

**PROGRAMA DE CALIDAD PARA EL SERVICIO DE HEMODINAMIA DE
DIAGNÓSTICOS CARDIOLÓGICOS ESPECIALIZADOS
DIACORSA S.A.**

**ALBA LUCÍA AGUILLÓN MORENO
NATHALIE BRIGITTE VEGA SANABRÍA**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
UNIVERSIDAD CES
FLORIDABLANCA
2008**

**PROGRAMA DE CALIDAD PARA EL SERVICIO DE HEMODINAMIA DE
DIAGNÓSTICOS CARDIOLÓGICOS ESPECIALIZADOS DIACORSA S.A.**

**ALBA LUCÍA AGUILLÓN MORENO
NATHALIE BRIGITTE VEGA SANABRIA**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD**

**DIRECTOR
DR. HERNÁN GARCÍA
MD. COORDINADOR DE POSTGRADOS ÁREA SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD CES**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
UNIVERSIDAD CES
FLORIDABLANCA
2008**

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
1. INTRODUCCION.....	5
1.1. MARCO CONTEXTUAL.....	7
1.2. MARCO NORMATIVO.....	9
1.3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.....	10
1.4. POLITICA DE CALIDAD.....	11
1.5. MISION.....	11
1.6. VISION.....	11
2. PLANEACION ESTRATEGICA PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA	12
2.1. OBJETIVOS.....	12
2.1.1. OBJETIVO GENERAL.....	12
2.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
3. PLANEACION TACTICA DE LA ESTRATEGIA.....	14
3.1. ALCANCE.....	14
4. PLANEACION OPERATIVA DE LA ESTRATEGIA.....	15
4.1. METODOLOGIA.....	15
4.2. DEFINICION DE PRIORIDADES.....	18
4.3. CALIDAD ESPERADA.....	21
4.4. PROCESO DE HEMODINAMIA.....	21
4.5. ACTIVIDADES RELACIONADAS.....	22
4.6. DESARROLLO.....	22
5. PLAN DE MEJORAMIENTO.....	25

5.1. HACER.....	25
5.2. VERIFICAR.....	27
5.3. ACTUAR.....	28
5.4. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.....	29
5.5. DIVULGACION DE PROCESOS.....	29
5.6. TALLERES DE CAPACITACION.....	29
5.7. SEGUIMIENTO A TRAVES DE LOS COMITES.....	30
5.8. DEFINICION DE CALIDAD ESPERADA.....	30
5.9. INDICADORES.....	31
6. EVENTOS ADVERSOS.....	36
7. CONCLUSIONES.....	38
8. BIBLIOGRAFIA.....	39
9. ANEXOS.....	41

INTRODUCCIÓN

Este programa de calidad para el servicio de hemodinamia, busca apoyar y conducir a los trabajadores de la empresa Diagnósticos Cardiológico Especializados S.A. - DIACORSA, en el mejoramiento de los procesos que soportan el acceso, la oportunidad, continuidad, pertinencia y seguridad, de manera que garanticen una atención con calidad, minimizando el riesgo de sufrir un evento adverso en la atención de la salud.

El seguimiento que realizaremos nos permitirá evidenciar el compromiso que cada uno de nuestros profesionales de la salud tiene con la calidad de atención a nuestros usuarios.

Con el advenimiento del SGSSS iniciado a través de la ley 100 de 1993, particularmente para el sector salud se incorporan objetivos claros basados en los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia, integralidad, unidad y participación, los cuales implican:

1. Garantizar la salud a quienes lo soliciten y que de una u otra manera se encuentren afiliados al sistema.
2. Garantizar la prestación de los servicios en los términos de la presente ley.

Ante la necesidad de medir el impacto de las acciones de las IPS y buscando una atención con calidad que satisfaga las necesidades de la población Colombiana el Ministerio de la Protección Social diseña herramientas de evaluación, control y seguimiento y crea estándares básicos de obligatorio cumplimiento.

Dando cumplimiento a la normatividad, DIACORSA se propone establecer un programa para el mejoramiento de la calidad para la atención en salud, buscando desarrollar procesos que logren apoyar y conducir a los funcionarios en el mejoramiento de los

procesos que soporten el acceso, la oportunidad, continuidad, pertinencia y seguridad, de manera que garanticemos una atención con calidad, minimizando el riesgo de sufrir un evento adverso en la atención de la salud.

En el primer capítulo se realizará una descripción de la empresa DIACORSA, sus servicios, direccionamiento estratégico y política de calidad que permitan caracterizar a la institución.

En el segundo capítulo se presenta el objetivo general y los objetivos específicos que se quieren alcanzar con la implementación del Programa de Calidad para el Servicio de Hemodinamia.

En el tercer capítulo se determina el alcance del proyecto de elaboración del programa de calidad para el servicio de hemodinamia.

En el cuarto capítulo se hace una descripción de la metodología a emplear en la elaboración del programa de calidad, continuando con las etapas de la implementación del proceso, la definición de la calidad esperada y la elaboración de indicadores.

En un capítulo especial se describirán los eventos adversos más frecuentes que pueden presentarse en un servicio de alto nivel de complejidad, como los que ofrece DIACORSA.

Finalmente se presentan algunas conclusiones para la implementación y seguimiento de las actividades descritas en dicho programa de calidad.

1. PLANEACION POLITICA O NORMATIVA DE DIAGNÓSTICOS CARDIOLÓGICOS ESPECIALIZADOS DIACORSA S.A.

1.1. MARCO CONTEXTUAL

Diagnósticos Cardiovasculares Especializados S.A. DIACORSA, es una institución privada, de alto nivel de complejidad, fundada en octubre 29 de 1992 en Floridablanca, mediante escritura pública número 2505, bajo la iniciativa de la Sra. Lucía Beatriz Gómez, a los socios de la General Médica de Colombia, de lograr apoyo para la compra de un equipo vascular y ser instalado en el sexto piso de la Clínica Carlos Ardila Lulle; después de haberse propuesto a varios médicos cardiólogos de la ciudad y sin tener eco inicialmente para la compra de un equipo diagnóstico necesario para que la Fundación Cardiovascular pudiera realizar las actividades de cirugía cardiovascular, se toma un leasing para la compra de un equipo vascular General Electric LV MPX con cinco socios.

Durante el primer año de funcionamiento, General Médica financia el monto de instalación, permitiéndole a DIACORSA SA obtener capital de trabajo y adquirir los demás equipos necesarios para un buen servicio. En los años sucesivos, se han adquirido nuevos equipos con la última tecnología, que coloca a DIACORSA SA a la vanguardia en el manejo de diagnósticos, permitiendo realizar cada día un mayor número de procedimientos con tecnología avanzada y eficiente.

En la actualidad la empresa tiene a disposición dos salas para el servicio de diagnóstico e intervencionismo cardiovasculares en el edificio de la Fundación Cardiovascular de Colombia con todos los diseños técnicos para el montaje de equipos y una sala para el departamento de Imágenes Diagnósticas, además de sucursales en la ciudad de Ibagué y Santa Marta dentro de las instalaciones físicas de la Fundación Cardiovascular.

