

DISEÑO DEL SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA UNIDAD DE PRESTACIÓN  
DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL HECTOR ABAD GOMEZ DE  
YONDO ANTIOQUIA

YOLANDA BARRIOS DEL DUCCA  
MARTHA CECILIA MURCIA LAMUS

TESIS

TUTORIA DOCTORA PERLA OBREGÓN SABOGAL  
DOCENTE INSTUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD  
BUCARAMANGA  
2004

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. MANUAL DE CALIDAD DE URGENCIAS	10
2. OBJETIVOS DEL MANUAL	11
3. ALCANCE, DISTRIBUCIÓN, REVISIÓN Y CIRCULACIÓN	12
<b>4. RESEÑA HISTORICA</b>	13
5. PLATAFORMA ESTRATEGICA	15
6. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	17
7. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CALIDAD DE URGENCIAS	20
8. PLANEACION DE LA CALIDAD	22
9. ATENCIÓN DEL USUARIO	25
9.1 FORMATO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS	27
9.2 FLUJOGRAMA MANEJO DE QUEJAS PERSONALMENTE	29
9.3 FLUJOGRAMA MANEJO DE QUEJAS EN BUZON DE SUGERENCIAS	31
9.4 FLUJOGRAMA PARA CANALIZAR CARTERA	33

01113-02110703-00111111

10. SOPORTE DOCUMENTAL	35
11. PAMEC	40
11.1 PROCESOS CRITICOS DE URGENCIAS	41
11.2 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE URGENCIAS	59
11.3 AUDITORIA DE LA HISTORIA CLINICA MEDICA DE URGENCIAS	60
11.4 AUDITORIA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA DE URGENCIAS	62
11.5 AUDITORIA NORMAS BIOSEGURIDAD Y ASEPSIA DE URGENCIAS	66
11.6 MONITOREO DE COMPLICACIONES DE URGENCIAS	64
11.7 TIEMPO DE REPORTE DE LABORATORIO DE URGENCIAS	65
11.8 REPORTE DE DOCUMENTOS FALTANTES EN URGENCIAS	66
11.9 FORMATO DE DEMANDA NO ATENDIDA	67
11.10 RELACION DE EQUIPOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	68
11.11 REGISTRO DE INFECCIONES INTRAHOSPITAUXRIAS	69
12. SISTEMA DE INFORMACIÓN	71
13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	75
14. ANEXOS DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION	78

15. CONCLUSIONES	93
16. RECOMENDACIONES	94
BIBLIOGRAFÍA	95

## INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud ( SGSSS ) ha significado un cambio radical en la concepción de la prestación de los servicios de salud, las normas han modificado las formas de hacer las cosas de un sector tradicionalmente apegado a un concepto de beneficencia. Una de las tendencias según la normatividad es lograr la calidad en los servicios, como un elemento imperativo para la supervivencia y disponer de criterios comparativos frente a la competencia y por otra cumplir las necesidades y exigencias cada vez mayores de los usuarios. El éxito o fracaso a largo plazo de cualquier empresa esta centrado en la calidad.

Quizás en ninguna otra área de servicios, puede exigirse con mayor énfasis la garantía de la calidad, como en la salud. Por lo mismo que esta significa, el máximo compromiso del hombre con el hombre, del Estado con el Hombre, de la familia y la comunidad con el hombre. Garantizar la salud es ofrecer los servicios con calidad; disponer de un equipo humano comprometido plenamente motivado y cualificado para preservarla y cuidada utilizando los recursos de la ciencia y tecnología eficientemente, de la gerencia y la logística del humanismo, de la calidez para preservar la vida.

La calidad representa el resultado formal de la institución como un todo; del grupo humano que allí labora, de los recursos presupuestales, del Estado, de los equipos, de las condiciones de la infraestructura básica; de los elementos de los servicios y del uso de los mismos. Es el producto de una voluntad política, de una buena planeación de una excelente gestión gerencia! y administrativa; de educación permanente del personal, de una evaluación sistemática y de una rigurosa retroalimentación; de una continua labor investigativa, de una motivación general, de una voluntad incondicional de hacerlas cosas bien para un fin único que es la satisfacción del usuario y la perdurabilidad de la empresa.

En concordancia con la normatividad este trabajo de Grado desarrolla el diseño del Sistema de Garantía de la Calidad para un servicio de urgencias de primer nivel partiendo de las condiciones particulares de la ESE Hospital Héctor Abad Gómez de Yondó.

## MARCO TEORICO

Se puede considerar la Garantía de la Calidad en Salud como un proceso técnico-científico, Administrativo y financiero que busca asegurar una adecuada prestación de servicios de salud, con un alto grado de utilización de los mismos por parte de los usuarios del sistema y con un excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores de la calidad del servicio que se ofrece.

En una empresa de salud la Garantía de calidad es asegurar la calidad del servicio de modo que se gane la plena confianza del cliente y su completa satisfacción. La exigencia en una empresa de salud es mayor si se tiene en cuenta que el servicio va dirigido a lo más preciado del ser humano, como es la garantía de su propia vida. El control y el aseguramiento de la calidad deben ser más estrictos por lo cual se necesita garantizar que toda la secuencia se cumpla dentro del máximo rigor.

Para mejorar y mantener los productos o servicios es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad. Las organizaciones como responsables de la calidad de nuestras vidas, deben ser competitivas para poder sobrevivir en el mundo actual. Muchas de ellas han optado por mejorar sus métodos de gestión, con base en el esquema de calidad y están siendo exitosas. Otras, se anclaron en el pasado, no asimilaron el cambio y desaparecieron o se encuentran en vías de extinción.

Aunque en los últimos años el concepto de calidad en Salud se ha puesto de moda, este no es tan reciente puesto que mucho antes de que Edward Deming y Joseph Juran, estudiaran e incorporaran la calidad en los procesos de producción industrial, los profesionales de la salud pusieron en marcha metodologías para evaluar la calidad e introducir procesos de mejoramiento continuo.

El método científico utilizado por las profesionales de la salud para determinar eficiencia de medicamentos, evaluación de técnicas de diagnóstico y evaluación del éxito en las decisiones quirúrgicas. Los profesionales de la salud están capacitados para elaborar hipótesis y probarlas, de allí que el mejoramiento de la calidad es parte de la misma formación profesional.

Deming contribuyó con la calidad en la industria japonesa después de la Segunda Guerra mundial. Él creía en las estadísticas como la base para la calidad en la gestión y pensaba que la calidad podía mejorarse si se mejoraban los procesos.

Juran, otro líder en el movimiento por la calidad planteó su filosofía, que se conocía como la trilogía de Juran:

- Planificación de la calidad
- Control de calidad
- Mejoramiento de la calidad.

La filosofía de la calidad de Crosby es la de estándares para lograr la total ausencia de errores. Él plantea objetivos claros para sus tareas de mejoramiento de la calidad.

Los primeros reportes sobre calidad se remontan a mediados del siglo pasado cuando se pusieron en marcha controles de calidad en la atención anestésica en la Gran Bretaña.

## Segunda Fase: Recopilación de la Información

Se reunió la información respecto a lo que en la Institución se ha trabajado sobre calidad, encuestas de satisfacción (de donde se extrajeron las quejas del servicio de urgencias). Los formatos que se aplicaban para consignar información y las expectativas que se realizaban.

## Tercera Fase: Verificación de Habilitación

Se realizó verificación de estándares de habilitación requiriendo para ello toda la documentación existente, Manual de Procesos y Procedimientos de cada unidad, planes y programas, contratos de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, instalaciones físicas e infraestructura.

## Cuarta Fase: Diseño del PAMEC

Se desarrollaron las fórmulas siguiendo la Metodología del Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.

- Formato 1: Identificación de necesidades y expectativas del cliente.
- Formato 2: Desarrollo de indicadores de Gestión
- Formato 3: Ficha técnica del indicador.
- Formato 4: Estándar de Proceso.
- Formato 5: Estándar de Procedimiento.
- Formato 6: Estándar de entrenamiento.

## Quinta Fase: Elaboración del Manual de Calidad.

Se realizó la descripción de la organización, su estructura orgánica, la estructura del sistema de garantía de la calidad, soporte documental.

## Sexta Fase: Sistema de Información

Elaboración de la base de datos de indicadores y estándares.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Diseñar el Sistema de Garantía de Calidad para el servicio de Urgencias del Hospital Héctor Abad Gómez de Yondó, acorde con las características de la Empresa y conforme con lo establecido en el Decreto 2309 del 2002.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Aplicar el modelo del sistema único de habilitación para el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Héctor Abad Gómez de Yondó.
2. Diseñar un modelo de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en atención de salud aplicado al servicio de urgencias.
3. Elaborar el manual de calidad del servicio de urgencias.
4. Diseñar el sistema de información para la calidad del servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Héctor Abad Gómez.



## 1. MANUAL DE CALIDAD DEL SERVICIOS DE URGENCIAS

La puesta en marcha de modelos de garantía total y mejoramiento continuo han generado importantes cambios en el sector salud. Es así como la ley 100 de 1993 y el Decreto 2309 del 2002 organizan el Sistema de Garantía de Calidad de la atención en salud. Dicho decreto define como principales características de la calidad en salud la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Todas estas características deben estar contenidas y definidas en los diferentes sistemas de garantía de calidad establecidas por todas las instituciones prestadoras de servicios.

Señala cuatro componentes:

1. Sistema único de Habilitación: Se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico administrativa los cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud.
2. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud: Implica actividades de evaluación y seguimiento de los procesos definidos como prioritarios, comparación entre la calidad observada y la calidad esperada la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. Adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidas.
3. Sistema único de Acreditación: Es voluntario, destinado a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS.
4. Sistema de información para la calidad: El ministerio implementara el sistema de información para la calidad que estimulara la competencia en calidad entre los agentes del sector y orientara a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema en el ejercicio de sus derechos y deberes.

La ESE Héctor Abad Gómez de Yondó no es ajena a este contexto y necesita como todas las IPS del país implementar un proceso de mejoramiento continuo en cada una de sus áreas que le permita ser competitiva, asegurar su supervivencia y cumplir con el marco legal vigente.

## 2. OBJETIVOS DEL MANUAL

- Incorporar un Sistema de Garantía de Calidad que permita satisfacer las necesidades de los clientes brindando seguridad, oportunidad, accesibilidad, pertinencia y continuidad.
  
- Elaborar el manual del Sistema de Garantía de la Calidad del servicio de urgencias del Hospital Héctor Abad Gómez de Yondó, de acuerdo con lo establecido con el Decreto 2309 del 2002.
  
- Elaborar estrategias, documentos y estándares que permitan monitorear el mejoramiento del sistema dentro de la organización.
  
- Crear los parámetros e instrumentos a través de los cuales se llevara a cabo el desarrollo y cumplimiento del Sistema General de Garantía de la Calidad en el Servicio de Urgencias del Hospital Héctor Abad Gómez de Yondó.
  
- Garantizar la selección e idoneidad del cliente interno a través de capacitación continua, asegurando calidad en la prestación del servicio.

### 3. ALCANCE-DISTRIBUCION-REVISION-CIRCULACION

- El manual de calidad del servicio de urgencias del Hospital Héctor Abad Gómez de Yondó será presentado a los directivos y personal que labora en la institución.
- Se divulgará al cliente interno para su aplicación y se tendrán carteleras informativas con mediciones hacia donde va la calidad en el Hospital Héctor Abad Gómez de Yondó.
- El manual será revisado cada dos años por el comité de calidad de la Institución para hacer los ajustes necesarios.
- Alcance: Será de obligatorio cumplimiento por todo el personal que labora en el servicio de Urgencias, tanto asistencial como administrativo.

#### 4. RESEÑA HISTORICA

En la historia del hoy Hospital Héctor Abad Gómez de Yondó se diferencian tres épocas. Iniciando por el hospital construido por los holandeses para la multinacional Shell Cóndor S.A. en la década de 1930-1940, el cual contaba con 70 camas, servicio de laboratorio, quirófanos .médicos especialistas en medicina tropical con atención gratuita para empleados y colonos (pobladores de la región ). Luego vino el abandono del campo petrolero por las crisis energética internacional y el inicio de la violencia en Colombia, deteriorándose progresivamente el que fuera el mejor y el de mayor complejidad de la región, ocurriendo esto a partir de 1969.

Con la llegada de ECOPETROL nuevamente la población fue creciendo y fue necesario abrir un centro de salud en una casa cedida por la junta pro municipio, que da comienzo a la segunda etapa de la atención en salud. Se denomina el centro Luis Fernando Herrera en honor al medico impulsor.

Lo que era el campo petrolero de Casabe corregimiento de Remedios ( Antioquia ) se convierte en municipio por ordenanza No. 038 de Noviembre de 1978 emanada de la asamblea de Antioquia. El centro asistencial se hace insuficiente y se genera la necesidad de crear un centro Hospitalario de mayor capacidad, para ello se estudia la posibilidad de remodelar las antiguas instalaciones del Hospital de la Shell y en 1978 por acuerdo municipal No. 068 se crea el Hospital de Yondó y se adquiere el compromiso de remodelar una parte del antiguo Hospital con la participación del SSSA, el Municipio y el Plan Nacional de Rehabilitación.

En enero de 1984 se inaugura con el nombre de Héctor Abad Gómez en honor a un medico antioqueño ,por sus aportes al pueblo colombiano y a favor de los derechos humanos y el impulso a la salud comunitaria de Antioquia. El Hospital tenía dependencia directa del Servicio Seccional de Salud hasta 1990. Con las tendencias creadas por la ley 10 los hospitales fueron agrupados alrededor del Hospital de II Nivel creando así las regionales de salud, correspondiéndonos la regional el Magdalena Medio para efectos de asesorías.

Con el nacimiento de la ley 100 fuimos uno de los primero municipios en certificamos como descentralizados, transformado en ESE por acuerdo 186 de Junio 25/ 1994 del Honorable Concejo Municipal por proyectos presentados a través de Programas Municipales de Salud del Ministerio y con recursos del Banco Mundial y con financiación de la Administración Municipal y el Hospital se logró construir, adecuar y dotar el Hospital y sus puestos de salud. Actualmente cumple con el Decreto 2309 del 2002 por lo cual fue Habilitado con Código 05-893-03227-04 del 4 de Abril del 2003 para prestar servicios de

baja complejidad y de cirugía programada. Cuenta actualmente con cinco puestos de salud.

## 5. PLATAFORMA ESTRATEGICA

OBJETIVOS CORPORATIVOS: Un objetivo es la expresión anticipada de un resultado esperado.

- Prestar los servicios de salud que la población requiera y la empresa social pueda ofrecer de acuerdo a su desarrollo institucional y recursos financieros, tecnológicos y humano.
- Continuar con el mejoramiento de la situación de salud del Magdalena Medio mediante el fomento, la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.
- Garantizar la participación ciudadana y propender por la eficiencia de las actividades extramurales en las acciones tendientes a lograr metas de salud y mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- Garantizar a través de estrategias adecuadas la rentabilidad social y financiera de la ESE.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS: Son los principios filosóficos y los valores fundamentales que inspiran la gestión de la empresa y constituyen la base para formulación de la misión.

Nuestros principios corporativos son:

- Nuestra empresa se caracteriza por la calidad de sus servicios.
- Sus clientes internos laboran con compromiso y lealtad hacia la empresa.
- El respeto al cliente intemo y extemo estará siempre presente en nuestras actividades.
- Trabajamos con responsabilidad para que los procesos y procedimientos se den en su totalidad.
- Somos un equipo que resuelve sus diferencias con tolerancia y contribuyendo a la paz institucional.
- \* Somos lideres en el trabajo comunitario y atención primaria.

- Trabajamos con alto sentido de pertenencia.
- Nuestra organización demuestra un alto grado de eficiencia.
- La honestidad caracteriza a nuestros funcionarios.
- Transmitimos calor humano a nuestros usuarios.

MISIÓN: La Unidad de Prestación de Servicios de Urgencias de la ESE Hospital Héctor Abad Gómez brinda asistencia médica y odontológica inmediata de baja complejidad al usuario con patología urgente cuya evolución rápida produce la muerte o secuelas si no se interviene inmediatamente apoyado en la idoneidad humana y profesional, en el desarrollo científico y tecnológico y en el trabajo en equipo, buscando permanentemente desarrollar la habilidad de proporcionar el mejor servicio como reto continuo que ayude a mantener clientes satisfechos indispensables para el éxito de la unidad.

VISION: La Unidad de Prestación de Servicios de Urgencias de la ESE Hospital Héctor Abad Gómez será para el año 2005 el Servicio de Urgencias de la región con la mejor imagen en atención, oportunidad, tecnología, eficiencia y eficacia poniendo al servicio de los clientes todos los recursos disponibles en la unidad para la mejoría y preservación de la vida apoyado en el éxito de las relaciones con los clientes como resultado del trabajo en equipo, velando siempre por la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente.

## 6. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

CONSULTA EXTERNA: Nuestra ESE cuenta con un grupo de médicos que prestan sus servicios en el hospital y en los cinco puestos de salud a través de brigadas médico-odontológicas.

Nuestros profesionales brindan una atención personalizada, dedicadas exclusivamente a actividades dirigidas a mejorar las condiciones de salud.

Horario de atención: De Lunes a viernes de 7:00 AM - 12:00 M  
Y de 1:30 PM- 5:30 PM

ODONTOLOGÍA: Realizamos labores de promoción, prevención e intervención de los problemas orales. Realizamos incrementales de salud oral para ampliar nuestras coberturas.

Nuestros odontólogos promueven y difunden actividades en salud oral a través de talleres de auto profilaxis y control de placa bacteriana.

Charlas educativas en salud oral dirigidas a los niños obstétricas.

Todas nuestras actividades las realizamos con un personal calificado, conciente del compromiso de la atención a la población mas vulnerable.

Horario de atención: De Lunes a viernes de 7:00 AM - 12:00 M  
Y de 1:30 PM- 5:30 PM

URGENCIAS: Compromiso con la comunidad, ayuda oportuna y solución inmediata de patologías urgentes del primer nivel de atención.

Un sistema de comunicaciones entre el personal medico y enfermero y entre los hospitales del área del Magdalena Medio; nos permite mejorar la atención de urgencias, logrando con ello la atención oportuna y eficaz al cliente.



Contamos con una ambulancia terrestre y una acuática que nos fortalece la red de urgencias y que facilita el traslado de usuarios que ameriten ser remitidos a un nivel superior de atención:

Horario de atención las 24 horas, de Lunes a Domingo.

