabajo sin hacer ruido y en forma eficaz, siempre de adentro hacia fuera, de lo más limpio a lo más sucio y de arriba hacia abajo, procurando no mover los aparatos médicos.

- c. Con guante rojo cerrar las bolsas con los residuos, dentro de las canecas, marcarlas y retirarlas colocándolas en el cuarto temporal de residuos, lavar y desinfectar las canecas y dejarlas con bolsa nueva en su sitio.
- d. Con guante negro atomizar sobre la bayetilla rosada solución jabonosa y restregar muy bien, primero el escritorio, el teléfono, las sillas, la escalerilla, los archivadores, las ventanas y los marcos de las ventanas, y por último la camilla.
- e. Enjuagar la bayetilla hasta que esté completamente limpia y pasarla cuantas veces sea necesario hasta comprobar que se han eliminado totalmente las partículas de jabón.
- f. Atomizar sobre la bayetilla desinfectante hipoclorito de sodio a 5.000ppm. y pasar nuevamente por todas las superficies limpias.
- g. Con guante rojo y bayetilla verde restregar el lavamanos primero con solución jabonosa, enjuagarlo y desinfectarlos con hipoclorito de sodio a 5.000ppm.
- h. Pasar la mopa a toda el área por debajo de todos los muebles corriendo los que sean necesarios, recoger los residuos a la salida del área con el escobillón y el recogedor.
- i. Si hay baño con guante rojo, bayetilla verde, solución jabonosa y desinfectante hipoclorito de sodio a 5.000ppm lavar y desinfectarlo muy bien restregando paredes de ducha, espejo, lavamanos y por último la taza y el piso.
- j. Si observa suciedad visible en las paredes debe realizar la correspondiente limpieza, en el área del consultorio debe hacer limpieza completa de paredes.

- k. Atomizar sobre el trapero solución jabonosa y trapear todo el piso, debajo del escritorio, de las sillas, de la camilla iniciando por el lado opuesto de la puerta pasándolo cuantas veces sea necesario hasta quitar las manchas, rayas y mugre en general.
- l. Enjugar muy bien el trapero, cuantas veces sea necesario hasta comprobar que se han eliminado completamente las partículas de jabón.
- m. Atomizar sobre el trapero desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm y trapear nuevamente todo el piso.
- n. Informar a la Coordinadora los daños encontrados para que sean reparados.
- o. Antes de retirarse realizar una inspección de su propio trabajo.

#### **4.1.3.6 Estándar operacional para limpieza y desinfección de baños y vestieres:**

1. *Objetivo:* El objetivo principal es lavar y desinfectar baños y vistieres de la Clínica.
2. *Alcance:* En todos los baños y vistieres.
3. *Condiciones y recursos necesarios:* Operario debidamente uniformado, con elementos de protección personal, tapabocas, gorro, polainas, guantes, mono gafas. Exprimidor, guantes rojos y negros, bayetilla rosada y verde bolsas para residuos rojas, recogedor, escobillón, cepillo manual, trapero, brillador, espátula, churrusco para lavar el sanitario, balde, aviso de piso húmedo, detergente

desinfectante amonio cuaternario, elementos de dotación como: Jabón y papel higiénico, etc.

4. *Resultados esperados:* Mantener los baños en excelente estado de limpieza y desinfección, para que puedan ser usados con toda comodidad y confianza en el momento que sean requeridos.
5. *Riesgos y neutralización de los mismos:* Que la operaria no realice una buena limpieza y desinfección de los baños, y/o se demore más del tiempo estipulado, por lo tanto se debe supervisar constantemente el aseo de los baños con el fin de evitar fallas y que se cumpla el tiempo estipulado.
6. *Responsable:* Operario de aseo y Coordinación de Servicios Generales.
7. *Frecuencia:* Durante todo el día y la noche, en el aseo diario o según necesidad.
8. *Lugar:* Baños y vestieres de la Clínica.
9. *Descripción de las actividades:*
  - a. Ingresar al área con los elementos de protección personal necesarios: guantes, tapabocas, gorro, delantal y mono gafas.
  - b. Con guante rojo cerrar las bolsas con los residuos dentro de las canecas y retirarlas colocándolas en el cuarto temporal de residuos, lavar las canecas por dentro y por fuera enjuagar muy bien y desinfectarlas.
  - c. Barrer y recoger a la salida del baño con el recogedor la mugre del piso.

- d. Con guante rojo, bayetilla verde y solución jabonosa restregar los lockers del área de vertieres.
- e. Enjuagar la bayetilla hasta que esté completamente limpia y pasarla sobre las superficies que fueron restregadas cuantas veces sea necesario hasta comprobar que se han eliminado todas las partículas de jabón.
- f. Pasar nuevamente la bayetilla con desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm.
- g. Con guante rojo, bayetilla verde, cepillo de mano enjabonar y restregar las paredes de ducha y del baño en general, los lavamanos, las llaves de la ducha y del lavamanos incluyendo la boca de los grifos.
- h. Enjuagar muy bien y pasar la bayetilla sobre las superficies restregadas cuantas veces sea necesario hasta comprobar que se han eliminado las partículas de jabón.
- i. Atomizar sobre la bayetilla desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5,000ppm, y pasarlo sobre todas las superficies ya lavadas.
- j. Enjabonar y restregar con solución jabonosa el piso del baño y del área de la ducha y la cortina de baño.
- k. Enjuagar muy bien y desinfectarlo aplicando Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm.
- l. Con guante rojo, sabra y bayetilla verde enjabonar y restregar con solución jabonosa la taza del baño restregando la parte interior del sanitario con el churrusco y la parte exterior con la sabra, enjuagar muy bien y pasar la bayetilla con desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm.

- m. Colocar los elementos de dotación como jabones y papel.
- n. Informar a la Coordinadora cualquier daño encontrado para que sea reportado a mantenimiento.

#### **4.1.3.7 Estándar operacional para limpieza y desinfección de la morgue:**

1. *Objetivo:* El objetivo principal es limpiar y desinfectar la morgue.
2. *Alcance:* En toda el área de la morgue.
3. *Condiciones y recursos necesarios:* Operario debidamente uniformado, con elementos de protección personal, tapabocas, gorro, polainas, guantes, mono gafas. Exprimidor, guantes rojos y negros, bayetilla rosada y verde, solución jabonosa, bolsas para residuos verdes y rojas, recogedor, escobillón, cepillo manual, máquina lavadora, traperero, brillador, aviso de precaución, desinfectante Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm.
4. *Resultados esperados:* Mantener la morgue desinfectada y limpia, de tal forma que se encuentre dispuesta para su uso en el momento que sea requerida.
5. *Riesgos y neutralización de los mismos:* Que el operario realice una inadecuada desinfección, por lo tanto se debe capacitar y supervisar el trabajo del operario con el fin de corregir las fallas.
6. *Responsable:* Operario de aseo y Coordinación de Servicios Generales.
7. *Frecuencia:* Cada vez que sea necesario.

8. *Lugar:* La morgue.

9. *Descripción de las actividades:*

- a. Ingresar al área con los elementos de protección personal necesarios guantes, tapabocas, gorro, mono gafas.
- b. Con Guante rojo cerrar las bolsas con los residuos dentro de las canecas y depositarlos en el cuarto temporal de almacenamiento, desinfectar muy bien los guantes.
- c. Con guante rojo y bayetilla verde enjabonar y restregar con solución jabonosa todas las superficies, bandejas, mesas, mesones, cajones, gabinetes y lavamanos.
- d. Enjuagar muy bien hasta comprobar que se han eliminado completamente los residuos de jabón.
- e. Desinfectar aplicando Hipoclorito e Sodio a 5.000ppm sobre todas las superficies lavadas.
- f. Pasar la mopa por toda el área y recoger con escobillón y recogedor los residuos del piso a la salida.
- g. Enjabonar y restregar el piso de toda el área comenzando desde el área más alejada de la puerta hacia la más cercana.
- h. Pasar el traperero y enjuagarlo muy bien cuantas veces sea necesario hasta comprobar que se han eliminado todos los residuos de jabón.
- i. Desinfectar aplicando Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm.
- j. Con guante rojo y bayetilla verde enjabonar y restregar paredes y puertas siempre de arriba hacia abajo, de adentro hacia fuera y de la zona más limpia hacia la más sucia.

- k. Enjuagar muy bien hasta comprobar que se han eliminado completamente las partículas de jabón.
- l. Desinfectar aplicando Hipoclorito de Sodio a 5.000ppm.
- m. Informar a la supervisora los daños encontrados para que sean reparados.

Por otro lado y para mejorar el proceso de salida de los pacientes y tener un mayor control, se propone la instalación en el módulo de control de entrada de la Clínica de un terminal de computador que esté en línea con Admisiones y Servicios Generales de tal manera que en el momento de la salida del paciente, el auxiliar de seguridad al retirar la manilla también digite en el sistema el número de habitación y la hora exacta de la salida, de esta manera al conocer la información confiable todos podrían acceder al inicio de sus respectivas labores a la hora indicada ya que se manejarían los mismos tiempos (Clínica Nueva. 2011).

La Dirección de la Clínica debe solicitar a la empresa de seguridad la colaboración para que el personal introduzca en el sistema esta información, y el Jefe de Sistemas debe instalar la terminal.

Se sugiere reorganizar los horarios y las funciones del personal de Servicios Generales de tal manera que el personal quede fijo en un solo puesto para que de esta manera se le puedan establecer responsabilidades a cada operario por la labor que debe desempeñar; se debe dejar en el área de Hospitalización al personal que mejor desempeñe esta función. También se sugiere que Salud Ocupacional presente un informe a la Dirección de la Clínica de cuáles son los operarios que por su patología definitivamente no pueden desempeñar labores en Servicios Generales con el fin de reubicarlos en áreas donde no tengan que

realizar trabajos físicos repetitivos, como podría ser el conmutador, Acogida al Usuario y/o también se sugiere hablar con la empresa de seguridad para ver la posibilidad de realizar una sustitución patronal y que puedan pasar como guardias de seguridad a esta empresa, o en el peor de los casos verificar si el tiempo de servicio no es muy alto y plantearles un arreglo legal.