Esta empresa que presta servicios de diagnóstico y terapia vascular, electrofisiología, clínica de dolor e imágenes diagnósticas, ubicada en el municipio de Floridablanca, área metropolitana de Bucaramanga, Santander, realiza procedimientos de alto nivel de

complejidad de la cardiología como el servicio de hemodinamia. Esta es una especialidad relativamente nueva, que si bien tiene sus comienzos en el siglo XIX la gran parte de la historia se desarrolla en estos últimos años con el advenimiento de la angioplastia y la colocación de stents, constituyéndose en una especialidad noble y pujante y en constante crecimiento.

Se trata de una subespecialidad de la cardiología actualmente denominada Cardioangiología Intervencionista y que comprende diferentes procedimientos que se llevan a cabo tanto con fines diagnósticos como terapéuticos y que son aplicados no sólo a la patología cardiovascular sino que brindan ayuda a muchas de las especialidades tanto de la medicina interna como a especialidades quirúrgicas. Los estudios realizados en las salas de hemodinamia son hoy por hoy herramientas indispensables para la toma de decisiones en una amplia gama de patologías.

En DIACORSA SA el servicio de hemodinamia cuenta con un personal idóneo y calificado por los más altos niveles académicos y asistenciales; su recurso médico está dotado de 3 hemodinamistas (2 MD intervencionistas de adultos y 1 MD. intervencionista pediátrico) y demás personal paramédico, allí se realizan procedimientos como cateterismos coronarios y periféricos diagnósticos, angioplastias coronarias y periféricas, valvulotomías mitrales, aórticas y pulmonares, cierres de defectos septales auriculares o ventriculares, foramen ovals y ductos arteriales persistentes con dispositivos endovasculares manejando tecnología de punta que le permite ofrecer al cliente altos niveles de confiabilidad, eficiencia y liderazgo en el tratamiento de su patología cardíaca y vascular periférica.

Actualmente DIACORSA SA maneja un personal de aproximadamente 100 personas para el servicio no solo de hemodinamia sino de las salas de electrofisiología (procedimientos invasivos como implantes de marcapasos cardíacos, estudios electrofisiológicos, implantes de cardiodesfibriladores y resincronizadores) clínica del dolor (implantes de neuroestimuladores espinales, procesos de radiofrecuencia, bloqueos simpáticos , implantes de catéteres epidurales etc.) radiología digital especializada, tomografía multicorte y angiotac, todos estos administrados por una

organización jerárquica que cuenta desde una junta directiva, revisor fiscal gerente general y de procesos de apoyo como: los departamentos de facturación ,contabilidad, compras, almacén, sistemas enfermera administrativa y de procesos técnicos donde se encuentra todo el personal asistencial como médicos radiólogos, tecnólogos en radiología , personal de enfermería, secretarias de sala y de radiología y servicios generales.

(Ver anexo 1)

1.2. MARCO NORMATIVO

Decreto 1011 de 2.006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus resoluciones reglamentarias.

Resolución 1043 de 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Resolución 2680 de 2007 modificó la Resolución 1043. Resolución 3763 de 2007 modificó parte del anexo técnico.

Resolución 1445 de 2006, por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

Resolución 1446 de 2.006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Circular 030 de 2006, Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; los

indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención en salud (Auto evaluación de la red prestadora y Atención al Usuario) en las Entidades Promotoras de Salud cualquiera sea su naturaleza jurídica y régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada y los requerimientos de información.

Ley 872 de 2.003, por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras Entidades Prestadoras de Servicios, aplicando la NTCGP 1000:2004

Decreto 1599 de 2005, por el cual se adopta el modelo estándar de control Interno para el estado colombiano conforme de la Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado.

Circular conjunta 018 de 2006, da compatibilidad al sistema de gestión de la calidad y el modelo estándar de control interno en las entidades u organismos distritales.

1.3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

En nuestra compañía la excelencia y el mejoramiento continuo son nuestra filosofía de servicio, es por ello que buscamos la alineación entre la cultura, la estructura de nuestra Organización y las estrategias para el alcance de los propósitos corporativos a través de un direccionamiento estratégico, su despliegue y seguimiento.

1.4. POLITICA DE CALIDAD

En DIACORSA SA nuestro compromiso es proveer la excelencia en los servicios de Diagnóstico y Terapia Cardiovascular, Clínica del Dolor e Imágenes Diagnósticas, mediante el mejoramiento continuo basado en nuestro Sistema de Gestión de la Calidad, contando con el apoyo médico científico, técnico y administrativo de personal competente, garantizando el bienestar a todos nuestros colaboradores y la satisfacción de nuestros Clientes.

1.5. MISIÓN

Diagnósticos Cardiológico Especializados S.A. DIACORSA es una empresa privada con proyección a la comunidad, dedicada a la prestación de servicios de Diagnóstico y Terapia Cardiovascular, Clínica del Dolor e Imágenes Diagnósticas, contando con un grupo humano de la más alta calidad científica, administrativa y técnica el cual garantiza el liderazgo, brindándole al paciente y al cuerpo médico la tecnología más avanzada y el servicio más eficiente.

1.6. VISION

DIACORSA SA será reconocida para el año 2015 como el mejor centro de diagnóstico a nivel nacional e internacional, direccionando sus esfuerzos a garantizar un servicio diferencial de excelente calidad y confiabilidad a sus clientes.

2. PLANEACION ESTRATEGICA PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. Objetivos de la Calidad

- Lograr la satisfacción de nuestros clientes.
- Dar respuesta satisfactoria a las quejas de nuestros clientes.
- Capacitación continúa del talento humano.
- Obtención de resultados satisfactorios en las evaluaciones de desempeño del personal.
- Lograr la satisfacción de nuestro talento humano, mediante un adecuado clima laboral.

- Disminuir la accidentalidad en los trabajadores.
- Lograr un mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Disminuir el producto no conforme presentado en cada proceso.
- Tener una implementación eficaz de las acciones correctivas y preventivas propuestas.

2.1.2. Objetivo General

Planear, ejecutar y evaluar las acciones de un programa de calidad junto con el componente de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud del sistema de Garantía de la Calidad, determinando fortalezas y oportunidades de mejoramiento, fijando y supervisando el cumplimiento de metas establecidas por la Empresa a través del establecimiento de procesos medibles que definan la calidad esperada.

2.1.3. Objetivos Específicos

- Identificar los procesos de la institución.
- Identificar los procesos prioritarios de la institución.
- Definir la calidad esperada de los procesos priorizados.
- Identificar la calidad observada de los procesos.
- Elaborar el plan de mejoramiento de los procesos para alcanzar la calidad esperada.
- Implementar los comités que permitan hacer el seguimiento al plan de mejoramiento propuesto.
- Implementar el aprendizaje institucional.
- Identificar los eventos adversos que se puedan presentar en la prestación de los servicios y que deben monitorizarse.
- Fomentar la cultura de la calidad.
- Presentar recomendaciones concretas para el mejoramiento continuo de los servicios.

