CONSULTORIA PARA DISEÑAR Y DOCUMENTAR EL PAMEC EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU) BASADO EN LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1011 DE 2006 Y RESOLUCION 1043 DE 2006.

ALONSO LOZANO MANTILLA.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA,
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACION SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2009

CONSULTORIA PARA DISEÑAR Y DOCUMENTAR EL PAMEC EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU) BASADO EN LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1011 DE 2006 Y RESOLUCION 1043 DE 2006.

ALONSO LOZANO MANTILLA.

Trabajo de Tesis de Grado para optar el titulo de Especialista en Administración de Servicios de Salud

Directora
CLAUDIA PATRICIA APONTE HERNANDEZ
Ingeniera de Sistemas
Especialista en Gerencia Pública

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACION SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2009

DEDICATORIA.

Agradecerle a Dios, por su infinita misericordia, al guiarme y fortalecerme en los momentos difíciles y permitirme estudiar Administración de Servicios de Salud.

A mis padres Apóstol y Manuela por creer en mí, y apoyarme durante la especialización.

A mi esposa María Victoria, por su apoyo continuo en cada uno de mis proyectos y a mis hijas Nathalia Lizeth, Mayra Alejandra y Valentina.

A mis hermanos Omaira, Oscar, Gloria por sus palabras de aliento y colaboración.
A todas aquellas personas que de una u otra manera participaron en la consecución de este sueño.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme llevar a cabo cumplir otra meta de mi vida, por iluminarme, darme sabiduría y salud para terminar esta especialización.

A mis padres y hermanos por su continuo apoyo.

A mi esposa María Victoria, a mis queridas hijas Nathalia Lizeth, Mayra Alejandra y Valentina por apoyarme y creer en cada uno de mis proyectos.

A mi Directora de Proyecto Ing. Claudia Patricia Aponte, por Guiarme, Apoyarme, Orientarme y acompañarme durante el desarrollo de este proyecto.

A LA **E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU),** a su Gerente Dr. Juan José Rey Serrano, al Dr. Hernán Alonso Delgado Centeno, y demás directivos y personal de apoyo por permitirme y apoyarme en la realización de este proyecto.

A la Dra. Mary Lupe Angulo, por sus recomendaciones y apoyo.
A mi Profesor el Dr. Hernando Ballesteros por sus enseñanzas, consejos y recomendaciones.

A mis compañeros de clase, Wilmar, Álvaro, Paola, Mayra Alejandra, Camilo y Pablo.

A Oscar y Martha por su colaboración, motivación y amistad.

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN.	17
1. TITULO.	20
2. ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO.	21
2.1. JUSTIFICACIÓN	21
2.2. OBJETIVOS.	22
2.2.1. Objetivo General	22
2.2.2. Objetivos Específicos	22
3. MARCO TEORICO	26
3.1. CALIDAD EN EL SERVICIO HOSPITALARIO	26
3.1.1 Conceptos Básicos.	26
3.2. DEFINICIONES Y BASES DE LA CALIDAD	27
3.2.1. Calidad	27
3.2.2. Definición Y Componentes De La Calidad Para Los Servicios De Salud.	29
3.2.3. Relación De La Calidad Y Cantidad De Los Servicios.	30
3.2.4 La Calidad Es Lo Justo.	31
3.2.5 Áreas Y Procesos Involucrados En La Calidad Del Servicio Hospitalario.	33
3.2.6. Lo Que Cuesta Es La Mala Calidad.	34
3.2.7 Herramientas De La Calidad Para Las Instituciones Hospitalarias.	36
3.3 DEFINICION DE TERMINOS.	36
3.3.1. Características Del SOGCS.	39
3.3.2. Componentes Del SOGCS.	39
3.3.3. Competencias De Las Entidades Estatales En El SOGCS	41
3.3.4. Niveles De Operación Para La Auditoria.	42
3.3.5. Tipos De Acciones En Auditoria	43
3.3.6. Principios Del Sistema Único De Acreditación.	43

