Alta demanda de pacientes en la Clínica Ospedale por demoras en la autorización de procedimientos quirúrgicos.

Trabajo final presentado por:	Vanessa Jaramillo Orjuela, Johenys Johana Tapias Muñoz y Yuliana Sanchez Molina
Programa:	Especialización en Gerencia de la calidad y Auditoria en salud
Docente:	Johan Ortiz Guzman
Fecha:	28/Julio/2026

Índice de contenidos

Resumen 4

Abstract 6

1. Introducción 8

1.1 Objetivo General 11

1.2 Objetivos Específicos 11

1.3 Metodología 11

1.3.1 Identificación y Análisis del Problema 12

1.3.2 Planificación de la Solución 13

2. Identificación y descripción un problema al interior de la organización 15

2.1. Descripción de la empresa a intervenir 15

2.1.1 Misión 15

2.1.2. Visión 16

2.1.3. Mapa de procesos 16

2.1.4. Descripción del proceso a intervenir 17

2.1.5. Descripción del problema que presenta el proceso 19

2.1.5.1 Diagrama Ishikawa 21

3. Establecimiento de planes de acción para la solución del problema 25

3.1 Establecimiento de objetivos 25

3.2 Descripción de la solución 26

3.3 Secuencia de actividades para ejecución de la solución 28

3.3.1. Indicadores para el seguimiento del plan de acción 30

3.4 Descripción de recursos necesarios para la ejecución de la solución 31

4. Definición del alcance de la solución, partes interesadas, cronograma y presupuestos.....34

4.1 Alcance final de la solución 34

4.2 Identificación de responsables de las actividades para ejecución.....36

4.3 Cronograma de ejecución.....39

4.4 Presupuesto.....41

Referencias bibliográficas.....45

RESUMEN

El presente proyecto tiene como propósito diseñar una propuesta de mejoramiento para optimizar el proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos en la Clínica Ospedale, con el fin de reducir las demoras que generan alta demanda de pacientes, afectan la oportunidad en la prestación de los servicios de salud y la calidad de la atención. La problemática identificada evidencia que los retrasos en las autorizaciones ocasionan demoras en la programación quirúrgica, incremento en los tiempos de espera, reprocesos administrativos y riesgos para la continuidad de la atención de los usuarios, lo que hace necesaria la implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento de la gestión institucional.

El desarrollo del proyecto se fundamentó en la metodología de investigación-acción, integrando herramientas de gerencia de la calidad y auditoría en salud. Para el diagnóstico se emplearon el análisis DOFA, el diagrama de Ishikawa y la técnica de los cinco porqués, identificando como principales causas la ausencia de procedimientos estandarizados, las deficiencias en la gestión documental, la limitada automatización del proceso, el escaso seguimiento mediante indicadores y la dependencia de los tiempos de respuesta de las entidades aseguradoras.

Con base en los hallazgos obtenidos, se diseñó un plan de acción estructurado bajo el ciclo PHVA, orientado a fortalecer la gestión de las autorizaciones quirúrgicas mediante la estandarización de procedimientos, la implementación de listas de verificación documental, la asignación de responsables, el fortalecimiento de la comunicación con las EPS, el uso de herramientas tecnológicas para el seguimiento de las solicitudes y la implementación de indicadores que permitan evaluar el desempeño del proceso y facilitar la toma de decisiones basada en evidencia. Adicionalmente, se definieron los recursos humanos, tecnológicos, financieros y documentales, así como el cronograma y el presupuesto necesarios para garantizar la viabilidad y sostenibilidad de la propuesta.

Se espera que la implementación de este proyecto contribuya a disminuir los tiempos de autorización, reducir el número de cirugías aplazadas por causas administrativas, optimizar el uso de los recursos institucionales, mejorar la satisfacción de los usuarios y fortalecer una cultura organizacional orientada al mejoramiento continuo, en concordancia con los principios

del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y con los estándares de calidad, eficiencia, oportunidad y seguridad en la atención.

Palabras clave: gestión de la calidad, autorizaciones quirúrgicas, mejora continua, ciclo PHVA, gestión documental, indicadores de calidad.

ABSTRACT

This project aims to design an improvement proposal to optimize the surgical procedure authorization process at Clínica Ospedale in order to reduce delays that generate high patient demand, affect the timeliness of healthcare service delivery, and compromise the quality of care. The identified problem shows that delays in obtaining authorizations lead to postponements in surgical scheduling, longer waiting times, administrative rework, and risks to the continuity of patient care, making it necessary to implement strategies aimed at strengthening institutional management.

The project was developed using an action research methodology, integrating quality management and healthcare auditing tools. The diagnostic stage included the use of SWOT analysis, the Ishikawa diagram, and the Five Whys technique, which identified the main causes of the problem as the lack of standardized procedures, deficiencies in document management, limited process automation, insufficient monitoring through performance indicators, and dependence on the response times of health insurance companies.

Based on these findings, an action plan structured under the Plan–Do–Check–Act (PDCA) cycle was designed to strengthen the management of surgical authorizations through the standardization of procedures, implementation of document verification checklists, assignment of responsibilities, improved communication with health insurance providers (EPS), the use of technological tools to monitor authorization requests, and the implementation of performance indicators to evaluate the process and support evidence-based decision-making. In addition, the required human, technological, financial, and documentary resources, as well as the implementation schedule and budget, were defined to ensure the feasibility and sustainability of the proposal.

The implementation of this project is expected to reduce authorization times, decrease the number of surgeries postponed due to administrative reasons, optimize the use of institutional resources, improve patient satisfaction, and strengthen an organizational culture focused on continuous improvement, in accordance with the principles of the Colombian Mandatory Quality Assurance System in Health and the standards of quality, efficiency, timeliness, and patient safety.

Keywords: quality management, surgical authorizations, continuous improvement, PDCA cycle, document management, quality indicators.

1. INTRODUCCIÓN

La calidad se ha convertido en uno de los pilares principales para fortalecer los sistemas de salud, ya que se requiere asegurar que los servicios se utilicen bien según las necesidades de la población. La calidad hoy en día no es una cuestión de poder cumplir con los estándares o con los requisitos de regulación, y se está desarrollando como un proceso de mejora en constante evolución para mejorar la salud, la atención médica, la seguridad del paciente, la eficiencia y la calidad de la atención centrada en la persona. La calidad de la atención se define por la Organización Mundial de la Salud como la capacidad de aumentar las posibilidades de lograr resultados deseados basados en la mejor evidencia científica disponible y de responder a las necesidades, expectativas y preferencias del usuario final. Los servicios de salud de calidad son efectivos, seguros, oportunos, eficientes, equitativos, integrados y centrados en la persona, y son lo que hace que un sistema de salud sea fuerte y que haya cobertura de salud universal. (Organización Mundial de la Salud, 2025)

Desde esta perspectiva, la gestión de la calidad es la ruta para construir valor a través de la mejora de procesos, el liderazgo institucional, el talento humano y la toma de decisiones basada en evidencia. En las estrategias de gestión actuales, las organizaciones obtienen un mejor rendimiento cuando trabajan en el análisis continuo de sus procesos, la prevención de errores, la medición a través de indicadores y la implementación de estrategias de mejora continua. Así, la calidad ya no es un compromiso para un área particular, sino un compromiso para toda la organización con el fin de construir una cultura de aprendizaje, innovación y excelencia. (Klein, Taylor A.; Seelbach, Corie L.; Brannan, Gracia D., 2023)

La gestión de la calidad en el cuidado de la salud es muy importante porque las decisiones administrativas y de atención son significativas para la vida, la seguridad y el bienestar de las personas (María Kyriacou Georgiou, 2021). Los sistemas de gestión de la calidad se utilizan para mejorar la seguridad del paciente, optimizar los procesos de atención, reducir los eventos adversos, utilizar eficazmente los recursos y aumentar la satisfacción del usuario. Estos resultados muestran que la calidad es un aspecto estratégico de la sostenibilidad institucional y hace posible que la calidad se mejore en el entorno clínico y organizacional.

En este contexto, la mejora continua es un aspecto importante ya que promueve la evaluación continua del desempeño institucional, identificar oportunidades de mejora en la organización,

identificar las causas de los problemas, tomar medidas correctivas y preventivas, y monitorear los resultados. La gestión de procesos, los indicadores de desempeño, el análisis de causas raíz y el ciclo PHVA son algunas de las herramientas que ayudan a las organizaciones a adaptarse al cambio en el mundo, desarrollar mejores recursos y proporcionar servicios más seguros, oportunos y eficientes. (Cristo Ntais, 2026)

En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) establece los lineamientos para que las instituciones prestadoras de servicios de salud avancen hacia el mejoramiento continuo, la gestión del riesgo y la evaluación permanente de sus procesos, todo ello con el propósito de obtener mejores resultados para los pacientes y un sistema de salud más sólido y confiable. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

En este escenario, la gerencia de la calidad y la auditoría en salud se convierten en aliadas estratégicas. No se trata simplemente de detectar fallas y señalar responsables, sino de contar con herramientas metodológicas que permitan entender por qué ocurren las desviaciones, aprender de ellas y construir soluciones. Cuando una institución logra integrar esta perspectiva en su cultura organizacional, la calidad deja de ser una exigencia externa y se convierte en una forma de trabajar ya que está orientada a la eficiencia, a la seguridad del paciente y a la satisfacción de quienes confían en sus servicios. (Escuela Europea de Excelencia, 2026)

Uno de los procesos que mayor influencia tiene sobre la experiencia del paciente es la gestión de autorizaciones para procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Cuando este proceso se demora, las consecuencias no se quedan en la gestión administrativa, sino que afectan directamente la continuidad del tratamiento, la adherencia del paciente y generan presión sobre los equipos institucionales. En el caso de los procedimientos quirúrgicos, esta realidad se vuelve aún más crítica. Una autorización que llega tarde puede significar una cirugía aplazada, una lista de espera que crece, o incluso llegar al deterioro real en la condición de salud de quien espera ser atendido. (Cristo Ntais, 2026)

La normativa colombiana reconoce esta problemática y es consciente que las autorizaciones no pueden convertirse en barreras de acceso ni trasladar cargas administrativas a los usuarios. La Circular Externa Conjunta 019 de 2025, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, refuerza esta postura y exige a las instituciones

eliminar los obstáculos que impidan una atención oportuna y efectiva. (Superintendencia Nacional de Salud, 2025)

La Clínica Ospedale de Manizales, enfrenta actualmente una problemática relacionada con la alta demanda de pacientes y las demoras en la autorización de procedimientos quirúrgicos por parte de las entidades aseguradoras, situación que genera congestión en los servicios asistenciales, incremento en los tiempos de espera y dificultades en la programación oportuna de las intervenciones. Esta problemática impacta directamente los indicadores de oportunidad, eficiencia y calidad institucional, además de representar riesgos para la seguridad y el bienestar de los usuarios.