3. PLANEACION TACTICA DE LA ESTRATEGIA

3.1. ALCANCE

Se propone desarrollar el Programa de Calidad para el servicio de Hemodinamia para el mejoramiento de esta, en cuanto a la prestación de los servicios de DIACORSA, siguiendo los lineamientos del Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución No. 1043 de abril 3 de 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar así el componente de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Resolución 2680 de 2007 modificó la Resolución 1043. Resolución 3763 de 2007 modificó parte del anexo técnico.

El programa se aplicara a los procesos establecidos dentro de la institución, dando inicio con los procesos prioritarios en Servicios de Diagnóstico y Terapia Cardiovascular (Hemodinamia), de DIACORSA.

Los trabajadores de la institución estarán en capacidad de promover acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y el Comité de Calidad será el grupo encargado de aprobar y realizar el seguimiento de las acciones tomadas, con el objetivo de verificar su cumplimiento y mejorar la prestación de nuestros servicios.

4. PLANEACION OPERATIVA DE LA ESTRATEGIA

4.1. METODOLOGIA

En la elaboración, implementación y seguimiento del programa de calidad para el servicio de hemodinamia de DIACORSA SA se utilizará el Denominado ciclo P.H.V.A,

que es el proceso metodológico básico para asegurar las actividades fundamentales de mejora y mantenimiento. Consiste en una serie de pasos estructurados bajo el concepto de ciclo de mejoramiento de Shewhart (también conocido como ciclo de Deming) que consta de cuatro pasos: Planear, Hacer, Verificar y Actuar los cuales describiremos a continuación:



4.1.1. Planear. Observar: el identificar los procesos del servicio de hemodinamia y, los factores claves de éxito, se pueden definir las características del problema observado.

Se conforman los diferentes equipos que van a tomar parte los grupos de auto evaluación, el cual estaría conformado por:

- La gerencia general
- Coordinador de calidad
- Coordinador del servicio de hemodinamia
- Coordinadora del departamento asistencial y de imaginología

Se llevará a cabo en este proceso de diagnóstico la información dada por la gerencia y de los diferentes coordinadores sobre la actividad del proceso en el servicio, mediante lluvia de ideas, y las siguientes encuestas que nos permiten definir el grado de satisfacción y oportunidad y de recursos hacia los usuarios, médicos y personal administrativo de la FCV

- ✓ Encuestas a Clientes – Usuarios
- ✓ Encuestas a Médicos

(Ver anexo 2)

El líder encargado de llevar a cabo la auto evaluación del servicio y del seguimiento del correcto cumplimiento de los procesos junto con los demás actores del proceso sería la auditora interna de calidad con el objetivo de planear todas las actividades inherentes a la auditoria de calidad y verificar el cumplimiento del sistema de calidad y tomar acciones de mejoramiento, teniendo como funciones:

- ✓ Planear junto con la Gerencia Administrativa las fechas para ejecutar las Auditoria Internas.
- ✓ Comunicar a los auditados la fecha, hora y alcance de la auditoría a realizar.
- ✓ Coordinar las auditorías internas en la empresa teniendo en cuenta la independencia del área a auditar.
- ✓ Diligenciar los reportes de auditorías internas con las no conformidades encontradas.
- ✓ Realizar seguimiento a las no conformidades de acuerdo a lo planeado con las personas auditadas.
- ✓ Informar a la Gerencia Administrativa los resultados obtenidos en las auditorías.

Para lo cual se tomarían los modelos propuestos papeles de trabajo de auditorias internas:

* Plan y monitorización de mejoramiento

* Acciones correctivas preventivas y de mejora

(Ver anexo 3)

4.2. DEFINICION DE PRIORIDADES

Gráfica 1. Matriz de Priorización

PROCESO - ESTANDAR	A	B	C	D	TOTAL
Prestación del Servicio: Recepción	10	7	7	10	34
Prestación del Servicio: Falta de insumos	8	8	9	9	34
Prestación del Servicio: No diligenciamiento completo de registro de eventos adversos	8	9	9	10	36
Prestación del Servicio: Atención de casos de urgencias	10	10	9	8	37
Gerencial : Respuesta hacia las quejas	10	10	5	10	35
Control de Calidad : Desconocimiento de procesos y procedimientos	7	10	7	10	34
Recursos Físicos y Humanos: Número insuficiente de médicos	9	10	10	10	39

FACTORES CLAVES DE ÉXITO:

A = Impacto en el usuario

B = Impacto al cliente interno

C = Impacto financiero

D = Importancia dentro del sistema de gestión de la calidad

Después de construir la anterior matriz de priorización se llegó a la conclusión de que los procesos a auditar serán los que estén por encima de 35 puntos (color azul).

4.2.1. Análisis de oportunidades de mejoramiento

IPS-DIACORSA

NOMBRE DEL PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	EFFECTOS	FORTALEZA	SOPORTES
HEMODINAMIA ATENCION	En eventuales ocasiones se presenta demora (en el inicio del procedimiento).	Insatisfacción de usuarios	Atención cálida y generalmente oportuna por el personal asistencial.	RIPS de atención y encuestas de satisfacción al usuario.
INSUMOS	En eventuales ocasiones se cancelan los procedimientos por falta de insumos	Insatisfacción de usuarios Cancelación de procedimientos	Se cuenta con insumos de alta calidad.	RIPS de atención y planilla. Encuestas de satisfacción
RECURSO HUMANO	Número insuficiente de médicos en algunas ocasiones para atender el volumen de pacientes	Insatisfacción del usuario Atraso en la atención	Compromiso de los médicos hemodinamistas para asumir las responsabilidades adquiridas	Formato de sugerencias y reclamos. Formato de Programación
PROGRAMACIÓN	Cancelación de procedimientos programados por atención de casos de urgencias	Atrasos de cirugía Cancelación de procedimientos	Buenos resultados y atención oportuna de la urgencia	RIPS de atención de urgencias
EVENTOS ADVERSOS	Ausencia de formato de registro de eventos adversos	Desconocimiento de tasa precisa de eventos adversos y todas sus posibles causas	Soporte único de complicaciones.	Formato de registro de complicaciones y de infecciones.

<p align="center">GERENCIAL (RESPUESTA SOLICITUDES DE MEJORAMIENTO)</p>	<p>En ocasiones no se atienden y resuelven las solicitudes de mejoramiento dentro del estándar establecido, porque no se ha estandarizado el procedimiento de quejas y reclamos</p>	<p>Demora en la resolución de quejas de los usuarios</p>	<p>Compromiso de la Gerencia con el mejoramiento continuo de la Institución. Encuesta de satisfacción fácil de diligenciar y buzón de sugerencias.</p>	<p>Formato de sugerencias y reclamos. Procedimiento o sobre quejas y reclamos.</p>
<p align="center">CONTROL DE CALIDAD</p>	<p>Desconocimiento por parte del personal administrativo sobre los procedimientos relacionados con el proceso de control de calidad y mejoramiento continuo.</p>	<p>Falta de planeación en la implementación de nuevos documentos.</p>	<p>Compromiso de la Gerencia con el mejoramiento continuo de la Institución. Personal profesional comprometido con la institución.</p>	<p>Proceso Documentado</p>

4.3. CALIDAD ESPERADA

Definir el nivel de calidad esperada significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, estándares establecidos, estándares del Sistema Único de Acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, los que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

4.4. PROCESO DE HEMODINAMIA

4.4.1. Objetivo

* Brindar atención integral de enfermería y demás personal asistencial a pacientes adultos y de pediatría sometidos a procedimientos de hemodinamia diagnóstico o intervencionismo, proporcionando una atención oportuna, eficiente y eficaz.

