

**DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA  
CALIDAD EN SALUD DEL SERVICIO DE URGENCIAS FOSCAL**

**CLAUDIA CECILIA PRADA PLATA**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES Y  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSTGRADO EN AUDITORIA EN SALUD GRUPO XXXV  
BUCARAMANGA – SANTANDER  
OCTUBRE DE 2007**

**DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA  
CALIDAD EN SALUD DEL SERVICIO DE URGENCIAS FOSCAL**

**CLAUDIA CECILIA PRADA PLATA**

**PROPUESTA PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORIA  
EN SALUD**

**Asesor  
JAIME EDUARDO ORDOÑEZ MOLINA  
MD, PhD**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES Y  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSTGRADO EN AUDITORIA EN SALUD GRUPO XXXV  
BUCARAMANGA – SANTANDER  
OCTUBRE DE 2007**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>5</b>
<b>2. GENERALIDADES DEL SERVICIO DE URGENCIAS.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE URGENCIAS .....</b>	<b>11</b>
<b>3. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 AUTOEVALUACIÓN.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA:.....</b>	<b>17</b>
<b>3.3.1 FICHA TÉCNICA DE LOS INDICADORES .....</b>	<b>18</b>
<b>3.3.2 TABLA RESUMEN DE INDICADORES DEL PAMEC SERVICIO DE URGENCIAS FOSCAL.....</b>	<b>36</b>
<b>3.4 PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS SELECCIONADOS .....</b>	<b>40</b>
<b>4. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>42</b>

## LISTADO DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO. 1 Autoevaluación contra estándares de habilitación servicio de urgencias .....	43

## INTRODUCCIÓN

Desde la Ley 100 de 1993 se plantea la importancia de la calidad en la atención en salud y en el ARTICULO 153 (numeral 9) se define que “el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”.

Finalmente con el Decreto 1011 de 2006, el Ministerio de la Protección social reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud donde se definen los cuatro componentes básicos del sistema: sistema Único de habilitación, el sistema Único de acreditación, ***auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud*** y el sistema de información para la calidad, los cuales deberán ser cumplidos por todos los actores del sistema.

El título IV del decreto 1011 en sus artículos 32 al 40 define y reglamenta “***el Modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud***. Las instituciones prestadoras de servicios deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales deberán adelantar acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de las características definidas por el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención como son accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad consignadas en el artículo 3 del decreto.

Partiendo de esta reglamentación y conscientes de que solo en la medida en que se realice un adecuado control a los procesos, se haga seguimiento a los mismos y se definan metas a cumplir comparándose con las mejores prácticas; la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER- CLÍNICA CARLOS ARDILA LULLE considera prioritario la necesidad de diseñar e implementar el **programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud PAMEC para el servicio de urgencias** de tal manera que le permita evaluar sus procesos de atención y diseñar planes de mejoramiento para garantizar la seguridad en la atención de los usuarios.

## **1. OBJETIVO**

### **1.1. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud (PAMEC) para el servicio de urgencias de la Fundación Oftalmológica de Santander- Clínica Carlos Ardila Lülle.

### **1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar la autoevaluación del servicio de urgencias teniendo en cuenta los estándares del sistema único de habilitación (Anexo técnico # 1 de la Resolución 1043 de 2006.
- Identificar y priorizar los problemas de calidad del servicio de urgencias
- Definir la calidad esperada para el servicio de urgencias y los indicadores del servicio
- Definir la calidad esperada para determinar las brechas entre lo esperado y lo obtenido para generar planes de mejoramiento.

## **2. GENERALIDADES DEL SERVICIO DE URGENCIAS**

### **2.1 DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS**

El servicio de urgencias de la FOSCAL a pesar de encontrarse ubicado en el quinto piso de la torre principal de la clínica, cuenta con un acceso directo a la calle mediante una rampa y una entrada exclusiva para las ambulancias; contiguo a éste se encuentran los servicios de escanografía e imaginología y cirugía ambulatoria; en el sexto piso se encuentran los servicios de cirugía y unidades de cuidados intensivos adultos y pediátrica y en el séptimo piso en servicio de sala de partos para la atención de gineco-obstetricia. Para el traslado de los usuarios que requieren transporte en camilla se cuenta con 2 ascensores y 1 ascensor panorámico si es traslado puede ser realizado en silla de ruedas.

Hacen parte de su infraestructura las siguientes áreas:

- 8 Consultorios
- Camas de observación : 9 de observación hombres  
9 de observación mujeres  
4 de observación Pediátrica
- Sala de reanimación con 2 camill
- Sala de procedimientos menores
- Cuarto para preparación de medicamentos
- Sala de yesos con 2 camillas
- Área para insectología
- Sala de RX
- Sala de espera
- Sala de nebulizaciones



- Consultorio para triage
- Área de admisiones
- Área de facturación
- Sala VIP con 2 consultorios