El presente proyecto se desarrolla bajo el enfoque de investigación-acción, permitiendo integrar los conocimientos adquiridos durante la especialización con una problemática real del sector salud. A través de la identificación, análisis y planificación de soluciones, se busca proponer una estrategia de intervención que favorezca la oportunidad en la atención quirúrgica, optimice los procesos administrativos y contribuya con estándares de calidad exigidos por la normatividad colombiana y los principios de mejora continua.

1.1 Objetivo General

Desarrollar una solución operativa para optimizar el proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos en la Clínica Ospedale, con el fin de reducir las demoras que generan una alta demanda de pacientes y afectan la oportunidad en la prestación del servicio. La intervención busca mejorar la eficiencia del proceso mediante la implementación de estrategias sostenibles que se integren a la estructura organizacional, contribuyendo al cumplimiento de los estándares de calidad, oportunidad y seguridad en la atención en salud.

1.2 Objetivos Específicos

Para cumplir con el objetivo general, se establecieron tres objetivos específicos:

- Identificar las causas principales que generan las demoras en la autorización de procedimientos quirúrgicos en la Clínica Ospedale, mediante el análisis del proceso actual, con el fin de determinar su impacto en la alta demanda de pacientes y en la eficiencia del servicio.
- Diseñar un plan de acción orientado a optimizar el proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos, estableciendo estrategias, actividades, recursos e indicadores que contribuyan a reducir los tiempos de respuesta y mejorar la atención a los pacientes.
- Definir el alcance de la implementación del plan de mejora, estableciendo responsables, cronograma, presupuesto y mecanismos de seguimiento, para garantizar una ejecución organizada, efectiva y sostenible que disminuya las demoras en las autorizaciones quirúrgicas.

1.3 Metodología

El presente proyecto se desarrollará bajo la metodología de investigación-acción, la cual permite abordar problemáticas organizacionales mediante un proceso sistemático de diagnóstico, análisis y formulación de estrategias de mejora, involucrando activamente a los actores relacionados con el proceso intervenido (Marcos Vinicio España García, 2025). Este enfoque facilita la integración entre los conocimientos teóricos adquiridos en la especialización y la aplicación práctica de herramientas de gerencia de la calidad y auditoría

en salud, orientadas al fortalecimiento de la eficiencia y la oportunidad en la prestación de los servicios.

La investigación estará fundamentada en los principios del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y en los lineamientos de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), promoviendo la implementación de acciones de mejora continua que contribuyan al cumplimiento de los estándares de calidad institucional. Asimismo, se adoptará el ciclo PHVA como eje metodológico para estructurar la intervención, permitiendo la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones propuestas.

Para el diagnóstico de la problemática se emplearán herramientas de análisis de causa raíz, como el diagrama de Ishikawa y la técnica de los cinco porqués, las cuales facilitarán la identificación de los factores que generan las demoras en la autorización de procedimientos quirúrgicos. De igual manera, se realizará la caracterización del proceso intervenido con el propósito de identificar oportunidades de mejora y puntos críticos que afectan la oportunidad en la atención.

Complementariamente, se aplicará una matriz DOFA para reconocer las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas relacionadas con la gestión de autorizaciones quirúrgicas. Finalmente, se establecerán indicadores de gestión y calidad que faciliten el monitoreo de los resultados obtenidos y la evaluación de la efectividad de las acciones implementadas, garantizando la sostenibilidad del proceso de mejoramiento continuo.

1.3.1 Identificación y Análisis del Problema

En la primera etapa se realizará un diagnóstico integral del proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos de la Clínica Ospedale, mediante la revisión documental de los procedimientos institucionales, el análisis de los tiempos de respuesta y la evaluación de los indicadores de oportunidad y satisfacción de los usuarios. Esta información permitirá determinar el impacto que las demoras en las autorizaciones generan sobre la continuidad de la atención, la eficiencia operativa y la calidad del servicio prestado en Manizales.

Para profundizar en las causas del problema, se utilizarán herramientas de calidad como el diagrama de Ishikawa y la metodología de los cinco porqués, las cuales facilitarán la identificación de las causas raíz relacionadas con aspectos administrativos, tecnológicos, organizacionales y de articulación con las entidades aseguradoras. Asimismo, la

caracterización del proceso y el análisis DOFA contribuirán a comprender los factores internos y externos que influyen en el desempeño institucional y en la oportunidad de la atención quirúrgica.

1.3.2 Planificación de la Solución

La planificación de la solución se desarrollará bajo el enfoque del ciclo PHVA o ciclo Deming, permitiendo estructurar acciones de mejora orientadas a optimizar el proceso de autorizaciones quirúrgicas y fortalecer la coordinación entre las diferentes áreas involucradas. Esta metodología facilitará la implementación de estrategias sostenibles que contribuyan al mejoramiento continuo y al cumplimiento de los estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud. (EUROFINS, 2025)

En esta etapa se definirán los objetivos, actividades, responsables e indicadores que orientarán la intervención, con el propósito de garantizar una ejecución organizada y un seguimiento permanente a los resultados obtenidos. Las acciones propuestas estarán enfocadas en la estandarización de los procedimientos administrativos relacionados con las autorizaciones, el fortalecimiento de los canales de comunicación con las entidades aseguradoras y el establecimiento de mecanismos de monitoreo que permitan disminuir los tiempos de respuesta y mejorar la oportunidad en la programación de los procedimientos quirúrgicos.

Asimismo, se diseñarán indicadores de gestión y calidad que faciliten la evaluación del desempeño del proceso, permitiendo medir aspectos como los tiempos promedio de autorización, el cumplimiento de los procedimientos establecidos y la satisfacción de los usuarios. El seguimiento de estos indicadores contribuirá a la identificación de oportunidades de mejora y a la implementación de acciones correctivas y preventivas que fortalezcan la eficiencia operativa de la institución.

La aplicación integrada del ciclo PHVA, la caracterización del proceso y el análisis de causas permitirá desarrollar una propuesta de intervención alineada con los principios de oportunidad, eficiencia y mejoramiento continuo que orientan la gerencia de la calidad y la auditoría en salud.

1.1.1.1. Definición de Alcance y Recursos

La presente propuesta de mejoramiento estará enfocada en el proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos de la Clínica Ospedale, específicamente en las actividades relacionadas con la gestión, seguimiento y obtención oportuna de las autorizaciones emitidas por las entidades aseguradoras. El alcance de la intervención comprenderá el análisis de las causas que generan retrasos en dichos trámites y la formulación de estrategias orientadas a optimizar la oportunidad en la atención y la eficiencia operativa del proceso.

La solución propuesta no contempla modificaciones en los procedimientos clínicos o asistenciales propios del acto quirúrgico, sino que se centrará en los componentes administrativos y de gestión que están involucrados directamente en la programación y ejecución oportuna de las cirugías. De esta manera, se busca fortalecer la articulación entre las áreas involucradas y promover una atención centrada en el usuario, alineada con los principios de calidad y mejoramiento continuo en salud.

Para la ejecución del proyecto se requerirá la participación del personal administrativo encargado de las autorizaciones, del área de programación quirúrgica, de los profesionales responsables de la auditoría y gestión de la calidad, así como del apoyo de la dirección institucional. Asimismo, será necesario utilizar recursos tecnológicos institucionales, tales como los sistemas de información para el seguimiento de solicitudes y la consulta de indicadores de gestión.

2. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN UN PROBLEMA AL INTERIOR DE LA ORGANIZACIÓN

La Clínica Ospedale, como institución prestadora de servicios de salud, desarrolla procesos asistenciales y administrativos orientados a garantizar una atención integral, oportuna y segura para los usuarios. Sin embargo, el incremento en la demanda de procedimientos quirúrgicos y las demoras en la gestión de autorizaciones por parte de las entidades aseguradoras han generado dificultades que impactan la eficiencia operativa y la calidad de la atención brindada.

La oportunidad en la prestación de los servicios constituye uno de los principios fundamentales de la calidad en salud (KATERIN ALVARADO ECHEONA, 2023); por ello, los retrasos en las autorizaciones quirúrgicas afectan no solo la programación de los procedimientos, sino también la continuidad del tratamiento, la satisfacción de los pacientes y el adecuado aprovechamiento de los recursos institucionales. Desde la perspectiva de la gerencia de la calidad y la auditoría en salud, resulta indispensable identificar las causas que originan esta problemática para establecer acciones de mejora que permitan optimizar el desempeño del proceso intervenido.

El presente capítulo tiene como propósito describir el contexto organizacional, caracterizar el proceso objeto de estudio y analizar las causas y consecuencias de las demoras en las autorizaciones quirúrgicas, con el fin de fundamentar la propuesta de intervención que será desarrollada en los capítulos posteriores.