Para lograr esto, Salud Ocupacional debe presentar un informe a la Dirección de la Clínica del personal de Servicios Generales con problemas de salud y la Dirección de la Clínica debe hablar con la empresa de seguridad y ver la posibilidad de traslado de este personal a su empresa. Finalmente la mayor responsabilidad sobre este tema recae en la Jefatura de Gestión Humana para analizar arreglo con los empleados (Drucker, P., 2002).

#### **4.1.4 Supervisión de las habitaciones listas:**

El proceso de supervisión de las habitaciones es lento porque todas las habitaciones tienen una llave diferente, por lo tanto se sugiere se elaboren dos llaves maestras por cada central de enfermería, una para la Coordinadora de Servicios Generales y otra para la Jefe del piso, las cuales estarían bajo su responsabilidad. A la coordinación de Servicios Generales le facilitaría y agilizaría la supervisión de habitaciones y a los Jefes de piso les ayudaría para llevar el control de quienes y para que solicitan la llave, inclusive llevando una hoja de control de firmas de retiro y entrega de la misma con el fin de evitar su pérdida.

De este proceso son responsables la Coordinación de Servicios Generales con respecto a su llave maestra y las enfermeras Jefes de cada piso y personal de enfermería para llevar el control de préstamo de la llave maestra.

Como la Coordinación de Servicios Generales tiene también funciones de escritorio y no puede supervisar el 100% de las habitaciones en salida y los fines de semana no tienen turno, se sugiere contratar una supervisora para que colabore con esta labor. Esta nueva supervisión debe incluir domingos y festivos, además de supervisiones esporádicas en las horas de la noche. Igualmente se debe disponer de un técnico de Mantenimiento para hospitalización el cual debe ingresar diariamente a todas las habitaciones con salida y realizar los arreglos correspondientes, de tal manera que al informarle a Admisiones que la habitación ya está lista nos garantice que está en óptimas condiciones de aseo y mantenimiento (Clínica Nueva. 2011).

La Dirección de la Clínica debe autorizar el ingreso de una supervisora y la jefatura de Recursos Físicos y Mantenimiento deben destinar un operario de mantenimiento para realizar los arreglos de mantenimiento diario de las habitaciones en salida.

Con respecto al mantenimiento de las habitaciones, se sugiere establecer un formato numerado para las órdenes de mantenimiento donde se encuentren fecha, hora, solicitud realizada, quien la solicita, el nombre del área que hace la solicitud, persona que realiza el trabajo, fecha y hora de entrega y firma, y una vez realizado el arreglo la persona que lo recibe firmará como constancia con su visto bueno. Esto con el fin de tener un mayor control y que el Departamento de Mantenimiento no reciba órdenes verbales.

La Jefatura de Recursos Físicos y Mantenimiento deben elaborar el formato de control y las diferentes áreas que solicitan servicio de Mantenimiento son las responsables de diligenciar el formato siempre que tengan una solicitud.

#### **4.1.5 Proceso de informe del estado de las habitaciones:**

En el análisis se pudo encontrar que no hay un canal conductual para informar el estado de las habitaciones, por lo tanto se sugiere que una vez el operario de aseo termine la desinfección directamente llame a Admisiones desde la habitación y le informe que ya está lista. Por otro lado se podría establecer en el sistema un mapa de habitaciones con un programa en línea que permita introducir y ver los datos del estado actual de cada habitación, sin necesidad de que todos estén llamando constantemente. De esta manera Admisiones o el área que necesite saber algún dato de determinada habitación lo pueda verificar fácilmente por el sistema, el cual será responsabilidad directa de la Coordinación de Servicios Generales y del personal de Admisiones los responsables con respecto a la actualización de la información sobre el alistamiento y/o asignación de habitaciones.

El Departamento de Sistemas debe crear y realizar el montaje del programa (Clínica Nueva. 2011).

#### **4.1.6 Proceso de salida del paciente y participación de la Oficina de Acogida al Usuario:**

Con respecto al proceso de salida de un paciente, lo primero que se sugiere es que se incluyan todas las habitaciones de la clínica en el sistema con el fin de poder verificar fácilmente los informes médicos, motivo por el cual se debe agilizar el proceso de automatizar el 100% de las historias clínicas. De igual manera y como se dijo con anterioridad, se debe realizar un control sistematizado de la salida del paciente.

Por otro lado, existen ocasiones en la que hay pacientes listos para salir pero que no pueden irse por diferentes motivos y se sugiere acondicionar una sala de espera con unas sillas reclinomatic con el fin de que puedan descansar en esta área y no estén ocupando por más tiempo la habitación, la cual podría estar siendo alistada para otro paciente que la esté necesitando. Igualmente las Jefes de los pisos deben coordinar a su personal para que le den prioridad a la atención de los pacientes que tienen salida realizándoles los procedimientos asistenciales que estén pendientes antes de su egreso.

La Jefatura de Sistemas debe incluir todas las habitaciones de la Clínica en el sistema y los operarios de Seguridad tendrán que cumplir con la tarea de introducir en el sistema la hora de salida de cada uno de los pacientes.

Por otro lado y para que este cambio se pueda realizar, la Jefatura de Enfermería debe comunicar al personal de enfermería sobre la prioridad en la atención de los pacientes que tienen salida, y la Dirección de la Clínica tendría que autorizar la adecuación de un sitio para la sala de espera (Clínica Nueva. 2011).

Con respecto al área de Acogida al Usuario, se sugiere que la información que esta suministra diariamente y personalmente se realice por medio del canal institucional de la Clínica o por un folleto donde se le comuniqué al paciente la información prioritaria que debe tener en cuenta durante su permanencia en la clínica y los trámites que debe realizar para agilizar su salida. En cuanto a los Deberes y Derechos de los pacientes, estos deben ser colgados en cada habitación en un lugar visible sobre un material acrílico para facilitar su lectura. Por otro lado, la encuesta de satisfacción al usuario en conceptos de hospitalización debería ser realizada por escrito a los pacientes que tengan salida, para así suprimir el sistema de llamado a cada paciente encuestándolo, con lo que se pierde mucho tiempo ya que el seguimiento telefónico al riesgo de la cirugía lo puede realizar el Departamento de Cirugía. De esta manera la oficina de Acogida

al Paciente se dedicará a otras labores que impacten más como brindar la información oportuna que requiera el paciente para su egreso, ayudarlo a agilizar los trámites, verificar la efectividad de los procesos y hacer seguimiento a las causas que le estén impidiendo un egreso oportuno.

Es responsabilidad de la Jefatura de la Oficina de Acogida al Paciente modificar las funciones de la auxiliar de esta oficina (Clínica Nueva. 2011).

## **4.2 Proceso de asignación y disponibilidad de camas**

Con el objetivo de mejorar el proceso de asignación de camas se debe generar una política clara y concisa que todos los miembros de la entidad prestadora de salud pongan en funcionamiento. El objetivo de esta política es garantizar la oportunidad en la asignación de camas de acuerdo a la prioridad del paciente basándose en su criticidad y el cubrimiento de su convenio.

El médico tratante determina la necesidad de hospitalización aclarando el tipo de cama y el servicio que solicita según la complejidad del diagnóstico, le explica al paciente y su familia la necesidad de continuar el manejo médico o quirúrgico hospitalizándolo, para lo cual debe realizar la respectiva orden de hospitalización ya sea en el sistema o en papel.

El área de Admisiones debe solicitar la autorización de la hospitalización a los pagadores responsables dentro de los términos pertinentes con respecto a las EPS o IPS. Así mismo como este departamento es el responsable del proceso de asignación de camas, debe utilizar su criterio de priorización para dicha asignación, según las necesidades del paciente y el servicio al cual necesite ser remitido teniendo en cuenta el siguiente orden (Clínica Nueva. 2011):

### **4.2.1 Asignación de cama en la unidad de cuidado intensivo y/o intermedio:**

1. Paciente crítico procedente de Hospitalización.
2. Paciente crítico procedente de Urgencias.
3. Paciente crítico procedente de Salas de Cirugía.

#### **4.2.2 Asignación de camas del piso en el siguiente orden:**

1. Traslado desde la Unidad de Cuidado Intensivo y/o intermedio hacia Hospitalización, para habilitar camas de las Unidades.
2. Pacientes de Urgencias según su hora de llegada al servicio, para habilitar cubículos de esta Unidad para pacientes nuevos de Urgencias.
3. Ingreso de pacientes de Salas de Cirugía.

Los pacientes hospitalizados por Urgencias en trámite de remisión serán trasladados a piso en el plazo establecido en el Decreto 4747, y resolución 3047 continuando con el proceso de remisión desde hospitalización. En caso de no contar con camas disponibles, el paciente permanecerá en el Servicio de Urgencias y recibirá el manejo necesario bajo la responsabilidad del médico tratante y cuidado del personal de Urgencias, hasta que pueda trasladarse a una cama ya sea de Hospitalización, Cuidados Intermedios y/o Intensivos o Salas de Cirugía. El Servicio de Urgencias deberá cumplir con los trámites y requisitos de Referencia y Contrareferencia necesarios y posibles dentro del marco legal de la salud colombiana, en caso de no poder prestar la continuación del cuidado médico en la Clínica, o en caso de no contar con los recursos necesarios si la condición médica lo requiere (Clínica Nueva. 2011).

Para los pacientes con diagnóstico de enfermedad transmisible o estados de inmunosupresión, el Departamento de Urgencias deberá comunicarse con la sección de Infecciones para verificar la necesidad de aislamiento en habitación individual.