3.3.7 Relativos A Los Objetivos Del Sistema De Información Para La Calidad. 44
3.3.8. Principios Del Sistema De Información Para La Calidad 45
3.3.9. Gestión Institucional 45
3.3.10. Definiciones En Auditoria 47
3.4 EL CICLO DE DEMING - PHVA (PLANEAR, HACER, VERIFICAR Y ACTUAR) 48
3.5. Políticas, directrices y documentos técnicos que inciden directamente en el desarrollo del PAMEC propuesto. 49
3.6 MARCO NORMATIVO 50
3.6.1 Normatividad aplicable al diseño, elaboración e implementación del PAMEC. 50
4. GENERALIDADES DE LA EMPRESA. 55
4.1. NOMBRE 55
4.2 RESEÑA HISTORICA 55
4.3. UBICACIÓN 60
4.4. MISION 60
4.5. VISIÓN 60
4.6. PRINCIPIOS Y VALORES 60
4.7. POLITICA DE CALIDAD 62
4.7.1. Código de Ética 62
4.7.2. Código de Buen Gobierno 62
4.8. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 63
4.8.1. Posicionamiento en el Mercado 63
4.8.2 Rentabilidad Social. 63
4.8.3 Sostenibilidad Financiera. 63
4.8.4 Sistemas de Calidad Y Modelo Estándar de Control Interno 63
4.8.4.1 Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública. NTCGP1000:2004 (Ley 872 de 2003) 64
4.8.4.2. Modelo Estándar de Control Interno. MECI 1000:2005 (Decreto 1599 de 2005) 64

4.8.4.3 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud-SOGC. (Decreto 1011 de 2006) 65
4.9 SERVICIOS QUE PRESTA Y COMPLEJIDAD. 66
4.9.7 Centros de Salud. 68
4.10 ZONA DE INFLUENCIA. 81
4.10.1 Población Que Atiende. 82
4.10.2 Antecedentes En El Desarrollo Del Sistema De Gestión De La Calidad 82
5. DIAGNOSTICO INICIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU). 83
5.1 OBJETIVO 83
5.1.1 Objetivo General 83
5.1.2 Objetivos Específicos 83
5.1.3 Alcance 85
5.1.4 Responsabilidad 86
6. AUTOEVALUACIÓN 87
6.1 RUTA CRÍTICA 87
6.1.2 ¿Quienes realizan la autoevaluación? 88
6.1.3 ¿Cuando se debe realizar la autoevaluación? 88
6.1.4 ¿Porque hacer la autoevaluación? 88
6.1.5 ¿Como se realizara el proceso de autoevaluación? 89
6.1.6 Grupo organizacional que va a realizar la autoevaluación. 89
6.2 RESULTADO DEL DIAGNOSTICO. 90
6.2.2 Priorización Del Proceso De Atención Por Servicio 94
6.2.3 Auto-evaluación De La Calidad Del Proceso De Atención Al Usuario En El Servicio De Urgencias 95
6.3 PROCEDIMIENTOS PRIORITARIOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 96
6.3.1 Procedimiento de admisión del usuario 100
6.3.2 Procedimiento de atención médica de urgencias 101
6.3.3 Procedimiento de ejecución de órdenes médicas 103