2.1. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA A INTERVENIR

2.1.1 Misión

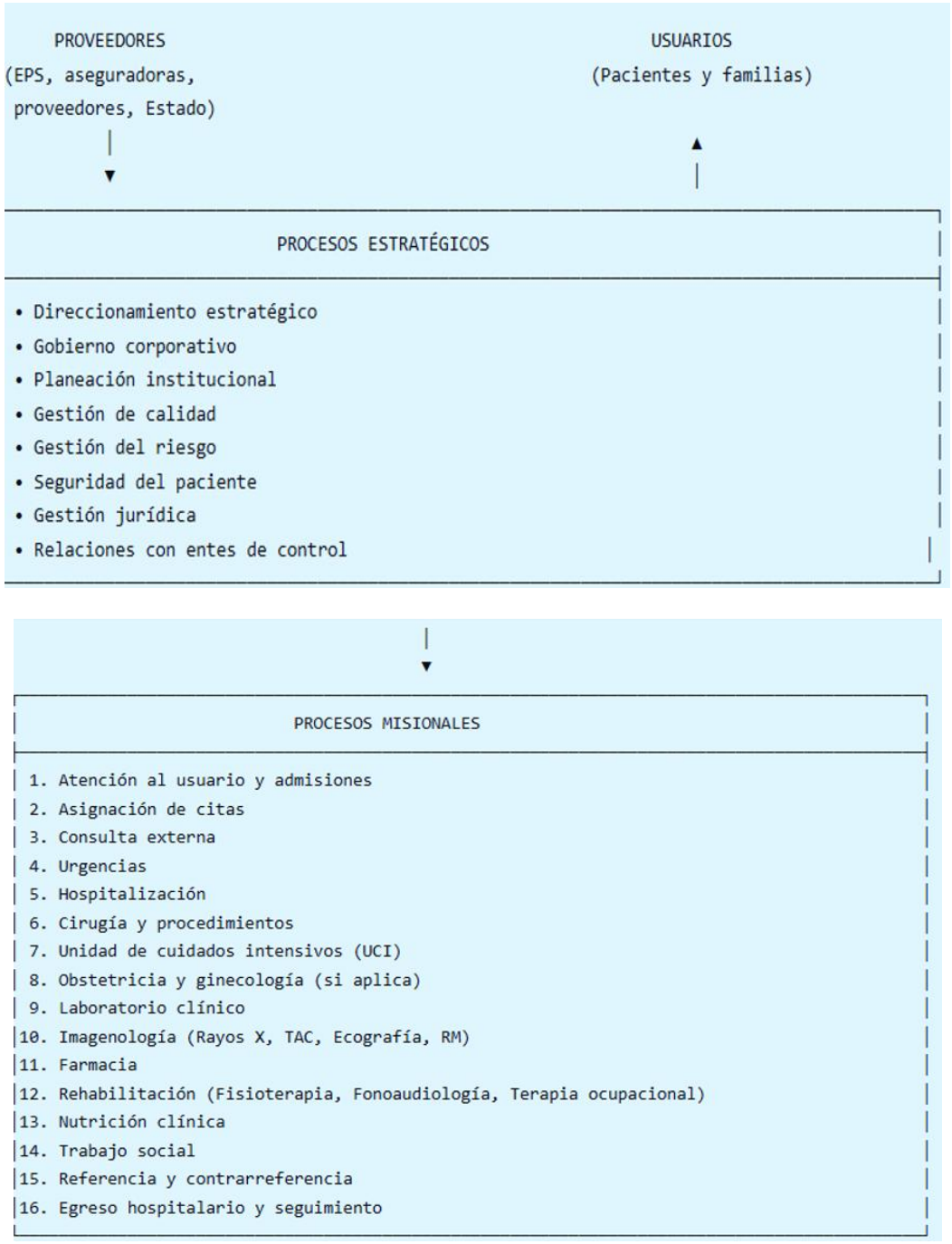
Prestar servicios de salud basados en modelos de gestión de riesgo con altos estándares de calidad y seguridad a través de un talento humano competente, centrado en la atención humanizada y las mejores prácticas clínicas, logrando sostenibilidad y resultados financieros esperados. (Clinica Ospedale)

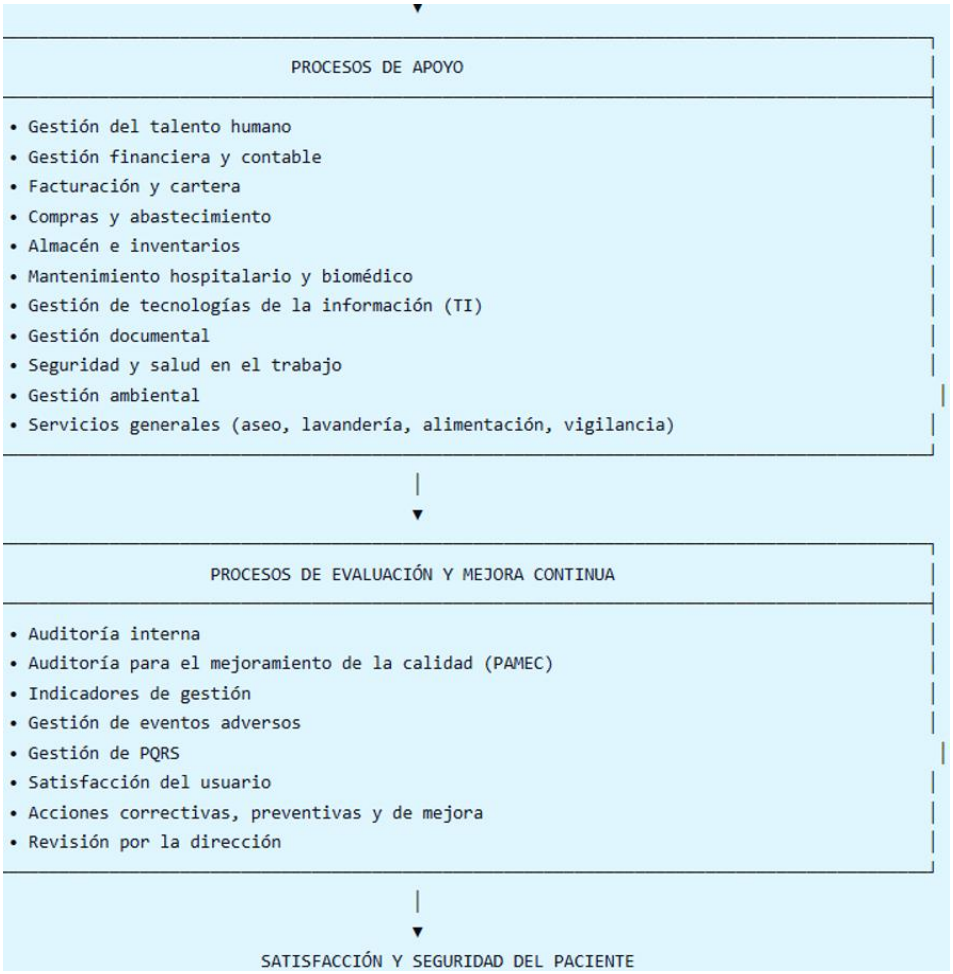
2.1.2. Visión

En el 2025 seremos reconocidos en el eje cafetero como una clínica líder en la prestación de servicios de salud a través de un modelo integral de gestión del riesgo, humanizado y compasivo. (Clinica Ospedale)

2.1.3. Mapa de procesos

MAPA DE PROCESOS DE LA CLÍNICA OSPEDALE (Clinica Ospedale)





2.1.4. Descripción del proceso a intervenir

El proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos en la Clínica Ospedale inicia cuando el médico tratante emite por escrito la orden quirúrgica, especificando el diagnóstico y el procedimiento a realizar. Recibe la orden, un auxiliar administrativo de facturación o programación médica de respaldo, incluyendo la historia clínica y los exámenes relacionados. Posteriormente, el equipo de facturación valida en la historia clínica que el procedimiento esté debidamente indicado, registra los códigos correspondientes y confirma el copago y la vigencia del plan de salud del paciente (Clínica Ospedale Manizales, 2026).

Con esta información completa, el auxiliar de autorizaciones elabora la solicitud formal (generalmente el Formato Único de Autorización) acompañada de los anexos requeridos: informe médico detallado, estudios paraclínicos, consentimiento informado preanestésico y demás formularios internos como el plan quirúrgico. Esta solicitud se envía a la EPS o aseguradora correspondiente a través de los canales disponibles, que pueden ser el portal web SIS, la plataforma electrónica propia de la EPS, correo electrónico o, en algunos casos,

llamada telefónica. Cabe anotar que la normativa vigente, en particular el Decreto 019 de 2012 (Presidente de la República de Colombia, 2012) en su artículo 125, exige que estos trámites se surtan mediante sistemas no presenciales, de manera que el paciente no deba trasladarse físicamente para gestionar su autorización.

Mientras se espera la respuesta de la EPS, un médico auditor interno o un comité clínico de la propia clínica revisa la pertinencia médica del caso, lo cual en ocasiones da lugar a correcciones o a solicitudes de información adicional al médico tratante. Por disposición legal, la EPS debe responder en un plazo máximo de cinco días hábiles cuando se trata de cirugías electivas, o de dos días hábiles si el caso es calificado como prioritario; en el caso de las urgencias, no se requiere autorización previa alguna. La respuesta de la aseguradora se emite mediante el Formato Único y llega al área de facturación o programación de la clínica (Morales, 2019).

Si la cirugía es autorizada, se coordina la fecha con el área quirúrgica y con anestesia, y el facturador asigna la cita según la disponibilidad de la agenda; el anestesiólogo realiza entonces la valoración preoperatoria y confirma la fecha definitiva. Si, por el contrario, la solicitud es rechazada o requiere ajustes, debe reiniciarse la gestión mediante el reenvío de la información faltante o, en su caso, la interposición de una apelación.

En este proceso intervienen distintos roles: el médico tratante, que emite la orden y aporta la justificación clínica; el auxiliar de facturación, que verifica los datos de afiliación y los pagos; el auxiliar de autorizaciones, encargado de recopilar los documentos faltantes y tramitar la solicitud ante el asegurador; el auditor médico interno, que revisa la integralidad y pertinencia de la solicitud; la EPS o aseguradora, que evalúa la cobertura y emite la respuesta; y el coordinador quirúrgico o el personal de enfermería de programación, que agenda finalmente la cirugía.

Entre los sistemas y canales empleados se cuentan el sistema interno de gestión hospitalaria, el módulo SIS de autorizaciones, el correo electrónico de la EPS, y las llamadas telefónicas de seguimiento. Los documentos y datos necesarios incluyen la orden médica, la historia clínica, los estudios paraclínicos, el Formato Único debidamente diligenciado, el plan quirúrgico, el

consentimiento informado y los registros de pago, además de los códigos de diagnóstico (CIE-10) y de procedimiento (CUPS).