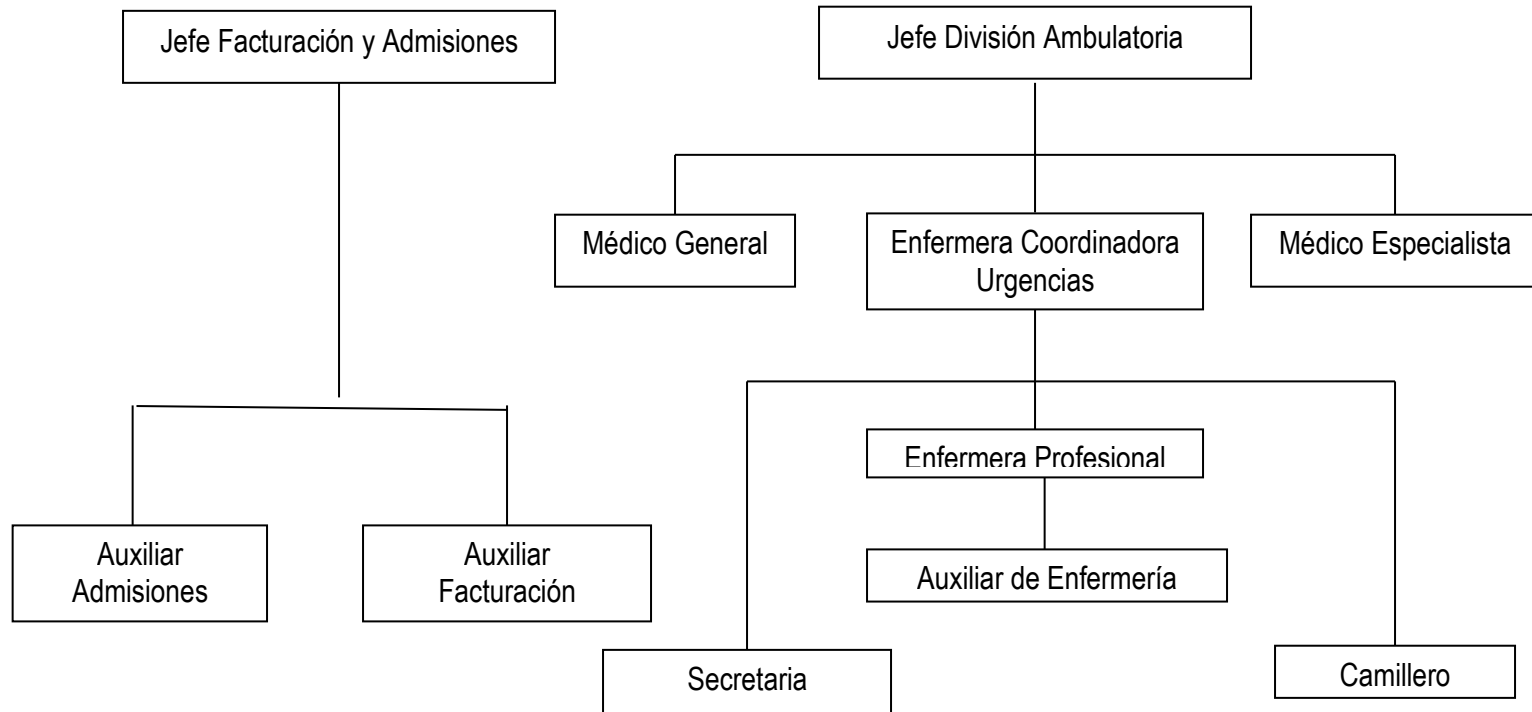
El promedio de atención de consultas para el primer semestre del 2007 fue de 7023 usuarios atendidos mediante la modalidad de capitación y actividad.

Para cubrir la atención las 24 horas el servicio cuenta con el siguiente personal profesional y auxiliar:


- 1 médico internista por turno
- 1 médico pediatra por turno
- 1 Médico Ginecólogo por turno (en sala de Partos)
- 1 Médico Anestesiólogo por turno (en salas de Cirugía)
- 3 a 5 médicos generales por turno (teniendo en cuenta las horas pico de atención)
- 3 enfermeras profesionales por turno, una de ellas encargada de la clasificación de triage
- 8 auxiliares de enfermería por turno
- 1 camillero
- 1 secretaria en horario diurno
- 1 auxiliar de atención al usuario hasta las 9 pm
- 3 auxiliares de admisiones
- 2 auxiliares de facturación
- 1 vigilante
- Disponibilidad de laboratorio clínico y radiología las 24 horas
- Médicos especialistas de llamado para interconsultas en las siguientes especialidades:
  - Cirugía General adulto y pediatría
  - Cardiología Adulto y Pediátrico e intervencionista
  - Neurología y neurocirugía

Cirugía Vasular Periférica  
Nefrología  
Cirugía Plástica y maxilo facial  
Gastroenterología  
Radiología Intervencionista  
Psiquiatria  
Oftalmologia  
Neumología  
Ortopedia y traumatologia  
Urologia.

## 2.2 ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE URGENCIAS



## 2.3 CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

	<b>FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER</b> <i>Clínica Carlos Ardila Lülle</i>
	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>

**PROCESO:** INGRESO DEL USUARIO

**SUBPROCESO:** INGRESO DEL USUARIO AL SERVICIO DE URGENCIAS

**OBJETIVO:** \* Garantizar que el usuario que ingresa al servicio de urgencias pueda acceder a los servicios médicos de manera oportuna, cumplimiento los requisitos contractuales, legales e institucionales .

\* Brindar información clara y suficiente sobre los trámites administrativos durante la atención.

**RESPONSABLE:** Jefe de Facturación y Admisiones

PROVEEDORES	ENTRADA	ACTIVIDAD	SALIDA	CLIENTE
Médico Tratante	Ordenes Médicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clasificación de Triage</li> <li>2. Realizar admisión del Usuario de Urgencias.</li> <li>3. Admisión para procedimientos especiales</li> <li>4. Solicitud de autorización para hospitalización</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soportes Administrativos del ingreso</li> <li>• Soportes Clínicos del ingreso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subproceso Prestación de Servicios en urgencias.</li> <li>• Proceso Gestión de la Información</li> </ul>
Usuario EAPB y regímenes exceptuados	Documentos de usuarios			
Proceso Contratación y Mercadeo	Contratos legalizados			
Proceso Gestión de Información	Base de Datos			
Usuario otras IPS	Remisiones-autorización-Documentos del usuario			
Usuarios Particulares	Documentos de usuarios Recibos de pago .			
Proceso Planeación Institucional	Directrices Institucionales.			

Registros	Recursos	Parámetros a Controlar	Indicadores	Requisitos a Cumplir
Ver Plan Operativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso Humano</li> <li>• Equipos de Oficina</li> <li>• Infraestructura</li> <li>• Equipos biomédicos</li> <li>• Software y Hardware</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesibilidad</li> </ul>	Ver Plan de Medición	<p><i>Legales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 1011 de 2006.</li> <li>• Circular 030 de 2006.</li> </ul> <p><i>Convenios institucionales</i></p> <p><i>Institucionales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas institucionales</li> </ul>



**FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER**  
*Clínica Carlos Ardila Lülle*

**CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS**

**PROCESO:** PRESTACION DEL SERVICIO

**SUBPROCESO:** PRESTACION DEL SERVICIO EN URGENCIAS

**OBJETIVO:** \* Asegurar al usuario la atención medica requerida según su estado de salud de manera oportuna, confiable y segura.

\* Brindar información clara, suficiente y confiable a los usuarios con respecto al diagnóstico, tratamiento y pronostico de su enfermedad.