6.3.4 Procedimiento de facturación del servicio prestado al usuario 105
6.4 PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES ANEXOS: MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 106
6.4.1 Procedimiento Médico: Examen Físico revisión por Sistemas 107
6.4.2 Procedimiento médico: evolución de pacientes, ronda médica y entrega de turno de medicina. 109
6.4.3 Procedimiento médico: suturas 110
6.4.4 Procedimiento médico: instalación de sonda oro o nasogástrica 111
6.4.5 Procedimiento médico: paso de sonda vesical 113
6.4.6 Procedimiento médico: inmovilización de extremidades 114
6.4.7 Procedimiento médico: reanimación cardiopulmonar 115
6.4.8 Procedimiento médico: instalación de tubo a tórax 117
6.4.9 Procedimiento de enfermería: toma de signos vitales 118
6.4.10 Procedimiento de enfermería: administración de medicamentos por vía oral 119
6.4.11 Procedimiento de enfermería: administración de medicamentos por vía parenteral 121
6.4.12 Procedimiento de enfermería: venopunción y aplicación de líquidos endovenosos 123
6.4.13 Procedimiento de enfermería: lavado gástrico 125
6.4.14 Procedimiento anexo: registro de pacientes en urgencias 126
6.4.15 Procedimiento anexo: traslado de pacientes en remisión 127
6.4.16 Procedimiento anexo: entrega de medicamentos 129
6.4.17 Procedimiento anexo: curaciones 130
6.5 OTROS PROCEDIMIENTOS ANEXOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 132
6.5.1 Procedimiento anexo: revisión de carro de paro 132
6.5.2 Procedimiento anexo: Nebulizaciones 133
6.5.3 Procedimiento anexo: lavado de manos de rutina 134

6.5.4 Procedimiento anexo: aseo diario de la unidad 136
Procedimiento Nº. P-ANEXO- 08: aseo diario de la unidad 136
7. INDICADORES 137
7.1.1 Indicador de Oportunidad en la atención en la consulta de urgencias. 139
7.1.2 Indicador de Satisfacción en el servicio de urgencias. 140
7.1.3 Indicador de Proporción de reconsultas en el servicio de urgencias 141
7.1.4 Indicador de Proporción de eventos adversos en el servicio de urgencias 142
7.1.5 Indicador de Tasa de satisfacción global. 143
7.1.6 Indicador de Oportunidad de internación en urgencias 144
8. FORMATOS 145
8.1 FORMATOS OPERATIVOS 145
8.1.1 Instrumentos operativos a utilizar durante la atención al usuario. 145
8.1.2 Formato libro de registro del servicio de urgencias 145
8.2 FORMATOS DE AUDITORÍA 146
8.2.1 Formato de encuesta de satisfacción al usuario 146
8.2.2 Instructivo de encuesta de satisfacción al usuario 147
8.2.3 Formato de respuesta al usuario 148
8.2.4 Formato de reclamos, sugerencias y felicitaciones: formato RSF 149
8.2.5 Formato planilla de auditoría sobre oportunidad en la atención de urgencias, paraclínicos, valoraciones 150
8.2.6 Formato planilla de auditoría sobre proporción de reingreso en consulta de urgencias por el mismo diagnóstico antes de las 48 horas en el servicio de urgencias. 150
8.2.7 Formato reporte de eventos adversos en el proceso de atención al usuario en el servicio de urgencias. 151
9. PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES 153
9.1 MATRIZ PARA LA ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES 153

9.2 PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS SUGERENCIAS Y FELICITACIONES 155
9.2.1 Procedimiento de captación y recepción de la manifestación del usuario 155
9.2.2 Procedimiento de trámite de la manifestación del usuario 157
9.2.3 Procedimiento de envío de respuesta al usuario 158
9.2.4 Procedimiento de análisis de la información y adopción de conductas 159
10. LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN 160
10.1 CRONOGRAMA ÚNICO DE AUDITORÍA 160
10.1.1 Reglas básicas para la aplicación del cronograma único de auditoría 162
10.2 INSTRUCTIVO FUNCIONAL SOBRE LOS INDICADORES DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 163
10.3 LINEAMIENTOS DEL FLUJO DE INFORMACIÓN 164
11. ACTIVIDADES DE PUESTA EN MARCHA 165
11.1 ACTIVIDADES DE LIDERAZGO, PREPARACIÓN Y DIVULGACION 165
11.2. ACTIVIDADES DE ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL 166
11.3 ACTIVIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO 167
11.4. ACTIVIDADES DE MONITOREO 168
BIBLIOGRAFIA 170

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla Nº 1 Normatividad Importante que regula las Empresas Sociales del Estado. 53

Tabla Nº 2 Centros de salud distribuidos por zonas en el municipio de Bucaramanga. 68