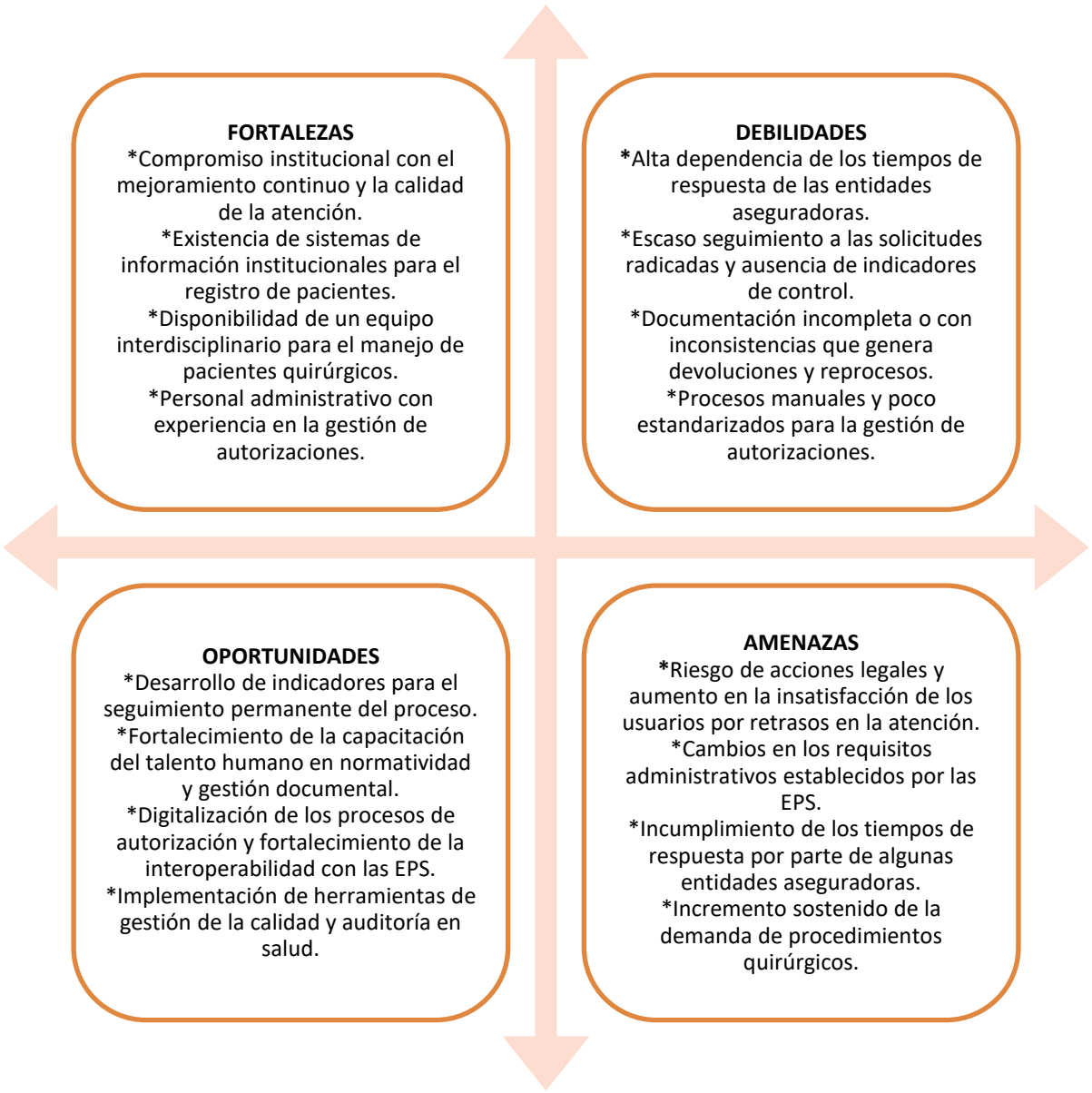
En cuanto a los tiempos, la normativa establece un máximo de cinco días hábiles para cirugías electivas y dos días para las prioritarias, aunque en la práctica se han reportado demoras superiores cuando faltan datos o existe congestión en el trámite. El número de solicitudes procesadas mensualmente no se encuentra actualmente cuantificado, por lo que se recomienda medirlo para dimensionar adecuadamente la carga de trabajo. Se sugiere además hacer seguimiento a indicadores como el tiempo medio de autorización por EPS, el porcentaje de autorizaciones resueltas dentro del plazo legal, la tasa de rechazos y el tiempo total transcurrido entre la orden médica y la realización efectiva de la cirugía.

2.1.5. Descripción del problema que presenta el proceso

Las demoras observadas en el trámite de autorización han llevado a una alta acumulación de pacientes en espera de cirugía. En primer lugar, la documentación suele estar incompleta o presentar inconsistencias, lo que obliga a solicitar correcciones y genera retrabajo que pospone y alarga el trámite. En segundo lugar, los procesos internos resultan ineficientes, ya que se realizan validaciones múltiples y manuales, con uso de formularios en papel, ante la falta de automatización dentro de la clínica (Parseaur, 2026).

También se suma la limitación de recursos humanos: por lo general, solo una o dos personas gestionan la totalidad de las solicitudes de autorización, y la alta rotación del personal reduce aún más la velocidad de gestión, ya que se entra en un reproceso al tener que volver a capacitar. La comunicación con las EPS también es deficiente, pues se depende de canales no tan eficientes como el correo electrónico o las llamadas telefónicas, sin que exista una conexión electrónica plena ni un seguimiento en línea del estado de cada solicitud. Finalmente, se refleja un desconocimiento o incumplimiento reiterado de la normativa vigente, ya que el plazo legal máximo de cinco días no siempre se respeta y no se realiza un monitoreo interno sistemático de estos indicadores. La Circular 019 de 2025 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025) enfatiza que la carga administrativa de este trámite no puede recaer sobre el paciente, situación que, sin embargo, aún ocurre de manera informal en la práctica.

El análisis DOFA evidencia que las principales debilidades del proceso se relacionan con la gestión documental, la estandarización de los procedimientos y la dependencia de los tiempos de respuesta de las entidades aseguradoras.



Esta problemática afecta principios esenciales como la oportunidad, la accesibilidad y la continuidad en la prestación de los servicios de salud, además de incrementar los riesgos asociados a la evolución clínica de los pacientes que requieren intervenciones quirúrgicas oportunas. Por tal motivo, resulta necesario implementar herramientas de análisis de causa raíz, como el diagrama de Ishikawa y la técnica de los cinco porqués, que permitan identificar los factores críticos que originan la situación y fundamentar la formulación de estrategias de mejora orientadas al fortalecimiento del proceso.

2.1.5.1 Diagrama Ishikawa

Con el objetivo de identificar las posibles causas que generan las demoras en la autorización de procedimientos quirúrgicos en la Clínica Ospedale, se aplicó el diagrama de Ishikawa o diagrama de causa-efecto, herramienta ampliamente utilizada en la gestión de la calidad para identificar los factores que influyen en una problemática específica. (INNOVA, 2023)

Para el presente análisis, las causas fueron agrupadas en seis categorías principales: talento humano, procesos administrativos, tecnología, comunicación, gestión documental y entidades aseguradoras. Esta clasificación permitió identificar que la problemática no obedece a una única causa, sino a la interacción de múltiples factores internos y externos que afectan la oportunidad en la prestación del servicio.

Tabla 1. Categorías para el análisis causa raíz

Categoría	Posibles causas identificadas
Talento humano	Capacitación insuficiente sobre requisitos documentales de cada aseguradora; alta carga laboral del personal encargado de autorizaciones; seguimiento limitado a solicitudes pendientes.
Procesos administrativos	Ausencia de procedimientos estandarizados para el seguimiento de autorizaciones; reprocesos por devoluciones; demoras en la radicación de solicitudes; falta de indicadores de seguimiento.
Tecnología	Escasa interoperabilidad entre los sistemas de información de la clínica y las entidades aseguradoras; seguimiento manual de algunas solicitudes; limitaciones en la trazabilidad del proceso.
Comunicación	Retrasos en la respuesta entre la clínica y las aseguradoras; canales de comunicación poco eficientes; demora en la entrega de información adicional requerida.
Gestión documental	Documentación incompleta; inconsistencias en soportes clínicos; requerimientos adicionales solicitados por las aseguradoras; devoluciones por errores administrativos.
Entidades aseguradoras	Tiempos prolongados para la emisión de autorizaciones; diferencias en los requisitos documentales entre aseguradoras; procesos administrativos propios que retrasan la respuesta.

El análisis evidencia que las causas asociadas a las demoras no se concentran exclusivamente en la gestión realizada por las entidades aseguradoras. También se identifican oportunidades de mejora al interior de la institución relacionadas con la estandarización de procedimientos,

el fortalecimiento de la gestión documental y la implementación de mecanismos de seguimiento que permitan disminuir los reprocesos administrativos.

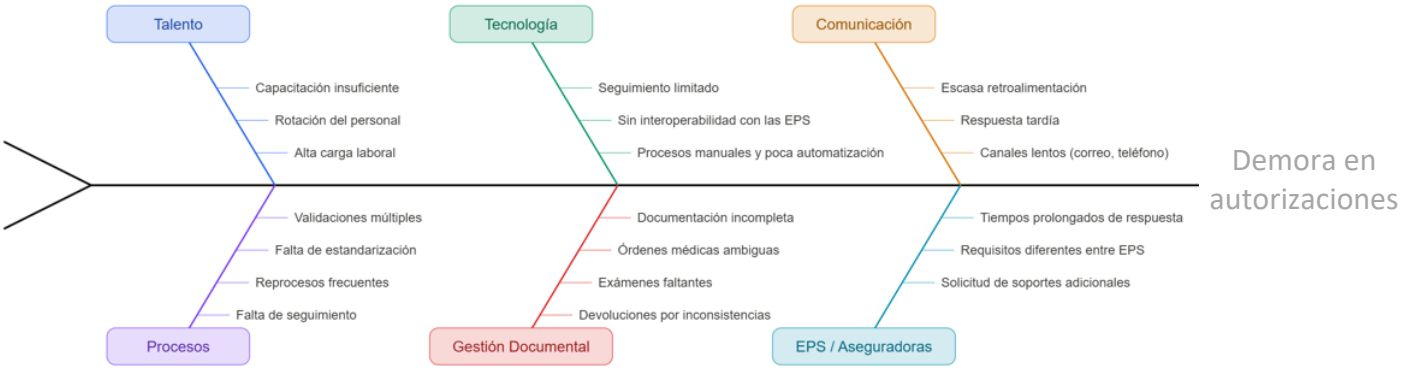


Ilustración 1. Diagrama ishikawa para el problema evidenciado en la Clinica Ospedale

No obstante, para identificar el origen principal del problema, se aplicó la técnica de los cinco porqués.

Con el fin de profundizar en el origen de la problemática identificada, se aplicó la técnica de los cinco porqués, herramienta utilizada en la gestión de la calidad para identificar la causa raíz de un problema mediante una secuencia lógica de preguntas.

Tabla 2. Cinco porqués del problema identificado como demoras en la autorización de procedimientos quirúrgicos.

Pregunta	Respuesta
¿Por qué existen demoras en la autorización de procedimientos quirúrgicos?	Porque las entidades aseguradoras tardan en emitir las autorizaciones y con frecuencia devuelven las solicitudes.
¿Por qué las solicitudes son devueltas o presentan retrasos?	Porque la documentación enviada presenta inconsistencias, está incompleta o requiere soportes adicionales solicitados por cada EPS.
¿Por qué se radica documentación incompleta o con errores?	Porque no existe un procedimiento completamente estandarizado que permita verificar previamente el cumplimiento de todos los requisitos antes de enviar la solicitud.

¿Por qué no existe un procedimiento estandarizado y un seguimiento efectivo?	Porque el proceso continúa dependiendo de actividades manuales, existe una alta carga laboral y no se cuenta con mecanismos automatizados para el control y seguimiento de las autorizaciones.
¿Por qué el proceso continúa siendo manual y con escaso seguimiento?	Porque el proceso de autorizaciones quirúrgicas aún no ha sido fortalecido mediante un sistema de gestión basado en procesos que incorpore procedimientos estandarizados, seguimiento mediante indicadores, automatización y mejora continua.