* Establecer la metodología en la prestación de servicios al paciente que ingresa al servicio de hemodinamia, proporcionando una excelente atención integral.

4.4.2. Alcance

Aplica desde el ingreso del paciente para su valoración hasta su egreso del servicio.

4.4.3. Responsabilidades

En la prestación del servicio participan la Enfermera Jefe Administrativa, Secretaria de Enfermera Jefe Administrativa, Médico Hemodinamista, Enfermera Jefe, Auxiliares de Enfermería, Auxiliar de Almacén, Camillero, Secretaria de Hemodinamia, Servicios Generales y Jefe de Facturación.

4.5. ACTIVIDADES RELACIONADOS

- Recepción de pacientes ambulatorios de Hemodinamia
- Recepción de pacientes Urgentes y/o hospitalizados en otras IPS que requieran el servicio de Hemodinamia
- Preadmisión del paciente
- Preparación del paciente para procedimientos de hemodinamia
- Recepción y Traslado de Pacientes
- Cateterismos Adultos – Sala de hidratación - Pre-cateterismo
- Venopunción
- Cateterismo Adulto – Procedimientos
- Angioplastia Coronaria - Procedimientos
- Cateterismo Adultos – Recuperación- Post cateterismo
- Cateterismo Pediátrico Diagnóstico y/o Terapéutico
- Preparación de Drogas en infusión
- Lista de chequeo de la mesa básica y Procedimientos Hemodinamia
- Lista de Chequeo Anestesia Pediatría

- Lista de Chequeo Cateterismo Pediátrico con anestesia
- Lista de Chequeo Mesa Básica Cateterismo Pediatría
- Lista de Chequeo Cubeta de Cirugía
- Hoja de Gastos Hemodinamia
- Notas de Enfermería Hemodinamia
- Complicaciones en cateterismo diagnóstico y/o terapéutico pediátrico
- Informe Diario Stents implantados en hemodinamia
- Procedimientos realizados
- Autorización Cateterismo Pediátrico

4.6. DESARROLLO

La Enfermera Jefe Administrativa realiza la recepción de pacientes según los procedimientos P-ADM-01 ó P-ADM-02. Diligenciar los registros correspondientes R-ADM-01 R-ADM-02

- Si el paciente cumple todos los requisitos descritos en P-ADM-01 ó P-ADM-02 se realiza su admisión en la Fundación Cardiovascular. En caso de no cumplir los requisitos se realizan los trámites administrativos para completar la documentación necesaria.
- El camillero recibe al paciente en la sala de ambulatorios del piso 1A y lo traslada a la sala de recuperación del cuarto piso en el momento oportuno.
- La enfermera Jefe y la auxiliar de enfermería realizan la preparación del paciente según los protocolos establecidos: I-HEM-03, I-HEM-04, I-HEM-08.
- Diligenciar los registros correspondientes: R-HEM-01, R-HEM-02
- El Médico Hemodinamista realiza el procedimiento al paciente junto con la Enfermera Jefe y las Auxiliares de Enfermería siguiendo las instrucciones documentadas en los protocolos.

Protocolos: I-HEM-05, I-HEM-06, I-HEM-08.

Listas de Chequeo: I-HEM-23 al I-HEM-26, I-HEM-31

Registros: R-HEM-01, R-HEM-02, R-HEM-03, R-HEM-05, R-HEM-06

- Si el paciente presenta complicaciones durante la ejecución del procedimiento ó por decisión médica, se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos.
- En caso contrario el paciente es trasladado a la sala de recuperación.
- Realizar actividades de recuperación del paciente según I-HEM-07.
- El Camillero traslada el paciente a la habitación asignada.
- La Enfermera Jefe realiza seguimiento en la habitación al paciente de hemodinamia (Actividad Opcional).

CARACTERIZACION DEL PROCESO				
PROCESO PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDA	PROCESO CLIENTE
<p>FCV: PC-CINTV-01 Proceso Hemodinamia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inter consulta • Paciente • Historia Clínica • Autorización • Remisión para clínicos • Requisitos administrativos • Instructivos médicos y de enfermería 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de la solicitud del procedimiento. <ol style="list-style-type: none"> a. Verificación de la orden b. Solicitud de orden a Central de autorizaciones. 2. Programación del procedimiento. 3. Preadmisión del paciente. 4. Preparación del paciente y realización del procedimiento. 5. Egreso hospitalario 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica • Orden del procedimiento • Autorización del paciente • Programación diaria • Notas de enfermería • Hojas de Gastos • Informe del procedimiento y CD • Factura 	<p>FCV Hospitalización</p> <p>Proceso cliente ambulatorio</p> <p>Facturación</p>

5. PLAN DE MEJORAMIENTO

5.1. HACER

NOMBRE DEL PROCESO: PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD					
OBJETIVO : Lograr el cumplimiento de las actividades programadas en el servicio de Hemodinamia					
ALCANCE : Tener un indicador de cancelación de procedimientos por debajo de 5%					
QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutarla)	CUÁNDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
1. Contratar un nuevo médico hemodinamista de disponibilidad	Gerencia y Recurso Humano	Junio /08	Servicio de Hemodinamia	Mejorar indicador de oportunidad	Plantear a la Gerencia el costo – beneficio de un médico más
2. Dejar un espacio disponible en la lista de programación	Enfermera Jefe de Programación	Mayo/08	Oficina de Programación	Tener un espacio disponible para casos de urgencia	Designar un espacio disponible en la lista de programación
3. Implementar un formato donde se registren los eventos adversos	Auditor de calidad	Julio /08	Servicio de Hemodinamia	Conocer y analizar todos los eventos adversos para disminuir incidencia	Diseñar registro de eventos adversos según la clasificación de los mismos.

4. Vigilancia de Eventos adversos.	Director de Calidad y Profesionales	Junio/08	Servicio de Hemodinamia	Evitar la incidencia de lesiones o complicaciones involuntarias, y el subregistro	Prevenir errores, lesiones y complicaciones por medio de un mayor control y vigilancia en cada proceso
5. Socialización y estandarización de los procesos y procedimiento de control de calidad.	Gerente y/o Director de Calidad	Agosto/08	Servicio de Hemodinamia	Evitar desmejoramiento del personal involucrado por falta de conocimiento.	Concientizando a todos los funcionarios por medio de talleres la importancia de conocer los procesos y procedimientos establecidos y así poder brindar atención cálida y humanizada al usuario.