PROMOCION Y PREVENCIÓN: Nuestra ESE presta servicios para el desarrollo de actividades , procedimiento e intervenciones de acuerdo a las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de acciones de protección específica, de atención temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, según resolución 0412 del 25 de Febrero del 2000 y la 3384 del 29 de Diciembre del 2000.

CONSULTA ESPECIALIZADA Y CIRUGÍA PROGRAMADA: Servimos con un convenio inter administrativo entre Hospital-Municipio-P.A.C. ( Patrulla Aérea Colombiana ), para realizar brigadas quirúrgicas programadas (Cirugía General y Oftalmológica ).

Consulta especializada de acuerdo al perfil epidemiológico ( Pediatría, Ginecología, Ortopedia, Urología, etc). Los pacientes se captan a través de la consulta externa. Dos jornadas anuales.

LABORATORIO CLINICO: La capacidad instalada en nuestro laboratorio clínico y el equipo de química RA50, nos permite efectuar pruebas en las áreas de:

- Química y hematología
- Uroanálisis
- Programas especiales y de epidemiología
- Virología y hormonas ( se toman en la unidad de salud y con previo convenio existente con laboratorios de nivel superior se remite para su respectivo estudio).
- Parasitología
- Bacteriología
- Inmunología

Horario de atención: De Lunes a Viernes de 7:00 AM -12: M  
De 1:30 PM 5:30 PM

Toma de muestra a la 7:AM

OTROS SERVICIOS: La atención integral al usuario es nuestro compromiso, por lo tanto contamos con los servicios:

- Hospitalización
- Pequeña cirugía

- » Atención de partos
- \* Electrocardiogramas
- \* Citología
- Vacunación
- Rayos X
- Rayos X odontológicos
- Farmacia
- Servicio de enfermería
- \* Terapia respiratoria
- \* Atención extramural
- \* Ecografías
- \* Salud ambiental
- Programas ( control prenatal, crecimiento y desarrollo, planificación familiar, hipertensión, malaria, tuberculosis, leishmaniasis)

**PLANES DE SALUD:**

- \* Plan de Atención Básico ( P. A. B. ): Promover la salud, prevenir la enfermedad mediante acciones individuales, familiares y comunales para mantener la salud, es y será siempre nuestro compromiso.
- Contamos con un equipo comunitario de salud (ECOS) comprometido y dispuesto a prestar acciones de promoción y prevención a nivel urbano y rural para cumplir con las diferentes ARS y EPS en el régimen subsidiado y contributivo.
- Plan Obligatorio de Salud ( POS-S ) para todos los afiliados al régimen subsidiado con patologías de primer nivel de atención.
- \* Plan Obligatorio de Salud ( POS) para los afiliados al régimen contributivo.
- Atención al régimen vinculado.

**TARIFAS:** Todas nuestras tarifas por la prestación de servicios de salud, están sujetas a lo establecido en el manual tarifario del decreto 2423 dei 1996 y demás normas que lo adicionan o complementan.

## 7. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS

El Sistema de Garantía de Calidad de la ESE Héctor Abad Gómez de Yondó se formaliza a través del " Comité de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud " creado por Resolución No. 375 de Octubre 7 de 2003 y conformado por:

- a. Médico con funciones de coordinador (presidente)
- b. Coordinador de control interno (secretario)
- c. Subdirectora Administrativa
- d. Enfermera jefe
- e. Trabajadora social y/o Psicólogo

Por votación interna se elegirá entre los integrantes del comité el líder de calidad que se caracterizara por su entusiasmo e iniciativa en el desarrollo de las políticas de Calidad promoviendo capacitaciones, socializaciones y charlas para divulgar los manuales y toda clase de instrumentos necesarios para implementar la cultura de la calidad.

El resto de los integrantes del comité apoyaran al líder en sus labores e integración con los clientes.

Se reunirán mensualmente en el auditorio de la ESE Héctor Abad Gómez, se nombrara un secretario de cada reunión encargado de elaborar el acta donde se consignan los temas tratados y las tareas a realizar en el periodo con miras a solucionar los eventos adversos que se hayan presentado y monitorear el Sistema de Garantía de Calidad.

Funciones:

- Capacitar a todos los miembros en los procesos y métodos que comprende la Auditoria y el Sistema de Calidad.
- Definir y consignar en forma escrita las normas a seguir, procesos, métodos, alcances y responsables al interior del comité.
- Adoptar en forma concertada los criterios y parámetros a evaluar teniendo como referencia las políticas de calidad y normas vigentes para la prestación de servicios.
- Aplicar métodos de auditoria por medio de la observación a procedimientos, indagación a funcionarios, recolección, tabulación, análisis de información, indicadores de producción y de prestación de servicios.
- Clasificar y priorizar las carencias o necesidades detectadas en la atención medica y paramédica al interior de la institución, con el fin de estudiar y decidir las acciones tendientes a corregir y mejorar las situaciones encontradas.
- Consignar toda la información generada desde la recolección, análisis y evaluación de los procesos auditados en actas debidamente firmadas, numeradas, y fechadas.

- Destinar un archivo específico para guardar los registros y actos que permitan soportar las decisiones y tener acceso permanente en caso de revisión inmediata.
- « Presentar informes y recomendaciones a la gerencia y demás áreas sobre aspectos positivos que se encuentren y los que haya que mejorar.

## 8. PLANEACION DE LA CALIDAD

POLÍTICAS DE CALIDAD: Nuestro compromiso es la agilidad y seguridad en la atención de urgencias. Es política de la ESE Héctor Abad Gómez proporcionar servicios de calidad idóneos y oportunos. La empresa esta dispuesta a la búsqueda de niveles mas altos de calidad para superar las expectativas de los clientes y posicionamos en la región como la mejor IPS de primer nivel.

### OBJETIVOS DE CALIDAD:

- Brindar atención oportuna
  - » Garantizar la idoneidad del cliente interno a través de capacitación continua.
- Verificar el cumplimiento de los procesos y modificaciones en caso de ser engorrosos y anticuados.
- Evaluar periódicamente el Sistema de Garantía de Calidad e introducir correctivos en caso de presentarse desarrollos indeseados.
- Lograr la satisfacción de los usuarios de urgencias.
- Actualización en avances científicos y tecnológicos.

### DESDOBLAMIENTO DE LA CALIDAD:

#### PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS

<b>NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL CLIENTE</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DEL PROCEDIMIENTO O SERVICIO</b>	<b>ESPECIFICACIONES O SERVICIO DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>MONITOREO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO</b>
Buena atención en el servicio de urgencias	-Accesibilidad	-Ingreso con tiempos sin -Señalización adecuada	-Según formato de demanda no atendida -Verificación de acuerdo a normatividad vigente



		<p>acertado</p> <p>-Tratamiento adecuado</p>	<p>Clínica según signos, síntomas y examen físico.</p> <p>-No. De formulas diferentes de pacientes que consultan por igual sintomatología.</p>
<p>Accesibilidad a los medicamentos</p>	<p>- Disponibilidad</p>	<p>-Suministro de medicamentos requeridos</p>	<p>- Máximos y mínimos según listado básico de medicamentos</p>

MONITOREO:

Realizando el monitoreo se logrará identificar los diferentes problemas en la prestación de los servicios y de acuerdo a ellas se plantearan las soluciones. Para ello se realizará monitoreo de procesos, guías de manejo, indicadores de gestión y encuestas de satisfacción de los usuarios.

## 9. ATENCIÓN AL USUARIO

La oficina de atención al usuario es manejada por una Trabajadora Social con una oficina independiente para realizar su labor.

Se cuenta con 5 buzones ubicados en Servicio de Urgencias, Laboratorio , Consulta externa, Farmacia y Portería, con los respectivos formatos para presentar las quejas o sugerencias, (se anexa formato).

### FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE ESTA UNIDAD

1. Velar por el funciones del sistema de quejas y reclamos, dando un tramite oportuno y generando propuestas de mejoramiento.
2. Ser responsable de la medición de la satisfacción de los usuarios de tal manera que se diagnostiquen las necesidades y expectativas de los usuarios y su percepción de la calidad del servicio y generar programas de mejoramiento.
3. Hacer una promoción efectiva de la red de servicios, derechos, deberes y promover el uso racional y adecuado de los servicios.
4. Asegurar el funcionamiento efectivo de la asociación de usuarios como mecanismo de participación social.
5. Tramitar el diligenciamiento de las interconsultas a niveles superiores.
6. Brindar orientación e información a los pacientes.
7. Desarrollar programas tendientes a mejorar y mantener la cultura organizacional.
8. Participaren capacitaciones y educación continua de la comunidad en general.
9. Vigilar y participar en el proceso de facturación de los servicios prestados por el hospital.
10. Esta encargada de realizar estudio socioeconómico y autoriza créditos cuando el usuario no cuenta con recursos suficientes
11. Utilizar diferentes mecanismos para recaudarla cartera de la institución
12. Las demás funciones que le se han asignadas por el jefe inmediato y que sean inherentes a la naturaleza del cargo.



Los procesos y procedimientos de ésta unidad de atención se encuentran estandarizados. (Se encuentran en el manual de procesos y procedimiento de la institución) ellos son: Manejo de quejas y reclamos personal, Manejo de quejas y reclamos buzón de sugerencias y canalizar cartera, (se anexa flujograma).

Estas quejas se clasificaran de la siguiente manera:

1.QUEJA PERSONAL O PRESENCIAL: Se procede a la recepción y a la clasificación de la queja para ello se diligencia el formato atención a quejas y reclamos donde se anota fecha, hora, número de historia, nombre del quejoso, nombre del afectado, dirección y teléfono, área objeto de la queja, descripción de la queja, propuesta del quejoso o afectado. Tramite a seguir, firma del quejoso o afectado y firma del jefe de la oficina de atención al usuario,

2. QUEJA DE BUZON: Semanalmente se recogen todos los buzones de sugerencias, se leen detalladamente y se clasifican por áreas de servicios para dar respuesta.

3.CANALIZAR CARTERA: Cuando el usuario manifiesta no tener dinero suficiente para cancelar el pago o copago de la cuenta, la cajera diligencia el formato “ CUENTA A PAGAR” y lo remite a la oficina de atención al usuario. Con ella pactara las cuotas a pagar y el tiempo de acuerdo a una ficha institucional de deudores.

En los casos que los usuarios envíen felicitaciones estas son colocadas en cartelera para conocimiento de todos los funcionarios.

9.1 FORMATO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
**HECTOR ABAD GOMEZ**  
YONDO - ANTIOQUIA

SUS SUGERENCIAS SON MUYU IMPORTANTES Y VALIOSAS PARA  
NOSOTROS, ESPERAMOS MUCHA SINCERIDAD EN SUS COMENTARIOS

FECHA		
DIA	MES	AÑO

Su nombre es?

Su dirección es?

La atención que recibió del Hospital fue? (Marque con una X su respuesta)

**EXCELENTE BUENA MALA**

Que fue lo que mas le gusto de nuestros servicios o de nuestra atención? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Que aspectos podemos mejorar en nuestro hospital para prestarle un mejor servicio?

---

---

Que fue lo que menos le gusto de nuestros servicios o de nuestra atención? \_\_\_\_\_

---

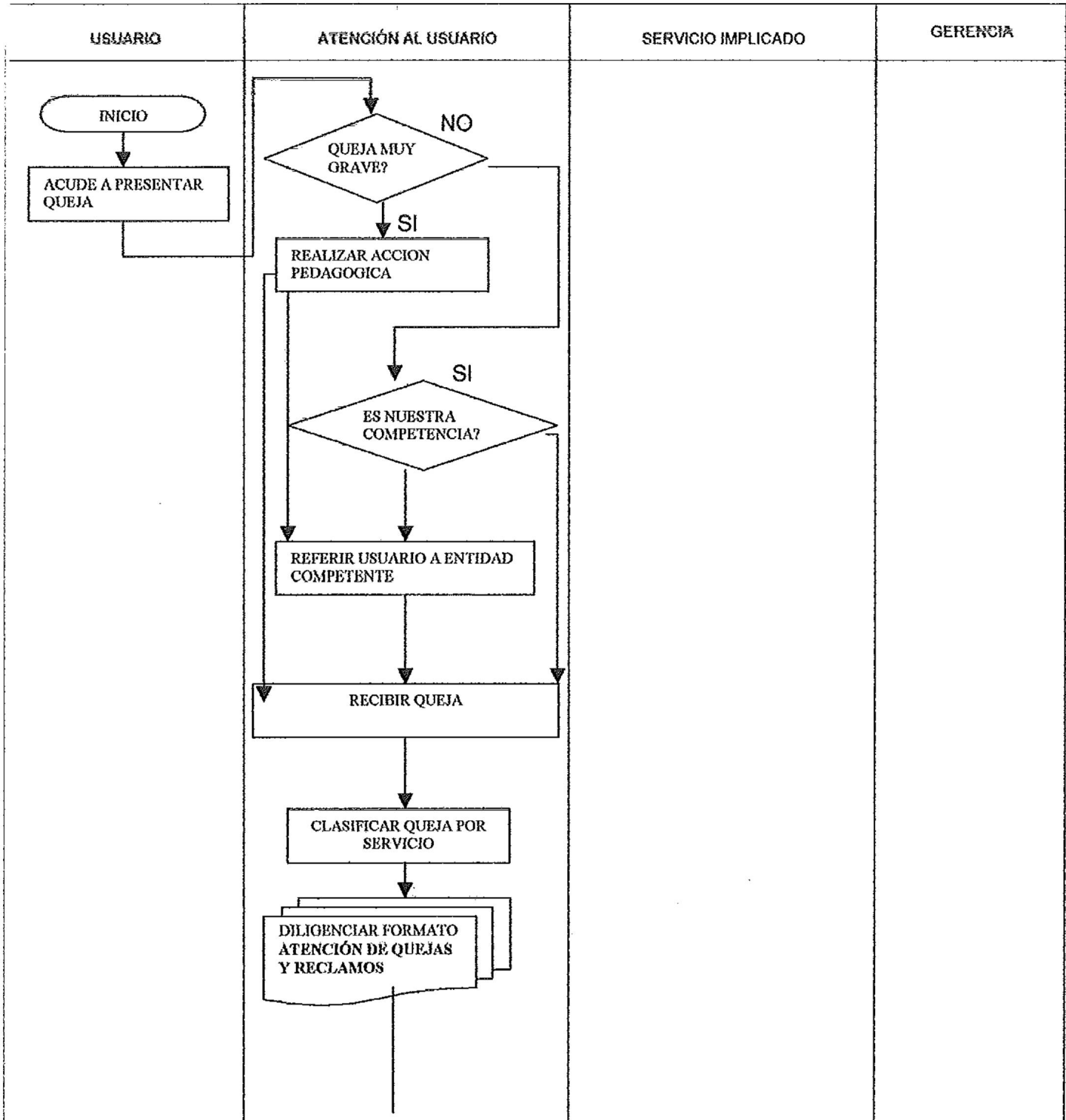
---

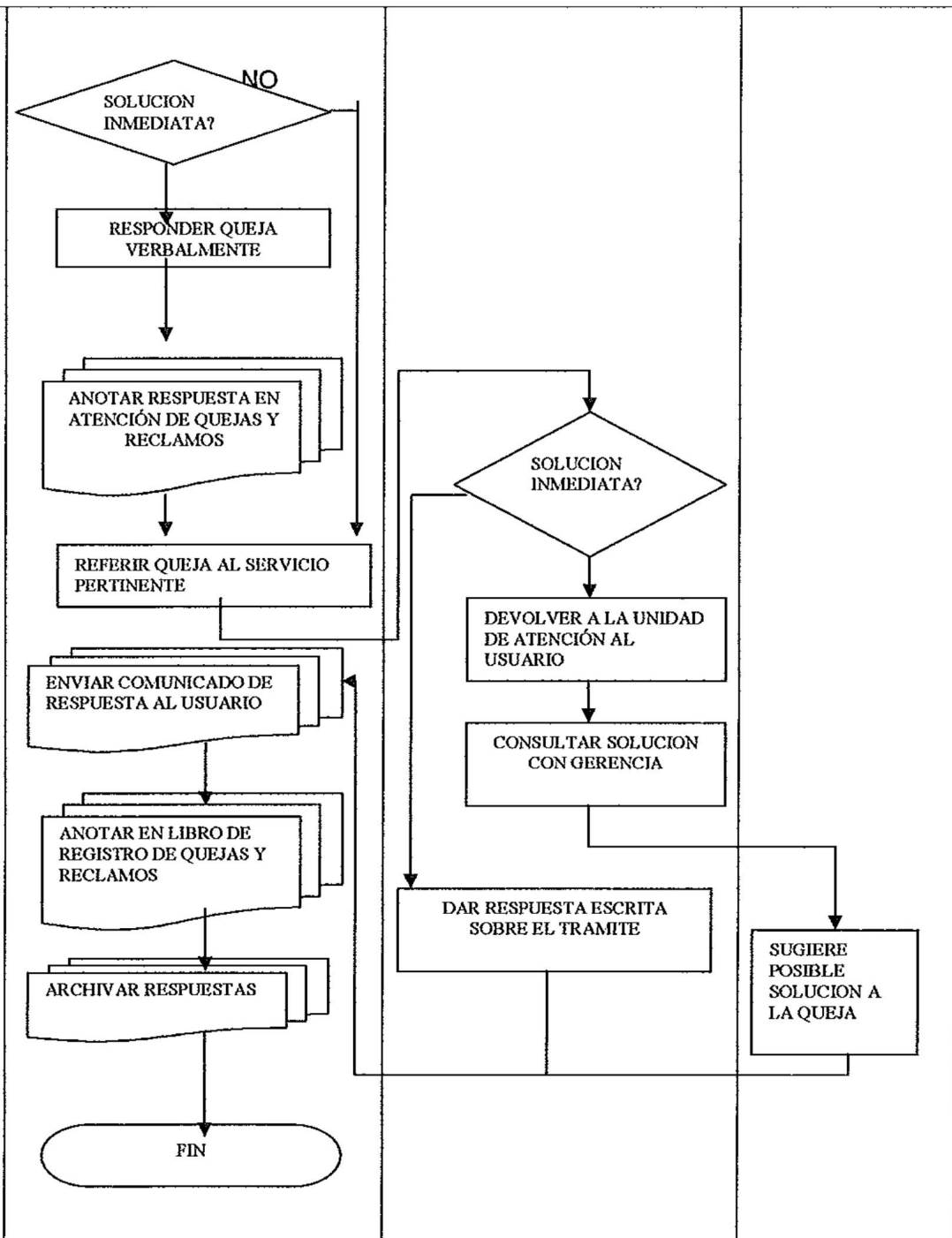
Si usted lo desea, también puede hacer sus observaciones, quejas o comentarios personalmente en la Oficina de Atención al Cliente.