### **4.2.3 Asignación de camas para convenios:**

Para los convenios especiales como son: prepagadas, ARP, particulares etc. Se destinarán las habitaciones asignadas para este fin, las cuales no deben ser bloqueadas con anterioridad con el fin de contar siempre con su disponibilidad. Estas serán asignadas a medida que se vaya presentando la necesidad y en caso de presentarse un traslado urgente a alguna de estas habitaciones, será realizado sin tener en cuenta el tipo de convenio y se estará pendiente por parte de Admisiones para su reubicación lo más pronto posible. Si la entidad que ha emitido la orden o autorización es una EPS, no se aceptará el pago del excedente para dejar al paciente en habitación individual.

Por otro lado, se tienen los siguientes procesos operacionales para la asignación de camas, haciendo la claridad de que el Departamento de Admisiones debe ser el único responsable de la asignación de camas en toda la Clínica y como tal debe asignarlas con la debida oportunidad, prioridad y agilidad que necesitan y esperan los pacientes, ciñéndose a la política establecida.

#### **4.2.3.1 Para pacientes con cirugía programada:**

1. Salas de Cirugía programa con anterioridad la evaluación pre anestésica del paciente, una vez que ha verificado que todos los documentos están al día, lo envía a los consultorios para la valoración respectiva, cuyo resultado es entregado el mismo día.
2. El Auxiliar de Admisiones diariamente confronta contra el listado que le envía cirugía, los pacientes que estén programados, revisa documentos y

verifica que todos estén completos, incluyendo el código del tipo de cirugía que le van a realizar.

3. Confirma con la EPS correspondiente la autorización y verifica que los datos enviados por cirugía estén correctos incluyendo el informe de elementos a utilizar, órdenes vigentes etc.
4. Admisiones le reconfirma al paciente el día y la hora en que está programada su cirugía y le informa los pasos que debe seguir después de su valoración pre anestésica, como son: venir en ayunas, el tipo de preparación que debe cumplir con anterioridad dependiendo del tipo de cirugía que le van a realizar etc.
5. Con todos los documentos necesarios Admisiones recibe al paciente y le procede a realizar la apertura de la Historia Clínica, la cual contiene entre otros datos: fecha, nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, nombre de la EPS a la que pertenece, código de la cirugía a realizar, número de la historia Clínica, nombre del médico tratante etc., le adjunta fotocopias de la cédula de ciudadanía, del carnet de la EPS vigente, de la orden de los implementos necesarios para la cirugía, de los resultados de la pre anestesia etc. e ingresa todos los datos al sistema.
6. Al día siguiente cuando el paciente llega a su cirugía y ya tiene abierta la respectiva Historia Clínica, se le solicita firma de autorización para solicitud de copia de su historia clínica y firma del consentimiento informado.
7. Con todos los documentos se envía al paciente a la ventanilla de cirugía para la realización de su procedimiento.
8. Una vez finalizada la cirugía y valorado el paciente por su cirujano, este confirma si ya puede ser trasladado a Hospitalización y/o a la Unidad, el jefe de Salas solicita a Admisiones habitación y allí le confirman si hay

disponibilidad o no, si hay se llama al jefe del piso donde fue asignada la habitación para que envíe una auxiliar por el paciente.

#### **4.2.3.2 Para pacientes procedentes de urgencias:**

1. El médico tratante de Urgencias valora al paciente en el Triage y decide hospitalizarlo para lo cual informa de su decisión al Jefe de Urgencias.
2. El Jefe de Urgencias llama a la Caja de Urgencias y le informa la necesidad de la cama.
3. Caja de Urgencias llama a la EPS correspondiente y pide la autorización del servicio.
4. Caja de Urgencias ingresa datos del paciente en el sistema y verifica el tipo de cama solicitada por el médico y llama a Admisiones para que le asigne una habitación.
5. La caja de Urgencias le informa al Jefe de Urgencias el número de habitación que fue asignada por Admisiones y esta a su vez llama al Jefe del piso para informarle que le va a enviar con el camillero al paciente.
6. Si no hay habitaciones disponibles, Admisiones verifica las salidas ya firmadas y llama a la coordinadora de Servicios Generales para que agilice la desinfección de las mismas.

#### **4.2.3.3 Para traslado de pacientes de unidades a hospitalización:**

1. Una vez que el médico tratante de la Unidad realiza la valoración respectiva a su paciente y decide que ya puede ser trasladado a habitación, le informa a la Jefe de la Unidad sobre esta decisión, da la orden de realizar los exámenes que crea necesarios y lo formula.
2. El jefe de la Unidad llama a Admisiones, le solicita habitación y le envía el formato respectivo del traslado.
3. Admisiones verifica en el sistema, y si hay habitación disponible la asigna, realiza en el sistema el traslado correspondiente e informa al Jefe de la Unidad el número de habitación que fue asignada. Si no hay habitación disponible llama a la Coordinadora de Servicios Generales para que agilice el alistamiento de las habitaciones que están con salida.
4. El Jefe de la Unidad llama a la Jefe del Piso y le confirma que va a enviarle un paciente.
5. La auxiliar de la Unidad sube al paciente al piso respectivo y lo entrega a la Jefe dejándolo en la habitación asignada.

#### **4.2.4 Actividades realizadas por el Auxiliar de Admisiones:**

Por el alto volumen y variedad de las actividades que debe realizar la auxiliar de Admisiones, este no puede dedicar el 100% de su tiempo a administrar la disponibilidad de las camas, labor que demanda tiempo y que debería ser exclusivamente de una sola persona, por lo que se sugiere que sean dos las personas encargadas del módulo de Admisiones, una que desempeñe las funciones de oficina y de autorizaciones y la otra persona que se dedique

exclusivamente a administrar la asignación de camas, el ingreso de los pacientes, verificación de documentos y órdenes, ingreso de datos al sistema, apertura de Historias Clínicas, verificación permanente en el sistema sobre la disponibilidad de camas, impresión de censos, seguimiento permanente a tiempos y movimientos de reubicación y traslados de pacientes y de toda la información relacionada con el estado de habitaciones. De esta manera se lograría de forma significativa mejorar y optimizar los tiempos en la asignación de camas.

También se deben estandarizar los procesos de Admisiones y elaborar un manual de funciones de tal manera que permita centralizar la Gestión del ingreso de pacientes exclusivamente a Admisiones, el cual por otro lado debe realizar una planificación diaria con priorización de asignación de habitaciones basadas en la nueva política establecida (Clínica Nueva. 2011).

Los responsables de este plan de mejoramiento son la Dirección de la Clínica para autorizar una auxiliar adicional para el área de Admisiones y la Jefatura de Admisiones para reorganizar estándares operacionales y funciones de las auxiliares de Admisiones.

#### **4.2.4.1 Tiempos entre la solicitud de camas por parte de Admisiones y el ingreso del paciente a la habitación:**

Los tiempos entre la solicitud de camas por parte de Admisiones y el ingreso del paciente a la habitación son muy largos y se deberían reducir. Lo prolongado de estos se debe a que el sistema actual de comunicación telefónica no es el ideal, por lo tanto y con el fin de lograr agilidad en este proceso, se sugiere utilizar un sistema más efectivo como el de celulares o walkies talkies para que este sea manejado todo el tiempo y directamente por el personal involucrado en el proceso.

También se ve la necesidad urgente de mejorar el método actual de información entre las áreas involucradas mejorando el sistema e incluyendo información vital que se pueda consultar por el computador, como lo son el estado actual de cada una de las habitaciones ya que es más ágil y confiable y mejoraría los tiempos para el ingreso del paciente a la habitación.

De igual manera se observa la necesidad de un camillero para cada piso, el cual se ocuparía del traslado de los pacientes de las diferentes áreas al servicio de Hospitalización, con el fin de que sea él el encargado de realizarlos y no el personal auxiliar de enfermería ya que este no puede descuidar sus labores para desplazarse a realizar traslados que la mayoría de veces son demorados. El contar con este camillero ayudaría a que se disminuyeran los tiempos de ingreso del paciente a Hospitalización. Adicional este camillero utilizaría también el sistema de comunicación vía celular o Walkies Talkies y llevaría una planilla de control de tiempos y movimientos de sus desplazamientos.

La Dirección de la Clínica tendrá que aprobar la adquisición del nuevo sistema de comunicación y autorizar el ingreso de un camillero para cada piso para realizar traslados en el área de hospitalización.

#### **4.2.5 Comunicación entre las diferentes áreas para el traslado de pacientes:**

La comunicación entre las diferentes áreas para lograr el oportuno traslado de los pacientes es fundamental. Admisiones no debe quedar en ningún momento excluida de este proceso y las Unidades, Urgencias y Salas de Cirugía deben informarle directamente a esta oficina del traslado de los pacientes y a su vez Admisiones debe ser quien llame directamente al Jefe del Piso y le confirme el ingreso del paciente a la habitación que le fue asignada (Clínica Nueva. 2011).

#### **4.2.6 Tiempo entre la información dada por Admisiones de disponibilidad de camas para el traslado de pacientes de Unidades y la hora en que se realiza el traslado:**

Con el fin de no dejar condicionada la salida del paciente de la Unidad y que se presenten tiempos tan prolongados desde la asignación de la habitación hasta el traslado del paciente a la misma, se sugiere que después de que el médico realice la evaluación del paciente, ordene los exámenes y lo formule, solamente después y no antes, la Jefatura de la Unidad llame a Admisiones para solicitar la asignación de la habitación. También se debe coordinar con las áreas que realizan exámenes que deben dar prioridad a los pacientes de las Unidades para su pronta realización y separar el cupo con anticipación, esto con el fin de disminuir los tiempos de espera. De igual manera se ve la necesidad del camillero para la realización de estos traslados, ya que la auxiliar descuida por un tiempo prolongado la atención del paciente de un área tan crítica como son las Unidades de Cuidado Intensivo y/o Intermedio y adicionalmente se generan atrasos en los tiempos de entrega del paciente a pisos.

La Jefatura de Enfermería tendrá que coordinar el personal de las Unidades la hora en que debe solicitar la habitación y la Dirección de la Clínica debe informar a los servicios donde se realizan los exámenes sobre la norma de dar prioridad a los pacientes de las Unidades. Por otro lado esta última tiene la responsabilidad de autorizar el ingreso de dos camilleros para soportar los traslados de los pacientes.