A partir del análisis realizado, se concluye que la causa raíz no corresponde exclusivamente a los tiempos de respuesta de las entidades aseguradoras, sino a la interacción entre factores internos y externos que afectan la gestión del proceso. Entre ellos destacan la ausencia de procedimientos estandarizados, la limitada automatización, las deficiencias en la gestión documental y la falta de indicadores que permitan realizar un seguimiento oportuno a las solicitudes de autorización.

Los cuellos de botella más evidentes se concentran en la espera de la respuesta de la EPS y en la gestión manual de la documentación, lo que provoca que numerosas autorizaciones queden pendientes más allá de los plazos normativos. Estas falencias impactan de manera directa la capacidad y calidad del servicio quirúrgico. Entre los efectos más relevantes se encuentran la prolongación de los tiempos de espera de los pacientes, quienes en ocasiones deben aguardar semanas o incluso meses para su intervención; las cancelaciones y reprogramaciones de cirugías ya planificadas cuando la autorización no llega a tiempo, situación que se ha documentado en otras instituciones colombianas como causa de interrupciones en la continuidad de la atención; el incremento de los costos operativos derivados de la reprogramación de salas y la reubicación de recursos; la insatisfacción del paciente, que además conlleva un riesgo legal cuando se sobrepasan los términos reglamentarios; y la saturación de la red hospitalaria, en la medida en que los pacientes en lista de espera ocupan camas y consultorios que podrían destinarse a nuevos casos.

Para intervenir adecuadamente sobre estas causas, resulta necesario recopilar métricas cuantitativas como el tiempo promedio de autorización por EPS, el porcentaje de solicitudes

resueltas dentro del plazo legal, el número de rechazos y el tiempo de retrabajo asociado, el tamaño y antigüedad de la lista de espera, y el número de cirugías canceladas por falta de autorización oportuna. Asimismo, deben vigilarse con especial atención los casos de pacientes con necesidades quirúrgicas de alta prioridad (como los ortopédicos u oncológicos) y los de poblaciones vulnerables, para quienes la normativa exige una agilización especial del trámite.

Como oportunidades de mejora se identifican, entre otras, la digitalización e integración de los sistemas de comunicación con las EPS para automatizar el envío de solicitudes y la recepción de respuestas; la estandarización de checklists internos que garanticen la completitud documental antes del envío; la designación de un gestor de autorizaciones que centralice y dé seguimiento continuo al trámite; la capacitación permanente del personal administrativo y clínico en los requisitos particulares de cada EPS y en la normativa vigente; la implementación de indicadores de gestión que permitan medir el cumplimiento de los plazos legales; y el establecimiento de acuerdos de servicio con las aseguradoras que incluyan canales de escalamiento ágil para los casos de retraso.

Estos hallazgos constituyen el fundamento para el diseño de la propuesta de mejoramiento que se desarrollará en el siguiente capítulo, orientada a optimizar la gestión de las autorizaciones quirúrgicas mediante la aplicación del ciclo PHVA, la estandarización de procesos, el fortalecimiento del seguimiento y la implementación de indicadores de calidad.

3. ESTABLECIMIENTO DE PLANES DE ACCIÓN PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

3.1 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

El establecimiento de los objetivos del plan de acción es una etapa fundamental dentro del proceso de mejoramiento continuo, ya que orienta las estrategias que permitirán intervenir las causas identificadas durante el diagnóstico realizado al proceso de autorizaciones quirúrgicas de la Clínica Ospedale. Los resultados obtenidos mediante la caracterización del proceso, el análisis DOFA, el diagrama de Ishikawa y la técnica de los cinco porqués evidenciaron que las demoras en la autorización de procedimientos quirúrgicos se debe a la combinación de factores internos y externos, entre los que se destacan la ausencia de procedimientos estandarizados, las deficiencias en la gestión documental, la limitada trazabilidad de las solicitudes, la falta de indicadores de seguimiento y la dependencia de los tiempos de respuesta de las entidades aseguradoras.

En este contexto, el plan de acción se estructura bajo el ciclo PHVA, metodología ampliamente utilizada en los sistemas de gestión de la calidad por su capacidad para promover la mejora continua de los procesos. La aplicación de esta herramienta permitirá planificar las acciones de mejora, implementar las estrategias que se proponen, evaluar los resultados obtenidos con ayuda de los indicadores y establecer acciones correctivas y preventivas que permitan la mejora continua. Este enfoque nos lleva a la toma de decisiones basadas en evidencia y fortalece la capacidad institucional para responder de manera oportuna a las necesidades de los usuarios.

En relevancia con lo anterior, el plan de acción busca alcanzar los siguientes objetivos:

- Optimizar el proceso de autorizaciones de procedimientos quirúrgicos mediante la estandarización de actividades y la reducción de reprocesos administrativos.
- Fortalecer la gestión documental para que se garantice el envío de solicitudes completas y acordes con los requisitos establecidos por las entidades aseguradoras.
- Mejorar el seguimiento y control de las autorizaciones a través de la definición de responsables claros y el fortalecimiento de la comunicación con las entidades aseguradoras.

- Implementar indicadores de gestión que permitan evaluar el desempeño del proceso, medir el cumplimiento de los tiempos establecidos y apoyar la toma de decisiones
- Promover la mejora continua mediante la aplicación del ciclo PHVA.

El cumplimiento de estos objetivos permitirá a la Clinica Ospedale reducir los tiempos de autorización, optimizar la utilización de los recursos institucionales, disminuir las barreras administrativas que afectan el acceso oportuno a los procedimientos quirúrgicos y fortalecer principios de calidad como la oportunidad, la eficiencia, la continuidad y la satisfacción de los usuarios.

3.2 Descripción de la solución

A partir del diagnóstico realizado al proceso de autorizaciones de procedimientos quirúrgicos en la Clínica Ospedale, se identificó la ausencia de procedimientos estandarizados, deficiencias en la gestión documental, limitada trazabilidad de las solicitudes, escaso seguimiento a los tiempos de respuesta y falta de indicadores que permitan evaluar el desempeño del proceso. Por tal motivo, la solución propuesta se orienta al fortalecimiento integral de la gestión de autorizaciones mediante la implementación de un plan de acción estructurado bajo el ciclo PHVA que permitirá intervenir en cada una de las causas identificadas durante el análisis.

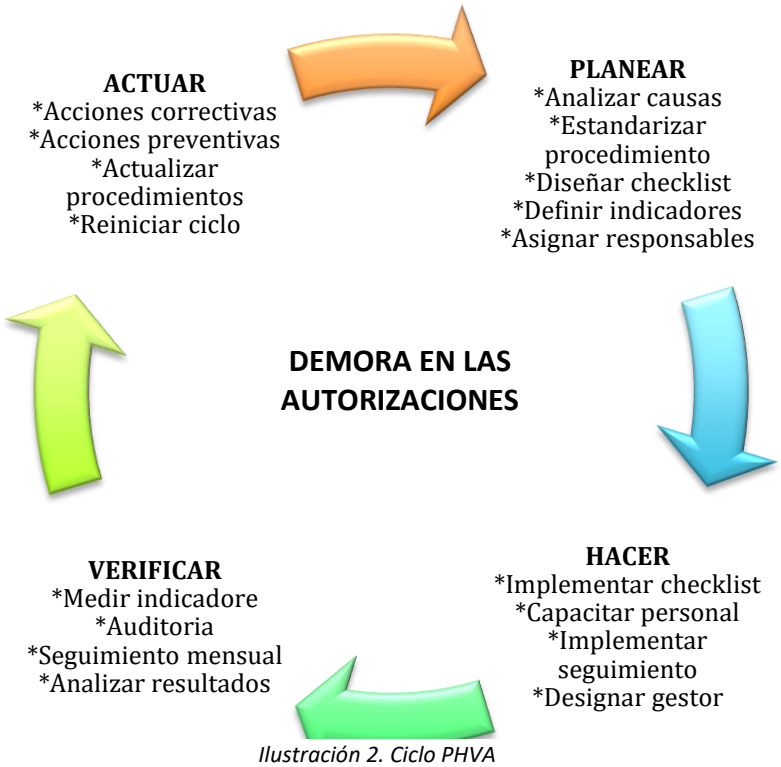


Ilustración 2. Ciclo PHVA

La figura presenta la articulación del ciclo PHVA con las estrategias propuestas para el mejoramiento del proceso de autorizaciones quirúrgicas. Este enfoque garantiza que las acciones planteadas sean ejecutadas, evaluadas y ajustadas de manera continua, favoreciendo la sostenibilidad de las mejoras implementadas.

La fase de planear es el punto de partida del ciclo. Antes de ejecutar cualquier acción, es necesario construir una base sólida donde se estandaricen los procedimientos, se diseñe un checklist para la verificación documental, se defina quién es responsable de cada paso, se pueda formular indicadores que permitan medir el desempeño del proceso y planificar las actividades de capacitación para el personal involucrado. Como señala la ISO 9001:2015, la planificación en calidad es el fundamento sobre el cual se sostienen todas las demás etapas del mejoramiento. (Organización Internacional de Normalización, 2015)

En la fase de hacer, el procedimiento estandarizado para la gestión de autorizaciones se podrá ejecutar; el uso de la lista de verificación documental pasará a ser obligatorio antes de radicar cada solicitud. Ademas se designará un gestor de autorizaciones con la responsabilidad exclusiva de hacer seguimiento permanente a los trámites y se fortalecerán los canales de comunicación con las entidades aseguradoras. Aquí, también se promoverá el uso de herramientas tecnológicas que faciliten el rastreo de cada solicitud y generen alertas oportunas ante posibles demoras.

La fase de verificar estará apoyada en indicadores concretos: el tiempo promedio de autorización, el porcentaje de solicitudes radicadas con documentación completa, el porcentaje de autorizaciones gestionadas dentro del tiempo establecido, el número de devoluciones por inconsistencias documentales y el número de procedimientos quirúrgicos reprogramados por causas administrativas. El análisis periódico de estos datos permitirá detectar desviaciones a tiempo y tomar decisiones respaldadas en evidencia, tal como lo establece el enfoque de gestión basada en indicadores promovido por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sistema de Información para la Calidad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Finalmente, en la fase de actuar se actualizarán los procedimientos cuando sea necesario, se reforzarán las actividades de capacitación, se ajustarán los mecanismos de seguimiento y se promoverán espacios periódicos de evaluación con las áreas involucradas y las entidades aseguradoras.