**LIDERAMOS SALUD PARA EL MAGDALENA MEDIO**

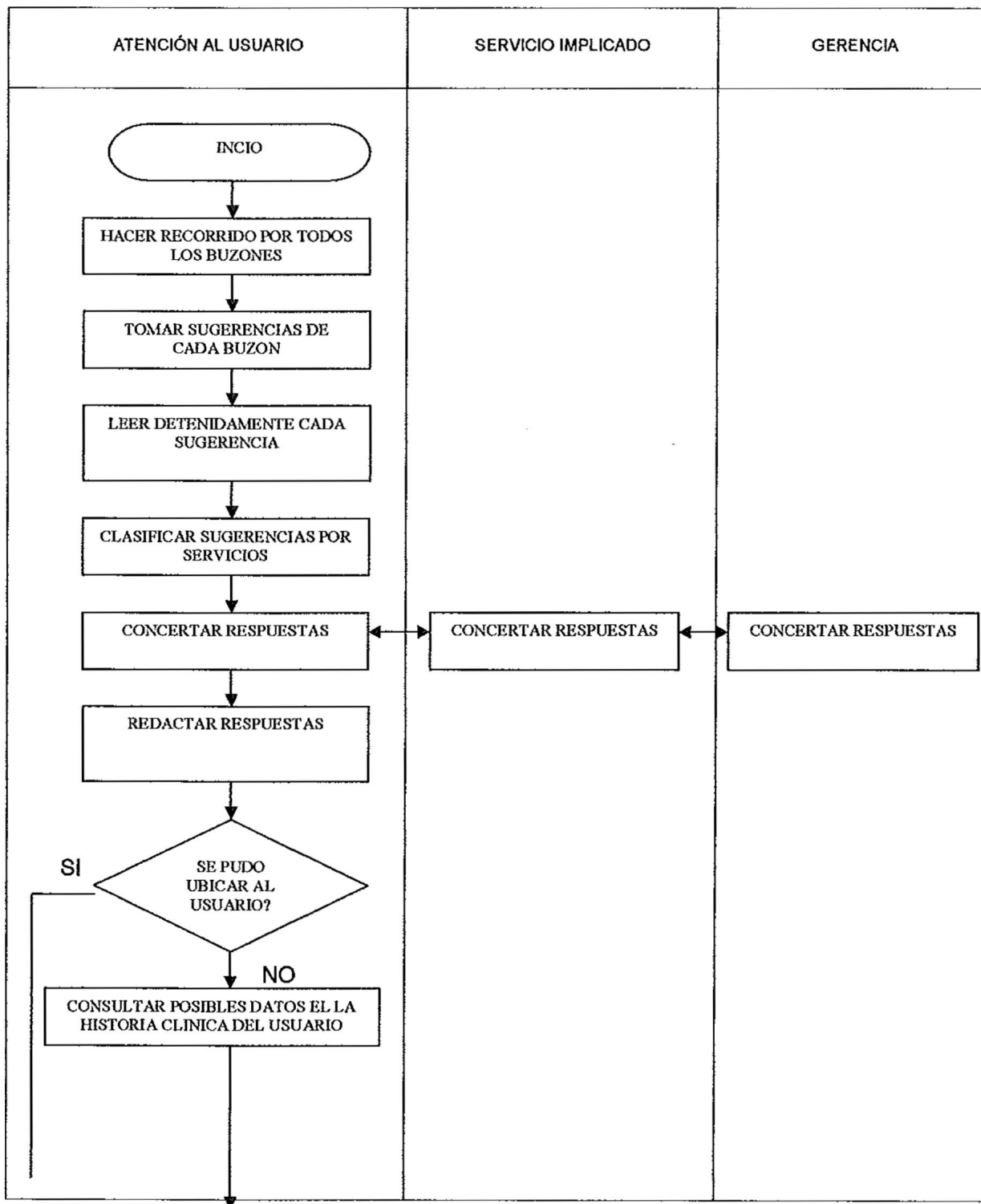
UNMS - BELLAGUANA MEDIO

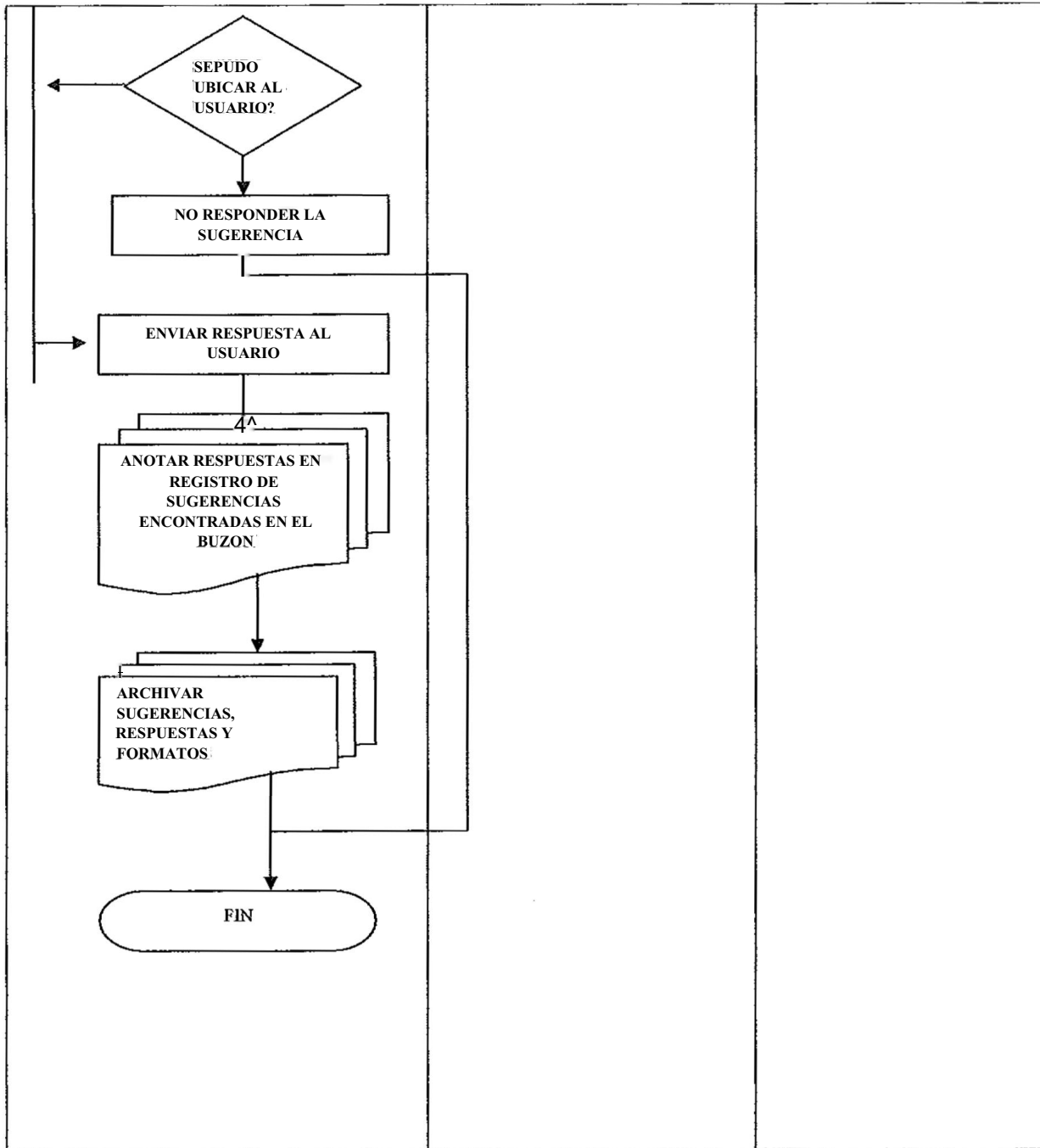
9.2 MANEJO DE QUEJAS Y RECLAMOS ( PERSONALMENTE)



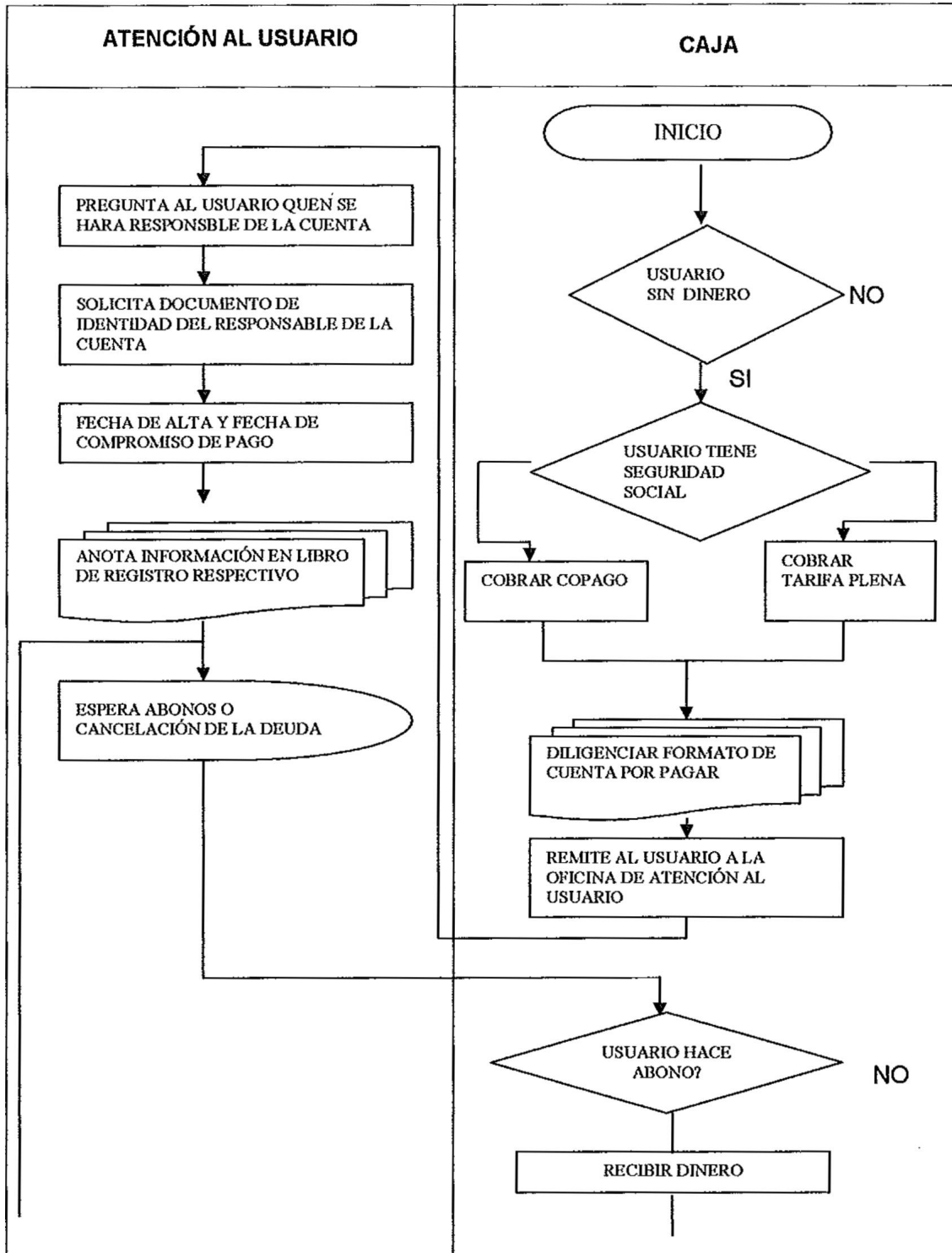


9.3 FLUJOGRAMA MANEJO DE QUEJAS Y RECLAMOS ( BUZON DE SUGERENCIAS )

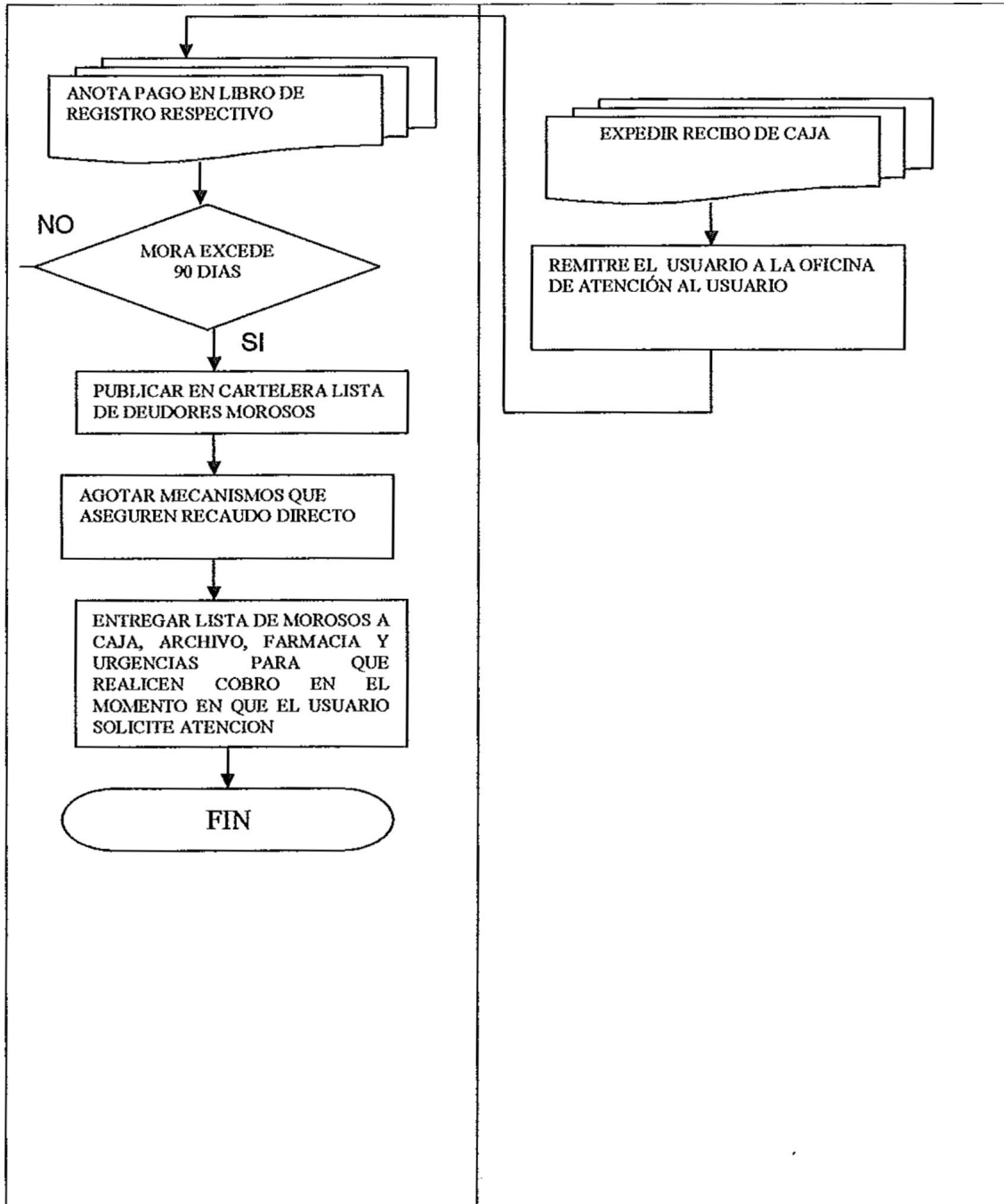




9.4 FLUJOGRAMA PARA CANALIZAR CARTERA







## 10. SOPORTE DOCUMENTAL

Unificando criterios para el manejo del paciente, a través de guías de manejo se realizara una atención ágil y adecuada conllevando al mejoramiento continuo a través de la verificación del cumplimiento de las guías adoptadas. Incluye plan de emergencias.