#### **4.2.7 Tiempos entre la hora en que Urgencias informa del traslado del paciente a piso y la hora real del traslado:**

Nuevamente se detectan tiempos prolongados para el traslado del paciente de Urgencias a la Habitación. Se sugiere que a Acogida al Usuario en un área tan crítica como es Urgencias, se le asignen funciones muy específicas de tal manera que se involucre más en indagar las causas de las demoras de los traslados de pacientes a piso y colabore con su agilización.

Se sugiere también que no sea uno si no dos los camilleros para Urgencias con turnos de 6am a 2pm y de 2pm a 10pm y que sea rotativo para los fines de semana y festivos.

Adicionalmente se deberían realizar reuniones diarias entre las jefaturas de Admisiones y Urgencias con el fin de hacer el respectivo seguimiento a los pacientes que amanecen en esta área justificando los motivos por los cuales no pudieron ser trasladados a habitación el día anterior (Clínica Nueva. 2011).

### **4.3 Proceso de alistamiento de la cuenta**

#### **4.3.1 Actividades para el cierre de la cuenta:**

En el momento de realizar el cierre de cuenta, se evidencia que el personal de enfermería debe realizar labores que no son de orden asistencial, teniendo que desplazarse de su sitio de trabajo y dejando por momentos descuidada la atención del paciente. Se sugiere que con el fin de evitar estos traslados se implemente en el sistema un programa que permita a cada médico realizar la epicrisis, dar la orden de alta a su paciente y facturar sus honorarios, y que Facturación solamente sea la responsable de confirmar por el sistema y revisar que los datos estén bien, verificando honorarios por medio de un programa donde estén las tarifas específicas según el tipo de cirugía. Con este sistema se agilizaría muchísimo el alistamiento de la cuenta ya que no habría que hacer entregas físicas de los documentos y se abolirían pasos como el de caja a facturación y el de facturación a caja.

Por otro lado se evidencia procesos que se podrían simplificar como es el de la entrega de la boleta a enfermería, ya que un auxiliar de vigilancia podría ser el responsable de recibir el inventario de la habitación y a su vez acompañar al paciente hasta la salida, y entregarle la boleta a su compañero que está en la puerta de entrada (Clínica Nueva. 2011).

Los tiempos entre la orden de salida que da el médico, la entrega de los documentos a caja por parte de enfermería, la entrega de la boleta de salida al familiar y la salida del paciente son tiempos de más de tres horas, por lo que de nuevo se hace énfasis en la necesidad de instalación urgente de un programa en el sistema que ayude a minimizar estos tiempos.

Como se expuso en el seguimiento realizado a las funciones de la auxiliar de Acogida al Usuario esta oficina debería hacerle seguimiento a todos los trámites relacionados con el proceso de egreso del paciente con el fin de minimizar estos tiempos tan prolongados.

Se deben actualizar los estándares operacionales del área de facturación e incluirlos en el ESAC y entregarlos a cada uno de los funcionarios que laboran en esta área con el fin de que tengan claras sus funciones y responsabilidades.

Los responsables de que estas mejoras se implementen son la Dirección de la Clínica para autorizar la compra del programa para facturación, la empresa de seguridad para que dé la orden a sus empleados de realizar los inventarios de habitaciones, la Jefatura de Acogida al Usuario para que modifique las funciones de la auxiliar de esta oficina que visita pacientes y por último la Jefatura de Facturación para que actualice estándares operacionales de su Departamento (Clínica Nueva. 2011).

Por otro lado, se debe tener establecida una política de cumplimiento para la hora de salida del paciente hospitalizado. Esta política se basa en que todo médico tratante que tenga paciente Hospitalizado en la Clínica deberá, en la medida de lo posible (justificando el motivo del no cumplimiento de la política) dar de alta a su paciente y firmar su salida el día que lo estime conveniente, máximo hasta medio día, lo cual implicará mejoramiento en la calidad del servicio de los pacientes y optimizará los tiempos de alistamiento de las habitaciones para que sean asignadas lo más pronto posible a los pacientes que están en espera de ser Hospitalizados.

La Dirección hará firmar a cada uno de los médicos la respectiva acta de compromiso y le hará seguimiento al cumplimiento de esta política estableciendo un indicador para ello.

Finalmente, se sugiere implementar indicadores de seguimiento para poder verificar y mantener las mejoras expuestas en este trabajo. Estos no sólo ayudarán a agilizar el proceso de asignación de camas si no que también mejorarán el cumplimiento de las metas institucionales (Clínica Nueva. 2011).

#### **4.3.1.1 Indicadores para servicios generales:**

1. Satisfacción del paciente hospitalizado con el servicio de aseo (Número de pacientes que calificaron 5 el aseo).
2. Satisfacción del Cliente Interno con el servicio de aseo (Número de empleados que calificaron 5 el aseo).
3. Satisfacción del Cliente Interno y Externo con el servicio de lavandería (Número de usuarios de lavandería que calificaron 5 el servicio).
4. Nivel de servicio de la Clínica (Número de órdenes ejecutadas con respecto a las órdenes totales).
5. Tiempo promedio de alistamiento de la habitación entre la salida física del paciente y el tiempo de desinfección (sumatoria tiempos entre salida y alistamiento). Como estándar se sugiere no ser superior a 45 minutos.
6. Ropa rechazada después del proceso de lavado (Kilos de ropa devuelta por defectos en el proceso de lavado con respecto al total de kilos lavados y procesados).

#### **4.3.1.2 Indicadores para admisiones:**

1. Errores en la identificación de pacientes (Número de errores en la identificación de pacientes con respecto al número de pacientes admitidos).
2. Eficacia en el proceso de asignación de camas (sumatoria de tiempos de asignación camas con respecto al total de necesidades de cama). Este se debe desagregar para pacientes de urgencias y de cirugía programada. Como estándar se sugiere que el tiempo no debe ser superior a 60 minutos.

#### **4.3.1.3 Indicadores para facturación:**

1. Control de tiempos entre la orden de salida del médico, la devolución de medicamentos y la liquidación de la cuenta (sumatoria diferencia de tiempos entre la orden de salida y entrega de la cuenta teniendo en cuenta el total de salidas). Como sugerencia el estándar no debe superar los 60 minutos.
2. Tiempo entre la liquidación de la cuenta y su alistamiento para ser entregada a los Auditores Externos para su revisión (diferencia de tiempo entre la liquidación de la cuenta y la entrega a auditoría externa con respecto al total de facturas por día). Como estándar se sugiere no debe ser superior a 24 horas.

#### 4.4 Diagramas de Flujo de Procesos

##### 4.4.1 Entrada de pacientes a la Clínica

Tema: Entrada Pacientes

Operación: Asignación de Habitaciones

Situación propuesta (Clínica Nueva. 2011).

|    | OPERACIONES | TRANSPORTE | INSPECCIÓN | RETRASOS | ALMACE.TO | DESCRIPCIONES   |
|----|-------------|------------|------------|----------|-----------|---|
| 1  | ○           | →          | □          | D        | ▽         | Llegada del paciente a la Clínica.  |
| 2  | ○           | →          | □          | D        | ▽         | Apertura de la Historia Clínica.  |
| 3  | ○           | →          | □          | D        | ▽         | Verificación de la documentación con respecto a la EPS.                       |
| 4  | ○           | →          | □          | D        | ▽         | Asignación de la habitación al paciente.                                      |
| 5  | ○           | →          | □          | D        | ▽         | Desinfección de la habitación.  |
| 6  | ○           | →          | □          | D        | ▽         | Supervisión del alistamiento de la habitación.                                |
| 7  | ○           | →          | □          | D        | ▽         | Aviso alistamiento habitación del operario de aseo directamente a enfermería. |
| 8  | ○           | →          | □          | D        | ▽         | Movilización del paciente a la habitación por parte del camillero.            |
| 9  | ○           | →          | □          | D        | ▽         | Ingreso del paciente a la habitación.   |
| 10 | ○           | →          | □          | D        | ▽         | Informe al médico tratante del ingreso del paciente a la habitación.          |

Ilustración 7: Situación propuesta: Entrada de pacientes



**Ilustración 8: Situación actual entrada pacientes**



**Ilustración 9: Entrada de pacientes**

En el diagrama de flujo de proceso actual de entrada de pacientes a la Clínica en evaluación, se observaba la existencia de numerosos picos debido a procesos que retrasaban la operación o que simplemente eran procesos de almacenamiento. Esto último no permitía que los tiempos de la operación con respecto a la entrada de pacientes fuesen rápidos y ágiles.

Al implementar los planes de mejora en la Clínica se eliminan numerosos procesos. Esto implica que los picos más altos del diagrama de flujo de procesos propuesto para la entrada de pacientes a la clínica sean generados simplemente por inspecciones necesarias para el mismo.