5.2. VERIFICAR

REGISTRO DE MEJORAMIENTO

FECHA	ACCION CORRECTIVA — ACCION PREVENTIVA —	No USO EXCLUSIVO COORDINADOR DE CALIDAD	
NOMBRE DE QUIEN REPORTA:		CARGO DE QUIEN REPORTA:	
DESCRIPCION DE LA CONFORMIDAD (REAL O POTENCIAL):			
PLAN DE ACCION			
ACCION	RESPONSABLE	FECHA	SEGUIMIENTO

CIERRE DE NO CONFORMIDAD

APROBADO _____ FECHA _____

FORMATO PARA SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE ACCION

NOMBRE DEL PROCESO: PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD			
META A LOGRAR:			
INDICADOR DE SEGUIMIENTO:			
PERIODO A EVALUAR:			
ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERIODO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LAS META

La aplicación de la auditoria periódica a los procesos priorizados, así como la realización de comités donde haga siguiente de las actividades propuestas permite verificar si fue efectiva la eliminación de las causas

5.3. ACTUAR

La implementación de la estrategia de Aprendizaje institucional donde se retroalimenten

Las lecciones aprendidas, permite la prevención de la reaparición del problema para lo cual se es necesario socializar la información del programa de calidad a todo el personal que interviene en los procesos.

5.4. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El propósito será apoyar el desarrollo de los ciclos que retroalimentan el aprendizaje organizacional, es función de la institución la auto-regulación y la auto-organización, una vez se han logrado los resultados esperados y es requerido estandarizar los procesos prioritarios. Se busca facilitar y generalizar herramientas de capacitación, entrenamiento y despliegue de la calidad en equipo, para obtener un entendimiento compartido.

5.5. DIVULGACIÓN DE PROCESOS

Para la divulgación de los procesos definidos para DIACORSA SA emitirá un comunicado interno debidamente oficializado, el cual se publica en la cartelera del Servicio de Hemodinamia, en este sitio es donde aparecen las últimas versiones de todos y cada uno de los procesos del servicio, y además se refuerza con reuniones periódicas.

5.6. TALLERES DE CAPACITACIÓN

Basados en una metodología participativa de resolución de problemas y enfocados de acuerdo con el área de trabajo y habilidades a reforzar.

El proceso de educación continuada se ha constituido en Diacorsa como una herramienta muy valiosa puesto que permite poner al alcance de nuestros profesionales información científica actualizada, basada en la mejor evidencia disponible ajustada a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud.

5.1. SEGUIMIENTO A TRAVÉS DE LOS COMITÉS

Los comités son equipos Inter funcionales que tienen una responsabilidad directa de contribuir a que las instituciones de salud presten servicios con calidad y establezcan

acciones para garantizarla y difundirla a todos los trabajadores de las áreas pertinentes. Para los cuales se tienen comité de calidad, comité de infecciones y grupos primarios.

- Periodicidad:

Estos comités deberán reunirse por lo menos una vez al mes, con base en un cronograma establecido para todo el año y que especifique el día del mes en el cual se hará la reunión de cada comité.

- Responsables:

Cada comité deberá contar con un Coordinador quien será la persona responsable de citar a las reuniones, presidirlas, organizar el archivo y entregar las recomendaciones a la Coordinación de Calidad o del Área de Hemodinamia.

5.2. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

Nuestra organización ha definido unos estándares de calidad determinados por múltiples instrumentos como parámetros en los modelos de atención, resultado de promedios históricos de tiempos de atención, expectativas del usuario y comportamiento del entorno según encuestas de satisfacción de los usuarios.

El servicio busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga un mayor beneficio, estos parámetros complementan y brindan continuidad a las políticas de calidad en desarrollo de la institución.

Los estándares de calidad definidos actualmente son:

- Satisfacción
- Seguridad

- Oportunidad
- Eficacia
- Capacitación continua
- Calidad en el desempeño laboral
- Pertinencia
- Efectividad

Como instrumento de trabajo se propone un formato que reúne los 4 pasos del ciclo PHVA para la implementación y desarrollo de este en el programa de calidad para DIACORSA SA

(Ver anexo 4)

5.3. INDICADORES

Según el glosario de términos de la OPS, un indicador es una variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla. Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría.

Los siguientes indicadores serán monitorizados a partir del mes de julio del presente año y fueron tomados como prioridad según las necesidades planteadas por la empresa

DIACORSA S.A	CODIGO DEL INDICADOR: HI-001
	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de cumplimiento de los pacientes programados en el Servicio de Hemodinamia
	APROBADO POR: Gerencia y Coordinador del área de Hemodinamia
	FECHA: Julio 01 /2008
OBJETIVO	Medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que se reciben en el servicio de Hemodinamia Adultos e incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos
RESPONSABLE	Área de programación de Hemodinamia
ATRIBUTO	Oportunidad
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de pacientes programados a quien se le realizó el procedimiento de hemodinamia(mes)}}{\# \text{ Total de pacientes programados para procedimientos (mes)}} * 100$
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Total de pacientes adultos programados a quien se les logró realizar el procedimiento de hemodinamia en el período de un mes registrados en el RIPS de atención de adultos de hemodinmia (RM003)
	DENOMINADOR: Número total de pacientes programados por mes, que se encuentran en la planilla de programación del servicio de Hemodinamia de Diacorsa (RM004)
PERIODICIDAD	Mensual
NIVELES DE	Hemodinamia Adultos y Hemodinamia Pediatría

DIACORSA S.A	CODIGO DEL INDICADOR: HI-002
	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de Cancelación de Procedimientos de Hemodinamia Programadas por atención de urgencias
	APROBADO POR: Gerencia y Coordinador de Hemodinamia
	FECHA: Julio 01/ 2008
RESPONSABLE	Área de programación de hemodinamia
ATRIBUTO	Accesibilidad y Oportunidad
FORMULA DEL INDICADOR	<u>Número de pacientes programados cancelados por atención de urgencias</u> Número Total de pacientes programados en el mes*100
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Número de pacientes que estaban en la lista de programación diaria del servicio de hemodinamia y que se cancelaron por atención de urgencias de hemodinamia en el mes (RIPS de programación)
	DENOMINADOR: Número total de pacientes programados en el mes por diferentes circunstancias (ambulatorios - hospitalizados)
PERIODICIDAD	Mensual
NIVELES DE DESAGREGACION	Hemodinamia Adultos y Hemodinamia Pediatría

DIACORSA S.A.	CODIGO DEL INDICADOR: HI-003
	NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción de vigilancia de eventos adversos en el Servicio de Hemodinamia
	APROBADO POR: Coordinador del área de Hemodinamia y Coordinador de Calidad
	FECHA: Julio 01/ 2008
RESPONSABLE	Coordinador del área de hemodinamia
ATRIBUTO	SEGURIDAD
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\# \text{ total de eventos adversos detectados y gestionados en el Servicio de Hemodinamia Adultos}}{\# \text{ total de eventos adversos detectados por fase en el servicio de Hemodinamia}}$
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Número total de eventos adversos detectados y gestionados en Hemodinamia registrados en el formato de reporte de eventos adversos con su respectiva gestión de mejoramiento (H-EA01)
	DENOMINADOR: Número total de eventos adversos detectados por fase en el servicio de hemodinamia, registrados en el formato de reporte de eventos adversos (H-EA01)
PERIODICIDAD	Mensual
NIVELES DE	Hemodinamia Adultos y Hemodinamia Pediatría