### 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD:

1. Infección respiratoria aguda
2. Diarrea y gastroenteritis
3. Infección de vías urinarias
4. Parasitosis Intestinales
5. Amigdalitis Aguda
6. Fiebre de origen desconocido
7. Bronquitis
8. Lumbago no especificado
9. Dermatitis Alérgica
10. Cefalea

### MANUALES DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA:

1. Administración de medicamentos:
  - Oral
  - Aerosoles
    - Nasal
    - Oftalmológica
    - Otica
    - Parenteral intradérmica, subcutánea, IM, venosa
    - Irrigación en ojos
2. Intubación gástrica:
  - Lavado gástrico
  - Alimentación por sonda
3. Venopuncion
4. Enemas
5. Prevención de infecciones urinarias nosocomiales
6. cateterismo vesical
7. Manual para el manejo de carro de paro
8. manejo de bombas de infusión
9. manejo de glucómetro.
10. Atención de parto y del recién nacido
11. Esterilización

## GUIAS DE MANEJO MEDICO:

### GINECO-OBSTETRICIA

1. Embarazo ectopico
2. Ruptura prematura de membranas
3. Hemorragia vaginal
4. Preeclampsia
5. Eclampsia
6. Síndrome de compresión de la vena cava
7. Prolapso de cordón umbilical
8. Inhibición de contracciones uterinas
9. Mastitis puerperal
10. Amenaza de parto prematuro
11. Aborto

### PEDIATRIA

1. Enfermedad de Membrana Hialina
2. Insuficiencia Respiratoria
3. Recién Nacido Meconiado
4. Enterocolitis Necrolizante
5. Status Asmático
6. Bronquiolitis
7. Crup
8. Deshidratación
9. Convulsiones
10. Bronco aspiración

### MEDICINA INTERNA

1. Crisis Hipertensiva
2. Diabetes Mellitus ( Coma Hiperorsmolar-Cetoacidosis Diabética)
3. Síndrome Convulsivo
4. Meningitis
5. Angina de Pecho
6. Infarto Agudo del Miocardio
7. Insuficiencia Cardiaca Congestiva
8. Arritmia Cardiaca
9. Edema Pulmonar
10. Trombo embolismo Pulmonar
11. Pancreatitis Aguda
12. Accidente Cerebro vascular
13. Accidente ofídico



## OTORRINOLARINGOLOGÍA

1. Otitis
2. Epistaxis

## OFTALMOLOGÍA

1. Glaucoma
2. Conjuntivitis
3. Orzuelos

## REANIMACION CARDIOPULMONAR

1. Paro respiratorio
2. Paro circulatorio
3. Masaje cardiaco

## TRATAMIENTO DE MEDICAMENTOS

1. Oxígeno
2. Lidocaina
3. Adrenalina
4. Atropina
5. Bicarbonato

## CUERPOS EXTRAÑOS

1. Deglución de cuerpos extraños
2. ojos
3. oídos
4. garganta

## GRUPOS DE APOYO AL SISTEMA DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD:

1. Comité de Historia clínica
2. Comité de Infecciones
3. Comité de vigilancia epidemiológica
4. Comité AD-HOC: Es temporal y se integrara por profesionales de diferentes disciplinas sin que participen los profesionales tratantes del caso. La profesión de los integrantes es concordante con el caso a evaluar. El numero es impar no menor a 3 ni mayor de 7. Es convocado siempre que se requiera emitir un

concepto técnico-científico, relacionado con la calidad de la atención prestada a un usuario o para dar solución a una queja o solicitud presentada por el usuario ante una autoridad competente. Funciones:

- Emitir concepto técnico-científico sobre los procesos de atención en salud sometidos a su consideración para que sirvan de fundamento a la decisión de otras autoridades y permita la introducción de correctivos y/o la solicitud de iniciación de la investigación administrativa de carácter disciplinario.
- Asesorar y estudiar los casos que sean sometidos a su consideración por solicitud expresa de la Gerencia.
- Exaltar las buenas practicas asistenciales que garanticen la calidad del servicio.
- Los conceptos medico-científicos y técnicos de los comités AD-HOC, se asimilan a un dictamen parcial y serán obligatorias para el organismo o funcionario a quien se le rinda, sin perjuicio del derecho de contradicción que en relación con el mismo puede ejercerse.
- En todos los casos los conceptos de los comités AD-HOC deberán rendirse por escrito e identificar con precisión las acciones u omisiones que se presentaron en las etapas objeto de la evaluación de la calidad.

A los miembros de los comités AD-HOC se les aplicara el régimen de impedimentos y recusaciones previstos en el código de procedimiento civil.

## 11.PAMEC

### Objetivos:

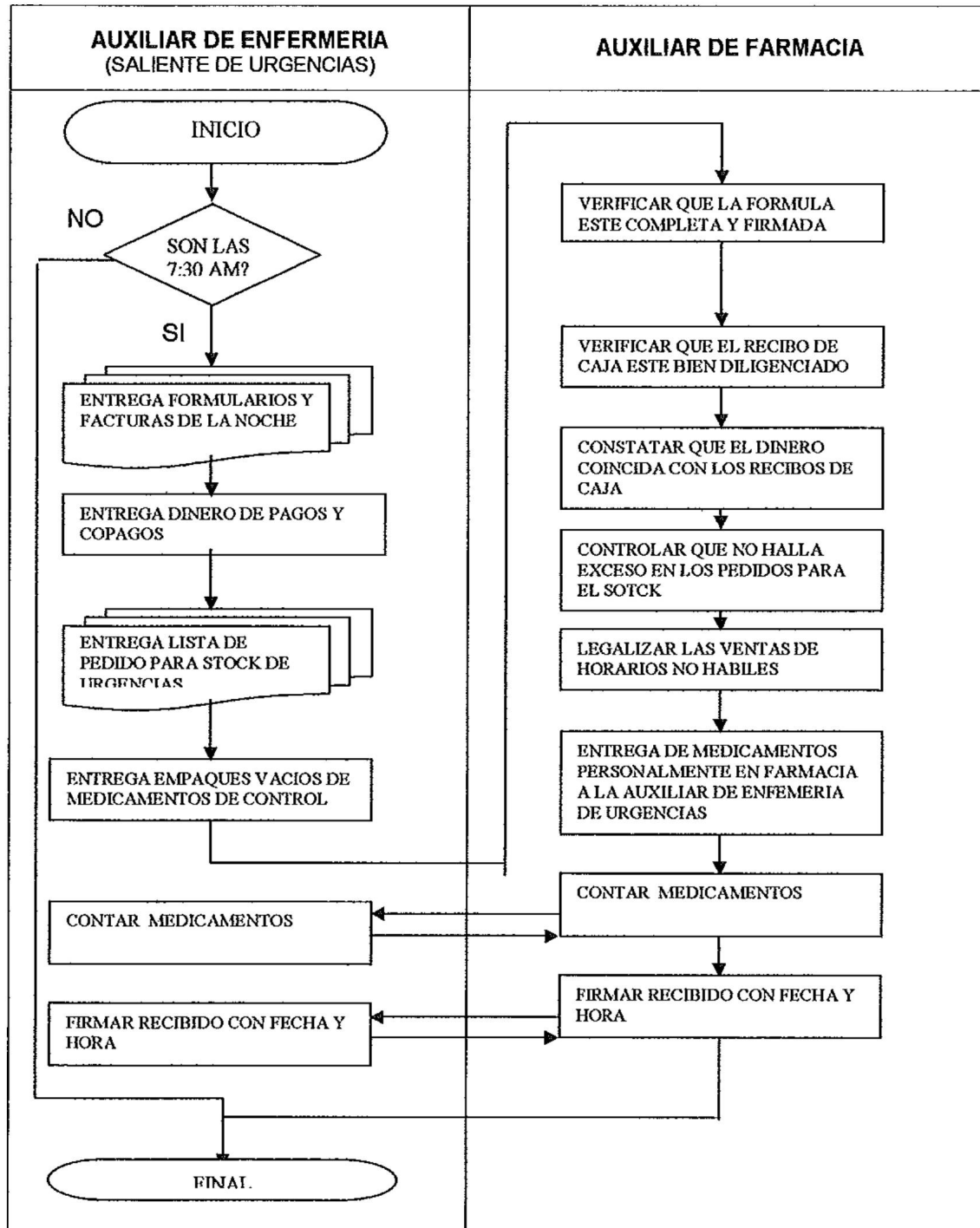
Contribuir a mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud prestados por el Hospital, mediante análisis y seguimiento.

Elaborar estándares que permitan establecer niveles deseables de calidad en los procesos, aplicables a los servicios hospitalarios.

Garantizar la calidad de diagnóstico y conceptos clínicos .analizando con los responsables de la atención su congruencia, pertinencia e integralidad.

Examinar y motivar a quienes indican recursos diagnósticos y terapéuticos el uso justificado y racional de los mismos.

11.1 PROCESOS CRITICOS DE URGENCIAS  
 FLUJOGRAMA ATENCIÓN AL USUARIO INTERNO URGENCIAS





## IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS DE URGENCIAS

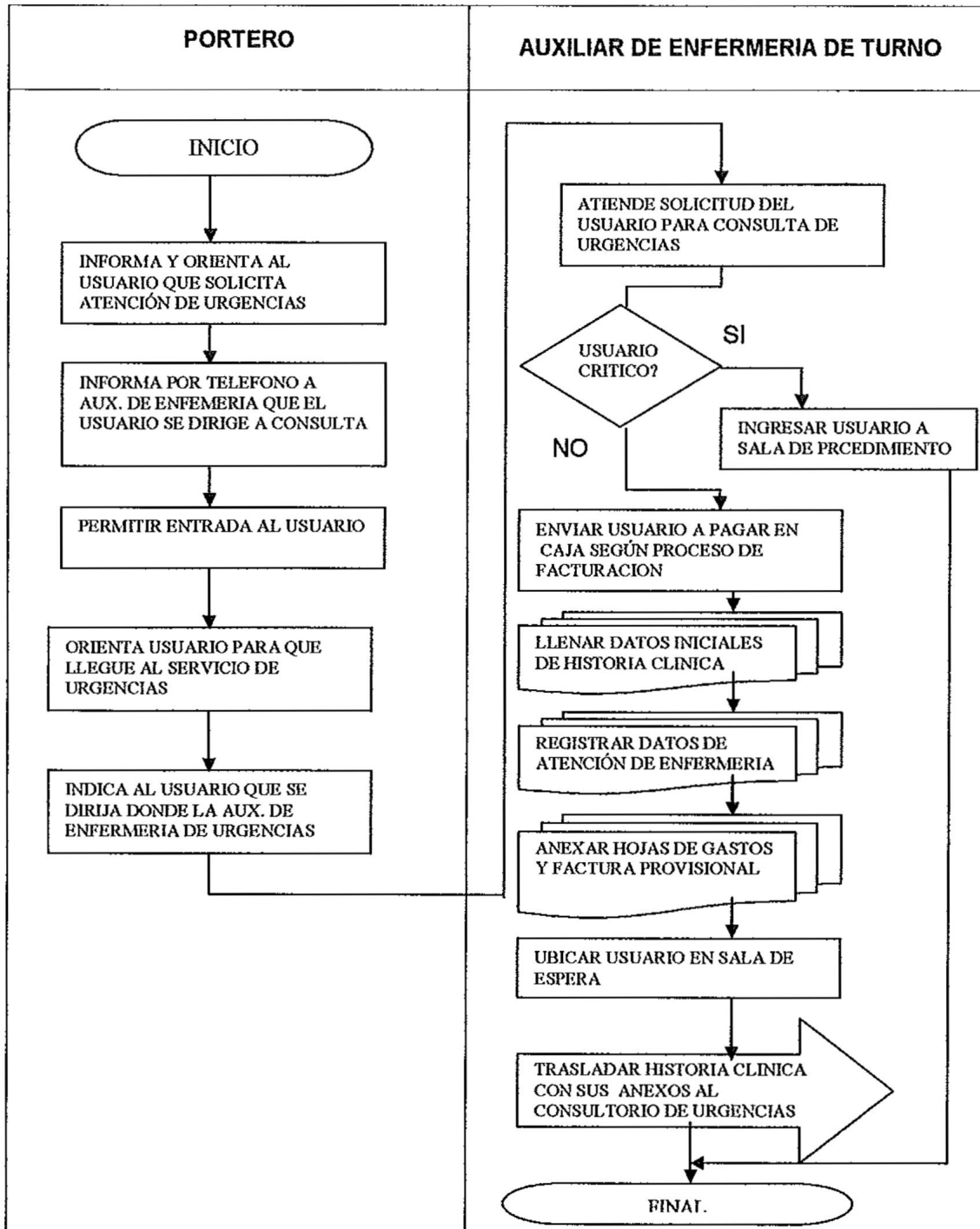
DEPENDENCIA:	Área de Atención al usuario
UNIDAD FUNCIONAL:	urgencias
NOMBRE DEL PROCESO:	Ingreso de usuario que solicita consulta medica de urgencias
CODIGO DEL PROCESO:	201-01
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Auxiliar de enfermería de turno y portero
PROPÓSITO DEL PROCESO:	Informar, orientar e ingresar al usuario a la unidad de urgencias para la atención de consulta medica general de urgencias

PRODUCTO:	Ubicación de historia clínica de ACTIVIDA Urgencias en consultorio medico de urgencias.
USUARIO (BENEFICIARIO):	Usuario que solicita consulta.

### ACTIVIDADES DEL PROCESO

1. Ingreso del usuario a la institución
2. Orientar al usuario
3. Admisión del usuario
4. Ubicación del usuario y traslado de la historia clínica al consultorio de urgencias.

FLUJOGRAMA INGRESO DE USUARIO QUE SOLICITA ATENCIÓN MEDICA DE URGENCIAS



## IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS DE URGENCIAS

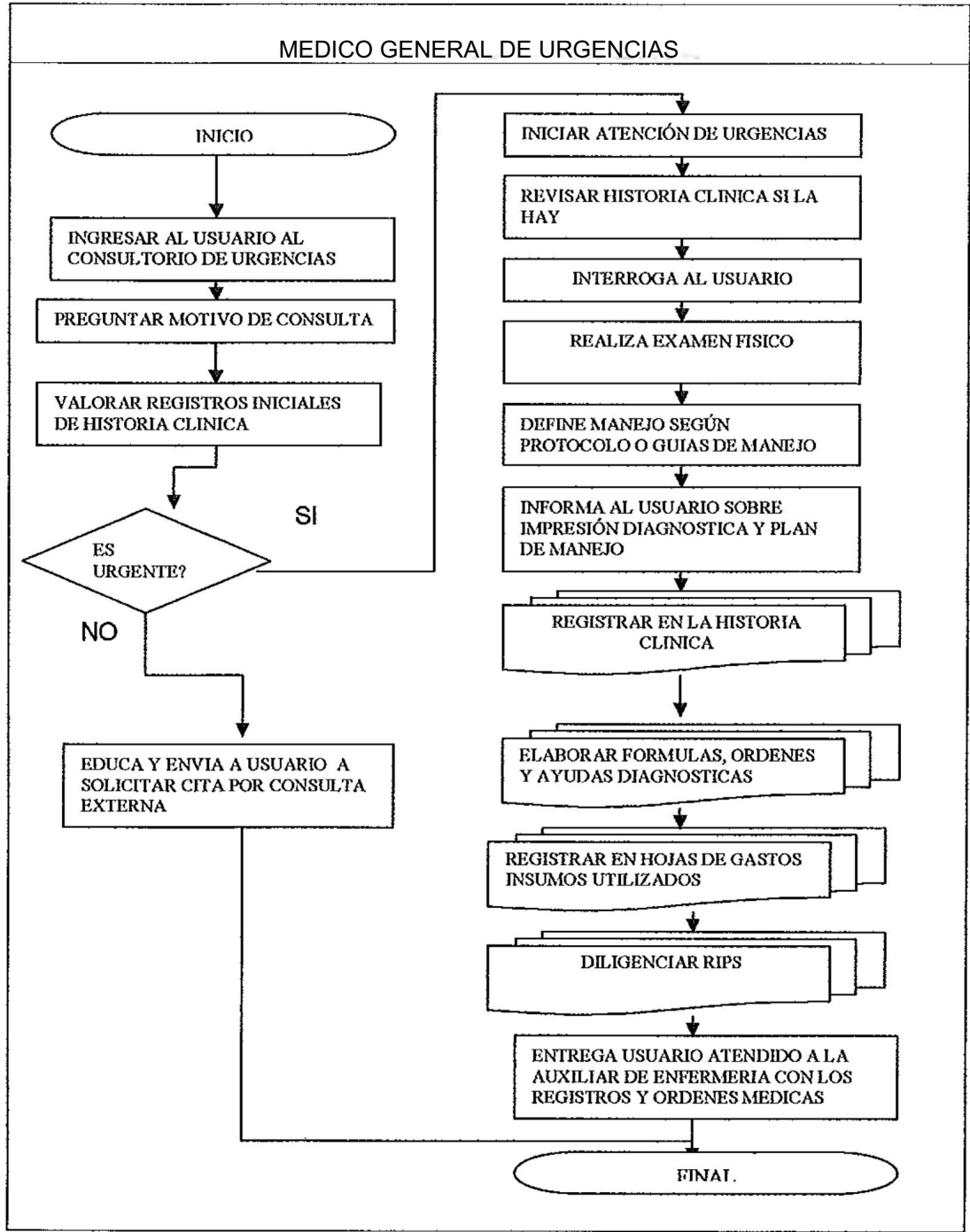
DEPENDENCIA:	Área de Atención al usuario
UNIDAD FUNCIONAL:	urgencias
NOMBRE DEL PROCESO:	Apoyo Administrativo para la Atención de Consulta medica general de urgencias
CODIGO DEL PROCESO:	201-02
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Médico general de urgencias
PROPÓSITO DEL PROCESO:	Brindar atención al usuario ingresado para consulta medica general de urgencias

PRODUCTO:	Usuario atendido por medico general de urgencias.
USUARIO (BENEFICIARIO):	Usuario que solicita consulta por médico General de urgencias.

### ACTIVIDADES DEL PROCESO

1. Llamado al usuario
2. Clasificación del usuario
3. Atención de urgencias
4. Información al usuario
5. Diligenciamiento de registros y ordenes medicas
6. Entrega de usuario atendido.

FLUJOGRAMA APOYO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCION MÉDICA DE URGENCIAS



## IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS DE URGENCIAS

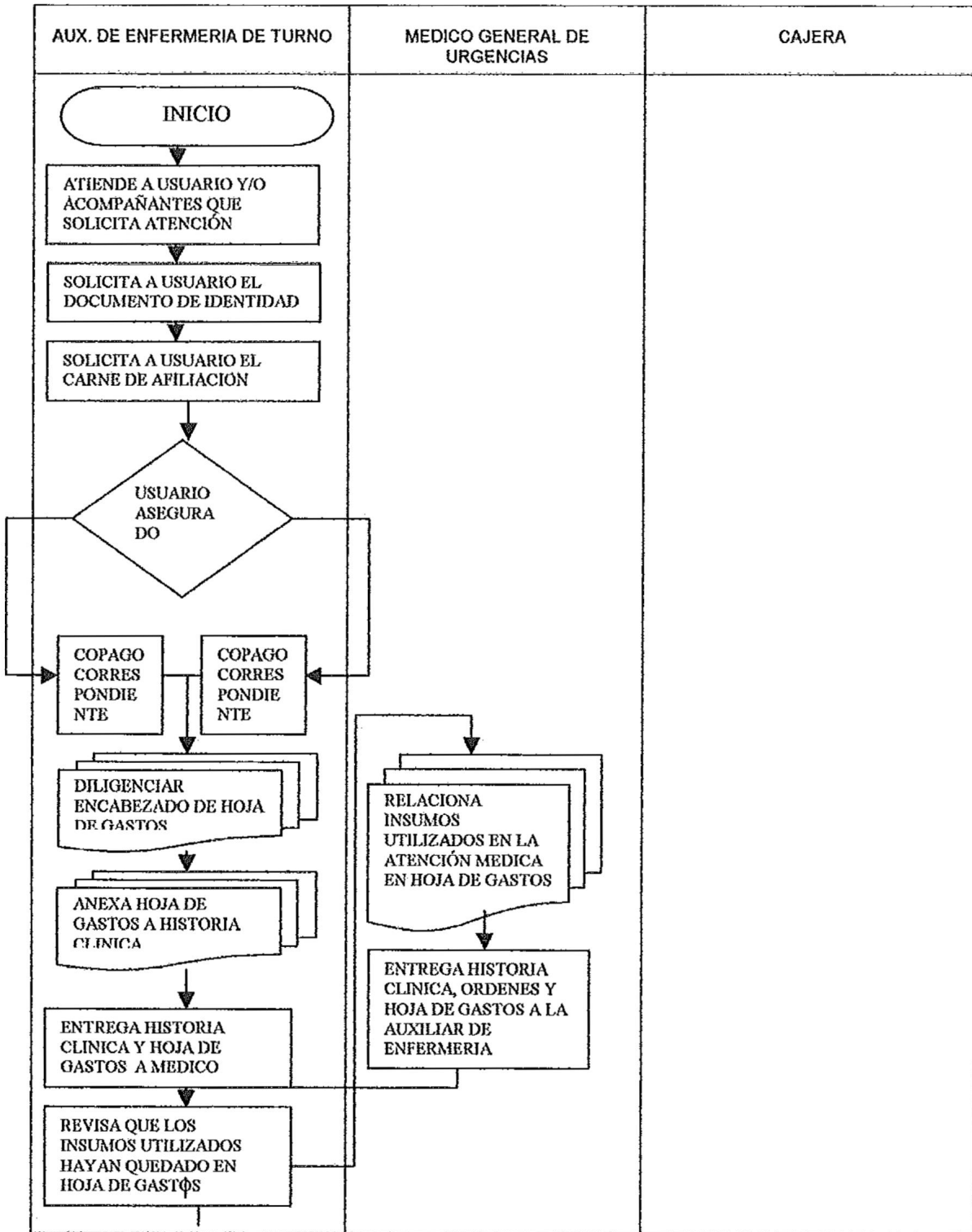
DEPENDENCIA:	Área de Atención al usuario
UNIDAD FUNCIONAL:	urgencias
NOMBRE DEL PROCESO:	Facturación de atenciones urgentes en la noche
CODIGO DEL PROCESO:	201-03
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Auxiliar de enfermería de turno
PROPÓSITO DEL PROCESO:	Registrar las actividades e insumos de la atención de urgencias, realizada en horas donde no se presta servicio de caja.