#### 4.4.2 Salida de pacientes a la Clínica

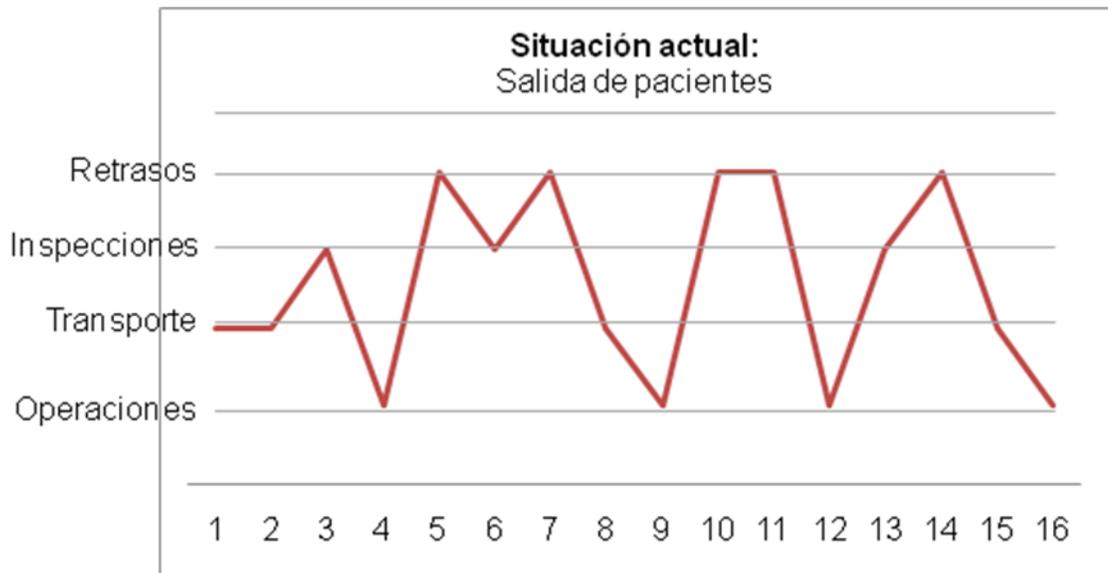
Tema: Salida Pacientes

Operación: Asignación de Habitaciones

Situación propuesta (Clínica Nueva. 2011).

|   | OPERACIONES | TRANSPORTE | INSPECCIÓN | RETRASOS | ALMACE.TO | DESCRIPCIONES   |
|---|-------------|------------|------------|----------|-----------|---|
| 1 | ○           | ⇨          | □          | D        | ▽         | Realización de exámenes pendientes al paciente antes de dar la orden de salida.   |
| 2 | ○           | ⇨          | □          | D        | ▽         | Médico tratante da la orden de salida del paciente según la política establecida. |
| 3 | ○           | ⇨          | □          | D        | ▽         | Llamada telefónica al acompañante del paciente para agilizar salida.              |
| 4 | ○           | ⇨          | □          | D        | ▽         | Retiro de dispensación de líquidos al paciente.                                   |
| 5 | ○           | ⇨          | □          | D        | ▽         | Por medio del software Facturación verifica y emite factura.                      |
| 6 | ○           | ⇨          | □          | D        | ▽         | Acompañante del paciente cancela saldos pendientes y recibe paz y salvo.          |
| 7 | ○           | ⇨          | □          | D        | ▽         | Seguridad realiza inventario de la habitación.                                    |
| 8 | ○           | ⇨          | □          | D        | ▽         | Seguridad lleva al paciente a la salida.  |

**Ilustración 10: Situación propuesta: Salida de pacientes**



**Ilustración 11: Situación actual salida pacientes**



**Ilustración 12: Salida de pacientes**

En el diagrama de flujo de proceso actual de salida de pacientes de la Clínica en evaluación, podemos observar que existen numerosos picos entre actividades que implican operaciones directamente involucradas con el egreso de los pacientes

con respecto a la gran cantidad de picos altos, en donde la operación en sí se ve retrasada por tiempos de espera. Estos tiempos de espera, en su mayoría son generados por el trabajo que se debe generar entre varias áreas diferentes que interfieren en el proceso.

Al igual que en el proceso de entrada de pacientes, al implementar los planes de mejora en la Clínica se eliminan numerosos procesos con respecto a la salida de pacientes. Esto implica que los picos más altos del diagrama de flujo de procesos propuesto para la salida de pacientes a la clínica sean generados por una simple inspección antes de finalizar.

### 4.4.3 Aseo

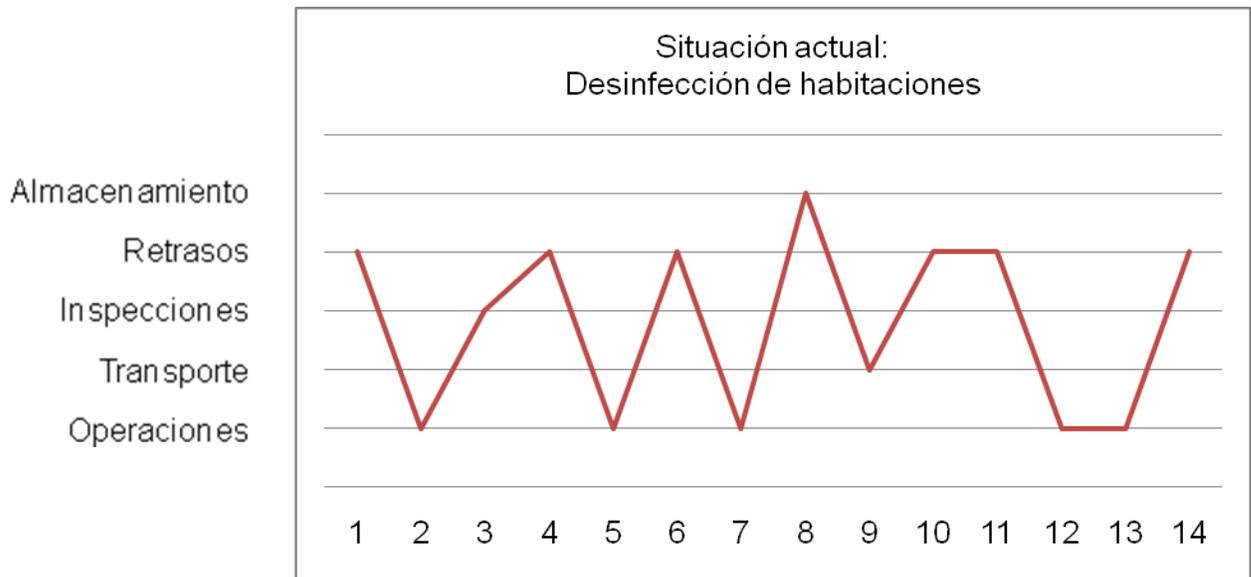
Tema: Aseo

Operación: Proceso para desinfección de Habitaciones

Situación propuesta (Clínica Nueva. 2011).

|   | OPERACIONES | TRANSPORTE | INSPECCIÓN | RETRASOS | ALMACE.TO | DESCRIPCIONES   |
|---|-------------|------------|------------|----------|-----------|---|
| 1 | ○           | ⇄          | □          | D        | ▽         | Servicios Generales realiza desinfecciones sin importar el horario.                         |
| 2 | ○           | ⇄          | ▽          | D        | ▽         | Operario de aseo verifica en el sistema habitaciones en salida.                             |
| 3 | ○           | ⇄          | □          | D        | ▽         | Operario ingresa a la habitación solicitada con la llave maestra correspondiente al piso.   |
| 4 | ○           | ⇄          | □          | D        | ▽         | Operario realiza desinfección según protocolo.  |
| 5 | ○           | ⇄          | □          | D        | ▽         | Operario de aseo informa por medio del software a Admisiones sobre habitación desinfectada. |

**Ilustración 13: Situación propuesta: Aseo**



**Ilustración 14: Situación actual desinfección habitaciones**



**Ilustración 15: Desinfección de habitaciones**

En el diagrama de flujo de proceso actual sobre la desinfección de las habitaciones realizada en la Clínica en evaluación, se puede constatar que entre cada proceso operativo, se genera un pico debido a cuellos de botella generados

por tareas cuya responsabilidad no es propia de la persona que la realiza en la actualidad.

De igual manera que en los dos procesos anteriormente graficados, al implementar los planes de mejora en la Clínica se eliminan numerosos procesos para realizar la desinfección de las habitaciones. Simplemente en este proceso se genera un pico por una inspección realizada por el mismo operario que lo realiza.

## 5 CONCLUSIONES

El presente Proyecto fue basado en el seguimiento realizado a cada uno de los procesos actuales que se involucran con el alistamiento de camas. La idea central se basó en la detección de tiempos de demora y puntos críticos que impiden realizar una rotación rápida y efectiva en la asignación de las mismas (Clínica Nueva. 2011).

Se enfatizó en tres procesos principales donde se evidenciaron varias Oportunidades de Mejora y se plantearon sus respectivos Planes de Mejoramiento. Como resultado del seguimiento realizado a cada uno de los procesos actuales involucrados en el alistamiento y asignación de camas se presentan las siguientes conclusiones para cada una de las actividades evaluadas así:

### ***5.1 Verificación del estado diario de las habitaciones:***

Se requiere implementar un sistema organizacional que permita controlar el recurso “camas” para la asignación y estado de las mismas, encontrando que muchas áreas intervienen en este proceso (enfermería, admisiones, recursos físico, entre otras) sin un liderazgo claro que permita optimizar su gestión, ocasionando largos periodos para la utilización de las mismas y generando esperas prolongadas, congestión e insatisfacción para los pacientes y del mismo cliente interno.

Se observa que los procesos de aseo presentan deficiencias en general en las instalaciones de la Clínica y también en la calidad de las desinfecciones (Clínica Nueva. 2011).

La infraestructura actual de las habitaciones destinadas para convenios especiales no es la más adecuada.

### **5.2 *Tiempo de desinfección de habitaciones:***

No hay establecido un stock ideal de disponibilidad de ropa hospitalaria, ni un control de faltantes que permita su reposición permanente, ocasionando demoras en el alistamiento de las habitaciones.

Existe un déficit de personal y un alto índice de ausentismo en el área de Hospitalización por parte del personal de Servicios Generales para el alistamiento de las habitaciones (Clínica Nueva. 2011).

No hay seguimiento sistemático para el cumplimiento de solicitudes de mantenimiento de habitaciones y de las demás áreas.

### **5.3 *Tiempos de supervisión de habitaciones listas:***

Se observa demora en la supervisión de las habitaciones que ya están listas debido a que cada habitación cuenta con una llave diferente para su apertura generando tiempos y desplazamientos permanentes, así como también pérdidas de las mismas por la manipulación de personal diferente.

Por falta de supervisión los fines de semana se observan desinfecciones mal realizadas (Clínica Nueva. 2011).

#### **5.4 Proceso de comunicación para informar el estado de las habitaciones:**

No se cuenta con un sistema único y ágil para la comunicación e información del estado de las habitaciones.