**RESPONSABLE:** JEFE DIVISIÓN AMBULATORIA

PROVEEDORES	ENTRADA	ACTIVIDAD	SALIDA	CLIENTE
Subproceso Ingreso en urgencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuario admitido</li> <li>• Soportes de Ingreso.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consulta de medicina General</li> <li>2. Consulta médica especializada en pediatría y medicina interna, oftalmología</li> <li>3. Cuidado de enfermería</li> <li>4. Interconsultas</li> <li>5. Observación hombres, mujeres y pediatría</li> <li>6. Realización de procedimientos menores (colocación y retiro de yesos, suturas nebulizaciones)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuario con conducta definida</li> <li>• Soportes Clínicos.</li> <li>• Plan de cuidado ambulatorio</li> <li>• Soportes Administrativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subproceso de egreso Administrativo del usuario en el servicio de urgencias</li> <li>• Proceso Gestión de Información.</li> </ul>
Proceso Contratación y Mercadeo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratos Legalizados</li> </ul>			
Proceso Gestión de Información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia Clínica</li> </ul>			
Proceso Gestión de Compras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos.</li> <li>• Dispositivos Médicos.</li> <li>• Servicios Profesionales</li> <li>• Ayudas Diagnosticas</li> </ul>			
Proceso de Esterilización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material Medico – quirúrgico estéril.</li> </ul>			

Registros	Recursos	Parámetros a Controlar	Indicadores	Requisitos a Cumplir
Ver planes operativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestructura Hospitalaria</li> <li>• Recursos Humanos</li> <li>• Equipos Biomédicos</li> <li>• Materiales e insumos</li> <li>• Recursos Financieros</li> <li>• Elementos de protección personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad</li> <li>• Calidad técnica</li> <li>• Gerencia del riesgo</li> <li>• Satisfacción</li> <li>• Bien informado</li> </ul>	Ver Plan de medición	<p><i>Institucionales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas institucionales</li> <li>• Derechos y deberes de usuarios FOSCAL</li> </ul> <p><i>Legales: Faltan otros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 1011 de 2006.</li> <li>• Circular 030 de 2006.</li> <li>• Resolución 5261 de 1994 (Mapipos).</li> <li>• Acuerdo 282 de 2004.</li> <li>• Resolución 1995 de 1999</li> <li>• Acuerdo 228 de 2002.</li> <li>• Resolución 412 de 2000.</li> <li>• Resolución 3384 de 2000.</li> <li>• Acuerdo 117 de 1998.</li> </ul> <p><i>R. contractuales.</i></p>



**FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER**  
*Clínica Carlos Ardila Lülle*

**CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS**

**PROCESO:** EGRESO DEL USUARIO

**SUBPROCESO:** EGRESO DEL SERVICIO DE URGENCIAS

**OBJETIVO:** Garantizar que el proceso de egreso cumpla con el requisito de oportunidad establecido por la institución.

**RESPONSABLE:** Jefe Admisiones y Facturación, Jefe División ambulatoria

PROVEEDORES	ENTRADA	ACTIVIDAD	SALIDA	CLIENTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proceso de Prestación del Servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Epicrisis</li> <li>Plan de Tratamiento</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informar la salida usuario.</li> <li>Entregar Soportes necesarios para liquidar la cuenta.</li> <li>Liquidar los servicios prestados.</li> <li>Salida del usuario de la institución.</li> <li>Remisión y contra remisión</li> <li>Traslado del usuario a otros servicios</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usuario con autorización de salida.</li> <li>Servicios prestados facturados.</li> <li>Resumen de la prestación del Servicio y el manejo ambulatorio.</li> <li>Usuario con orden de remisión o contra remisión.</li> <li>Ordenes de hospitalización o Cirugía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médico remitente</li> <li>Proceso Contratación y Mercadeo</li> <li>Proceso Gestión de Información</li> <li>IPS</li> <li>Usuarios</li> <li>Subproceso de prestación del Usuario en consulta externa u hospitalización.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proceso Gestión de Compras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soportes Administrativos</li> <li>Boletas de Honorarios</li> <li>Factura de Apoyo Diagnostico</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proceso de Ingreso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soportes de Ingreso</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proceso de contratación y mercadeo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contratos</li> </ul>			

Registros	Recursos	Parámetros a Controlar	Indicadores	Requisitos a Cumplir
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infraestructura Hospitalaria</li> <li>Recursos Humanos</li> <li>Dotación Hospitalaria</li> <li>Elementos de Protección</li> <li>Recursos Financieros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oportunidad</li> </ul>	Ver Plan de Medición	<i>Institucionales:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Políticas institucionales</li> </ul> <i>Legales:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Decreto 1011 de 2006.</li> <li>Circular 030 de 2006.</li> <li>Resolución 5261 de 1994</li> <li>Acuerdo 282 de 2004.</li> <li>Acuerdo 228 de 2002.</li> <li>Resolución 412 de 2000.</li> <li>Resolución 3384 de 2000.</li> <li>Acuerdo 117 de 1998.</li> </ul> <i>R. contractuales.</i>

### **3. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL SERVICIO DE URGENCIAS**

La calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: *“la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”*.<sup>1</sup>

El propósito de la auditoria es convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr la calidad dentro de los principios del mejoramiento continuo, comparando la calidad observada con la calidad esperada, detectando las desviaciones que se presentan para emitir conclusiones y recomendaciones que permitan alcanzar niveles de calidad que lleven a mejorar la salud de los usuarios al menor costo posible<sup>2</sup>.

Partiendo de estas definiciones establecidas por el ministerio de la protección social que a su vez tienen raíz en los derechos constitucionales de los ciudadanos y teniendo en cuenta que el servicio de urgencias se convierte en el principal sitio de acceso, se hace necesario conocer los principales problemas o defectos de calidad de la atención con el fin de establecer planes de mejoramiento continuo que nos lleven a garantizar una atención en salud con los mínimos riesgos posibles para la población atendida.

Para el diseño del PAMEC del servicio de urgencias se tendrán en cuenta los lineamientos propuestos en la guía del ministerio de protección social así:

---

<sup>1</sup> Decreto 1011 de 2006, artículo 2

<sup>2</sup> Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud- MPS

### **3.1 AUTOEVALUACIÓN**

La autoevaluación se realizó contra los estándares definidos en el sistema único de Habilitación los cuales están contenidos en el anexo técnico # 1 de la resolución 1043 de 2006. **(Ver Anexo # 1)**

### **3.2 PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:**

La definición de prioridades se realizó con la participación de las personas involucradas con el servicio de urgencias así:

- Jefe División Ambulatoria
- Enfermera Coordinadora Servicio de urgencias
- Coordinadora Admisiones de urgencias
- Jefe Unidad de Gestión de Calidad
- Jefe de Auditoria Médica

Se tuvo en cuenta además de la autoevaluación contra los estándares de habilitación los resultados de la medición de satisfacción de usuarios.