PRODUCTO:	Factura.
USUARIO (BENEFICIARIO):	Unidad de urgencias y facturación-caja.

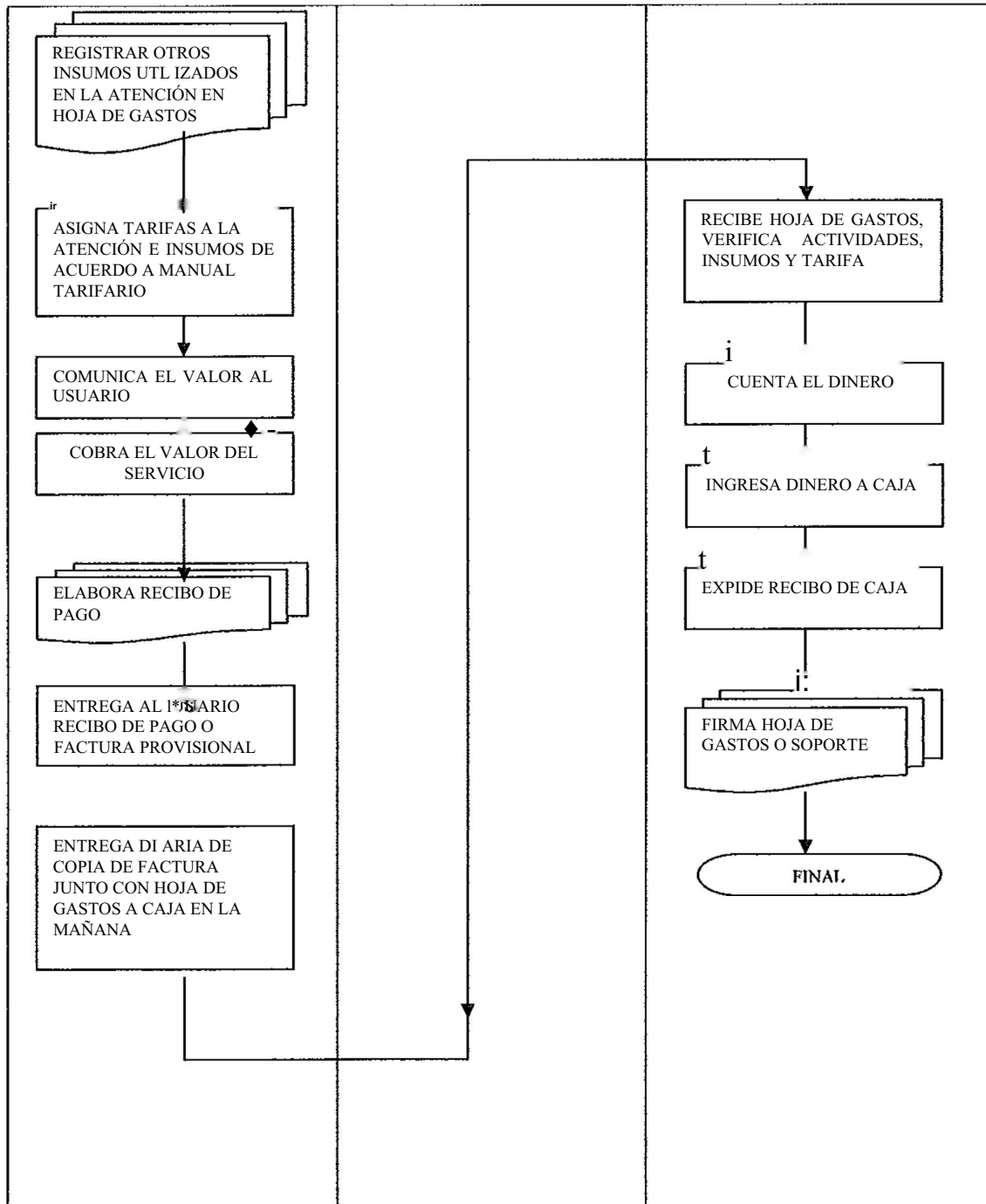
### ACTIVIDADES DEL PROCESO

1. Recepción del usuario
2. Solicitud de documentos
3. Cobro de consulta
4. Diligenciamiento de hoja de gastos
5. Entrega de historia clínica de urgencias y hoja de gastos.
6. Diligenciamiento de hoja de gastos
7. Verificación de hojas de gastos
8. Liquidación y cobro del servicio
9. Entrega de registros y dinero
10. Recibe hoja de gastos y dinero

FLUJOGRAMA FACTURACION DE ATENCIONES URGENTES EN LA NOCHE



*[Faint, illegible text or stamp]*



## IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS DE URGENCIAS

DEPENDENCIA:	Área de Atención al usuario
UNIDAD FUNCIONAL:	urgencias
NOMBRE DEL PROCESO:	Diligenciamiento de registros utilizados en la atención de urgencias
CODIGO DEL PROCESO:	201-04
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Medico general y Auxiliar de enfermería
PROPÓSITO DEL PROCESO:	Disponer de la información sobre los usuarios y la atención medica prestada en urgencias

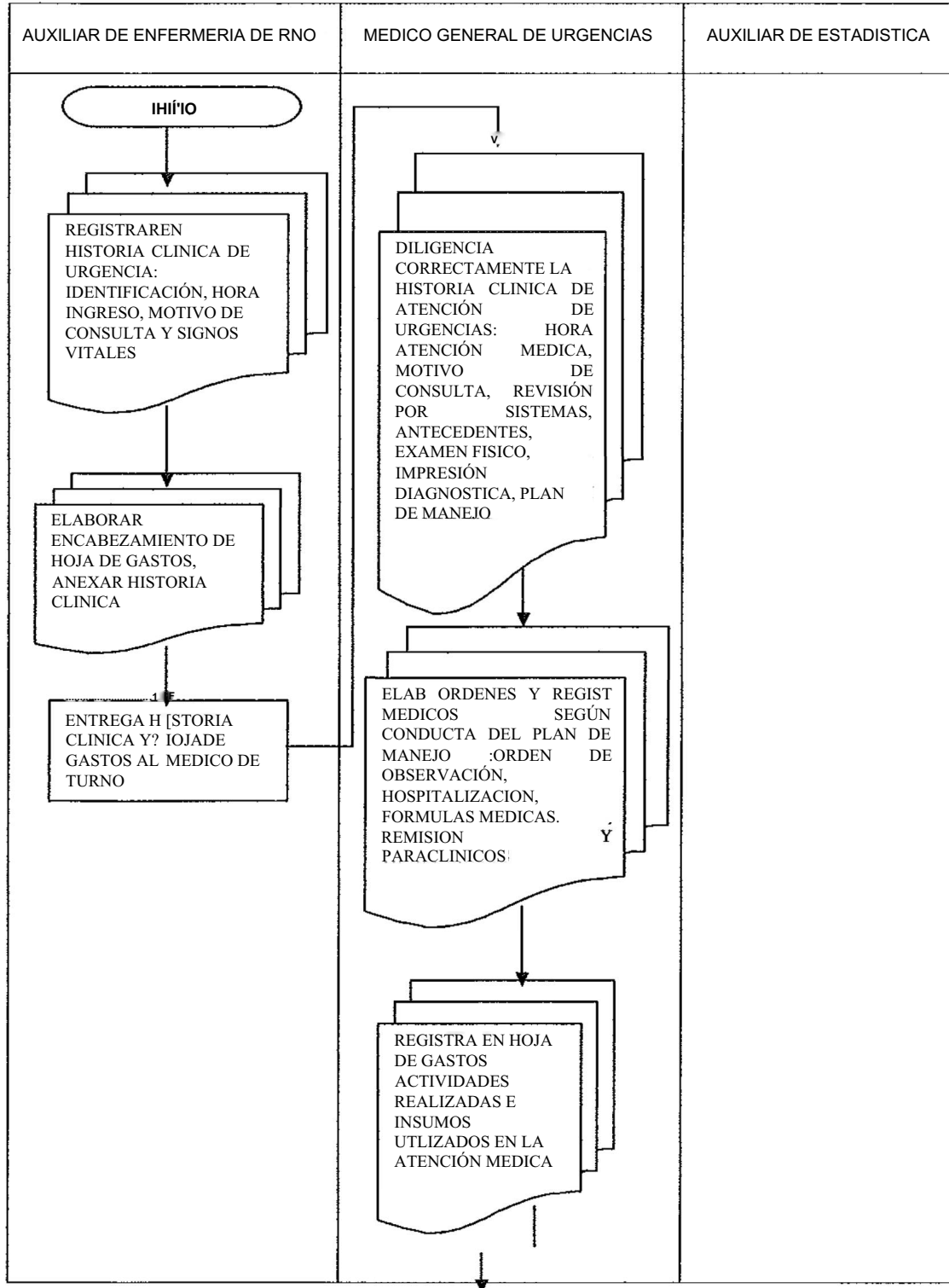
PRODUCTO:	Registros utilizados en la atención de urgencias, completamente diligenciados ( Historia de atención de urgencias, evolución de enfermería, hoja de gastos, factura provisional, liquidación de servicios, epicrisis).
USUARIO (BENEFICIARIO):	Unidad de urgencias, caja, estadística , EPS, ARS, Municipio y cliente externo.

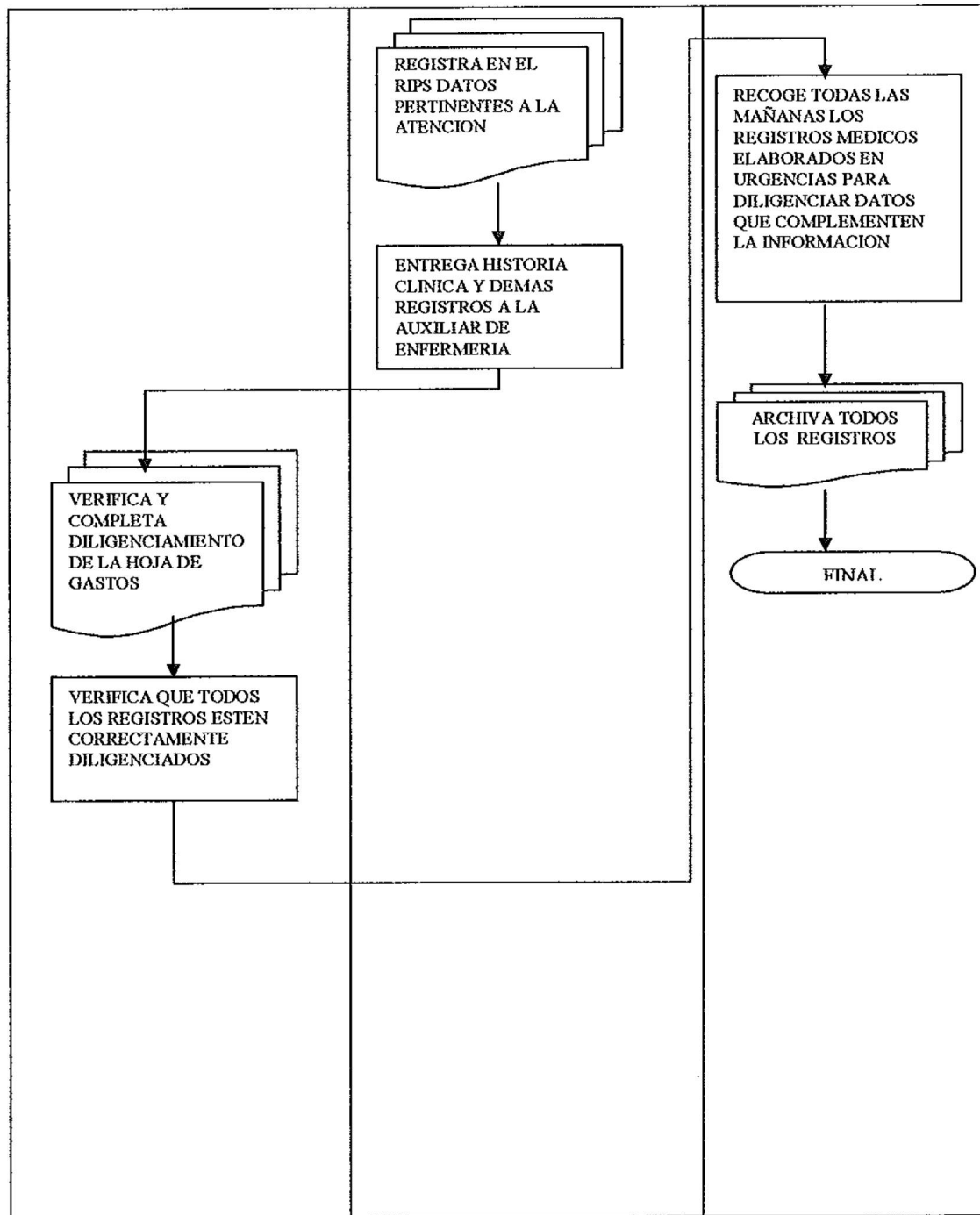
### ACTIVIDADES DEL PROCESO

1. Diligenciamiento inicial de historia clínica de atención de urgencias y hoja de gastos
2. Elaboración de historia clínica de atención de urgencias
3. Elaboración de ordenes y registro médicos
4. Registro en hoja de gastos (liquidación de servicios por urgencias)
5. Diligenciamiento del RIPS
6. Verificación de registros
7. Archivo y conservación de registros médicos.



## FLUJOGRAMA DILIGENCIAMIENTO DE REGISTROS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS





## IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS DE URGENCIAS

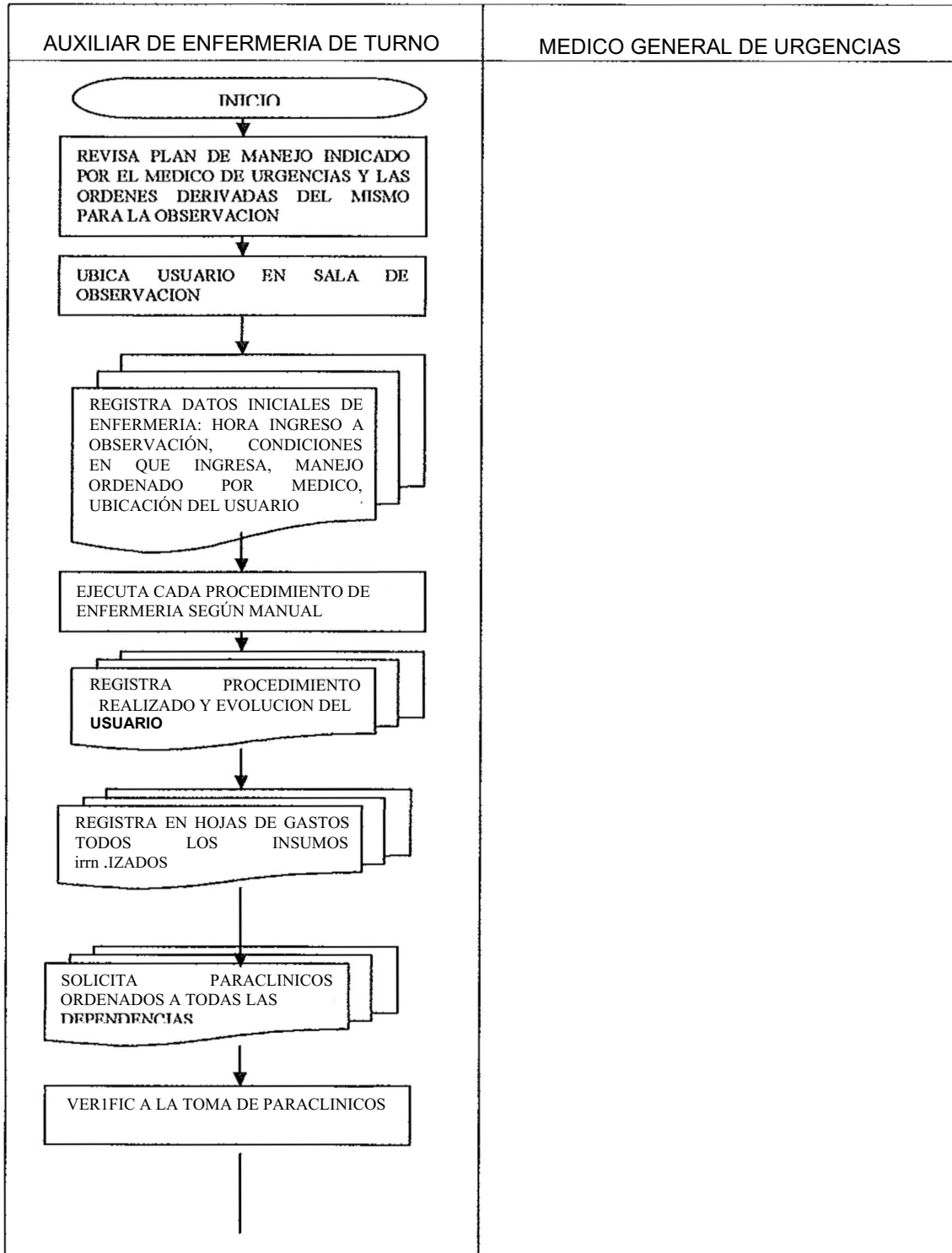
DEPENDENCIA:	Área de Atención al usuario
UNIDAD FUNCIONAL:	urgencias
NOMBRE DEL PROCESO:	Apoyo administrativo para egreso por observación
CODIGO DEL PROCESO:	201-05
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Auxiliar de enfermería, Medico general de urgencias
PROPÓSITO DEL PROCESO:	Observar la evolución del estado de salud del usuario y satisfacer sus necesidades de atención inmediata.