Tabla Nº 3 Inventario de Problemas de Calidad. 90

Tabla Nº 4. Matriz de priorización del proceso de atención al usuario por servicio 94

Tabla Nº 5. Calidad del proceso de atención al usuario en el servicio de urgencias. 95

Tabla Nº 6 Matriz para la estandarización del proceso de atención al usuario en el servicio de urgencias 96

Tabla Nº 7 Relación de Procedimientos del Proceso de Urgencias : Atención al usuario en el servicio de urgencias. 97

Tabla Nº 8 Instructivo de Normas Críticas en el Proceso de Atención al Usuario 137

Tabla Nº 9 Indicadores 138

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura Nº 1 el ciclo de Deming - PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) 49

Figura Nº 2 Estructura Modelo Estándar de Control Interno 65

Figura 3. Fotos de cada centro de salud, servicios que presta y horario de atención: 72

Figura 4. Ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 87

RESUMEN

TITULO: CONSULTORIA PARA DISEÑAR Y DOCUMENTAR EL PAMEC EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU) BASADO EN LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1011 DE 2006 Y RESOLUCION 1043 DE 2006.

AUTOR**:** ALONSO LOZANO MANTILLA[**]

Palabras Claves: Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud. (Titulo IV, Decreto 1011, Resolución 1043 y Anexos Técnicos)

Contenido:

Este proyecto se lleva a cabo con el fin de lograr el Diseño y Documentación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud (PAMEC) En el Servicio De Urgencias de la **E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU)** Bajo los lineamientos del **TITULO IV DECRETO 1011 DE 2006, RESOLUCION 1043 DE 2006, ANEXOS TECNICOS 1 Y 2, RESOLUCION 1446 DE 2006, ANEXO TECNICO 1, GUIAS Y PAUTAS DE AUDITORIA (2007).** Con el fin de garantizar y contribuir a la satisfacción de los requisitos de sus diferentes usuarios, mejorar, documentar y controlar sus procesos prioritarios, mejorar su posicionamiento y reconocimiento en el mercado.

El desarrollo de este proyecto se llevara por etapas, contando con el apoyo de la gerencia, directivos, personal administrativo y asistencial que hace parte de la organización, de cuerdo con la normatividad vigente y en cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos por parte del Ministerio de la Protección Social.

Inicialmente se trabajara el diseño, formulación y documentación del PAMEC, seguidamente la autoevaluación y posteriormente la selección de procesos a mejorar y por último su caracterización y auditoría.

El diseño, formulación, documentación , autoevaluación , selección de procesos prioritarios caracterización y auditoría, permitirá que la organización se desenvuelva en un ambiente de mejoramiento continuo, ya que se trabajara mediante la metodología del ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) lo cual garantiza que mediante unos adecuados niveles de operación de autocontrol, auditoria interna y auditoria externa y niveles de acción tales como acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales, la empresa se oriente hacia una cultura de la calidad.

---

[*] Proyecto de Grado

[**] DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA. Especialización en Administración de servicios de Salud. Director: Ingeniera Claudia Patricia Aponte. Universidad Industrial de Santander.

SUMMARY

I TITLE: CONSULTANCY TO DESIGN AND TO DOCUMENT PAMEC IN THE SERVICE OF URGENCIES OF E.S.E. INSTITUTE OF HEALTH DE BASED BUCARAMANGA (ISABU) IN THE LIMITS OF THE ORDINANCE 1011 OF 2006 AND RESOLUTION 1043 OF 2006.[*].