La priorización se realizó teniendo en cuenta la influencia que tienen cada uno de los problemas detectados en relación con los factores claves de éxito definidos por la institución en una escala de 1 a 5 así:

1: poco impacto

3: impacto medio o neutro

5: alto impacto



<b>MATRIZ DE PRIORIZACIÓN URGENCIAS</b>							
	Fortaleza económica y financiera	Satisfacción de los clientes	Optimización de procesos administrativos y clínicos	Compromiso con la gestión social	Capital humano competente	Tecnología al servicio de los procesos y la información	CALIFICACION PRIORIDADES
							Total
Demora en la atención del médico general	2	5	4	3	1	2	240
Demora en la atención del médico especialista	2	5	4	3	2	2	480
usuarios insatisfechos con el servicio	4	5	4	3	4	4	3840
presencia de caídas de los usuarios	3	5	5	3	4	1	900
Errores en la administración de transfusiones	2	5	4	3	3	2	720
Demoras en la salida	2	5	4	3	2	2	480
Demora en la realización de ayudas diagnósticas	3	5	4	3	2	3	1080
Demora en la asignación de camas hospitalarias	2	5	4	3	2	3	720

### **3.3 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA:**

Con el fin de determinar las desviaciones de la calidad del servicio se definieron los indicadores con sus metas los cuales serán monitorizados por los responsables del servicio con el fin de detectar las desviaciones. Cada uno de los indicadores cuenta con su respectiva ficha técnica.

### 3.3.1 FICHA TÉCNICA DE LOS INDICADORES

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>OPORTUNIDAD EN LA CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el tiempo real que deben esperar los usuarios en el servicio de urgencias para ser atendidos por el médico general, una vez son clasificados por el triage
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre el momento que el usuario es clasificado como triage II y el momento en que es atendido por el médico general
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios atendidos en el servicio durante el mes
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		La oportunidad de atención del médico general es directamente proporcional al acceso a los servicios y racionaliza la demanda de niveles superiores de complejidad. El tiempo de respuesta es útil para medir la suficiencia de la institución para atender a la demanda de servicios. Su monitorización puede proveer al usuario de información para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud.
<b>UNIDAD</b>		Minutos
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Libro de registro de atención de urgencias.
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	mensual
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Enfermera profesional
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Director médico
<b>META INSTITUCIONAL</b>		Usuarios clasificados como triage II 30 min



<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>OPORTUNIDAD EN LA INTERCONSULTA EN URGENCIAS POR EL MÉDICO ESPECIALISTA (ORTOPEDIA)</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el tiempo real que deben esperar los usuarios en el servicio de urgencias para ser atendidos por el médico ortopedista
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Sumatoria del tiempo en horas transcurridos entre el momento que el médico general solicita la interconsulta por el ortopedista y el momento en que es valorado por el mismo.
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios a quienes se les solicitó interconsulta por ortopedia durante el mes
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención por el especialista tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana, disminuyendo los riesgos de incapacidad, severidad y secuelas.
<b>UNIDAD</b>		horas
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Libro de registro de atención de urgencias.
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	trimestral
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Enfermera Coordinadora Urgencias
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Director médico
<b>META INSTITUCIONAL</b>		2 horas

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>OPORTUNIDAD EN LA INTERCONSULTA EN URGENCIAS POR EL MÉDICO ESPECIALISTA (CARDIÓLOGO)</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el tiempo real que deben esperar los usuarios en el servicio de urgencias para ser atendidos por el médico cardiólogo
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Sumatoria del tiempo en horas transcurridos entre el momento que el médico general solicita la interconsulta por el especialista y el momento en que es valorado por el mismo.
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios a quienes se les solicitó interconsulta por cardiología durante el mes
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención por el especialista tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana, disminuyendo los riesgos de incapacidad, severidad y secuelas.
<b>UNIDAD</b>		horas
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Libro de registro de atención de urgencias.
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	trimestral
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Enfermera Coordinadora Urgencias
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Director médico
<b>META INSTITUCIONAL</b>		2 horas

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>OPORTUNIDAD EN LA INTERCONSULTA EN URGENCIAS POR EL MÉDICO ESPECIALISTA (CIRUJANO GENERAL)</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el tiempo real que deben esperar los usuarios en el servicio de urgencias para ser atendidos por el cirujano General
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Sumatoria del tiempo en horas transcurridos entre el momento que el médico general solicita la interconsulta por el especialista y el momento en que es valorado por el mismo.
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios a quienes se les solicitó interconsulta por Cirugía General durante el mes
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención por el especialista tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana, disminuyendo los riesgos de incapacidad, severidad y secuelas.
<b>UNIDAD</b>		horas
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Libro de registro de atención de urgencias.
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	trimestral
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Enfermera Coordinadora Urgencias
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Director médico
<b>META INSTITUCIONAL</b>		2 Horas

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el tiempo que deben esperar los usuarios en el servicio de urgencias para recibir los resultados de laboratorio clínico.
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre el momento que el médico solicita los exámenes de laboratorio clínico y el momento en que son entregados los resultados.
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios a quienes se les solicitó exámenes de laboratorio en el servicio durante el período.
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		La oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio clínico tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana, disminuyendo los riesgos de incapacidad, severidad y secuelas.
<b>UNIDAD</b>		Minutos
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Formatos para recolección de información. Hojas de reportes de laboratorio.
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	trimestral
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Enfermera Coordinadora Urgencias
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Director Médico
<b>META INSTITUCIONAL</b>		120 minutos

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS IMAGENOLÓGIA</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el tiempo que deben esperar los usuarios en el servicio de urgencias para recibir los resultados de Imagenología
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre el momento que el médico solicita las ayudas diagnósticas de imagenología y el momento en que son entregados los resultados
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios a quienes se les solicitó exámenes de laboratorio en el servicio durante el período
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		La oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio clínico tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana, disminuyendo los riesgos de incapacidad, severidad y secuelas.
<b>UNIDAD</b>		Minutos
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Formatos para recolección de información
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	trimestral
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Enfermera Coordinadora Urgencias
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Director Médico
<b>META INSTITUCIONAL</b>		120 minutos



<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>MORTALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el porcentaje de usuarios fallecidos en el servicio durante el período
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Total de usuarios fallecidos en el servicio de urgencias durante el período X 100
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios atendidos en el servicio durante el período
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		La tasa de mortalidad es un indicador que evalúa los resultados de la atención en salud brindada por los prestadores y es una medida indirecta de la capacidad resolutive del servicio.
<b>UNIDAD</b>		Porcentaje
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		libro de urgencias, estadísticas del servicio
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	mensual
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Servicio de estadística
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Jefe División Ambulatoria- Dirección Médica
<b>META INSTITUCIONAL</b>		0 %