DESAGREGACION	
DIACORSA S.A	CODIGO DEL INDICADOR: HI-004
	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de satisfacción del usuario que ingresa al servicio de hemodinamia
	APROBADO POR: Coordinador del área de Hemodinamia y Coordinador de Calidad
	FECHA: Julio 01 /2008
OBJETIVO	Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de la Institución, con el fin de incidir en la toma de decisiones al momento de seleccionar una institución prestadora de servicios de salud.
RESPONSABLE	Coordinador de Hemodinamia
ATRIBUTO	Continuidad, Pertinencia, Satisfacción
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\# \text{ total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por Hemodinamia}}{\# \text{ total de pacientes encuestados por el servicio}} * 100$
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por Hemodinamia según encuesta aplicada de satisfacción
	DENOMINADOR: Número total de pacientes encuestados por el Servicio de Hemodinamia
PERIODICIDAD	Mensual
NIVELES DE	Hemodinamia Adultos y Hemodinamia Pediatría

DESAGREGACION

6. EVENTOS ADVERSOS

Los siguientes eventos adversos son aquellos que en determinadas circunstancias se pueden presentar en el servicio de hemodinamia desde la admisión del paciente hasta su egreso de la institución, los cuales tienen especial seguimiento en su presentación para el logro del objetivo de los indicadores

- Flebitis en sitios de venopunción
- Hematomas inguinales en el sitio de inserción de catéter.
- Reacción adversas a medios de contrastes
- Eventos cerebro-vasculares por embolia aérea, remoción de coágulos o placas de colesterol del corazón o de sus cavidades cardíacas.
- Hemorragias
- Embolias dístales
- Asistolia
- Fibrilación ventricular y auricular
- Edema Pulmonar
- Perforación de arteria coronaria
- Perforación ventricular
- Infecciones en sitio de punción inguinal
- Muerte

- Alergia medicamentosa
- Acidosis láctica por medio de contraste
- Bloqueo auriculoventricular
- Infarto agudo del miocardio
- Infección sistémica
- Pseudo aneurisma
- Perforación cardíaca
- Rafia arterial
- Taponamiento cardíaco
- Taquicardia supra ventricular
- Procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
- Procedimiento en paciente equivocado
- Caídas desde su propia altura intrainstitucional
- Retención de cuerpos extraños en el paciente
- Quemaduras por manta térmica
- Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos
- Entrega equivocada de reportes de los procedimientos
- Pérdida de pertenencias de usuarios

CONCLUSIONES

- ✓ Durante el desarrollo de este programa se lograron conocer todos los procesos que se ejecutan en la institución, siendo los prioritarios todos los relacionados con el servicio de hemodinamia y a su vez llevando a cabo el análisis observacional de la calidad de éstos. En primera instancia las investigadoras participaron en los comités primarios del servicio, y en el desarrollo de la atención del paciente desde la programación de los procedimientos hasta la salida de la institución; y en segunda instancia en la ejecución de las encuestas realizadas al cliente externo, cliente interno y al personal médico de la Fundación Cardiovascular, con el fin de concretar la priorización de los problemas de calidad detectados (Matriz de Priorización).
- ✓ Se planteó a la Gerencia de DIACORSA SA la posibilidad de contratar personal para el desarrollo, continuidad y evaluación de todos los procesos relacionados con el Sistema de Garantía de la Calidad, logrando así la Certificación de Habilitación, implementación del PAMEC y Acreditación como empresa independiente a la institución outsourcing con la que se trabaja actualmente, por lo que se obtuvo respuesta satisfactoria con la contratación de una Ingeniera Industrial durante 8 horas semanales.
- ✓ A la Gerencia de DIACORSA SA se le presentó el análisis de oportunidades de mejoramiento en donde se evalúa la calidad observada con respecto a la esperada, y se concluyó la inmediata necesidad de ejecutar un plan de mejoramiento donde se dieron a conocer cinco aspectos relevantes al mejoramiento de la calidad de sus procesos. Actualmente se está llevando a cabo dicho plan bajo la supervisión de la Coordinadora de Calidad y la Coordinadora de Programación de los Servicios, obteniéndose en la actualidad resultados satisfactorios tales como:
 - La contratación de un nuevo médico hemodinamista por parte de la Fundación Cardiovascular

- Implementación del Formato de Registro de Eventos Adversos
 - Comité mensual para la evaluación de los Eventos Adversos por parte de la Gerencia de DIACORSA, Coordinador de Calidad, Coordinador de Hemodinamia, Coordinadora del Servicio de Imagenología y los Jefes representantes del área afectada
 - Reunión mensual de todo el personal para el desarrollo de talleres de socialización: Importancia de la calidad de los procesos y satisfacción del cliente. Este último se ha desarrollado con dificultad debido a los horarios laborales del personal y de la gran demanda de pacientes en los servicios prestados por DIACORSA SA
 - Implementación del Buzón de Sugerencias para todos los servicios
 - Seguimiento de indicadores por parte de la Coordinadora de Calidad y la Coordinadora de Programación.
- ✓ DIACORSA SA es una institución que quiere demostrar el cumplimiento de todos los niveles de calidad, desarrollando en el último semestre una cultura de mejoramiento de la calidad no solo en hemodinamia sino en todos sus servicios con una adecuada gestión de los procesos por parte de todos los coordinadores de cada área.
- ✓ La elaboración del Programa de Calidad brindó la oportunidad de aplicar todos los conocimientos obtenidos a lo largo de la especialización en Auditoría en Salud, y contribuir así al mejoramiento de los procesos de calidad; beneficios que repercuten de manera positiva, reflejados finalmente en la atención y satisfacción del cliente, además del crecimiento personal y profesional en el campo de la Auditoría en Salud.

BIBLIOGRAFIA

CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Consideraciones y Definiciones para un Sistema de Garantía de la Calidad. Revista Vía Salud. Segundo trimestre de 2000.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular 030 de 2006, Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ y VEEDURÍA DISTRITAL. Circular conjunta 018 de 2006 sobre compatibilidad del sistema de gestión de la calidad y el modelo de control interno en las entidades u organismos distritales.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 del 03 de abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía N° 1. Guías Básicas para Implementar las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Decreto 1599 de 2005 por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

DONABEDIAN, Avedis. Explorations in quality assessment and monitoring Michigan: Health Administration, 1980.

----- Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: Un texto introductorio. México, 1990.

----- Garantía de Calidad. ¿Quién es responsable? Calidad de la Atención en Salud Volumen 3, Números 1 y 2 de junio de 1996.

----- La Calidad de la Atención Médica. La Prensa Mexicana S.A. de C.V, México D.F., 1984.

ICONTEC. Modelos de Gestión de la Calidad en Salud, Direccionamiento y Gerencia de Modelos de Gestión de Calidad en Salud, Gestión de la Calidad como Herramienta de Mejoramiento, Procesos de Evaluación y Control en Instituciones de Salud. 2004.

ISHIKAWA, Kaoru. Introducción al control de la calidad. Editorial Diaz de Santos. Madrid: 1994. Pág. 86-89 y 238-244.

----- Actividades de los círculos de control de calidad y organización para el análisis y mejora de los procesos.

KAPLAN, Robert S., NORTON, David P. El Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard). Gestión 2000. Segunda Edición. Madrid, octubre 2000.