3.3 Secuencia de actividades para ejecución de la solución

La implementación del plan de acción requiere una secuencia organizada de actividades que permita intervenir las causas identificadas durante el diagnóstico del proceso de autorizaciones quirúrgicas. Es por esto por lo que la ejecución de las acciones propuestas se fundamenta en los principios del mejoramiento continuo y en la metodología del ciclo PHVA, garantizando que cada intervención contribuya al fortalecimiento de la gestión institucional y al cumplimiento de los objetivos definidos.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos mediante el análisis DOFA, el diagrama de Ishikawa y la técnica de los cinco porqués, las principales oportunidades de mejora se relacionan con la estandarización de procedimientos, la optimización de la gestión documental, el fortalecimiento del seguimiento de las autorizaciones, la definición de responsables y la implementación de mecanismos de evaluación del desempeño. En consecuencia, antes de desarrollar las actividades del plan de acción, resulta indispensable establecer indicadores que permitan medir objetivamente el impacto de las estrategias implementadas y verificar el cumplimiento de las metas propuestas.

Además, con el fin de garantizar la adecuada ejecución del plan de acción, se asignaron responsables para cada una de las actividades propuestas, de acuerdo con las funciones y competencias de las áreas involucradas en el proceso de autorizaciones quirúrgicas. Esta asignación busca fortalecer la rendición de cuentas, facilitar el seguimiento de los avances y promover el trabajo articulado entre las dependencias responsables de la prestación del servicio.

Tabla 3. Secuencia de actividades para la solución por demoras en la autorización de procedimientos quirúrgicos.

Secuencia	Actividad	Responsable	Medición (Indicador de cumplimiento)
1	Conformar el equipo del proyecto y definir funciones.	Gerencia y Dirección Médica	Equipo conformado y acta de asignación de responsabilidades (100%).
2	Levantar y documentar el proceso actual de autorizaciones quirúrgicas.	Coordinador de Calidad y Coordinador de Autorizaciones	Proceso documentado y validado (100%).
3	Identificar las causas de las demoras mediante análisis de datos y reuniones de trabajo.	Comité de Calidad	Número de causas identificadas y priorizadas.
4	Diseñar el protocolo de gestión de autorizaciones quirúrgicas.	Calidad y Dirección Médica	Protocolo elaborado, aprobado e implementado.
5	Estandarizar formatos y listas de verificación para el envío de documentación a las EPS.	Coordinador de Autorizaciones	Porcentaje de (solicitudes completas /total solicitudes)
6	Implementar un tablero de control para el seguimiento de autorizaciones pendientes.	Área de Sistemas y Calidad	Tablero operativo y porcentaje de (autorizaciones oportunas/total autorizaciones)
7	Capacitar al personal involucrado en el nuevo procedimiento.	Talento Humano y Calidad	Porcentaje de (funcionarios capacitados/funcionarios programados)
8	Implementar el seguimiento diario a las solicitudes de autorización.	Coordinador de Autorizaciones	Porcentraje de solicitudes revisadas diariamente (meta 100%).
9	Establecer canales directos de comunicación con las EPS para gestionar casos prioritarios.	Coordinador de Autorizaciones	(Σ días de autorización / total de autorizaciones gestionados)
10	Priorizar pacientes según criterios clínicos y tiempos de espera.	Coordinación Quirúrgica y Especialistas	Porcentaje de (pacientes priorizados /pacientes programados)
11	Realizar reuniones semanales de seguimiento para revisar indicadores y acciones de mejora.	Comité de Calidad	Número de reuniones realizadas y cumplimiento del plan de acción.

12	Evaluar los resultados del proyecto y proponer acciones de mejora continua.	Gerencia, Calidad y Dirección Médica	Reducción del tiempo de autorización y disminución de cirugías aplazadas.

3.3.1. Indicadores para el seguimiento del plan de acción

La medición constituye uno de los principios fundamentales de la gestión de la calidad, ya que proporciona información objetiva para evaluar el desempeño de los procesos, identificar desviaciones y orientar la toma de decisiones basada en evidencia. En el presente plan de acción, los indicadores fueron definidos considerando las principales debilidades identificadas durante el diagnóstico y los atributos de calidad que se pretende fortalecer, especialmente la oportunidad, la eficiencia y la continuidad en la atención.

Los indicadores propuestos permitirán realizar un seguimiento periódico a la ejecución de las actividades, evaluar el grado de cumplimiento de las metas establecidas y determinar la efectividad de las acciones implementadas. Asimismo, facilitarán la identificación temprana de oportunidades de mejora y la formulación de acciones correctivas y preventivas dentro del ciclo PHVA. (Superintendencia Nacional de Salud, 2023)

Tabla 4. Indicadores de seguimiento para el plan de acción con responsables

Indicador	Fórmula	Meta	Responsable
Tiempo promedio de autorización quirúrgica	(Σ días de autorización / Total de autorizaciones)	Reducir en 30%	Coordinador de Autorizaciones
Cirugías reprogramadas por falta de autorización	(Cirugías reprogramadas / Cirugías programadas) × 100	≤ 5%	Coordinación Quirúrgica
Autorizaciones gestionadas dentro del tiempo establecido	(Autorizaciones oportunas / Total autorizaciones) × 100	≥ 90%	Área de Autorizaciones
Documentación completa en el primer envío	(Solicitudes completas / Total solicitudes) × 100	100%	Personal Administrativo
Personal capacitado	(Funcionarios capacitados/ Funcionarios programados) × 100	100%	Talento Humano
Satisfacción del paciente con el proceso	Promedio de encuestas de satisfacción	≥ 90%	Servicio al Usuario

Nota: Esta tabla muestra los indicadores de gestión y desempeño del proyecto "Alta demanda de pacientes en la Clínica Ospedale por demoras en la autorización de procedimientos quirúrgicos". Su propósito es medir el cumplimiento de los objetivos del proyecto, evaluar la efectividad de las acciones implementadas y verificar si la solución genera los resultados esperados**.** (Superintendencia Nacional de Salud, 2023)

Resultado esperado

Al finalizar la ejecución del proyecto se espera:

- Reducir el tiempo de autorización de procedimientos quirúrgicos.
- Disminuir la congestión en la programación de cirugías.
- Reducir el número de cirugías canceladas o reprogramadas por falta de autorización.
- Mejorar la oportunidad de atención y la satisfacción de los pacientes.
- Optimizar la coordinación entre la Clínica Ospedale, las EPS y el personal asistencial y administrativo.

3.4 Descripción de recursos necesarios para la ejecución de la solución

La implementación efectiva del plan de acción requiere la disponibilidad y adecuada gestión de los recursos necesarios para desarrollar cada una de las actividades propuestas. En este sentido, la identificación de los recursos constituye un elemento fundamental para garantizar la viabilidad técnica, administrativa y financiera del proyecto, permitiendo que las estrategias de mejora puedan ejecutarse de manera oportuna y conforme a los objetivos establecidos.

Los recursos definidos para el presente proyecto comprenden el talento humano responsable de la ejecución de las actividades, los recursos tecnológicos requeridos para fortalecer el proceso de autorizaciones quirúrgicas, los materiales e insumos necesarios para la capacitación y estandarización de procedimientos, así como los recursos financieros destinados a respaldar la implementación del plan de acción. La adecuada planificación de estos elementos contribuirá a optimizar la utilización de los recursos institucionales, favorecer la articulación entre las diferentes áreas de la Clínica Ospedale y garantizar la sostenibilidad de las acciones de mejora propuestas.

Tabla 5. Descripción de recursos necesarios para la ejecución de la solución

Tipo de recurso	Descripción	Propósito
Recursos humanos	Gerente del proyecto, Director Médico, Coordinador de Calidad, Coordinador de Autorizaciones, personal administrativo, personal asistencial, analista de sistemas y equipo de Talento Humano.	Coordinar, implementar, supervisar y evaluar las acciones del proyecto.
Recursos tecnológicos	Sistema de información hospitalaria, software para gestión de autorizaciones, tablero de indicadores (Power BI, Excel u otro), equipos de cómputo, impresoras, acceso a internet, correo institucional y herramientas de videoconferencia.	Facilitar el seguimiento de las solicitudes, el análisis de indicadores y la comunicación con las EPS.
Recursos financieros	Presupuesto para capacitación, adquisición o actualización de software, mantenimiento de equipos, material de oficina y posibles contrataciones temporales para fortalecer el área de autorizaciones.	Garantizar la disponibilidad de recursos para ejecutar las actividades del proyecto.
Recursos físicos	Oficinas para el área de autorizaciones, sala de reuniones, estaciones de trabajo, mobiliario, archivo físico y espacios para capacitación.	Proporcionar las condiciones necesarias para el desarrollo de las actividades operativas y administrativas.
Recursos documentales	Protocolos de autorización, manuales de procesos, procedimientos institucionales, formatos de solicitud, listas de chequeo, guías clínicas e indicadores de gestión.	Estandarizar el proceso y asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos por las EPS y la institución.
Recursos de capacitación	Material didáctico, presentaciones, manuales de usuario, talleres y jornadas de entrenamiento para el personal involucrado.	Fortalecer las competencias del personal en el nuevo proceso de gestión de autorizaciones.

Recursos de comunicación	Líneas telefónicas, correo electrónico institucional y canales de comunicación directa con las EPS.	Agilizar el intercambio de información y el seguimiento oportuno de las autorizaciones quirúrgicas.
Recursos para seguimiento y evaluación	Tablero de control, bases de datos, indicadores de desempeño, encuestas de satisfacción y formatos para auditorías internas.	Medir el cumplimiento de los objetivos, identificar oportunidades de mejora y evaluar los resultados del proyecto.

La disponibilidad de los recursos descritos constituye un factor determinante para la implementación del plan de acción y el cumplimiento de los objetivos propuestos. La articulación entre el talento humano, los recursos tecnológicos, los insumos administrativos y el presupuesto permitirá desarrollar las actividades de manera coordinada, minimizar los riesgos durante la ejecución del proyecto y fortalecer la capacidad institucional para gestionar de forma oportuna las autorizaciones quirúrgicas. Asimismo, la asignación adecuada de recursos favorecerá la sostenibilidad de las acciones de mejora y contribuirá al fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

4. DEFINICIÓN DEL ALCANCE DE LA SOLUCIÓN, PARTES INTERESADAS, CRONOGRAMA Y PRESUPUESTOS.

Una vez formulado el plan de acción para atender las causas que generan las demoras en el proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos en la Clínica Ospedale, resulta necesario establecer los elementos que permitirán orientar su implementación de manera organizada y garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos. En este sentido, la definición del alcance, la identificación de las partes interesadas, la programación de las actividades y la estimación de los recursos financieros constituyen componentes esenciales para garantizar la viabilidad técnica, administrativa y operativa de la propuesta de mejoramiento.