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>REINGRESOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el porcentaje de usuarios que consultan por la misma causa en el servicio de urgencias antes de 72 horas
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Total de usuarios que reingresan al servicio de urgencias antes de 72 horas por la misma causa durante el período x 100
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios atendidos en el servicio durante el período
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		Este indicador muestra la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica y efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutive de la institución.
<b>UNIDAD</b>		Porcentaje
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		libro de urgencias, estadísticas del servicio
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	mensual
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Servicio de Estadística
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Jefe División ambulatoria
<b>META INSTITUCIONAL</b>		< 5 %

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>CALIDAD EN EL REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS MÉDICOS GENERALES</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar la calidad en el registro de las historias clínicas de los médicos generales del servicio de urgencias
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Porcentaje de historias clínicas de los médicos generales calificadas como buenas en el servicio de urgencias X 100
	<b>Denominador</b>	Total de historias auditadas
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		La calidad de los registros de las historias clínicas facilitan el manejo seguro de los usuarios por parte de todo el equipo de salud. La legibilidad de la historia clínica es un requisito legal que debe ser cumplido por el prestador.
<b>UNIDAD</b>		Porcentaje
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Historias clínicas de urgencias Formatos de auditoria de historias clínicas de urgencias
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	Anual
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Grupo de auditoria
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Jefe de División ambulatoria
<b>META INSTITUCIONAL</b>		Historias calificadas como buenas > 80%

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>CALIDAD EN EL REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar la calidad en el registro de las historias clínicas del personal de enfermería del servicio de urgencias
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Porcentaje de los formatos de enfermería calificadas como buenas en el servicio de urgencias X 100
	<b>Denominador</b>	Total de historias auditadas
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		La calidad de los registros de las historias clínicas facilita el manejo seguro de los usuarios por parte de todo el equipo de salud. La legibilidad de la historia clínica es un requisito legal que debe ser cumplido por el prestador.
<b>UNIDAD</b>		Porcentaje
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Historias clínicas de urgencias Formatos de auditoria de historias clínicas de urgencias
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	Anual
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Grupo de auditoria
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Jefe de División ambulatoria
<b>META INSTITUCIONAL</b>		Historias calificadas como buenas > 80%

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>USUARIOS CON CAÍDAS EN EL SERVICIO</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el número de usuarios que sufren caídas en el servicio
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Número de usuarios que sufren caídas en el servicio de urgencias durante el mes
	<b>Denominador</b>	Número total de usuarios atendidos en el servicio de urgencias durante el mes
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		Los eventos adversos como las caídas de los usuarios en un servicio son una medición indirecta de la calidad de la atención del personal de enfermería y de la suficiencia de este personal en el servicio
<b>UNIDAD</b>		Porcentaje
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Libro de registros de urgencias- Formato de reporte de incidentes accidentes
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Enfermera coordinadora Urgencias
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Jefe de División ambulatoria
<b>META INSTITUCIONAL</b>		0

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el número de errores que se producen en el servicio al momento de la administración de medicamentos.
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Total de errores en la administración de medicamentos reportados en el servicio durante el mes.
	<b>Denominador</b>	No aplica
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		Los eventos adversos producidos por el personal de enfermería son una medición indirecta de la calidad de la atención del personal, de la suficiencia de este personal en el servicio y del entrenamiento del personal.
<b>UNIDAD</b>		
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Formato de reporte de incidente accidente
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Enfermera Coordinadora
	<b>ANÁLISIS</b>	Enfermera Coordinadora
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Jefe División de Enfermería
<b>META INSTITUCIONAL</b>		0

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE TRANSFUSIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el número de errores que se producen en el servicio al momento de la administración de transfusiones sanguíneas.
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Total de errores en la administración de transfusiones sanguíneas reportadas en el servicio durante el mes X 100
	<b>Denominador</b>	Total de transfusiones realizadas en el servicio durante el mes
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		Los eventos adversos producidos por el personal de enfermería son una medición indirecta de la calidad de la atención del personal de enfermería y de la suficiencia de este personal en el servicio.
<b>UNIDAD</b>		Porcentaje
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Formato de reporte de incidente accidente
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Enfermera Coordinadora
	<b>ANÁLISIS</b>	Enfermera Coordinadora
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Jefe División de Enfermería
<b>META INSTITUCIONAL</b>		0

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>USUARIOS CON ZONAS DE PRESIÓN PRODUCIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar la calidad del cuidado de enfermería en los usuarios que son atendidos en el servicio de urgencias
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Total de usuarios con zonas de presión presentadas durante la atención en el servicio de urgencias X 100
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios atendidos en el mes
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		Los eventos adversos producidos por el personal de enfermería en un servicio son una medición indirecta de la calidad de la atención del personal y de la suficiencia de este en el servicio
<b>UNIDAD</b>		Porcentaje
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Formato de reporte de incidente accidente
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Enfermera Coordinadora Urgencias
	<b>ANÁLISIS</b>	Enfermera Coordinadora Urgencias
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Jefe División Ambulatoria
<b>META INSTITUCIONAL</b>		0



<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar la capacidad administrativa para la oportunidad en la asignación de camas de los usuarios de urgencias que requieren hospitalización.
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Sumatoria de los minutos transcurridos desde el momento en que el médico ordena la hospitalización y el momento en que el usuario es trasladado a la habitación
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios hospitalizados en el mes procedentes del servicio de urgencias
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		La oportunidad en el traslado de los usuarios de urgencias al servicio de hospitalización es un indicador directo de la eficiencia de los procesos administrativos de la institución. La demora en la asignación de cama hospitalaria, genera insatisfacción del usuario y su familia.
<b>UNIDAD</b>		Minutos
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Formato de medición de oportunidad para hospitalización Registros de la historia clínica
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	Trimestral
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Enfermera Coordinadora Urgencias
	<b>ANÁLISIS</b>	Enfermera Coordinadora Urgencias
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Jefe División Ambulatoria
<b>META INSTITUCIONAL</b>		60 min

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>GRADO DE PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el grado de satisfacción percibido por los usuarios en el servicio de urgencias
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Total de usuarios encuestados satisfechos con el servicio de urgencias
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios atendidos en el período
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		La medición de la satisfacción del usuario permite conocer las expectativas y necesidades de los usuarios, modificar el comportamiento institucional y diseñar planes de mejoramiento en cada el área.
<b>UNIDAD</b>		Porcentaje
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Formato de encuestas de satisfacción del servicio de urgencias
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	Semestral
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Encuestadoras Atención al usuario
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División Ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Dirección Médica- Dirección General
<b>META INSTITUCIONAL</b>		> 95 %