LEEBOV, Wendy. ERSOZ, Clara J. Manual de los Administradores de Salud para el Mejoramiento Continuo. American Hospital Publishing, Inc. Editado en Colombia por

CGH Editorial Guadalupe, Santafé de Bogotá, 2007.

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 872 de 2.003, por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios.

LÓPEZ CARRIZOSA, Francisco José. ISO 9000 y la planificación de la calidad. Bogotá, 2004.

MALLEN, D. COLLINS C. Manual de habilidades para auditoría. Traducción realizada por ICONTEC, Bogotá, 2003.

ICONTEC. Norma técnica colombiana. NTC-ISO 19011. Directrices para la auditoría de los Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental. 2003.

ICONTEC. Norma técnica colombiana. NTC-ISO 9000:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad, Fundamentos y vocabulario. 2002.

ICONTEC. Norma técnica colombiana. NTC-ISO 9001. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos. 2002.

ICONTEC. Norma técnica colombiana. NTC-ISO 9004. Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la Mejora del Desempeño. 2002.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA de 1991.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 2309 de 2002, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Ley 1122 de 2007 que establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud para la prestación de servicios con calidad.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 del 03 de abril de 2006 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1445 del 03 de abril de 2006, por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 1446 DEL 08 DE MAYO DE 2006, definición del sistema de información para la calidad e indicadores de monitorización.

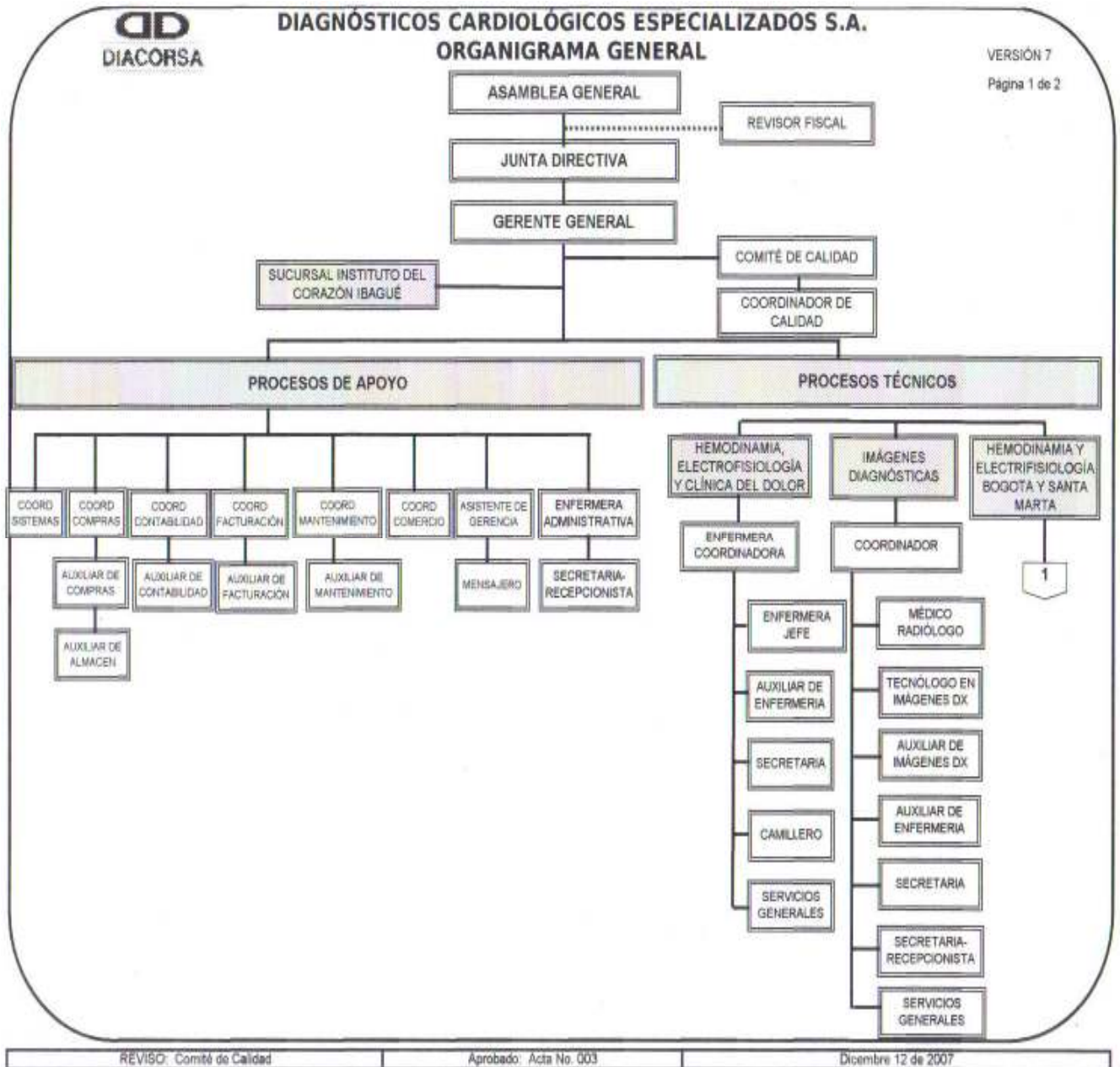
RIAÑO G. Germán. Auditoría en Salud una herramienta para el mejoramiento continuo. Ediciones FEMEC. Santafé de Bogotá, 2004.

RUELAS, Enrique. Sobre la calidad de la atención a la salud, conceptos, acciones y reflexiones. Gaceta Médica de México Volumen 4, pág. 218-230, 1994.

VIA SALUD. Varios autores. Revistas Centro de Gestión Hospitalaria 1996 a 2006.

ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2

ENCUESTA MEDICOS

Nuestra prioridad es el *mejoramiento continuo* en el servicio prestado tanto para pacientes como médicos. Agradecemos su colaboración diligenciando objetivamente esta encuesta y aportando sus sugerencias. En cada una de las siguientes preguntas escoja la respuesta de acuerdo a su criterio:

SERVICIO AL CUAL SE ENCUENTRA VINCULADO:

- Hemodinamia
Electrofisiología
Radiología

1. NIVEL DE SATISFACCION CON LA CALIDAD DE LOS INSUMOS UTILIZADOS PARA TRABAJAR:

- Siempre se trabaja con insumos de buena calidad
A veces los insumos no cumplen los requisitos de calidad
Nunca los insumos cumplen los requisitos de calidad

Observaciones: _____

2. NIVEL DE SATISFACCION CON EL TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA O TECNOLOGOS:

- Siempre se realiza un buen trabajo en equipo con el personal de enfermería o tecnólogos
A veces se presentan fallas en el trabajo del personal de enfermería o tecnólogos
Nunca se realiza un adecuado trabajo con el personal de enfermería o tecnólogos

Observaciones: _____

3. NIVEL DE SATISFACCION CON EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS:

- Siempre los equipos funcionan adecuadamente
A veces se presentan problemas con los equipos utilizados
Nunca los equipos funcionan adecuadamente