La planificación de estos elementos permite delimitar el ámbito de intervención del proyecto, establecer las responsabilidades de los actores involucrados y organizar la ejecución de las actividades conforme a una secuencia lógica y articulada. Asimismo, facilita el seguimiento permanente al desarrollo del plan de acción mediante la definición de tiempos, responsables y recursos, fortaleciendo la toma de decisiones y promoviendo una gestión basada en los principios de eficiencia, eficacia y mejoramiento continuo.

En consecuencia, este capítulo presenta el alcance final de la solución propuesta, identifica los responsables de la ejecución de las actividades, desarrolla el cronograma de implementación y establece el presupuesto requerido para la puesta en marcha del proyecto. Estos componentes ofrecen una visión integral de la fase de ejecución, y permiten consolidar una propuesta factible, sostenible y alineada con los objetivos institucionales de la Clínica Ospedale y con los principios de calidad que orientan la prestación de los servicios de salud.

4.1 ALCANCE FINAL DE LA SOLUCIÓN

La propuesta de mejoramiento formulada para la Clínica Ospedale tiene como alcance la optimización del proceso administrativo de autorización de procedimientos quirúrgicos, a través de estrategias orientadas a fortalecer la gestión documental, estandarizar los procedimientos, mejorar el seguimiento de las solicitudes y consolidar un sistema de

monitoreo basado en indicadores de gestión. La intervención se desarrolla bajo los principios del mejoramiento continuo y el ciclo PHVA, lo que permite actuar sobre las causas identificadas durante el diagnóstico sin modificar los procesos clínicos o asistenciales relacionados con la atención médica de los pacientes.

El alcance comprende las actividades desarrolladas desde la recepción de la orden médica emitida por el profesional tratante hasta la obtención de la autorización por parte de la entidad aseguradora y la posterior programación del procedimiento quirúrgico. En este sentido, la propuesta involucra las áreas de autorizaciones, facturación, programación quirúrgica, auditoría médica, gestión de la calidad, talento humano, sistemas de información y dirección institucional, promoviendo una articulación permanente entre los diferentes actores del proceso. Asimismo, contempla el fortalecimiento de los canales de comunicación con las entidades promotoras de salud (EPS), con el propósito de disminuir los tiempos de respuesta, reducir los reprocesos administrativos y garantizar una gestión más eficiente de las solicitudes.

Entre las acciones que hacen parte del alcance del proyecto se encuentran la estandarización del procedimiento institucional para la gestión de autorizaciones quirúrgicas, el diseño e implementación de listas de verificación documental, la definición de responsables para cada etapa del proceso, la capacitación del personal involucrado, la implementación de un tablero de control para el seguimiento de las solicitudes, el establecimiento de indicadores de desempeño y la realización de auditorías periódicas que permitan verificar el cumplimiento de las acciones propuestas. Estas actividades buscan fortalecer la capacidad institucional para gestionar oportunamente las autorizaciones y garantizar el cumplimiento de los principios de oportunidad, eficiencia, continuidad y seguridad en la atención, establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

De igual manera, el alcance contempla la generación de una cultura organizacional orientada al mejoramiento continuo, promoviendo el uso sistemático de la información para la toma de decisiones y el análisis permanente del desempeño del proceso. La utilización de indicadores permitirá identificar oportunamente desviaciones, establecer acciones correctivas y preventivas, y evaluar la efectividad de las estrategias implementadas, con miras a consolidar un proceso de autorizaciones más organizado, trazable y sostenible en el tiempo.

Es importante precisar, no obstante, que la presente propuesta no contempla modificaciones relacionadas con la prestación del acto médico, los protocolos clínicos, las decisiones terapéuticas ni los procedimientos asistenciales desarrollados durante la atención del paciente. Tampoco pretende intervenir directamente en los procesos internos de las entidades promotoras de salud, dado que estos dependen de su autonomía administrativa y de la normatividad vigente. En consecuencia, las acciones planteadas se concentran en aquellos aspectos gestionables por la Clínica Ospedale para fortalecer su capacidad operativa, optimizar la interacción con las aseguradoras y reducir el impacto generado por las demoras en la autorización de procedimientos quirúrgicos.

Como resultado de la implementación de la propuesta, se espera fortalecer la eficiencia administrativa del proceso de autorizaciones, disminuir los tiempos promedio de respuesta, reducir el número de solicitudes devueltas por inconsistencias documentales, mejorar la programación de los procedimientos quirúrgicos y aumentar la satisfacción de los usuarios frente a la oportunidad de la atención. Asimismo, se proyecta consolidar un sistema de gestión basado en indicadores que permita evaluar permanentemente el desempeño del proceso, facilitar la toma de decisiones y garantizar la sostenibilidad de las acciones de mejoramiento implementadas, contribuyendo así al fortalecimiento de la calidad institucional y al cumplimiento de los estándares establecidos para la prestación de los servicios de salud.

4.2 Identificación de responsables de las actividades para ejecución

La implementación del plan de acción requiere una distribución clara de responsabilidades que permita garantizar la adecuada coordinación entre las diferentes áreas involucradas en el proceso de autorizaciones quirúrgicas. La definición de responsables constituye un elemento clave dentro de la gestión de proyectos, ya que facilita la ejecución organizada de las actividades, fortalece la rendición de cuentas y favorece el seguimiento permanente de los resultados alcanzados. En consecuencia, cada una de las acciones propuestas fue asignada a las dependencias y funcionarios que, de acuerdo con sus competencias y funciones institucionales, tienen incidencia directa en el desarrollo del proceso y en el cumplimiento de los objetivos de mejoramiento.

La Gerencia de la Clínica Ospedale asumirá el liderazgo estratégico del proyecto, proporcionando el respaldo institucional, la asignación de los recursos necesarios y el seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas. De manera articulada, la Dirección Médica orientará las acciones relacionadas con la coordinación del proceso quirúrgico, velando por la integración entre las áreas asistenciales y administrativas y promoviendo la adopción de las estrategias de mejoramiento definidas en el plan de acción.

El Coordinador de Calidad desempeñará un rol fundamental en la implementación del proyecto, al ser responsable de acompañar la estandarización del proceso, coordinar las actividades de mejora continua, hacer seguimiento a los indicadores de gestión y verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos. Asimismo, liderará las auditorías internas y presentará los resultados obtenidos a la alta dirección para facilitar la toma de decisiones basada en evidencia.

Por su parte, el Coordinador del área de Autorizaciones tendrá la responsabilidad operativa de supervisar la correcta ejecución del procedimiento, garantizar el seguimiento permanente de las solicitudes radicadas ante las entidades aseguradoras, verificar la integridad de la documentación remitida y coordinar las acciones necesarias para reducir los tiempos de respuesta. Su gestión será determinante para disminuir los reprocesos administrativos y fortalecer la oportunidad en la programación de los procedimientos quirúrgicos.

El área de Talento Humano será la encargada de planificar y desarrollar las jornadas de capacitación dirigidas al personal involucrado en el proceso, promoviendo el fortalecimiento de competencias relacionadas con la gestión documental, el manejo de los procedimientos estandarizados, el cumplimiento de la normatividad vigente y el uso de las herramientas tecnológicas implementadas. Paralelamente, el área de Sistemas brindará el soporte técnico necesario para la puesta en funcionamiento del tablero de control, la administración de las herramientas de seguimiento y el fortalecimiento de la interoperabilidad de los sistemas de información utilizados durante la gestión de autorizaciones.

Igualmente, el Comité de Calidad realizará el seguimiento periódico al avance del proyecto mediante reuniones programadas para evaluar el comportamiento de los indicadores, verificar el cumplimiento de las actividades previstas, analizar las desviaciones identificadas y

definir las acciones correctivas y preventivas que resulten necesarias. Este ejercicio permitirá mantener la mejora continua como eje transversal de la propuesta y garantizar que las decisiones adoptadas respondan a las necesidades reales del proceso.

Finalmente, las entidades promotoras de salud (EPS), aunque no hacen parte de la estructura organizacional de la Clínica Ospedale, constituyen actores estratégicos para el éxito de la intervención. En este sentido, el fortalecimiento de los mecanismos de comunicación y coordinación con dichas entidades facilitará una gestión más ágil de las autorizaciones, favorecerá la resolución oportuna de inconsistencias documentales y contribuirá a disminuir los tiempos de respuesta. La participación articulada de todos los responsables permitirá consolidar un proceso de autorizaciones quirúrgicas más eficiente, trazable y orientado al cumplimiento de los principios de calidad, oportunidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud.

Con el propósito de facilitar la ejecución del plan de acción, en la siguiente tabla se presentan los principales responsables institucionales y las funciones que asumirán durante el desarrollo del proyecto.

Tabla 6. Descripción de funciones de los responsables

Responsable	Funciones dentro del proyecto
Gerencia	Liderar el proyecto, asignar los recursos necesarios, aprobar las decisiones estratégicas y realizar el seguimiento general a la ejecución del plan de acción.
Dirección Médica	Coordinar las acciones entre las áreas asistenciales y administrativas, apoyar la implementación de las estrategias de mejoramiento y garantizar la articulación del proceso quirúrgico.
Coordinador de Calidad	Estandarizar los procedimientos, realizar auditorías internas, efectuar el seguimiento de los indicadores de gestión y liderar las acciones de mejora continua.
Coordinador de Autorizaciones	Supervisar la gestión de las autorizaciones, verificar la integridad de la documentación, realizar el seguimiento de las solicitudes y

	coordinar la comunicación con las entidades promotoras de salud (EPS).
Comité de Calidad	Evaluar periódicamente el avance del proyecto, analizar los resultados de los indicadores y definir las acciones correctivas y preventivas derivadas del seguimiento.
Talento Humano	Planificar, coordinar y ejecutar las actividades de capacitación dirigidas al personal involucrado en el proceso de autorizaciones quirúrgicas.
Área de Sistemas	Implementar y mantener las herramientas tecnológicas, administrar el tablero de control y brindar soporte a los sistemas de seguimiento del proceso.
Personal Administrativo	Aplicar el procedimiento estandarizado, diligenciar correctamente la documentación requerida y realizar el seguimiento operativo de las solicitudes de autorización.
Entidades Promotoras de Salud (EPS)	Emitir las autorizaciones dentro de los tiempos establecidos por la normatividad vigente, atender los requerimientos de información y mantener canales de comunicación efectivos con la Clínica Ospedale.

4.3 Cronograma de ejecución

La implementación del plan de acción se desarrollará mediante un cronograma estructurado que permitirá organizar de manera secuencial las actividades definidas para el mejoramiento del proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos en la Clínica Ospedale. La programación de las actividades es una herramienta fundamental para la gestión del proyecto, ya que facilita la coordinación entre las diferentes áreas responsables, optimiza el uso de los recursos y permite realizar un seguimiento al cumplimiento de los objetivos establecidos.