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>GRADO DE PERCEPCIÓN DE BIEN INFORMADO</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar el grado de información percibido por los usuarios en el servicio de urgencias
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Total de usuarios encuestados bien informados en el servicio de urgencias
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios atendidos en el período
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		La medición del nivel de información percibido por el usuario en el servicio, mejora los niveles de satisfacción de los mismos y permiten ajustar los planes para obtener mejores resultados.
<b>UNIDAD</b>		Porcentaje
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Formato de encuestas de satisfacción del servicio de urgencias
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	Semestral
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Encuestadoras atención al usuario
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División Ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Dirección Médica- Dirección General
<b>META INSTITUCIONAL</b>		> 95 %

<b>FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>RELACIÓN DE QUEJAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS</b>
<b>OBJETIVO</b>		Determinar las principales razones de quejas expresadas por los usuarios cuando reciben atención en el servicio de urgencias
<b>PROCEDIMIENTO DE CALCULO</b>	<b>Numerador</b>	Total de quejas del servicio de urgencias presentadas en el período X 100
	<b>Denominador</b>	Total de usuarios atendidos en el servicio de urgencias durante el período
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		El volumen de quejas presentadas por los usuarios y la respuesta a los mismos permiten identificar los defectos y desarrollar acciones correctivas donde participen los involucrados en las mismas.
<b>UNIDAD</b>		Porcentaje
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>		Formato OMES (oportunidades de mejoramiento del servicio)
<b>FRECUENCIA</b>	<b>CAPTURA</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE</b>	<b>CAPTURA</b>	Coordinadora Atención al usuario
	<b>ANÁLISIS</b>	Jefe División Ambulatoria
	<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Dirección Médica- Dirección General
<b>META INSTITUCIONAL</b>		<5%

### 3.3.2 TABLA RESUMEN DE INDICADORES DEL PAMEC SERVICIO DE URGENCIAS FOSCAL

PARÁMETRO A CONTROLAR	INDICADOR	META	RESULTADOS PRIMER SEMESTRE						RESULTADOS SEGUNDO SEMESTRE						TOTAL
			ENER O	FEBR E	MARZ O	ABRI L	MAY O	JUNI O	JULI O	AGO S	SEP TI	OCTU B	NOVI E	DICIE M	
ACCESIBILIDA D	Demanda Insatisfecha														
OPORTUNIDA D	Oportunidad en la Atención en Consulta de Medicina General	<30 min													
	Oportunidad en la interconsulta de ortopedia	120 min													
	Oportunidad en la interconsulta de cardiología	120 min													
	Oportunidad en la interconsulta de Cirugía General	120 min													
	Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio clínico	90 min													

	Oportunidad en la entrega de resultados de Imagenología	60 min															
	Oportunidad en la asignación de cama hospitalaria	60 min															
GERENCIA DEL RIESGO – CALIDAD TÉCNICA	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>	<b>RESULTADOS PRIMER SEMESTRE</b>						<b>RESULTADOS SEGUNDO SEMESTRE</b>						<b>TOTAL</b>		
			<b>ENE RO</b>	<b>FEBR E</b>	<b>MARZ O</b>	<b>ABR IL</b>	<b>MAY O</b>	<b>JUN IO</b>	<b>JULI O</b>	<b>AG OS</b>	<b>SEP TI</b>	<b>OCTU B</b>	<b>NOVIE</b>	<b>DICIE M</b>			
	Mortalidad	<5%															
	Reingresos	<5%															
	Calidad en los registros de médicos generales	>80%															
	Calidad en los registros de enfermería	> 80%															
	Errores en la administración de Medicamentos	0															
	Errores en la administración de sangre	0															

	Usuarios con caídas	0													
	Usuarios con zonas de presión	0													
SATISFACCIÓN	Grado de Percepción de Satisfacción	Mayor 95%													
	Grado de Percepción de Bien Informado	Mayor 95%													
	Porcentaje de quejas	< 5%													

### **3.4 PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS SELECCIONADOS**

La recolección de la información se llevará a cabo teniendo en cuenta los parámetros definidos en las fichas técnicas de los indicadores y los hallazgos encontrados entre la calidad esperada y la observada deberán ser analizados en el grupo primario del servicio. Si la tendencia del indicador está por fuera de las metas establecidas serán objeto de análisis del grupo para lo cual se utilizarán herramientas estadísticas como la lluvia de ideas o el diagrama causa efecto.

posteriormente los responsables del servicio definirán las actividades a desarrollar asignando los respectivos responsables, recursos y tiempo estimado de ejecución; Estas acciones deberán quedar evidenciadas en el formato de planes de acción (Anexo # 2).diseñado por la institución y será responsabilidad de la jefe de la división ambulatoria la verificación del cumplimiento del mismo.



#### **4. BIBLIOGRAFÍA**

1. Ley 100 de 1993.
2. decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Resolución 1446 de 2006 Sistema de información para la calidad.
4. Resolución 1043 de 2006, Anexo técnico N° 1 Manual único de estándares de habilitación.
5. Circular 030 de 2006 superintendencia Nacional de Salud. Indicadores del nivel de monitoria del sistema.
6. Resolución 2680 de 2007.

## **ANEXOS**

ANEXO. 1 Autoevaluación contra estándares de habilitación servicio de urgencias



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER

*Clínica Carlos Ardila Lülle*



**FOSCAL**

**LISTA DE VERIFICACIÓN**  
URGENCIAS

<b>FECHA:</b>	<b>NOMBRE RESPONSABLES:</b>
---------------	-----------------------------

1. RECURSO HUMANO				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.	X			
El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.	X			
Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.	X			
El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado.	X			
Las hojas de vida del recurso humano contratado, están centralizadas en la oficina de personal o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia.	X			
Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos.	X			
Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento.	X			
El personal esta siempre bajo la supervisión del médico , quien será el responsable de todas la lleven a cabo en el servicio	X			

<p>Médico Especialista. Permanente en alta complejidad.  En mediana complejidad, Médico general o médico especialista en medicina de urgencias permanente.  En alta y mediana complejidad, enfermera profesional, auxiliar en enfermería Permanentes. Médicos especialistas o Subespecialistas en las especialidades o subespecialidades ofrecidas, que podrán estar de disponibilidad  Los médicos generales que se desempeñen en urgencias de mediana complejidad deberán contar con entrenamiento certificado en soporte vital avanzado de mínimo 48 horas.  Todo el personal mencionado excepto el médico, debe contar con entrenamiento certificado en soporte vital básico de mínimo 20</p>				<p>Falta actualización en RCCP del personal auxiliar y profesional de enfermería al igual que de los médicos generales</p>
---	--	--	--	--