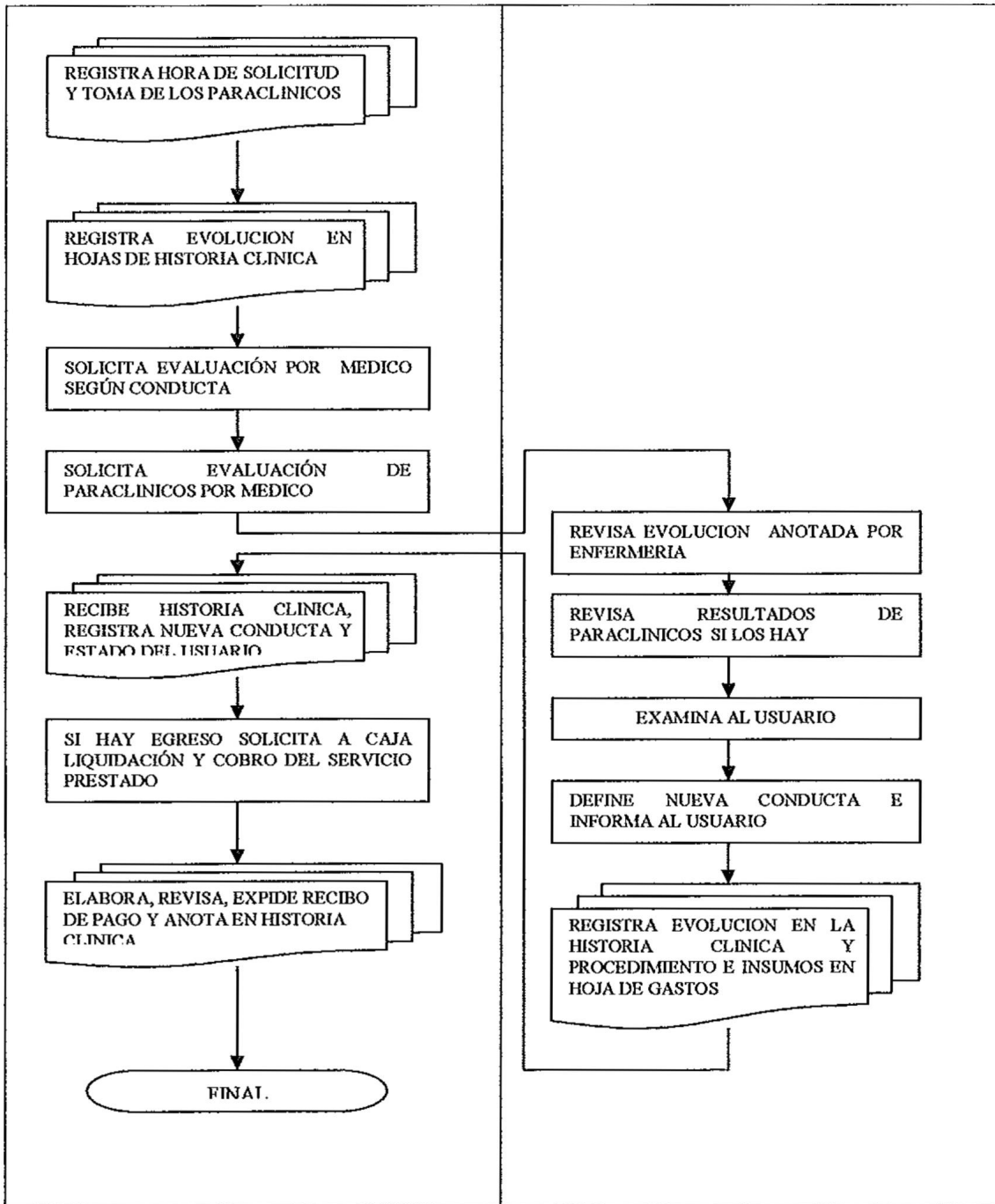
PRODUCTO:	Usuario observado en urgencias con un nuevo plan de manejo diferido.
USUARIO (BENEFICIARIO):	Usuario observado.

### ACTIVIDADES DEL PROCESO

1. Revisión de ordenes medicas
2. Diligenciamiento de notas de enfermería
3. Realizar procedimientos de enfermería
4. Registros en historia clínica y hojas de gastos
5. Realización de ayudas diagnosticas
6. Registro en historia clínica
7. Solicitud de evolución
8. Evolución medica
9. Diligenciamiento de notas de enfermería
10. Liquidación del servicio

FLUJOGRAMA APOYO ADMINISTRATIVO PARA EGRESO POR OBSERVACIÓN





## IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS DE URGENCIAS

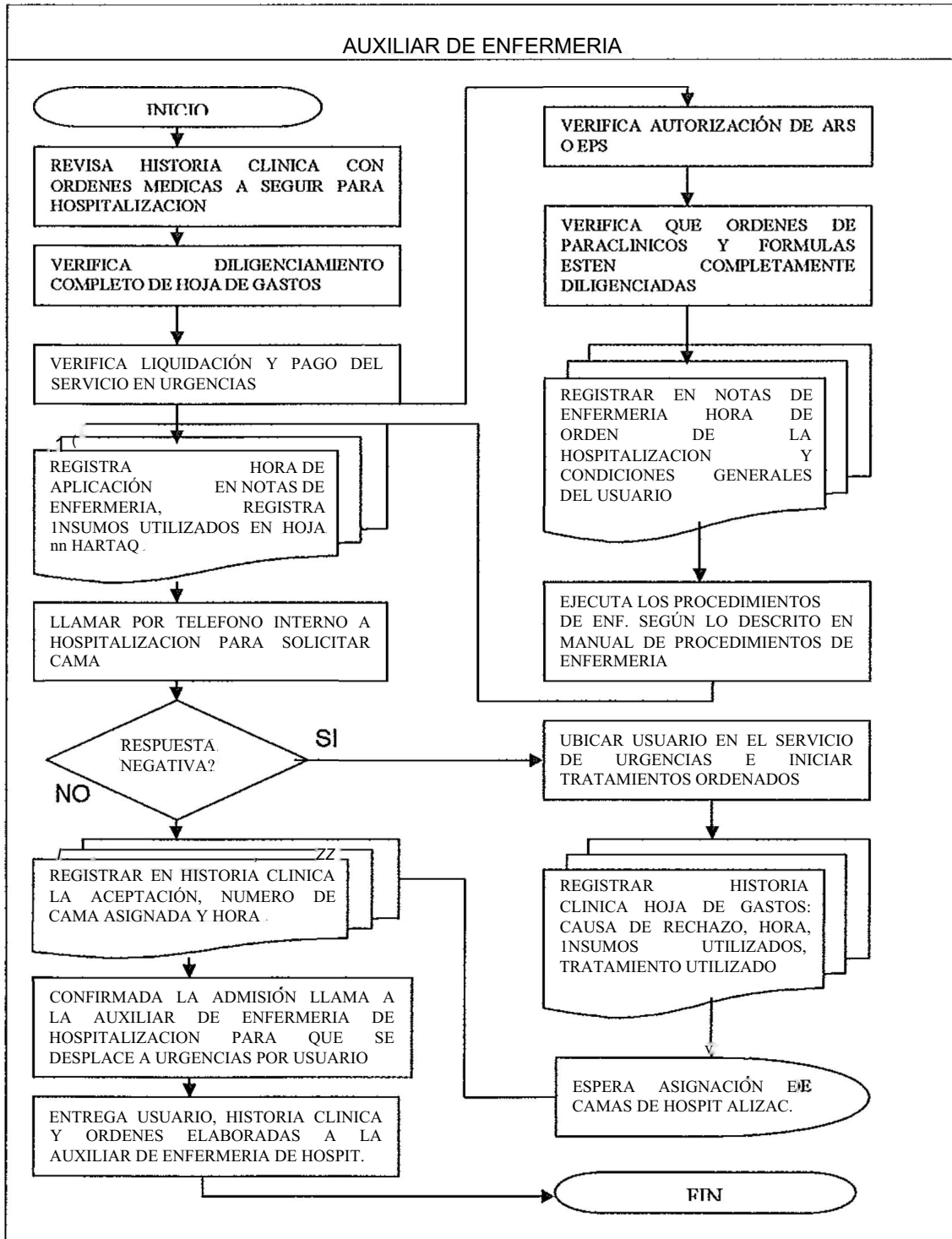
DEPENDENCIA:	Área de Atención al usuario
UNIDAD FUNCIONAL:	urgencias
NOMBRE DEL PROCESO:	Apoyo administrativo para el egreso por hospitalización
CÓDIGO DEL PROCESO:	201-06
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Auxiliar de enfermería
PROPÓSITO DEL PROCESO:	Trasladar al usuario que egresa del servicio de urgencia para manejo en el servicio de hospitalización.

PRODUCTO:	Usuario trasladado al servicio de hospitalización.
USUARIO (BENEFICIARIO):	Usuario con orden de hospitalización.

### ACTIVIDADES DEL PROCESO

1. Revisión de orden de hospitalización
2. Registro en historia clínica
3. Solicitud de cama a hospitalización
4. Registro en historia clínica
5. Traslado de usuario

FLUJOGRAMA APOYO ADMINISTRATIVO PARA EGRESO POR HOSPITALIZACION



## IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS DE URGENCIAS

DEPENDENCIA:	Área de Atención al usuario
UNIDAD FUNCIONAL;	urgencias
NOMBRE DEL PROCESO;	Apoyo administrativo para egreso por remisión
CODIGO DEL PROCESO:	201-07
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Medico general
PROPÓSITO DEL PROCESO:	Remitir un usuario desde la unidad de urgencias a un centro hospitalario de mayor complejidad.

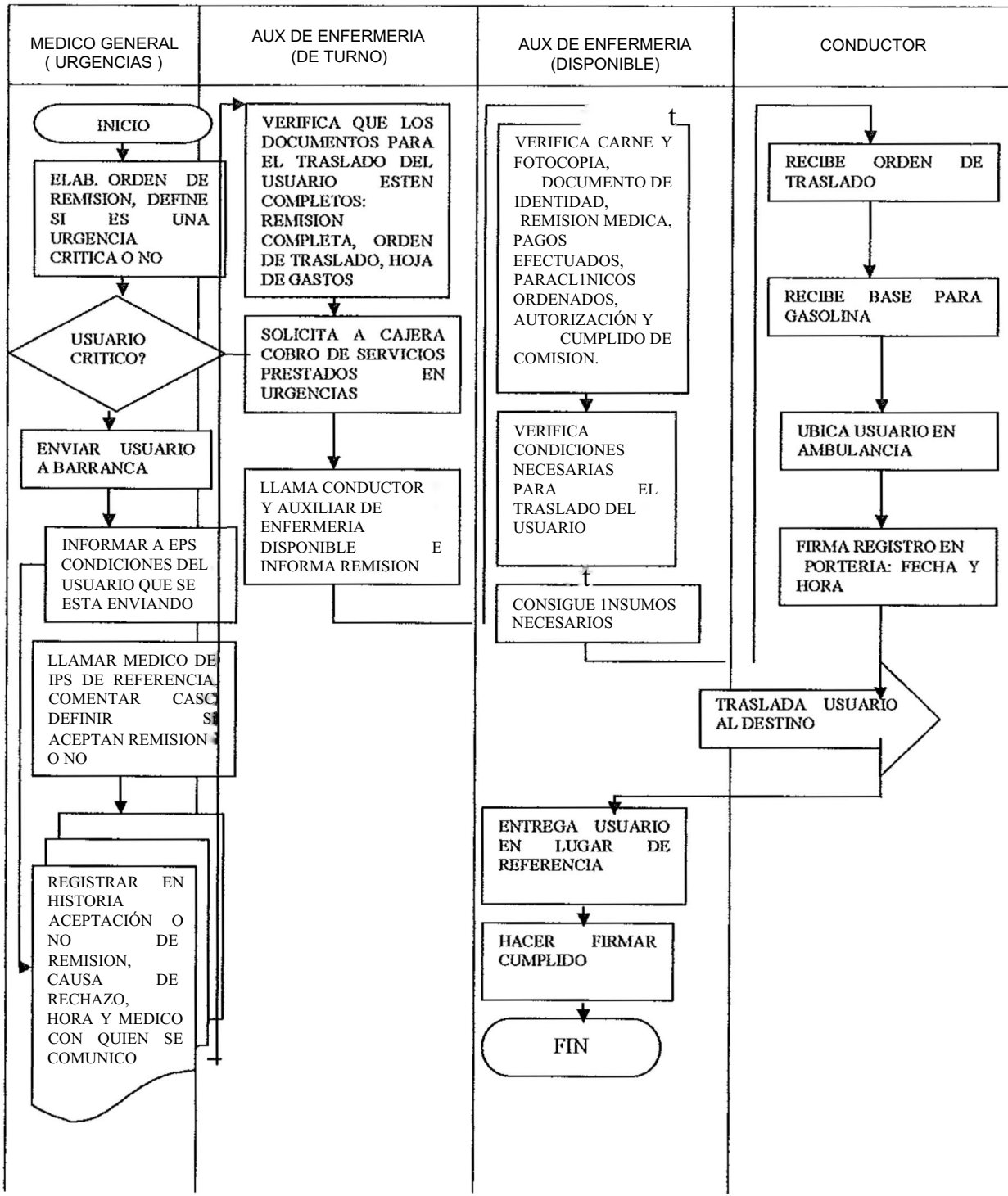
PRODUCTO;	Entrega de usuario al centro hospitalario de referencia de mayor complejidad.
USUARIO (BENEFICIARIO):	Usuario con orden de remisión

### ACTIVIDADES DEL PROCESO

1. Definición del tipo de urgencia
2. Comunicación con IPS de referencia
3. Registro en historia clínica
4. Comunicación con representantes de las aseguradoras responsables en caso de rechazo inicial
5. Determinar IPS de referencia
6. Verificación de documentos de remisión y pagos de servicios
7. Llamado a la auxiliar de enfermería y conductor disponible
8. Verificación de documentos
9. Consecución de insumos
10. Consecución de base para gasolina
11. salida de ambulancia
12. Entrega de usuario a Hospital de referencia



## FLUJOGRAMA APOYO ADMINISTRATIVO PARA EGRESO POR REMISION





### 11.3 AUDITORIA DE LA HISTORIA CLINICA MEDICA DE URGENCIAS

Objetivo: Garantizar Historias Clínicas que cumplan los requisitos contemplados en la Resolución 1995 de 1999.

Metodología: Cada 6 meses se toma una muestra determinada de historias. Esta actividad la realiza un Medico con funciones de coordinador. Los resultados son presentados al Gerente y en reunión Medica donde se analizan y se toman los correctivos necesarios.

Seguridad Social

<u>ADMINISTRATIVAS</u>						
1.Numero de Historia Clínica						
2.Nombre completo						
3.Fecha						
4.Hora						
5.Edad						
6.Servicio						
7.Nombre de Médico						
8.Legibilidad						
9.Sin siglas						
10.Sin enmendaduras						
<u>CLÍNICAS</u>						
1.Hallazgos clínicos anotados						
2.Dx acorde con anamnesis y examen físico						
3.Examen físico completo						
4.Paraclínicos pertinentes						
5.Exámenes diagnósticos anotados						
6.Observación justificada						
7.Hospitalización pertinente						
8.Remisión pertinente						
9.Ordenes médicas anotadas						
10.Medicamentos pertinentes según guías de manejo						

ADMINISTRATIVAS

(3) Si cumple

(0) No cumple

CLINICAS: (7) Si cumple

(3) Incompleto (0) No cumple

#### 11.4 AUDITORIA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

Objetivo: Garantizar Historias Clínicas de Enfermería con calidad.

Metodología: La evaluación la realiza la Enfermera Profesional de Urgencias cada 6 meses, la muestra se escoge según el número de Historias durante los 6 meses. El resultado se presenta a la Gerencia y en reunión de Enfermería donde se analiza y se decide cuáles son las recomendaciones y tareas a seguir.

##### Seguridad Social

1. Número de Historia Clínica				
2. Realizo ronda de enfermería al inicio del turno				
3. Notas con fecha, hora y nombre de quien realiza				
4. Nota de valoración de enfermería al ingreso del servicio				
5. Nota de evolución de enfermería en cada turno				
6. Notas legibles, objetivas, completas, actualizadas				
7. Registro de cumplimiento de ordenes medicas				
8. Procedimientos realizados oportunamente				
9. (confrontar con hora de orden medica)				
10. Registro de las dificultades para realización				
11. de procedimientos				
12. Registro correcto y oportuno de medicamentos administrados				
13. Registro de accidente o lesión ocasionada durante procedimientos				
Si cumple (10)      Cumple parcialmente (5)      No cumple (0)				

## 11.5 AUDITORIA DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y ASEPSIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Objetivos: Conocer el porcentaje de cumplimiento de las normas de Bioseguridad y Asepsia en el servicio de urgencias.

Metodología: Semanalmente la Enfermera Profesional realiza el chequeo del personal a su cargo, aplica la encuesta y rinde informe al Comité de Infecciones y de Desechos Hospitalarios. Aquellos que no cumplen las normas son citados a la oficina de Enfermería donde se les hace llamado de atención.