#### **5.5 Tiempo de traslado de pacientes de Cuidados Intensivos:**

Se verificaron tiempos prolongados entre la solicitud de cama por parte del Jefe de la Unidad y la hora en que se realiza el traslado del paciente a pisos.

#### **5.6 Proceso de salida del paciente y participación de la oficina de acogida al usuario:**

No se cuenta con un área de espera para la salida de pacientes que ya tienen lista su salida pero que por diferentes motivos no pueden irse.

El personal de acogida al usuario está dedicado a informar a los pacientes que ingresan el día anterior sobre los servicios de la clínica y darles la bienvenida, pero no generan valor agregado de apoyo al proceso de la salida de los pacientes.

Se deben establecer y hacer cumplir los tiempos en que las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio deben solicitar la habitación a Admisiones (Clínica Nueva. 2011).

Para realizar mejoras a todos estos procesos se sugieren hacer diferentes cambios con respecto a los siguientes aspectos:

### **5.7 De infraestructura y dotación:**

Ampliar el número de habitaciones para convenios especiales, que hoy en día son reservadas para este tipo de pacientes, presentando así una restricción en la administración de las camas hospitalarias. De esta forma se lograría duplicar el número actual, dando una mayor libertad en la asignación de las mismas y optimizando su uso.

Remodelar las habitaciones para convenios especiales, ya que a pesar que esta decisión no influye en el mejoramiento de los tiempos, si va a influir positivamente en el mejoramiento del Mercadeo de la Clínica.

Tener una llave maestra en cada central de enfermería, una para la Coordinadora de Servicios Generales y la otra para responsabilizar a una persona de las actividades administrativas del piso.

Aprobar un lugar y el presupuesto requerido para el funcionamiento de una sala de espera para pacientes que tienen salida pero que por algún motivo no pueden salir prontamente, esto con el fin de agilizar la disponibilidad de camas.

Completar el 100% del Stock de ropa faltante, con el objetivo de que no se sigan presentando demoras en el alistamiento de las habitaciones por este motivo. Además destinar una persona para la marcación de la ropa por áreas y con fecha de entregas, ya que de esta manera se puede hacer seguimiento a las perdidas y a la durabilidad de la ropa. También sirve para llevar el control de bajas y pérdidas, por lo tanto se deben realizar inventarios mensuales de ropa.

Implementar el mantenimiento preventivo de la maquinaria de lavandería para disminuir los atrasos por daños (Clínica Nueva. 2011).

## **5.8 De procesos:**

### **5.8.1 Relacionados con admisiones:**

Implementar un sistema de administración de camas centralizado en el proceso de admisiones, de tal manera que articule las diferentes áreas para su buena gestión que incluya reorganización del recurso humano y sus actividades en esta área, planificación diaria y priorización de asignación de habitaciones basadas en la nueva política establecida.

Contar con un mapa de camas controlando así el estado de las mismas en forma permanente, controlar horario de tiempos de salidas de pacientes de cirugía desde el día anterior.

Realizar reuniones diarias con la Jefatura de Urgencias para establecer prioridades y necesidades de disponibilidad de camas y hacer seguimiento al control total de asignaciones.

Aprobar y hacer seguimiento a la implementación de la política de asignación de camas para Admisiones.

### **5.8.2 Relacionado con aspectos asistenciales:**

Aprobar e incluir dentro del reglamento médico la política para que la orden de salida de pacientes se realice antes del mediodía, justificando el motivo de su no cumplimiento, lo que redundaría en mejorar la calidad del servicio de los pacientes y optimizaría los tiempos de alistamiento y así se organizaría la asignación de camas más pronto para los pacientes que están en espera de hospitalización.

Establecer y hacer cumplir los tiempos en que las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio deben solicitar la habitación a Admisiones, con el fin de no dejar condicionada la salida del paciente de las Unidades y así se eviten tiempos prolongados desde su asignación hasta su traslado.

Establecer y verificar la distribución de tiempos entre cirugías, con el fin de disminuir el número de pacientes que simultáneamente requieran habitación.

### **5.8.3 Relacionado con recursos físicos:**

La Jefatura de Recursos Físicos y Mantenimiento (Clínica Nueva. 2011) debe ser la única autorizada para bloquear una habitación. Igualmente la Jefatura de este departamento debe hacer un seguimiento minucioso de los tiempos estimados para el arreglo de las novedades de habitaciones, evitando que queden fuera de servicio y justificando la demora de su arreglo a las Directivas. Se debe tomar esto como una prioridad ya que si se tiene en cuenta cada día que pasa sin poder disponer de una habitación representa disminución en los ingresos totales de la clínica.

Llevar un seguimiento con órdenes escritas y numeradas de las solicitudes de mantenimiento que se generan en el área de hospitalización y en toda la Clínica. Realizar seguimiento a las funciones del auxiliar de Mantenimiento que quedó destinado para Hospitalización.

#### **5.8.4 Relacionado con servicios generales:**

Se debe realizar un inventario mensual de ropa y su respectiva reposición, ya sea por pérdida o por dada de baja, permitiendo llevar así un mayor control de este recurso.

Establecer seguimiento al cumplimiento de estándares, funciones, tiempos y procesos en la desinfección de habitaciones garantizando una óptima calidad en las mismas, incluyendo la estandarización en la dilución diaria del hipoclorito por un solo operario y dar prioridad a la correspondiente desinfección de las salidas de habitaciones.

#### **5.8.5 Relacionado con acogida al usuario:**

Replantear un cambio de funciones de las dos auxiliares de Acogida al Usuario en Hospitalización y Urgencias con el fin de que se enfoquen más en brindar una oportuna información al paciente a su ingreso y realizar seguimiento al proceso de su egreso, colaborándole en la agilización y seguimiento de las causas que están impidiendo que sus trámites sean oportunos.

Llevar a cabo la impresión del Manual Informativo a Pacientes con el fin de que el paciente cuente con este primordial elemento de consulta de una forma más dinámica y completa.

#### **5.8.6 Relacionado con aspectos organizacionales:**

Unificar la dependencia a una sola Dirección de los departamentos de Servicios Generales y Recursos Físicos para que de esta forma se pueda consolidar y mejorar su liderazgo y gestión.

#### **5.9 De tipo tecnológico:**

Implementar un sistema para el control de salida real de los pacientes de la Institución, mediante la instalación de una terminal de computador en el módulo de vigilancia con un software en red con Admisiones y Servicios Generales, esto con el fin de unificar la información de la hora exacta de salida del paciente, optimizando el tiempo de alistamiento y asignación de camas (Clínica Nueva. 2011).

Implementar un sistema de comunicación directo y permanente entre las áreas involucradas en el alistamiento y asignación de camas.

Adquirir o implementar en el sistema un programa que permita a cada médico realizar la epicrisis, dar de alta y facturar sus honorarios de tal manera que Facturación solamente revise y dé su visto bueno a la cuenta del paciente por medio de este programa.

#### **5.10 De recurso humano:**

Realizar seguimiento permanente a la reorganización de funciones y cumplimiento de horarios de los auxiliares de servicios generales, así como a la interventora del

contrato con el outsourcing, verificando su estricto cumplimiento con informes mensuales de resultados a la Dirección de la Clínica para sus respectivos ajustes (Clínica Nueva. 2011).

Analizar el diagnóstico emitido por Salud Ocupacional de los auxiliares que presentan problemas de salud para desempeñar sus funciones con el fin de tomar decisiones de reubicación, arreglo laboral o sustitución patronal con empresas contratistas de la Clínica.

Se requiere una auxiliar administrativa para Admisiones como apoyo de todas las actividades propuestas en el modelo centralizado de control de camas.

Aprobar la inclusión de camilleros, uno para cada piso, con el fin de que el personal de enfermería no descuide al paciente y que se continúen presentando demoras en los traslados.

Se realizaron diagramas de flujo de proceso en tres actividades principales: entrada de pacientes, salida de pacientes y aseo con respecto a la desinfección de las habitaciones. Esto permitió ver qué actividades que se realizaban en la Clínica en evaluación generaban cuellos de botella y retrasaban el proceso en sí. Como plan de mejoramiento se evaluaron los procedimientos y se eliminaron actividades que no aportaban realmente al proceso en sí. Finalmente estos procesos fueron instaurados permitiendo así agilizarlos y así, los únicos picos generados en los diagramas de flujo de proceso son resultado de inspecciones y no de retrasos y almacenamientos.

## **6 RECOMENDACIONES**

Al finalizar el análisis de la Clínica en evaluación, se pueden realizar varias recomendaciones con respecto a los tiempos en los que se realizan las actividades, la capacitación y capacidades del recurso humano utilizado en los procesos analizados y finalmente recomendaciones de mejoras con respecto a la infraestructura utilizada en la empresa.

Se requiere implementar un sistema organizacional que permita controlar los recursos físicos de la Clínica, establecer un stock ideal con respecto a los mismos. De igual manera se necesitan mejorar los procesos de supervisión y comunicación tanto interna en las áreas como entre ellas mismas para poder agilizar los procesos de una manera eficiente.

Por otro lado se deben realizar mejoras de infraestructura física y se debe dotar de mejor manera la Clínica con camas e implementos de aseo que permitan mejorar los procesos objeto de estudio en este trabajo. Con respecto a los procesos, se debe crear e instalar un software que permita centralizar la información de Admisiones. De igual manera se deben estandarizar los procesos en las áreas y así darlos a conocer para establecer de manera más concreta los roles y responsabilidades adjudicadas a cada individuo.

## 7 BIBLIOGRAFÍA

Ade Torrent, M. (2008). *Infecciones hospitalarias legislación en América Latina*. Editorial: OPS. Colombia. Capítulo I y II.

Anaya, J. (2000). *Logística Integral. La gestión operativa de la empresa*. Editorial ESIC. España. Pp. 40-78

Block, S. (2001). *Disinfection, sterilization and preservation*. Editorial: Lippincott Williams & Wilkins. Estados Unidos. Capítulo I.