2. INSTALACIONES FISICAS				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<p>Cuenta con 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.  La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.</p>	X			
<p>La empresa debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios.</p>	X			
<p>Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos, biosanitarios, anatomopatológicos y cortopunzantes.  Cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuada, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior.  Cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.</p>				<p>El servicio no cuenta con cuarto para el depósito temporal de residuos.</p>
<p>Cuenta con un ambiente físico exclusivo y delimitado y dispone de las siguientes áreas:  _ Puesto de enfermería, el cual debe contar como mínimo con los siguientes ambientes: trabajo sucio, unidad sanitaria y depósito  _ Consultorios con las características de consulta externa.  _ Sala de procedimientos con área para curaciones. Si cuenta con sala ERA, rehidratación oral o sala de yeso deberá cumplir con los requisitos solicitados en dichos servicios.  _ Sala de observación (si atiende pacientes pediátricos contará con ambiente separado para este tipo de pacientes)  _ Sala de Reanimación (en baja complejidad puede ser la misma área de procedimientos).  _ Área general de aseo para el servicio; puede ser compartido con otros servicios cercanos.  El servicio garantiza la disponibilidad de oxígeno en los consultorios, en el área de</p>	X			<p>Falta unidad sanitaria para el personal del área</p>

<p>observación y en la sala de reanimación. Presta servicios 24 horas.</p> <p><b>SALA DE REANIMACION DE URGENCIAS:</b>  Se encuentra dentro del servicio de urgencias.  _ Dispone de un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no es utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución.  _ El acceso permite el ingreso fácil de camillas.  _ Los pisos son impermeables, sólidos, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes, y con nivelación adecuada para facilitar drenaje. Además los cielo rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, resistentes a factores ambientales.  _ El área alrededor de la mesa de procedimientos permite la instalación y movilización de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia.  _ Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno.  _ Los equipos eléctricos estarán conectados a tomas eléctricas que cuenten con un sistema de polo a tierra.  _ Área de aseo para este servicio, en caso de no compartirlo con otros servicios aledaños.</p> <p><b>SALA DE YESOS:</b>  Área física delimitada, señalizada y de circulación restringida y no utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución.  _ Los pisos, cielo rasos, techos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área son de fácil limpieza y desinfección.  _ Debe contar con lavamanos.</p> <p><b>SALA DE PROCEDIMIENTOS MENORES:</b>  Funciona en un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución.  _ El acceso permite el ingreso fácil de camillas.  _ 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.  _ El área alrededor de la mesa de procedimientos permite la instalación y movilización de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia.  _ Acceso a lavamanos, fuera de la sala.  _ Si se trata de una sala dependiente de consulta externa o prioritaria debe contar con señalización clara y visible para los usuarios de que no se presta el servicio de urgencias y los horarios de atención.  _ En los servicios dependientes de consulta externa o prioritaria no se podrán manejar pacientes que requieran observación. Las áreas de observación serán exclusivas de los servicios de urgencias.</p>				<p>Los techos del área de reanimación no son impermeables</p>
<p>Las áreas de trabajo cuentan con iluminación y ventilación natural y/o artificial</p>	<p>X</p>			
<p>Los equipos deben contar con regulador o estabilizador de voltaje con polo a tierra y no deben estar conectados a una extensión eléctrica.</p>		<p>X</p>		

Debe existir un área administrativa separada del área técnica.	X			
Existe un área de lavado de material y esterilización (Si aplica), independiente del resto de las áreas técnicas.				Se cuenta con la unidad de esterilización, no se realiza lavado de instrumental dentro del área
Cuenta con depósito de materiales.				

### 3. DOTACION Y MANTENIMIENTO

CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Se realiza mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con las indicaciones dadas por los fabricantes y con controles de calidad. La calibración de los equipos se consigna en la hoja de vida del equipo junto con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida están centralizadas.	X			No se dispone en el área de las hojas de vida de los equipos. Estas están centralizadas en el área de biomédica. Se realiza mantenimiento preventivo según cronograma
Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos suficientes. La dotación mínima será ambú - bag, laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica, guía de intubación para adulto y pediátrica según el tipo de población que atienda. Succionador, electrocardiógrafo, bombas de infusión si manejan medicamentos de goteo estricto, glucómetro, camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados y silla de ruedas.	X			
El mantenimiento de los equipos biomédicos se realiza por personal entrenado o especializado	X			
Existe Nevera para el almacenamiento de sueros y reactivos con termómetro interno para control de temperatura.	X			
Si el servicio es de baja o mediana complejidad cuenta con: _ En el área de consulta médica: Camilla con estribos, salvo en urgencias pediátricas que no requieren estribos, tensiómetro y fonendoscopio, termómetro, equipo de órganos de los sentidos, balanza de pie. _ En urgencias pediátricas: balanza pesa bebé y cinta métrica. _ En Sala de procedimientos: Camillas rodantes con freno y con barandas, equipo de Pequeña cirugía En Sala de Observación: Camillas rodantes con barandas. Dotación para todo el servicio: Instrumental gineco-obstétrico, _ Monitor de signos vitales, _ Aspirador de secreciones, _ Material para inmovilización para adulto y pediátrico. _ Equipo de toracostomía. El carro de paro debe contener:	X			Los consultorios cuentan con la dotación completa. En el área de urgencias no se realiza valoración ginecológica. La usuaria es trasladada directamente a la sala de partos.

<p>_ Equipos para permeabilización de vía aérea (bajalenguas, tornillos, pinzas maguill) cánulas orofaríngeas: guedel mayo, bergman y nasofaríngeas blandas o rígidas de diferentes tamaños.</p> <p>_ Dispositivo para ventilación transtraqueal percutánea.</p> <p>_ Laringoscopio, pilas, valvas para adulto y paciente pediátrico, de diferentes tamaños, rectas y curvas.</p> <p>_ Tubos endotraqueales de diferentes tamaños.</p> <p>_ Máscaras laríngeas de diferentes tamaños o combitubo.</p> <p>_ Fijadores de tubo endotraqueal.</p> <p>_ Mangueras conectoras a fuentes de oxígeno.</p> <p>_ Dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio para adultos y pediátricos</p> <p>Máscara de no reinhalación con reservorio para adultos y pediátrico.</p> <p>Si el servicio es de alta complejidad cuenta además de lo definido para baja y mediana complejidad con:</p> <p>_ En sala de reanimación: Camilla rodante con mecanismo de freno, mesa auxiliar rodante, aspirador de secreciones, adecuado sistema de iluminación, monitor cardiaco de cinco (5) derivaciones con visoscopio, impresora y desfibrilador con paletas adulto y pediátricas que debe funcionar con batería y permanecer conectado, y oximetría.</p> <p>Elementos para todo el servicio:</p> <p>Equipos de punción lumbar y bombas de infusión.</p> <p><b>SALA DE PROCEDIMIENTOS MENORES:</b></p> <p>Camillas rodantes con freno y con barandas.</p> <p>_ Instrumental o equipo de pequeña cirugía, instrumental necesario de acuerdo con el tipo de procedimientos que se realiza.</p>				
---	--	--	--	--