1. El personal que labora en el área de urgencias cumple con las normas de bioseguridad y asepsia adecuadamente	Si	No
2. El personal que labora en esta área se realiza el lavado de manos al llegar al área antes y después de cada procedimiento	Si	No
3. La técnica para la colocación de guantes se realiza correctamente en cada procedimiento	Si	No
4. Utilizan gafas de protección	Si	No
5. Utilizan las batas	Si	No
6. La asepsia en los pacientes para cada procedimiento es realizada correctamente dependiendo del área a tratar	Si	No
7. Es adecuado el manejo de desechos corto punzantes	Si	No
8. Es adecuado el manejo de desechos biológicos	Si	No

## 11.6 MONITOREO DE COMPLICACIONES DE URGENCIAS

Objetivo: Evitar que se presenten complicaciones en el servicio de urgencias debido a fallas en la calidad.

Metodología: Cada vez que se presenta un evento la Enfermera Profesional diligencia esta ficha y la presenta a un equipo interdisciplinario (conformado por Enfermera Profesional, Medico Coordinador, Bacterióloga, Asesor de Control Interno y Gerente) quienes analizan y toman las decisiones pertinentes.

1 .FECHA INGRESO DEL USUARIO AL SERVICIO \_\_\_\_\_

2.FECHA DE COMPLICACIÓN-\_\_\_\_\_

3.IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.\_\_\_\_\_

3.1 NOMBRES \_\_\_\_\_

3.2HISTORIA CLINICA\_\_\_\_\_

3.3EDAD\_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO INGRESO

4.COMPLICACIÓN:

4.1 DESCRIPCION BREVEMENTE DE LA COMPLICACIÓN

4.2CONDUCTA TOMADA ANTE LA COMPLICACIÓN

4.3RESULTADO FINAL DE LA COMPLICACIÓN

4.4TIEMPO DE RESOLUCIÓN A LA COMPLICACIÓN PRESENTADA

## 11.7 TIEMPO DE REPORTE DE LABORATORIOS DE URGENCIAS

Objetivo: Optimizar el tiempo transcurrido entre la toma y entrega de resultados de laboratorios en urgencias.

Metodología: Cada vez que se solicite un examen en urgencias la auxiliar de enfermería de turno diligencia el formato. Estos son entregados al medico auditor quien evalúa el cumplimiento o no del estándar establecido.

Fecha

Hora en que el Médico solicitó el laboratorio

Hora en que el Médico recibió el reporte \_\_\_\_\_

Médico de turno \_\_\_\_\_



11.8 REPORTE DE DOCUMENTOS FALTANTES EN URGENCIAS

Objetivo: Conocer el porcentaje usuarios externos que no cumplen con los documentos requeridos para la atención de urgencias.

Metodología: La auxiliar de facturación diligencia el formato cada vez que se presente el caso y luego lo entrega a la Trabajadora Social para que en charla diaria con los usuarios realice la retroalimentación.

Fecha \_\_\_\_\_

Seguridad Social \_\_\_\_\_

	DOCUMENTO FALTANTE				
CARTA FICHA DEL SISBEN					
IDENTIFICACION					
SOAT (POLIZA)					
CROQUIS					
CARNE DE SERVICIOS					

11.9      FORMATO DE DEMANDA NO ATENDIDA

Objetivos: Medir el porcentaje de la demanda no atendida.

Metodología: La auxiliar de facturación diariamente diligencia el formato y lo entrega directamente a la subdirección administrativa al terminar el turno, quien se encarga de evaluarlo y de tomar los correctivos.

Fecha, \_\_\_\_\_

Servicio en el cual solicito atención \_\_\_\_\_

Procendencia \_\_\_\_\_

Seguridad social

Razón por la cual no pudo recibir el servicio

Nombre

### 11.10 RELACION DE EQUIPOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Objetivo: Garantizar que los equipos de urgencias se encuentren en buen estado.

Metodología: La auxiliar de enfermería que recibe el turno en cada uno de los tres horarios revisa y registra el estado de los equipos en este formato. En caso de presentarse daño en alguno, le informa a la Enfermera Profesional para que lo reemplace o avise al encargado del mantenimiento.

	Estado del equipo						
Fonendoscopio							
Tensiómetro Adulto							
Tensiómetro Pediátrico							
Equipo de órganos							
Laringoscopio							
Ambú							
Balanza de pie							
Cinta métrica							
Equipo de pequeña cirugía							
Espéculos							
Lámpara cuello de cisne							
Succionador							
No. Total de equipos en mal estado							

Buen estado: B

Mal estado; M

FECHA DE DETECCIO N DE LA INFECCIO N						
--	--	--	--	--	--	--

## 12. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Comprende los procesos de recolección, procesamiento, análisis y presentación de la de la información producida en desarrollo de los procesos de la gestión de calidad.

Se crearon tres bases de datos:

1. Indicadores y Estándares: tiene los siguientes componentes

- Servicio
- Nombre del indicador
- Estándar
- Resultado
- Plan de mejoramiento.

2. Acciones de mejoramiento: Allí encontramos información sobre los indicadores afectados , que acción se va a realizar, recursos económicos invertidos, indicadores de calidad que esperan afectarse con la acción que se va a tomar.

3. Resultados de Procesos : Se encuentra la información sobre resultado de seguimiento a quejas, comités ADHOC, procesos disciplinarios, acciones de tutela, demandas u otros recursos legales.

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADOS (por mes)
% de usuarios tratados con guías de manejo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes tratados con guías de manejo}}{\text{No de pacientes atendidos en urgencias en 2 meses}}$	95%	
% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera de urgencias para ser atendidos	$\frac{\text{No. Usuarios satisfechos con la espera} / \text{No. De usuarios encuestados en dos meses}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarios encuestados en el mes}}$	98%	
% de pacientes que se sintió calidez y respeto	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios satisfechos} / \text{No de usuarios encuestados en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarios atendidos en urgencias} / \text{No de total de usuarios que solicitan el servicio en un mes}}$	98%	
Tiempo entre la toma y entrega de resultados de laboratorios de urgencias	$\frac{\text{No de laboratorios recibidos en tiempo menor o igual a 1 hora}}{\text{No total de laboratorios solicitados en urgencias en 1 mes}}$	95%	

<p>% de usuarios que presentan documentos incompletos</p>	<p>No de pacientes que traen documentos incompletos / No total de usuarios atendidos en 2 meses</p>	<p>Menor al 1 %</p>	
<p>% de infecciones por procedimientos en urgencias</p>	<p>No de infecciones presentadas en pacientes sometidos a procedimientos de urgencias / No total de procedimientos en urgencias en 2 meses</p>	<p>Menor a 1%</p>	
<p>% de personas diagnosticadas acertadamente</p>	<p>No de pacientes diagnosticados acertadamente / No total de pacientes atendidos en 2 meses</p>	<p>100%</p>	
<p>% de equipos en buen estado en el servicio de urgencias</p>	<p>No de equipos en buen estado / No total de equipos cada dos meses</p>	<p>100%</p>	
<p>% de remisiones pertinentes</p>	<p>No de remisiones pertinentes / No total de remisiones en 2 meses</p>	<p>100%</p>	

% de mortalidad	No de pacientes que fallecieron en un mes en urgencias / No total de pacientes atendidos	Menor al 1%	
% de complicaciones en urgencias	No. De pacientes que presentaron complicaciones en urgencias 1 No. Total de pacientes atendidos en un mes	Menos al 1%	



### 13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO-FEBRERO	MARZO-ABRIL	MAYO-JUNIO	JULIO-AGOSTO	SEPTIEM-OCTUBRE	NOV-DOC
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE URGENCIAS	DIARIA	DIARIA	DIARIA	DIARIA	DIARIA	DIARIA
AUDITORIA DE HISTORIA CLÍNICAS MEDICAS DE URGENCIAS	X			X		
AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA ENFERMERIA DE URGENCIAS	X			X		
AUDITORIA DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y ASEPSIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS	SEMANAL	SEMANAL	SEMANAL	SEMANAL	SEMANAL	SEMANAL
MONITOREO DE COMPLICACIONES DE URGENCIAS	EVENTO	EVENTO	EVENTO	EVENTO	EVENTO	EVENTO
TIEMPO DE REPORTE DE LABORATORIOS DE URGENCIAS	EVENTO	EVENTO	EVENTO	EVENTO	EVENTO	EVENTO
REPORTE DE DOCUMENTOS FALTANTES EN URGENCIAS	EVENTO	EVENTO	EVENTO	EVENTO	EVENTO	EVENTO
FORMATO DE DEMANDA NO ATENDIDA RN URGENCIAS	EVENTO	EVENTO	EVENTO	EVENTO	EVENTO	EVENTO
RELACION DE EQUIPOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	CADA ENTREGA DE TURNO	CADA ENTREGA DE TURNO	CADA ENTREGA DE TURNO	CADA ENTREGA DE TURNO	CADA ENTREGA DE TURNO	CADA ENTREGA DE TURNO
REGISTRO INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL
% de usuarios tratados con guías de manejo	X	X	X	X	X	X

% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera de urgencias para ser atendidos	X	X	X	X	X	X
% de pacientes que se sintió atendido con calidez y respeto	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL
% de usuarios satisfechos con la accesibilidad	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL
Tiempo entre la toma y entrega de resultados de laboratorios de urgencias	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL
% de usuarios que presentan documentos incompletos	X	X	X	X	X	X
% de infecciones por procedimientos en urgencias	X	X	X	X	X	X
% de personas diagnosticadas acertadamente	X	X	X	X	X	X
% de equipos en buen estado en el servicio de urgencias	X	X	X	X	X	X
% de remisiones pertinentes	X	X	X	X	X	X
% de mortalidad	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL

% de complicaciones en urgencias	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL
----------------------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

## 14. HABILITACION

El Hospital Héctor Abad Gómez de Yondó se encuentra inscrito en el registro de Habilitación. Su código de prestador de servicios de salud es 05 893-03227-04. Aun no ha sido verificado. Teniendo en cuenta lo anterior realizamos un chequeo de los estándares , explicando como se encuentran en este momento los que les corresponde cumplir.

### 1. RECURSO HUMANO

- 1) *-Los especialistas, profesionales, iecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales cuentan con el titulo formal expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva homologación por el ICFES. **CUMPLE.***

Se cuenta con cuatro Médicos Generales. Uno en Servicio Social Obligatorio, que para su admisión a la institución presenta un examen de conocimientos. Los otros tres tienen el título registrado en la seccional de Salud de Antioquia. Como consta en las hojas de vida, son de Universidades reconocidas por el ICFES, además poseen tarjeta profesional. Hay 12 Auxiliares de enfermería cuyos títulos también se encuentran registrados en la Dirección de Salud de Antioquia.

El servicio de urgencias es de baja complejidad, cuenta con un Médico 24 horas que se comparte con el servicio de Hospitalización, una auxiliar de enfermería permanente la cual realiza turnos según cuadro mensual, supervisada por una Enfermera profesional que también se comparte con el servicio de Hospitalización. Una cajera en turnos de 7 am a 12m, 1:30pm a 5:30pm y de 5:30pm a 8:30 pm. No hay cajera en la noche debido a que el flujo de pacientes después de 8:30pm es muy bajo.

- 2) *-El proceso de selección de personal incluye la verificación de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnológico y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, previo a la vinculación. **CUMPLE.***

Se tiene un proceso llamado vinculación de personal en donde se describen cada uno de los pasos para la selección, vinculación e inducción. En el proceso de selección se realiza verificación de títulos , certificados laborales y toda la información de la hoja de vida la cual se actualiza anualmente teniéndose una prestacional y otra confidencial. Se

tiene un manual de inducción y una programación de capacitación según comité de Bienestar.

- 3) *-Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades y subespecialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. La tabla anexa al presente estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios. **CUMPLE.***

Se cuenta con cuatro Médicos Generales. Uno en Servicio Social Obligatorio, que para su admisión a la institución presenta un examen de conocimientos. Los otros tres tienen el título registrado en la seccional de Salud de Antioquia. Como consta en las hojas de vida, son de Universidades reconocidas por el ICFES, además poseen tarjeta profesional. En el servicio de Laboratorio Clínico laboran una Bacterióloga y una auxiliar de laboratorio con sus respectivos títulos verificados e inscritos en la seccional de Salud de Antioquia.

- 4) *-Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento. **NO APLICA YA QUE NO HAY PERSONAL EN ENTRENAMIENTO.***

## 2. INFRAESTRUCTURA-INSTALACIONES FÍSICAS-MANTENIMIENTO

- 1) *-Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de salud. **CUMPLE.***

El Hospital fue remodelado para que cumpliera con los requisitos esenciales con una nueva unidad de urgencias, puesta en funcionamiento a partir de noviembre del 2001.

- 2) *-La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. **CUMPLE.***

. La Institución garantiza el servicio de agua ya que tiene un pozo perforado a 27 metros con una electro bomba donde se conduce el agua por un tubo de 6 pulgadas a un tanque elevado con capacidad de 10.000 litros (suministro que alcanza para 4 días), además de un tanque anexo de 1000 litros.

El servicio de energía eléctrica se garantiza por una planta automática de 25 kilovatios que funciona con ACPM . Cuenta con una planta de teléfono Panasonic con un conmutador para capacidad de 32 extensiones y anexo 2 tarjetas de 16 cada una. Pueden funcionar teléfonos fijos en caso de daño de la planta. Se tiene un radio de comunicación HM300 con un radio base con alcance de 100 Km. y Handy de 10 Km. de alcance y 3 celulares.

El 2 de Mayo del 2003 se establecen los criterios con los cuales se va a implementar la disposición final de desechos sólidos hospitalarios. Previo a esta reunión se realizaron 2 capacitaciones para todo el personal sobre manejo de desechos hospitalarios. La socialización del plan ya elaborado se hizo el día 5 de Julio del 2003, en el cual se explicaron los conceptos básicos, las definiciones de los desechos sólidos, clasificación de las bolsas, rutas de evacuación de las basuras, normas de precaución, acordándose la recolección de las basuras de cada uno de los servicios 2 veces al día.

Los desechos biológicos son incinerados 2 veces a la semana, las placentas se congelan hasta el momento de incinerarse. Los desechos no contaminados se recogen en la caseta externa de la ESE y son recogidos los Lunes y Jueves por el carro recolector del Municipio y posteriormente llevados al relleno publico. Los desechos reciclables se llevan al relleno sanitario y no se comercializan. En la actualidad el proceso esta en evaluación

3) *-Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normalfuncionamiento. CUMPLE.*

. La Institución garantiza el servicio de agua ya que tiene un pozo perforado a 27 metros con una electro bomba donde se conduce el agua por un tubo de 6 pulgadas a un tanque elevado con capacidad de 10.000 litros (suministro que alcanza para 4 días), además de un tanque anexo de 1000 litros.

4) *-Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico, esterilización, salas de autopsias, medicina física y rehabilitación o donde se realicen procedimientos de terapia física y respiratoria,, transfitsión o en las áreas donde se realizan procedimientos de terapia física y respiratoria, terapia respiratoria, transfitsión sanguínea o en las áreas donde se realicen procedimientos y donde se requiera de un proceso de limpieza y asepsia mas profundo, los pisos son impermeables, sólidos, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar drenaje. Además los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos resistentes a factores ambientales e incombustibles. De superficie lisa y que los materiales utilizados para su terminado no contengan sustancias toxicas, irritantes o inflamables. CUMPLE*

Como se mencionó anteriormente el Hospital fue remodelado y construida su área de Urgencias para que cumpliera con los requisitos del Decreto 2174 de 1996, de tal manera que el anterior ítem se cumple en su totalidad.

5) *-Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia.*

**SI APLICA,**

6) *-La institución no se encuentra localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. CUMPLE.*

En cuanto a la localización de la infraestructura se presenta un deterioro en la planta física que se debe a deficiencias constructivas y no a problemas atribuibles a inestabilidad de los suelos. Salvo en el sector de la malla de cierre perimetral que fue construida sobre un relleno. Lo anterior ya fue evaluado por DAPARD (Departamento de prevención de desastres de la Gobernación de Antioquia), quienes ya dieron las recomendaciones, las cuales ya se están aplicando.

7) *-Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, cuenta con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios. CUMPLE,*

En cuanto a la infraestructura extramural se tienen 3 puestos de salud funcionando en los 3 corregimientos, dotados y con un espacio adecuado para las diferentes actividades.

8) *-La tabla anexa al presente estándar identifica el detalle de las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos. CUMPLE.*

El servicio de Urgencias cuenta con un ambiente físico exclusivo y delimitado, dispone de las siguientes áreas:

- Puesto de enfermería
- Consultorios con las características de consulta externa

- Sala de curaciones
- Sala de observación
- Sala de reanimación que es la misma sala de procedimientos, se ajusta a lo solicitado en baja complejidad.
- Se garantiza la disponibilidad de oxígeno en el área de observación y sala de reanimación.

### 3. DOTACIÓN-MANTENIMIENTO

- 1) *-Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico. **CUMPLE.***
  
- 2) *-Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de uso corriente. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo. **CUMPLE.***

El servicio de Urgencias posee camillas con estribos, tensiometro y fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos, balanza de pie y cinta métrica. En sala de procedimientos: camillas rodantes, equipo de pequeña cirugía. En sala de observación: Camillas rodantes. Cuenta con dotación de instrumental ginecobstétrico, monitor de signos vitales, equipo básico de reanimación, succionador y material para inmovilización adulto y pediátrico.

Los equipos cuentan con la especificaciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico. Se tiene contrato preventivo y correctivo de los equipos médico-quirúrgicos con la Cooperativa de Gestión Tecnológica GEMI con sede en Medellín. El contrato se encuentra vigente hasta el 1 de Enero del 2004 y para el mantenimiento de equipos de computo y asesoría de sistemas con A.M.R. Servicios cuyo contrato esta vigente hasta el 31 del 2003. Cada equipo tiene una carpeta que contiene la hoja de vida, copia de la factura, especificaciones, copia de cada mantenimiento con descripción del trabajo realizado, diagnostico, accesorios, repuestos utilizados, descripción del problema, identificación de la empresa y firma del responsable. Estas se realizan según programación concertada con la institución.