Observaciones: _____

4. NIVEL DE SATISFACCION CON EL MANEJO DE PACIENTES:

- Siempre se realiza un buen manejo de los pacientes programados
A veces se realiza un buen manejo de los pacientes programados
Nunca se realiza un buen manejo de los pacientes programados

Observaciones: _____

5. SUGERENCIAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS OFRECIDOS:

ENCUESTA A CLIENTES - USUARIOS

FECHA: _____ NOMBRE: _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____

Nuestra prioridad es el *mejoramiento continuo* en el servicio prestado a todos nuestros clientes. Agradecemos su colaboración diligenciando objetivamente esta encuesta y aportando sus sugerencias. En cada una de las siguientes preguntas escoja la respuesta de acuerdo a su criterio:

SERVICIO EN EL CUAL FUE ATENDIDO:

- Hemodinamia
- Electrofisiología
- imágenes DX
- Dolor

1. Cómo califica la atención telefónica del personal de Diacorsa? (Si nunca ha llamado por favor pase al siguiente Item):

- Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Deficiente
- Observaciones: _____

2. Por favor califique el servicio de Recepción de Diacorsa:

- | | Excelente | Bueno | Deficiente |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Agilidad en la recepción de documentos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Amabilidad del personal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Comodidad en las instalaciones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Condiciones de orden y aseo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Entrega oportuna de resultados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. Califique por favor nuestro servicio asistencial en salas:

- | | Excelente | Bueno | Deficiente |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Agilidad en la atención | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Amabilidad del personal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Comodidad en las instalaciones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Condiciones de orden y aseo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Destreza del personal que lo atendió | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4.Cuál es su nivel de confianza frente a nuestros procedimientos:

- Alto
 - Medio
 - Bajo
- Observaciones: _____

5. Nos recomendaría?:

- Excelente
 - Bueno
 - Regular
 - Deficiente
- Observaciones: _____

6. SUGERENCIAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS OFRECIDOS:

ANEXO 3

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

# Consecutivo (no diligencie)	Nombre del comité, grupo o persona que la propone	Acta No	Fecha de elaboración	Proceso que ejecuta:	Acción Correctiva Acción Preventiva Acción de Mejora
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL: (debe contener qué y dónde)					
P	IMPACTA EN:		PRIORIDAD	Meta (resultado esperado)	
	<input type="checkbox"/> Perspectiva Financiera <input type="checkbox"/> Perspectiva Cliente y Comunidad <input type="checkbox"/> Perspectiva Procesos Internos <input type="checkbox"/> Perspectiva Aprendizaje y Crecimiento		<input type="checkbox"/> 1 Alta <input type="checkbox"/> 2 Media <input type="checkbox"/> 3 Baja		
ANÁLISIS DE CAUSAS (aplica para acción correctiva) / RIESGO (aplica para acción preventiva)/*este campo no aplica para acción de mejora					
P					
	Tiempo invertido en el análisis (en horas):			Número de participantes en el análisis:	
PLAN DE ACCIÓN					
	Acción		Fecha cumplimiento	Responsable	
H					
H					
H					
SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LA ACCIÓN					
V	ESTADO DE LA ACCIÓN (marcar con una x)			FECHA DE REVISIÓN: ____ / ____ / ____ dd/mm/aa	
	<input type="checkbox"/> No implantada <input type="checkbox"/> Parcialmente implantada <input type="checkbox"/> Implantada			<input type="checkbox"/> Efectiva <input type="checkbox"/> No efectiva	
A	Requiere acciones complementarias			Requiere remitir al jefe inmediato	
	Si ____ No ____			Si ____ No ____	
	Acción a seguir		Fecha cumplimiento	Responsable	
Nombre y firma del responsable del seguimiento (persona externa al proceso):					

REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE HEMODINAMIA

DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE		No HISTORIA CLINICA		SERVICIOS HIDRATACION ____ RECUPERACION ____ SALAS _____	
SEXO M ____ F ____	EDAD	PESO (Kg)	FECHA DEL EVENTO	HORA DEL EVENTO	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL					

EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES

FLEBITIS EN SITIOS DE VENOPUNCIÓN ____	ASISTOLIA ____	ALERGIA MEDICAMENTOSA ____	RAFIA ARTERIAL ____	RETENCION DE CUERPOS EXTRAÑOS ____
HEMATOMAS INGUINALES ____	FIBRILACION AURICULAR Y VENTRICULAR ____	ACIDOSIS LACTICA POR MEDIO DE CONTRASTE ____	TAPONAMIENTO CARDIACO ____	QUEMADURAS POR MANTAS TERMICAS ____

REACCION ALERGICA AL MEDIO DE CONTRASTE _____	EDEMA PULMONAR _____	BLOQUEO A/V _____	TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR _____	PERDIDA DE PERTENENCIAS _____
EVENTO CEREBROVASCULAR POR EMBOLIAS _____	PERFORACION DE ARTERIA CORONARIA _____	I A M _____	PROCEDIMIENTOS CANCELADOS POR DESEMPEÑO DE ORGANIZACIÓN PROFESIONAL _____	ESTANCIA PROLONGADA POR NO DISPONIBILIDAD DE INSUMOS O Y/O MEDICAMENTOS _____
HEMORRAGIAS _____	PERFORACION VENTRICULAR _____	INFECCION SISTEMICA _____	PROCEDIMIENTO EN PACIENTE EQUIVOCADO _____	ENTREGA EQUIVOCADA DE REPORTES _____
EMBOLIAS DISTALES _____	INFECCION EN PUNCION INGUINAL _____	PSEUDOANEURISMA _____	CAIDAS DESDE SU PROPIA ALTURA EN LA INSTITUCION _____	MUERTE _____

DESCRIPCION DEL EVENTO (¿COMO SE IDENTIFICÓ?, ¿DONDE SE IDENTIFICÓ?, ¿CUANDO SE IDENTIFICÓ?, ¿CUÁL FUE EL ROL INVOLUCRADO?. SIN NOMBRES)

EFFECTO CAUSADO POR LA PRESENCIA DEL EVENTO ADVERSO

HOSPITALIZACION____	AUMENTO DE LA ESTANCIA____	CAMBIO DE TRATAMIENTO____	COSTOS ADICIONALES____
DISCAPACIDADES____	MALA IMAGEN ANTE EL FAMILIAR Y PACIENTE____	EVENTO CENTINELA____	
CAUSA FUNDAMENTAL DEL EVENTO			
ACCIONES CORRECTIVAS	COMPROMISO ADQUIRIDO	FECHA DE SEGUIMIENTO	RESPONSABLES

--	--	--	--

ANEXO 4

PLAN Y MONITORIZACIÓN DE MEJORAMIENTO

Fecha:

Monitorización

NOMBRE DEL PROCESO:			EQUIPO RESPONSABLE:		
INDICADOR DE SEGUIMIENTO:			META A LOGRAR:		
ESTRATEGIA:					
POR QUÉ: (Objetivo estratégico)					
<i>PLAN</i>			<i>MONITORIZACIÓN</i>		
QUÉ (Actividades)	QUIEN (Responsable)	CUANDO (Fecha de terminación - Cronograma)	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS Y CAMBIOS QUE SE PRESENTARON	SEGUIMIENTO Y CONCLUSIONES