Clínica Nueva (2011). *Trabajo basado sobre la evaluación realizada en la Clínica Nueva*. Todos los derechos reservados. Colombia.

Consultores en Salud. (2006). *Ranking de hospitales públicos y privados de alta, mediana y baja complejidad*. En: [www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/Ranking%20de%20Hospitales%20Publicos%20y%20Privados%202006.pdf](http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/Ranking%20de%20Hospitales%20Publicos%20y%20Privados%202006.pdf)

Drucker, P. (2002). *They're Not Employees, They're People*. Harvard Business Review. Estados Unidos. Pp. 32-50.

Hernández Esquivel, L, (1983). *Los antisépticos y desinfectantes en el manejo de la infección intrahospitalaria*. Editorial: Universidad Nacional de Colombia, Fac. de Ciencias, Depto. de Farmacia. Colombia. Capítulo III.

Lamar Montoya, M. (2009). *Optimización del sistema de entrega de ropa limpia en un hospital público por medio de un problema de ruteo de inventarios*. Trabajo de Grado publicado en Microfichas. Universidad de los Andes. Colombia. Pp 1- 23.

Little, A. (2001). *Logística en organizaciones y servicios. Similitudes y diferencias*. En: [www.fing.edu.uy/iimpi/academica/.../gestionlogistica/LogEnServicios.ppt](http://www.fing.edu.uy/iimpi/academica/.../gestionlogistica/LogEnServicios.ppt)

Malagón Londoño, G. (2008). *Administración hospitalaria*. Editorial: Médica Panamericana. Colombia. Capítulo I.

Ministerio de la Protección Social. (1994). *Niveles de atención en salud en Colombia*. Según Resolución No. 5261 de 1994. En: [www.renovacionmagisterial.org/boletin/boletin23/sa2.pdf](http://www.renovacionmagisterial.org/boletin/boletin23/sa2.pdf).

Olortegui Yzú, D. (2009). *Dirección, liderazgo y coordinación en la administración de clínicas y hospitales*. Editorial: El Cid Editor. Colombia. Capítulo I y II.

Olortegui Yzú, D. (2009). *Gerencia de clínicas y hospitales: toma de decisiones, control, sistemas de información y estructura*. Editorial: El Cid Editor. Colombia. Capítulo I.

Porter, M. (1979). *How competitive forces shape strategy*. Harvard Business Review. Estados Unidos. Capítulo I y III.

Porter, M. (1996). *What is Strategy*. Harvard Business Review. Estados Unidos. Capítulo I.

Porter, M. (2001). *La Cadena de Valor y la Ventaja Competitiva*. En: [www.fing.edu.uy/iimpi/academica/grado/adminop/Teorico/AO\\_8porter2.pdf](http://www.fing.edu.uy/iimpi/academica/grado/adminop/Teorico/AO_8porter2.pdf)

Santos Hernández, F. (2011). *El modelamiento logístico en la prestación de servicios. Caso Sociedad Hotelera*. Publicación: Universidad del Rosario, Facultad de Administración. Colombia. Pp. 1-15.

Schroeder, R. (1998). *Administración de Operaciones, toma de decisiones en las funciones de operaciones*. Editorial Mc Graw Hall. México. Pp. 50-76.

## 8 ANEXOS

### 8.1 ANEXO 1: Cronograma de actividades para los operarios de aseo.

Implementos y concentración de hipoclorito en Ade Torrent, M. (2008).

#### 8.1.1 Esterilización y ambulatorios:

| <i>Actividad</i>  | <i>Implementos</i>  |
|---|---|
| Hace aseo al área estéril, despapela, limpia polvo, pasa mopa y realiza limpieza y desinfección de paredes, puertas y pisos de toda área.           | Elementos de protección personal, bata, guantes negros y rojos, bolsa verde y roja, aviso de precaución, escoba con protector, recogedor. Carro escurridor, trapero, paño verde y rosada. |
| Despapela el área de recuperación, pasa mopa y realiza limpieza y desinfección de cubículos de recuperación, limpia y desinfecta cortinas de salas. | Elementos de protección personal, vestido corriente, trapero, recogedor, escoba con protector, guantes negros, paño verde y rosado, bolsa verde y roja, balde. Y aviso de precaución      |
| Despapela el área de farmacia, pasa mopa y realiza limpieza y   | Elementos de protección personal vestido corriente, trapero, recogedor, escoba con protector, guantes negros, paño verde y rosado, bolsa verde  |

|  |  |
|--|--|
| desinfección de paredes, estantería y pisos.   | y roja, balde. Y aviso de precaución   |
| Pasa mopa, recoge residuos y realiza limpieza y desinfección de pasillos del área de recuperación.               | Elementos de protección personal, vestido corriente, trapero, recogedor, escoba con protector, guantes negros, paño verde y rosado, bolsa verde y roja, balde. Y aviso de precaución |
| <i>Descanso</i>  |  |
| Pasa al vestier, limpia polvo de lockers, lava y desinfecta baños.   | Elementos de protección personal, vestido corriente, trapero, recogedor, escoba con protector, guantes negros, paño verde y rosado, bolsa verde y roja, balde. Y aviso de precaución |
| Realiza limpieza de consultorio de Neurología y oficina de cirugía, limpia polvo de equipos, pasa mopa y trapea. | Elementos de protección personal, vestido corriente, trapero, recogedor, escoba con protector, guantes negros, paño verde y rosado, bolsa verde y roja, balde. Y aviso de precaución |
| Permanentemente realiza aseo y desinfección del área de ambulatorios.  | Elementos de protección personal, vestido corriente, trapero, recogedor, escoba con protector, guantes negros, paño rosado, bolsa verde y roja, balde. Y aviso de precaución         |
| Recoge residuos y desinfecta cuarto temporal.  | Elementos de protección personal, vestido corriente, trapero, recogedor, escoba con protector, guantes negros, paño rosado, bolsa verde y roja, balde. Y aviso de precaución.        |

**Tabla 1: Esterilización y ambulatorios**

### 8.1.2 Operaria varios y vestieres:

| <i>Actividad</i>   | <i>Implementos</i>   |
|--|--|
| Hace aseo en el almacén, despapela toda el área incluyendo oficina, realiza limpieza de polvo de toda la estantería y de muebles en general. | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra. |
| Pasa mopa, recoge residuos y trapea a fondo toda el área del Almacén.  | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra. |
| Hace aseo en sala de paz, recoge residuos, limpia y desinfecta camillas, limpia paredes, pasa mopa y trapea a fondo toda el área.            | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra. |
| Limpia polvo de lockers de caballeros, limpia paredes, pasa mopa y trapea a fondo piso del vestier y hace aseo                               | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm,   |

|  |  |
|--|--|
| del área de mantenimiento.   | pañó verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra.  |
| Hace aseo en oficina de Medicina Nuclear, realiza limpieza de polvo de muebles y equipos autorizados de esta área, limpia paredes, ventanas y puertas. Pasa mopa y trapea a fondo el piso. | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra. |
| Realiza desinfección de Medicina Nuclear, lava y desinfecta baño y realiza limpieza y desinfección de sala de espera.  | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra. |
| Hace aseo en Hemodinámica, limpia polvo de muebles y equipos, limpia paredes, puertas y vidrios, pasa mopa y trapea a fondo el piso. Realiza desinfección de equipos autorizados.          | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra. |
| Limpia polvo de muebles y equipos de oficina de pastoral, pasa mopa y  | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris,  |

|   |  |
|---|--|
| trapea. Realiza limpieza y desinfección del baño y del piso.  | solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra.   |
| Permanentemente recoge residuos de baños del primer piso, los lava y desinfecta, mopea todo el pasillo del primer piso y lo trapea. | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra. |
| Realiza limpieza de vidrios de portería principal y de todas las paredes del primer piso.   | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra. |
| <i>Descanso</i>   |  |
| Realiza la recolección de residuos de facturación, admisiones y pasillos durante su turno.  | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, bolsas verdes, rojas y grises.  |
| Lava y desinfecta sus elementos de trabajo y los deja en el lugar que corresponde, limpios y ordenados.                             | Vestido corriente, elementos protección personal, guantes negros, solución jabonosa, hipoclorito 5000ppm.  |

**Tabla 2: Operario varios y vestieres**

### 8.1.3 Pisos:

| <i>Actividad</i>   | <i>Implementos</i>   |
|--|--|
| Pasa por todas las habitaciones y realiza recolección de residuos, verifica dotación de papel higiénico y deja dotación si ve que se necesita, pasa mopa trapea y desinfecta a fondo todos los pasillos del piso, hace aseo a control de enfermería. | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, traperero, balde y zabra. |
| Barre terrazas y revisa jardines, saca maleza de materas, mueve tierra y riega los jardines de este piso.  | Vestido corriente, guantes negros, escoba, recogedor, bolsa verde, traperero y balde.  |
| Barre todas las escaleras del tercero al segundo piso, con protector y las trapea a fondo, limpiando pasamanos.  | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, paño rosado, aviso de precaución, traperero, balde y zabra.   |
| Permanentemente está pendiente de las  | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con  |

|  |   |
|--|---|
| <p>habitaciones que estén en salida, realiza las desinfecciones correspondientes lavando y desinfectando el baño muy bien teniendo en cuenta mover muebles y dejar la habitación organizada.</p> | <p>protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra.</p>   |
| <p>Hace aseo en cuartos de medicamentos y cuartos auxiliares de la estación de enfermería, limpia polvo, pasa mopa, trapea y desinfecta pisos.</p>   | <p>Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra.</p> |
| <p>Realiza limpieza de polvo de cuadros y equipos del área, limpia vidrios y paredes, hace aseo y limpieza de muebles de sala de espera de este piso.</p>  | <p>Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra.</p> |
| <p>Realiza arreglo de terrazas y oficinas que se encuentren en el área, lava y desinfecta baño de estación de enfermería.</p>  | <p>Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra.</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>Lleva al cuarto temporal todos los residuos, diligencia planilla, según corresponda, realiza limpieza y desinfección de este cuarto según el cronograma.</p>         | <p>Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra.</p> |
| <p>Apoya y da prioridad a la salida de habitaciones que se presenten en su turno verificando que se entreguen en excelentes condiciones de limpieza y desinfección.</p> | <p>Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra.</p> |
| <p>Lava y desinfecta cuarto temporal de residuos, organiza sus elementos de trabajo y los deja en el lugar que corresponde, limpios y ordenados.</p>                    | <p>Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, trapero, balde y zabra.</p> |