### 4. INSUMOS-GESTION DE INSUMOS

COPIA DE LA FOLIA 10/11/2003



- 1) *-Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición, cuenta y aplican procedimientos técnicos para el almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución. CUMPLE*
- 2) *-Los procedimientos de adquisición de medicamentos e insumos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA. CUMPLE.*
- 3) *-Los medicamentos, productos biológicos , reactivos y dispositivos médicos incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. CUMPLE.*
- 4) *-Se tienen definidos normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reutilicen insumos salvo aquellos en los que el invima defina expresamente que pueden serlo. CUMPLE.*
- 5) *-La institución garantiza la disponibilidad permanente de los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos indispensables para la prestación de los servicios que ofrece. CUMPLE.*

Para el cumplimiento de los anteriores ítems se tienen definidos los siguientes procesos:

- \* Programación de adquisiciones: Define los Insumos Hospitalarios Esenciales a adquirir, las cantidades, el momento y la modalidad para su adquisición con base en la disponibilidad de los recursos financieros. Teniendo en cuenta consumos promedios, niveles máximos de exigencia, niveles mínimos de existencia y punto de reposición. Actividades que se realizan a través del comité de compras.
- Ejecución de adquisiciones: Donde se adquieren los insumos previamente definidos según estudio de proveedores.

- Recepción de insumos: Se verifica que los insumos despachados por el proveedor reúnan las condiciones establecidas en los ordenes de compra con respecto a calidad, tipo y otras especificaciones.
- Conservación de los insumos Hospitalarios: Implementar y/o fortalecer acciones que permitan el control de los factores que deterioran la calidad y disponibilidad de los insumos almacenados como por ejemplo el uso de cortinas para evitar el exceso de luz a los medicamentos que lo ameriten, se tienen condiciones de humedad las cuales son medidas por el higrometro realizando mediciones y graficando diariamente, en caso de alteraciones se toman correctivos.
- Inventario General de Insumos Hospitalarios Esenciales: Garantiza que las áreas y sitios de almacenamiento de los insumos, cumplan con las normas de accesibilidad, seguridad y adecuadas comunicaciones para los funcionarios y usuarios.
- Control de fechas de vencimiento: Evita la pérdida de insumos por vencimiento.
- Atención al usuario externo ^Describe todos los pasos a seguir para prestar una atención al usuario externo (efectuar ventas al público) con óptimas condiciones de calidad.
- Atención al usuario interno: Estandariza los pasos a seguir por la auxiliar de farmacia del Hospital en el momento de prestar atención al usuario interno.

Los insumos destinados para la atención de urgencias son manejados por las auxiliares de enfermería que realizan los tumos, y supervisados por la enfermera profesional. La cantidad de cada insumo fue establecida con base en la experiencia histórica.

En cada cambio de turno se hace entrega del stock. Durante las horas del día aunque se utiliza, es reemplazado rápidamente porque se encuentra en servicio la farmacia. A las 7 am se lleva las formulas de los medicamentos que se utilizaron en la noche para ser nuevamente reemplazados.

## 5. PROCESOS PRIORITARIOS ESENCIALES

- 1) *-Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos mas frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. La tabla anexa al presente estándar establece el detalle de los procedimientos, procesos, guías y protocolos por servicio. CUMPLE.*

Se tienen determinadas las guías de atención y los protocolos de Enfermería, sin embargo, todavía es incipiente la verificación de su cumplimiento a pesar de que son conocidos por los funcionarios por medio de actividades realizadas en reuniones mensuales.

Se tienen también las guías de manejo Médico de la Institución las cuales fueron adoptadas. Las de Urgencias de la Fundación Colombiana de Medicina de Urgencias para primer nivel hospitalario y de la Seccional de Salud de Antioquia para Consulta Externa y Hospitalización.

- 2) *-Los procedimientos, procesos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. CUMPLE.*

Estas guías se socializan quincenalmente y se hacen ajustes según el perfil epidemiológico de la región. Según Auditoria Medica se verifica la adherencia al protocolo

- 3) *-La institución cuenta con guías clínicas de atención para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa y urgencias. CUMPLE.*

El Hospital cuenta con guías clínicas de atención de las 10 principales patologías que aquejan a la población de Yondó.

- 4) *-Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención ha implantado las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional. CUMPLE.*

. Las actividades de protección específica y detección precoz se realizan de acuerdo a la resolución 0412 de 2000.

- 5) *-La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico. CUMPLE,*

El 2 de Mayo del 2003 se establecen los criterios con los cuales se va a implementar la disposición final de desechos sólidos hospitalarios. Previo a esta reunión se realizaron 2

capacitaciones para todo el personal sobre manejo de desechos hospitalarios. La socialización del plan ya elaborado se hizo el día 5 de Julio del 2003, en el cual se explicaron los conceptos básicos, las definiciones de los desechos sólidos, clasificación de las bolsas, rutas de evacuación de las basuras, normas de precaución, acordándose la recolección de las basuras de cada uno de los servicios 2 veces al día.

Los desechos biológicos son incinerados 2 veces a la semana, las placentas se congelan hasta el momento de incinerarse. Los desechos no contaminados se recogen en la caseta externa de la ESE y son recogidos los Lunes y Jueves por el carro recolector del Municipio y posteriormente llevados al relleno público. Los desechos reciclables se llevan al relleno sanitario y no se comercializan. En la actualidad el proceso está en evaluación.

- 6) *-Si la institución ofrece servicios de urgencias, cuidado intensivo e intermedio tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de inter consultas y un sistema organizado de alerta.*

**CUMPLE**

Se revisa en cada entrega de turno el equipo de reanimación, el proceso de clasificación de pacientes (triage) es realizado por el médico.

Se cuenta con un plan de emergencias que tiene como responsable al Gerente de la Institución o a quien el delegue directamente, generalmente al Médico Coordinador o en nuestro caso al Médico de urgencias de turno como receptor de la primera información.

En capacitación brindada por el Ministerio de la Protección Social se dieron los lineamientos para la elaboración del Plan de Emergencias el cual fue sometido a evaluación para su aprobación y puesta en marcha. Se realizó por pasos iniciando con un análisis retrospectivo de las situaciones de riesgo a las cuales hemos estado sometidos, inventario de recursos con los cuales respondemos a las diferentes situaciones. Posterior a ello se hizo un análisis de vulnerabilidad de amenazas internas y externas y la posibilidad de mejorar de acuerdo al riesgo por áreas de trabajo. Finalmente se elaboró el plan de atención reuniendo toda la información disponible, se establecieron conductas de alerta y alarma, rutas de evacuación y zonas de expansión para atención de emergencias.

La capacitación del personal para la atención de emergencias se realizó con secciones periódicas en donde se ilustraba a los empleados del Hospital acerca de la elaboración del plan, su contenido y propósito; luego se distribuyeron por brigadas de trabajo: contra incendios, recuperación y evacuación y primeros auxilios. Para dar funciones a cada uno de los empleados e involucrarlos en el proceso, la capacitación en estas áreas la dio personal externo a la institución para poder evaluar de una vez la eficacia de la misma.

- 7) *-La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza y aseo y mantenimiento hospitalario. CUMPLE*

Existe una coordinación permanente entre el Comité de Infecciones, el servicio de esterilización, limpieza y aseo y mantenimiento hospitalario. Dentro de las guías de Enfermería se tiene determinado la forma como se realizan el aseo y la esterilización de las diferentes zonas hospitalarias. En caso de presentarse infecciones se investiga la causa que la originó y se establecen las medidas correctivas para impedir la ocurrencia de nuevos casos.

- 8) *-La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales NO APLICA, cambio de tanques de agua y sistemas de alarma. SI APLICA.*

- 9) *-Si la institución presta servicios hospitalarios y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencias cuenta con:*

- *Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda medica diaria de evolución a los pacientes.*
- *Guías o manuales de los siguientes procedimientos: Atención en reanimación cardiocerebropulmonar, control de líquidos, plan de cuidados de enfermería, administración de medicamentos, inmovilización de pacientes, venopunción, toma de muestras de laboratorio, cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnosticas. SI APLICA*

*-Si la institución presta servicios de unidad de cuidado intermedio e intensivo, además de lo anterior cuenta con:*

- *Guías para sondas de alimentación, declaración de muerte cerebral, colocación de catéter de presión intra craneana, inserción de catéteres centrales, inserción de marcapaso intemo transitorio, traqueostomia, broncoscopia, toracentesis, cambio de líneas IV (centrales y periféricas), control de nutrición parenteral, anticoagulación profiláctica.*
- *Guías para: Colocación de tubo de tórax, paracentesis, lavados abdominales, venodiseccion, embolectomia, lavado peritoneal, diálisis peritoneal, Hemodiálisis hemodiafiltración (cuidados del paciente), lavado de fracturas, punción lumbar, protocolos de los cuidados por terapia respiratoria.*
- *Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares incluido el servicio de unidad de quemados, urgencias y obstetricia. NO APLICA*

A pesar de que no somos una Institución de mediana complejidad si existen protocolos para la entrega de turno de enfermería y medico.

## **6. HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ESENCIALES**

- 1) *-Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. CUMPLE*

A todos los pacientes atendidos se les abre Historia Clínica según proceso de Archivo clínico y estadística.

- 2) *-Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. CUMPLE*

Actualmente están numeradas con el documento de identificación del usuario. Una vez se extrae una historia clínica se deja una tarjeta de reemplazo que reposa en ese sitio con el nombre del medico, odontólogo (ya que existe historia clínica única institucional) u otro profesional de la salud y del servicio donde se encuentra. El comité de historias clínicas se reúne mensualmente para evaluar el diligenciamiento de la historia dando recomendaciones pertinentes a través de comunicados escritos.

- 3) *-Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único. CUMPLE*

La historia clínica reposa en la oficina de archivo la cual esta a cargo de un auxiliar de archivo debidamente capacitado quien salvaguarda dicho documento. Existe también el archivo pasivo donde se encuentra las historia clínicas de los usuarios que desde hace 5 años no utilizan los servicios al igual que las historias de los fallecidos que permanecen en ese archivo durante 20 años.

- 4) *-En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadora y medios magneto-ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad. NO APLICA*

- 5) *-Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. **CUMPLE***

## **7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS**

- 1) *-Si ¿a institución presta servicios de hospitalización, obstetricia o urgencias de baja complejidad dispone de:*
- *Laboratorio clínico*
  - *Servicio farmacéutico*
  - *Disponibilidad de ambulancia*
  - *Disponibilidad de radiología*
  - *Disponibilidad de servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento). **CUMPLE***

En el laboratorio se cuenta con una Bacterióloga, cuyo horario de trabajo es de Lunes a Viernes de 7:00 am a 5:30 pm y con disponibilidad Sábados, Domingos y festivos y una auxiliar de laboratorio con igual horario de trabajo pero sin disponibilidad.

La toma de muestras se realiza a las 7 am y según necesidad del servicio de Urgencias. La capacidad instalada y el equipo de química RA50, permite efectuar pruebas en las áreas de:

- Química y hematología
  - Uroanálisis
- Parasitología
- Bacteriología
- Programas especiales y de epidemiología
  - Virología y hormonas ( se toman en la unidad de salud y con previo convenio existente con laboratorios de nivel superior se remite para su respectivo estudio).

El servicio de FARMACIA se presta de 7am -12m, 1:30pm -5:30pm de Lunes a Jueves y Viernes de 7am - 12m y 2pm-5pm. Los Sábados y Domingos no hay servicio pero están disponibles. Se cuenta con un auxiliar de farmacia con 10 años de experiencia.

Debido a las características geográficas del municipio se tiene un transporte terrestre de paciente entre el Hospital y el puerto de Yondó, un transporte fluvial entre Yondó y Barrancabermeja. En Barrancabermeja se tiene una ambulancia para poder transportar los pacientes a los sitios de remisión.

El servicio de radiología en el momento no se encuentra funcionando en el Hospital por revisión del equipo. Se tiene contratado con Barrancabermeja.

Los servicios de apoyo alimentación y vigilancia, se tienen contratados. Aseo y mantenimiento son empleados oficiales

2) *-Si Ja institución presta servicios hospitalarios, en especial, obstetricia, unidad de cuidado intermedio e intensivo o unidad de quemados; o urgencias de median o alta complejidad; cuenta además con:*

- *Disponibilidad de servicios de transfusión las 24 horas*
- *Disponibilidad de servicio de nutrición*
- *Disponibilidad de terapia respiratoria*
- <sup>0</sup> *Disponibilidad de quirófano.*

*Si la institución presta el servicio de unidad de quemados y obstetricia de alta complejidad, cuenta con disponibilidad de unidad de cuidados intensivos. La unidad de quemados dispone además de servicio de fisioterapia. **NO APLICA***

3) *-Si presta servicio de hospitalización psiquiátrica o de fármaco dependencia dispone de servicios psicología y terapia ocupacional. **NO APLICA***

4) *-Si presta servicio de hospitalización pediátrica dispone de lactario. **CUMPLE***

Hay servicio de hospitalización pediátrica por lo que se dispone de lactario.

5) *-Si presta servicios quirúrgicos dispone de servicio de esterilización. **CUMPLE***

Existe un sitio destinado exclusivamente para esterilización el cual esta anexo a la sala de cirugía. Esta actividad se realiza por calor seco a temperatura de 180oC . Las gasas y algodón se dejan 20 minutos, el instrumental 30 minutos y el agua 20 minutos. Se esteriliza cada 8 días, el material que no se utiliza se esteriliza nuevamente cada 15 días.

6) *-Si presta servicios de hemodiálisis dispone de servicios de laboratorio, imageneologia, farmacia, banco de sangre y disponibilidad de servicio de n utrición. **NO A PLICA***



- 7) *-Si presta servicio de transporte asistencial dispone de una red de Radiocomunicaciones. **NO APLICA***

## **8. REFERENCIA DE PACIENTES**

- 1) *-Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes. La tabla anexa al presente estándar, define el detalle de los servicios de apoyo o asistenciales indispensables, por servicio ofrecido. **CUMPLE***

La ESE Héctor Abad Gómez de Yondó tiene contrato con las ARS Caprecom, Coosalud por capitación para el primer nivel, y con la Dirección local de salud para los vinculados.

Previa información por parte del Médico de turno al paciente y los familiares o acompañantes de la necesidad de remitir; se inicia el trámite telefónico con la red de servicios correspondiente. Una vez aceptado el paciente por la parte Administrativa y Médica, se informa al conductor y a la auxiliar disponible para la remisión o al Médico en caso de que sea necesario. Se diligencia la remisión en el OIS 412-A por el Médico remitente con copia para el Hospital para archivar en carpeta de referencia. Esta debe cumplir con los requisitos de la Resolución 1995/99 de Historia Clínica.

En caso de que se presente algún inconveniente que produzca demora en la remisión se hace anotación en la historia clínica y se debe continuar evaluando el paciente hasta ubicarlo en el sitio de referencia. Si no es posible la remisión se anota en la historia clínica las comunicaciones realizadas y las causas por las cuales no fue aceptada. El médico completa la hoja de remisión con las posteriores valoraciones. En caso de que el paciente o los familiares decidan trasladarlo por su propia cuenta a otro centro institucional la historia clínica debe ser firmada por el responsable del paciente al igual que la remisión dejando constancia de la novedad.

## **9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

- 1) *-Estándar: Se tienen definidos procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud definidos como prioritarios. Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta en los que se deben incluir: mortalidad hospitalaria; infecciones intra hospitalarias; complicaciones quirúrgicas inmediatas; complicaciones anestésicas; complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales; complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana. **CUMPLE***

A través de un formato se notifican las infecciones intra hospitalarias, una vez presentada se analiza en el Comité de Infecciones para detectar las causas y tomar los correctivos que en ocasiones involucra al personal de limpieza, aseo, servicios de esterilización y personal de enfermería y médicos.

Se hace vigilancia estricta de mortalidad materna y perinatal la cual esta en cero desde hace 3 años, a igual que un cuidadoso y estricto control prenatal.

Los eventos quirúrgicos se realizan en jornadas según programación. En las realizadas se hace seguimiento de complicaciones.

Por comité de farmacia terapéutica se tiene un formato para reportar complicaciones medicamentosas.

## 15. CONCLUSIONES

- Generamos un manual de calidad del servicio de urgencias que contiene las políticas de calidad, identifica los objetivos del servicio de Urgencias y todas las acciones para lograr la calidad.

-Este manual es flexible dependiendo del logro de metas, cambio de políticas de la institución, cumplimiento de estándares superiores con miras a la acreditación.

-Es necesario el compromiso de todos los integrantes de la organización para el mejoramiento continuo, participación decidida de la gente.

- Con la implementación del sistema de la Garantía de la Calidad se logra minimizar los riesgos de la prestación del servicio y disminuir costos de no calidad.

- A través del sistema de información de la calidad se facilita la realización de Auditoria, vigilancia y control, contribuye a una mayor información del usuario.

- Se logra la participación de los usuarios en el mejoramiento de los servicios de salud.

## 16 . RECOMENDACIONES

Que el trabajo que se realizo en la Unidad del servicio de Urgencias se extienda a todas las unidades funcionales con el fin de garantizar servicios de calidad y cumplir las expectativas de los usuarios.

## BIBLIOGRAFIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES. Oíros sistemas de Garantías de Calidad de servicios de salud. Manual de Auditoria para Instituciones hospitalarias. Bogotá. 1995

CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. Guía para el mejoramiento de una Institución de Salud Editorial Guadalupe Ltda.. Bogotá 1992

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA, Niveles de atención y grado de complejidad de la prestación de servicios de salud. Medellín. 1994

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA, Plan estratégico de sistemas de información para Hospitales de primer y segundo nivel de atención. Medellín 1995

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Encuentro de las regiones . Plan operativo. Medellín. 1997

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Propuesta para la implementación de la Auditoria profesional de las instituciones de salud del Departamento de Antioquia. Medellín, 1997

DONABERIAN, Avenís . Calidad de la atención en Salud en México. Volumen 3 No. 1-2. México Junio 1996.

ESTEBAN, Rodrigo. Atención al Cliente. México. 1998.

HERMIDIA, Cesar. Gestión y liderazgo de salud. OPS. 1994

MEJIA GARCIA , Braulio. Auditoria Medica para la garantía de calidad en salud. Cuarta Edición. Bogotá. 2002

MEJIA GARCIA , Braulio. Gerencia de Proceso. Cuarta Edición. Bogotá. 2003

POPULATION REPORTS, La Garantía de la Calidad hoy en día,, Serie J, Numero 47

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTA. Manual de normas técnico -administrativas para la prestación de servicios de urgencias. Bogotá 1995