El cronograma fue diseñado considerando la lógica entre las actividades, iniciando con la organización del equipo de trabajo y el diagnóstico del proceso, para posteriormente desarrollar las acciones de estandarización, capacitación, implementación de herramientas

tecnológicas y seguimiento mediante indicadores de gestión. Finalmente, se realiza una fase de evaluación orientada a verificar el impacto de las estrategias implementadas y a formular acciones de mejora continua que garanticen la sostenibilidad de los resultados alcanzados.

La ejecución del proyecto tendrá una duración estimada de nueve meses, periodo durante el cual se desarrollarán las doce actividades definidas en el plan de acción. Esta distribución permitirá implementar gradualmente las estrategias propuestas, hacer seguimiento a su avance mediante reuniones periódicas del Comité de Calidad y efectuar los ajustes que resulten necesarios durante el desarrollo del proyecto, de conformidad con los principios del ciclo PHVA y del mejoramiento continuo.

Tabla 7. Cronograma de actividades

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9
1. Conformar el equipo del proyecto y definir funciones	●								
2. Levantar y documentar el proceso actual de autorizaciones quirúrgicas	●	●							
3. Identificar las causas de las demoras mediante análisis de datos y reuniones de trabajo		●							
4. Diseñar el protocolo de gestión de autorizaciones quirúrgicas		●	●						
5. Estandarizar formatos y listas de verificación			●	●					
6. Implementar el tablero de control para el seguimiento de autorizaciones			●	●	●				

7. Capacitar al personal involucrado en el nuevo procedimiento				●	●				
8. Implementar el seguimiento diario a las solicitudes de autorización				●	●	●	●	●	●
9. Establecer canales directos de comunicación con las EPS				●	●	●	●	●	●
10. Priorizar pacientes según criterios clínicos y tiempos de espera					●	●	●	●	●
11. Realizar reuniones periódicas de seguimiento y evaluación de indicadores				●	●	●	●	●	●
12. Evaluar los resultados del proyecto y formular acciones de mejora continua								●	●

4.4 Presupuesto

El presupuesto del proyecto es la estimación de los recursos financieros necesarios para planificar, ejecutar, monitorear y evaluar las actividades propuestas para mejorar el proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos. Incluye los costos asociados al talento humano, capacitación, tecnología, materiales, seguimiento y evaluación, garantizando que la implementación de la solución sea viable y sostenible.

Tabla 8. Presupuesto para el desarrollo del plan de acción

Rubro	Descripción	Cantidad	Valor unitario (COP)	Valor total (COP)
Capacitación del personal	Talleres sobre el nuevo proceso de autorizaciones (40 colaboradores)	2 jornadas	$2.500.000	$5.000.000
Material de capacitación	Manuales, guías, formatos y material de apoyo	40 unidades	$25.000	$1.000.000
Desarrollo o adecuación tecnológica	Ajustes al sistema de información y tablero de indicadores	1	$8.000.000	$8.000.000
Licencias de software	Herramientas para seguimiento y análisis de indicadores	1 anual	$3.000.000	$3.000.000
Equipos de cómputo	Computadores para el área de autorizaciones	2	$3.500.000	$7.000.000
Papelería e insumos	Material de oficina e impresión de documentos	1 paquete	$1.000.000	$1.000.000
Reuniones de seguimiento	Logística y material para reuniones del comité	12 reuniones	$250.000	$3.000.000
Personal de apoyo temporal	Auxiliar administrativo para fortalecer el proceso durante la implementación	3 meses	$2.500.000	$7.500.000

Auditoría y evaluación	Seguimiento y evaluación de resultados del proyecto	1	$2.500.000	$2.500.000
Contingencias	Reserva para gastos no previstos (aprox. 10%)	1	$3.800.000	$3.800.000

La inversión del proyecto busca proporcionar los recursos necesarios para implementar estrategias que reduzcan las demoras en la autorización de procedimientos quirúrgicos y mejoren la eficiencia operativa de la Clínica Ospedale. Específicamente, se pretende:

- Reducir el tiempo de respuesta en la autorización de procedimientos quirúrgicos.
- Disminuir el número de cirugías aplazadas o canceladas por falta de autorización.
- Optimizar la gestión administrativa mediante la estandarización de procesos y el uso de herramientas tecnológicas.
- Fortalecer las competencias del personal a través de programas de capacitación.
- Mejorar la comunicación y coordinación entre la Clínica Ospedale y las EPS para agilizar el trámite de autorizaciones.
- Incrementar la satisfacción de los pacientes al disminuir los tiempos de espera y garantizar una atención más oportuna.
- Implementar un sistema de seguimiento basado en indicadores que permita monitorear el desempeño del proceso y promover la mejora continua.

En conjunto, el presupuesto está orientado a asegurar que las actividades del proyecto se desarrollen de manera eficiente, contribuyendo a una atención quirúrgica más oportuna, una mejor utilización de los recursos institucionales y una mayor calidad en la prestación de los servicios de salud.

El presupuesto estimado para la implementación del plan de acción asciende a $41.800.000 COP, valor proyectado con base en los recursos necesarios para ejecutar las actividades definidas en el ciclo PHVA y garantizar el cumplimiento de los objetivos de mejoramiento del proceso de autorizaciones quirúrgicas. La mayor inversión se concentra en el fortalecimiento tecnológico, debido a la necesidad de implementar herramientas que permitan optimizar el seguimiento de las solicitudes, mejorar la trazabilidad del proceso y fortalecer la comunicación

con las entidades promotoras de salud (EPS). Asimismo, se contemplan recursos para la capacitación del personal involucrado, el fortalecimiento de los procesos administrativos, las actividades de seguimiento y evaluación, y un porcentaje destinado a contingencias, con el propósito de responder oportunamente a situaciones imprevistas durante la ejecución del proyecto.

Desde la perspectiva de la gestión financiera, esta inversión se considera viable, ya que las acciones propuestas buscan disminuir los tiempos de autorización, reducir la reprocesos administrativos, optimizar la utilización de los recursos institucionales y mejorar la oportunidad en la prestación de los servicios quirúrgicos. En consecuencia, los beneficios esperados trascienden la disminución de costos operativos, al contribuir también al fortalecimiento de la calidad de la atención, la satisfacción de los usuarios y el cumplimiento de la normatividad vigente.

Para garantizar la sostenibilidad del proyecto, se plantea que la financiación provenga principalmente del presupuesto institucional de la Clínica Ospedale, complementado con recursos asignados al área de Calidad y Seguridad del Paciente y al área de Tecnología, en el marco de las iniciativas de fortalecimiento institucional y transformación digital. Adicionalmente, podrán gestionarse recursos destinados a proyectos de mejoramiento continuo y establecer convenios o alianzas estratégicas con las entidades promotoras de salud (EPS), orientados a optimizar los procesos de autorización y fortalecer la articulación entre los diferentes actores del sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Clínica Ospedale Manizales. (04 de 07 de 2026). *Clínica Ospedale Manizales*. Obtenido de Clínica Ospedale Manizales: https://clinicaospedalemanizales.com/

Clinica Ospedale. (s.f.). *Nosotros.* Obtenido de Misión, visión y mapas de procesos.: https://clinicaospedalemanizales.com/nosotros/

Cristo Ntais. (07 de Mayo de 2026). *Sistemas de calidad en la atención sanitaria: marcos internacionales, evaluación y estrategias de mejora.* Obtenido de https://www.mdpi.com/2227-9032/14/11/1510

Escuela Europea de Excelencia. (12 de Junio de 2026). *Qué es la cultura organizacional con énfasis en calidad.* Obtenido de https://www.escuelaeuropeaexcelencia.com/2026/06/cultura-organizacional-con-enfasis-en-calidad/

EUROFINS. (14 de Abril de 2025). *El ciclo Deming: en qué consiste y cómo ayuda en la gestión y mejora de procesos.* Obtenido de https://www.eurofins-environment.es/es/el-ciclo-deming-que-consiste-y-como-ayuda-gestion-procesos/

INNOVA. (25 de Julio de 2023). *¿Qué es el diagrama de Ishikawa y para qué sirve?* Obtenido de https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2023/07/que-es-el-diagrama-de-ishikawa-y-para-que-sirve/

KATERIN ALVARADO ECHEONA, D. R. (2023). *FACTORES QUE AFECTAN LA OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN PRIORITARIA DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS EN SALUD EN MEDELLÍN ENTRE 2019 Y 2020.* Obtenido de https://repositorio.fucsalud.edu.co/server/api/core/bitstreams/22b40336-a577-47ed-8cf7-40024a8d95c9/content

Klein, Taylor A.; Seelbach, Corie L.; Brannan, Gracia D. (06 de Marzo de 2023). *Seguro de calidad.* Obtenido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557503/

Marcos Vinicio España García, C. d. (Oct-Dic de 2025). *LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA: UNA METODOLOGÍA PROGRESISTA.* Obtenido de https://doi.org/10.63371/ic.v4.n4.a363

María Kyriacou Georgiou. (Marzo de 2021). *Contribución de los profesionales sanitarios en cuestiones relacionadas con la gestión de la calidad.* Obtenido de https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8116097/

Ministerio de Salud y Protección Social. (05 de Febrero de 2016). *RESOLUCIÓN 256 DE 2016.* Obtenido de https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=190625

Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de Mayo de 2016). *Decreto 780 de 2016.* Obtenido de https://www.funcionpublica.gov.co/eva_/publicaciones

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Circular Externa Conjunta 019 de 2025 Ministerio de Salud y Protección Social. *Diario Oficial No. 53130*. Obtenido de https://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=179359

Morales, E. (2019). Solicitud de información- Autorización de Servicios. Radicado 20194240198652. *Minsalud*, 1-4. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201911600923761%20de%202019.pdf

Organización Internacional de Normalización. (2015). *ISO 9001:2015.* Obtenido de Sistemas de gestión de la calidad — Requisitos: https://repositorio.buap.mx/rcontraloria/public/inf_public/2019/0/NOM_ISO_9001-2015.pdf

Organización Mundial de la Salud. (19 de Mayo de 2025). *Servicios de salud de calidad.* Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services

Parseaur. (03 de Abril de 2026). *Automatiza la extracción de datos de formularios de historial médico de pacientes*. Obtenido de Parseaur: https://parseur.com/es/blog/herramientas-extraccion-datos-historial-medico-pacientes

Presidente de la República de Colombia. (2012). Decreto 019 de 2012. *Diario Oficial. N. 48308*. Obtenido de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=45322

Superintendencia Nacional de Salud. (2023). *Normativa y funciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Obtenido de https://www.supersalud.gov.co

Superintendencia Nacional de Salud. (23 de Mayo de 2025). *Circular Externa Conjunta 019 de 2025.* Obtenido de https://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=179359