**Tabla 3: Pisos**

#### 8.1.4 Salas de CX:

| <i>Actividad</i>   | <i>Implementos</i>   |
|--|--|
| Pasa la mopa por todos los pasillos externos de salas recogiendo los residuos del piso y trapea los pasillos muy bien. | Vestido corriente, brillador, guantes negros, traperero, recogedor, bolsas verdes, rojas y grises, aviso de precaución.                                  |
| Está pendiente de realizar aseo y desinfección de salas de cirugía permanentemente cada vez que una sala se desocupe.  | Vestido corriente, brillador, escobillón, recogedor, guantes rojos , bayetilla verde , traperero, balde, zabra y bolsa roja y verde, aviso de precaución |
| Hace aseo y desinfección de todos los lavamanos quirúrgicos de salas.  | Vestido corriente, guantes rojos, bayetilla verde, balde y zabra.  |
| Realiza aseo y desinfección de los vestieres y baños que hay en salas de cirugía.                                      | Vestido corriente, brillador, escobillón, recogedor, guantes rojos , bayetilla verde , traperero, balde, zabra y bolsa verde,                            |
| Hace aseo y desinfección de pozetas y mesones.   | Vestido corriente, brillador, escobillón, recogedor, guantes negros , bayetilla blanca , traperero, balde, zabra y bolsa verde aviso de precaución       |

|   |  |
|---|--|
| Realiza aseo y desinfección a los cuartos internos de disposición de residuos.  | Vestido corriente, brillador, escobillón, recogedor, guantes negros , bayetilla blanca , trapero, balde, zabra y bolsa verde aviso de precaución |
| Constantemente está pendiente de recolectar los residuos que se generan en toda el área y de hacer las desinfecciones de las salas. | Vestido corriente, escobillón, recogedor, guantes rojos, trapero, balde, zabra y bolsa verde.  |

**Tabla 4: Salas de CX**

### 8.1.5 Unidades:

| <i>Actividad</i>  | <i>Implementos</i>  |
|---|---|
| Pasa mopa por toda el área de las dos Unidades, trapea y desinfecta pisos, lava y desinfecta baños internos de estas dos áreas.   | Vestido corriente, guantes rojos, trapero, recogedor, bolsas verdes, rojas y grises, aviso de precaución.   |
| Revisa cubículos de la Unidad Intermedia y Unidad de Cuidados Intensivos, recoge residuos, hace aseo de cada cubículo, pasa mopa, trapea y desinfecta pisos de los cubículos de | Vestido corriente, brillador, escobillón, recogedor, guantes negros y rojos, bayetilla verde y rosada, trapero, balde, zabra y bolsas verdes, rojas y grises. |

|  |   |
|--|---|
| estas dos unidades.  |   |
| Permanentemente hace aseo y desinfecta lavamanos de las dos unidades, y está pendiente de realizar limpieza y desinfección de los cubículos que queden desocupados.        | Vestido corriente, brillador, escobillón, recogedor, guantes negros y rojos, bayetilla verde y rosada, trapero, balde, zabra y bolsas verdes, rojas y grises. |
| Pasa mopa y trapea pasillos de todo el segundo piso, limpia polvo y hace aseo general de cuarto de médicos, lava baños y tiende camas.                                     | Vestido corriente, brillador, escobillón, recogedor, guantes negros y rojos, bayetilla verde y rosada, trapero, balde, zabra y bolsas verdes, rojas y grises. |
| Pasa a la Oficina de Enfermería, limpia polvo de escritorios, hace aseo general, recoge residuos, pasa mopa y trapea pisos y lava baños.                                   | Vestido corriente, brillador, escobillón, recogedor, guantes negros y rojos, bayetilla rosada y verde, trapero, balde, zabra y bolsas verdes rojas y grises.  |
| Permanente revisa cubículos de la Unidad Intermedia y Unidad de Cuidados Intensivos, recoge residuos y hace aseo de cada cubículo pasa mopa y trapea y desinfecta pisos de | Vestido corriente, brillador, escobillón, recogedor, guantes negros, bayetilla rosada y verde, trapero, balde, zabra y bolsas verdes, rojas y grises.         |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| los cubículos de estas dos unidades. |  |
|--------------------------------------|--|

**Tabla 5: Unidades**

### 8.1.6 Desinfección habitaciones:

| <i>Actividad</i>   | <i>Implementos</i>   |
|--|--|
| Pasa por el control de enfermería y verifica con los jefes que habitaciones ya salieron y realiza aseo y desinfección de las mismas, en el orden cronológico de salida.                          | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, traperero, balde y zabra. |
| Permanentemente está pendiente de las habitaciones que estén en salida, realiza las desinfecciones correspondientes e informa desde la habitación a Admisiones que habitaciones ya están listas. | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, traperero, balde y zabra. |
| Si no se presentan desinfecciones pasa mopa por pasillos y los trapea,   | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris,  |

|   |  |
|---|--|
| realiza limpieza de vidrios y paredes, hace aseo y limpieza de muebles de sala de espera del piso.    | solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, traperero, balde y zabra.   |
| Lava y desinfecta baño de estación de enfermería del piso y revisa aseo de la estación de enfermería. | Vestido corriente, elementos de protección personal, guantes rojos y negros, escoba con protector, recogedor, bolsa verde, roja y gris, solución jabonosa, hipoclorito de sodio a 5000ppm, paño verde y rosado, aviso de precaución, traperero, balde y zabra. |

**Tabla 6: Desinfección habitaciones**

**8.2 ANEXO 2: Costo comparativo del servicio de aseo outsourcing vs. Costo de la clínica tomando a veinte operarios como muestra.**

| <b>ITEM</b>                   | <b>CLINICA</b>   | <b>CASA LIMPIA</b>  | <b>FULLER</b>  |
|-------------------------------|--|---|--|
| <b>COSTO MANO DE OBRA</b>     | <b>\$21´701.155</b>  | <b>\$36´146.259</b>   | <b>\$31´975.520</b>  |
| <b>NÚMERO DE PERSONAS</b>     | <b>19</b>  | <b>26</b>   | <b>23</b>  |
| <b>INCLUSIÓN MANO DE OBRA</b> | Incluye salario básico y prestaciones. No se incluyen horas extras ni recargos nocturnos. La nómina total de Servicios Generales es de 38 personas distribuidas en aseo, lavandería y servicio de alimentos, pero de aseo son 23 menos 4 que están una en el ascensor, una en el convento y 2 en los consultorios con las cuales no se | Incluye todo: salario básico, prestaciones, horas extras, recargo nocturno, dominicales, auxilio de transporte, serían distribuidas así: 24 operarios para las diferentes áreas de la Clínica y 2 supervisoras. | Incluye todo: Salario básico, prestaciones, horas extras, recargo nocturno, dominicales, auxilio de transporte, serían distribuidas así: 5 en cirugía, 3 en cuidados intensivos e intermedios, 3 en urgencias, 6 en hospitalización, 2 para ruta sanitaria, 1 para consultorios, 1 para primer piso y patinadora y 2 supervisoras. |

|                                   |   |  |  |
|-----------------------------------|---|--|--|
|                                   | cuenta para labores de la Clínica. No hay supervisora, la Coordinadora de Servicios Generales hace las veces de ella. |  |  |
| <b>INSUMOS (MATERIAL DE ASEO)</b> | <b>\$12'500.000</b><br>Costo promedio variable, incluye bolsas, papel higiénico y jabones.                            | <b>\$3'568.580</b><br>Son 17 elementos, no incluye bolsas, papel higiénico ni jabón.   | <b>\$1'620.612</b><br>Son 49 elementos, no incluye bolsas, papel higiénico ni jabón.   |
| <b>MAQUINARIA</b>                 | La Clínica cuenta con 2 máquinas brilladoras.   | <b>\$570.256</b><br>1 aspiradora semi industrial, 1 brilladora industrial, 2 carros Big well, 1 carro porta elementos, 4 carros descolilladores, 1 escalera de tijera, 6 exprimidores de traperos, 6 extensiones, 4 lava brilladoras industriales, 1 manguera y 18 | <b>\$608.214</b><br>1 aspiradora industrial con haragán, 4 contenedores con ruedas, 1 contenedor grande, 5 brilladoras industriales, 4 carros exprimidores, 4 carros de servicio, 2 escaleras de tijera, 6 extensiones eléctricas, 1 extensión |

|                    |                     |                           |  |
|--------------------|---------------------|---------------------------|--|
|                    |                     | señales de<br>prevención. | telescópica, 10<br>señales de<br>prevención. |
| <b>VALOR TOTAL</b> | <b>\$34´201.155</b> | <b>\$40´929.657</b>       | <b>\$34´204.346</b>                          |

**Tabla 7: Comparativo costos outsourcing aseo**

Ventajas del outsourcing:

1. Mejora la focalización de la Clínica en los procesos Misionales.
2. Disminuye la carga prestacional ya que no se van a pagar más horas extras ni recargos nocturnos.
3. Mejoramiento notable del aseo en general de las Clínica el cual va a ser percibido por el paciente.
4. Disminución de costos ya que van a ser fijos y no variables.
5. Confiabilidad para el paciente reflejada en la calidad de las desinfecciones.
6. Seguridad para el paciente al contar con una empresa especializada en aseo hospitalario.
7. Mejores resultados sin costos adicionales y mayor control y optimización de los recursos.