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<p>Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia.</p>	<b>X</b>			
<p>Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, y en general los insumos que utilicen, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante.</p> <p>Se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento.</p> <p>Cuentan con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.</p>	<b>X</b>			

Todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del INVIMA. Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes.	X			
Tiene un proceso de adquisición de dispositivos médicos definido y documentado. Los insumos y reactivos se encuentran almacenados bajo las condiciones de temperatura adecuada según el fabricante.				
Tienen definidos procedimientos para: _ Compra, recepción y almacenamiento, e inventario del material radiactivo. Manipulación del material radiactivo dentro de la instalación y para aquellos casos en que deba ser utilizado fuera de ella (quirófanos, salas de hospitalización, etc.).	X			

<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>				
<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Se tienen definidos y documentados los procedimientos de acuerdo con la frecuencia de presentación en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.				
Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos. Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.				Las guías clínicas establecidas están en proceso de revisión al igual que los procedimientos de enfermería
Además de las definidas para la atención hospitalaria, deben tener guías sobre atención médica inicial y definición de conducta. Revisión en cada turno del equipo de reanimación. Metodología y definición de clasificación de pacientes (triage) si realiza este procedimiento. Planes hospitalarios para emergencias internas y externas.	X			La clasificación del triage es realizado por la enfermera profesional El servicio cuenta con el plan de emergencias interno y externo.
Si realiza transfusión de sangre o de sus componentes sanguíneos, éstos últimos deben ser provenientes de un banco de sangre o de un servicio de transfusión sanguínea. Los prestadores que realicen la transfusión tendrán bajo su responsabilidad la verificación y registro de la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente.	X			
El servicio cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico				



Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.		X		
Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011	X			
Cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 4741 de 2006 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	X			
<b>SERVICIO DE REANIMACIÓN:</b> Técnicas de asepsia y antisepsia en relación con: Planta física, Equipo de salud, El paciente, Instrumental y los equipos. Transfusión de sangre o de sus componentes sanguíneos, provenientes de un Banco de Sangre o de un servicio de transfusión sanguínea. Los prestadores que realicen la transfusión tendrán bajo su responsabilidad la verificación y registro de la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente. Guías sobre Atención médica inicial y definición de conducta. Revisión en cada turno del EQUIPO DE REANIMACIÓN Planes de emergencia hospitalaria. Cadena de llamadas.	X			
<b>SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES:</b> Debe contar con la relación de procedimientos que se realizan en la sala. Debe tener definidos criterios explícitos y documentados sobre el tipo de procedimientos que se pueden realizar en la sala y de los que no se pueden realizar. Los criterios deben enmarcarse en las características generales de procedimientos menores establecidas en la definición de procedimientos menores. Protocolos de los procedimientos que se realizan en la sala, que incluyan consentimiento informado. Procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin hospitalización. Guías de manejo de patologías de Urgencia Manual de bioseguridad. <b>SALA DE YESOS:</b> Si se trata de una sala dependiente de consulta externa, debe contar con señalización clara y visible para los usuarios de que no se presta el servicio de urgencias y los horarios de atención. Debe tener definidos criterios explícitos y documentados sobre el tipo de procedimientos que se pueden realizar en la sala y de los que no se pueden realizar. Los criterios deben enmarcarse en las características generales de procedimientos menores establecidas en				

<p>la definición de procedimientos menores.          Debe contar con la relación de procedimientos que se realizan en la sala. Todos los procedimientos deben enmarcarse en las características generales de procedimientos menores establecidas en la definición de procedimientos menores.          Protocolos de los procedimientos que se realizan en la sala.          Procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin hospitalización.</p>				
---	--	--	--	--

<b>6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS</b>				
<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica	<b>X</b>			
Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario. El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales	<b>X</b>			
Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	<b>X</b>			
Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.		<b>X</b>		
En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras 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.				
Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.				

Deberá contar con tarjetas de Triage o de clasificación de multitud de lesionados.				
--	--	--	--	--

### 7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<p>Si la institución presta urgencias de mediana o alta complejidad, además de lo exigido para baja complejidad, cuenta con servicios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Transfusión sanguínea las 24 horas o Banco de Sangre.</li> <li>_ Quirófano.</li> <li>_ Nutrición.</li> <li>_ Terapia respiratoria.</li> <li>_ Laboratorio clínico.</li> <li>_ Servicio farmacéutico.</li> <li>_ Ambulancia.</li> <li>_ Radiología.</li> </ul> <p>Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento).</p>	X			

### 8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<p><b>SALA DE REANIMACIÓN</b></p> <p>Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes. Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Los destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución.</li> <li>_ Los equipos de comunicaciones necesarios para el contacto con la entidad de referencia.</li> <li>_ La disponibilidad de los medios de transporte.</li> </ul> <p>Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes</p>	C			

### 9. SEGUIMIENTO A RIESGOS

CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio		X		

<p>que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:  La ficha técnica del indicador, La estandarización de las fuentes, La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.</p>				
<p>_ Guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre control de infecciones, manejo de antibióticos, manejo de productos biológicos y manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones  _ Normas de bioseguridad, limpieza y desinfección, incluidos  _ Guías establecidas por el comité de farmacia y terapéutica, sobre el correcto uso de los medicamentos incluyendo controles sobre el uso de los psicotrópicos y otros medicamentos que causan adicción física y psíquica, en caso de ser utilizados por la institución.  Guía sobre transfusión de sangre total o de sus componentes  Los prestadores que realicen éste procedimiento, tendrán bajo su responsabilidad, verificar que todo componente sanguíneo, que se vaya a aplicar a un paciente, cuente con el Sello Nacional de Calidad de Sangre  _ Comités técnico científicos o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno en el prestador que desarrollen los procesos de evaluación y seguimiento de los siguientes riesgos:  _ Mortalidad hospitalaria, incluyendo mortalidad obstétrica, quirúrgica, perinatal y de urgencias.  _ Infecciones intrahospitalarias incluyendo infecciones quirúrgicas  _ 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.</p>				<p>Se tiene definida una política para profilaxis antibiótica</p>
<p>Deben tener documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El buzón de sugerencias, quejas, encuestas de satisfacción.</li> <li>• Complicaciones de procedimientos diagnósticos</li> <li>• Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros</li> </ul>				
<p><b>Firma Evaluador FOSCAL</b></p>			<p><b>Firma Representante URGENCIAS</b></p>	