AUTHOR: ALONSO LOZANO MANTILLA[**]
Key Words: Audit Program for the Improvement of the Quality in the Attention in Health. (I Title IV, I Decree 1011, Resolution 1043 and Technical Annexes)

CONTENT:

This project is carried out with the purpose of achieving the Design and Documentation of the Program of Audit for the Improvement of the Quality in the Attention in Health (PAMEC) in the E.S.E. INSTITUTE OF HEALTH DE BUCARAMANGA (ISABU) Under the limits of the I TITLE IV ORDINANCE 1011 OF 2006, RESOLUTION 1043 OF 2006, ANNEXES TECHNICAL 1 AND 2, RESOLUTION 1446 OF 2006, TECHNICAL ANNEX 1, you GUIDE AND RULES OF AUDIT FOR THE IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF THE ATTENTION IN HEALTH (2007). With the purpose of to guarantee and to contribute to the satisfaction of the requirements of their different users, to improve, to document and to control their high-priority processes, to improve their positioning and recognition in the market, this competitive advantage that allows him/her to establish mutually beneficial relationships with companies insurance companies and they offer taking advantage.

The development of this project was taken by stages, having the support of the management, directive, as of the personnel of administrative and assistance support that makes part of the organization, with the purpose of achieving the Upgrade and redesign of the Program of Audit for the Improvement of the Quality in the Attention in Health. (PAMEC) according to the effective normative and to fulfill the requirements of the Ministry of the Social Protection.

Initially one worked the design, formulation and documentation of PAMEC, subsequently the car evaluation and later on the selection of processes to improve and lastly their characterization and audit.

The design, formulation, documentation, autoevalución and selection of high-priority processes will allow that the organization is unwrapped in an atmosphere of continuous improvement, since one worked by means of the methodology of the cycle PHVA (to Drift, to Make, to Verify and to Act)
That which guarantees that by means of some appropriate levels of autocontrol operation, internal audit and external audit and such action levels as preventive actions, of pursuit and of the situation, the company is guided toward a culture of the quality.

---

[*] Project of grade.
[**] DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH. Specialization in Administration of Services of Health. Director: Engineer Claudia Patricia Aponte. Industrial University of Santander.

INTRODUCCIÓN.

Actualmente las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud en Colombia, en todos los niveles de atención presentan delicados problemas en las áreas de Satisfacción del Usuario, Talento Humano, Procesos Internos, Resultados Financieros y en su Responsabilidad Social a excepción de algunas pocas que funcionan muy cerca de los estándares exigidos por el Ministerio de la Protección Social, y de los requerimientos de los usuarios

Colombia con la Ley 9 del 24 de Enero de 1979, Titulo XII "DERECHOS Y DEBERES RELATIVOS A LA SALUD" expedida por el Congreso de la República y por la cual se dictan medidas sanitarias ha venido expresando su preocupación por el tema de la calidad en la salud de todos los colombianos.

La Ley 100 de 1993, expresa en el numeral 9 del articulo 153 que el sistema de seguridad social en salud, establecerá mecanismos de control a los servicios prestados por las EPS ya sean del régimen contributivo o subsidiado, como a las IPS de ambos regímenes en lo que tiene que ver con el cumplimiento de requisitos de habilitación (mínimos) con el fin de garantizarle a los usuarios (pacientes) la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada , integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y practicas profesionales.

Hoy en Colombia el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, establecido por el Decreto 2309 de 2002 y modificado por el Decreto 1011

de 2006, no esta siendo aplicado en su totalidad por los Aseguradores, Prestadores y Entidades de Vigilancia Inspección y Control tales como las Secretarias de Salud Departamentales. Distritales y Municipales.

Esta falta de control y de medidas ejemplares por parte de los responsables y de compromiso por parte de los aseguradores y prestadores ha desencadenado en un caos al interior del sistema, reflejado en la deficiente atención al usuario, ya que únicamente se han enfocados exclusivamente en la parte económica y financiera y no en el verdadero espíritu de la norma que es la satisfacción del usuario.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud (PAMEC) definido como componente de mejoramiento continuo, es una herramienta administrativa de gestión de la calidad y a su vez una herramienta de gestión gerencial que le permite a las Instituciones de salud aseguradoras o prestadoras de cualquier nivel, privada o públicas, empresas de medicina pre pagada, entidades adaptadas y entidades departamentales, distritales y municipales de salud , identificar, seleccionar , documentar y controlar aquellos procesos considerados como prioritarios y cuya característica es que están directamente relacionados con la atención al usuario.

Una cuidadosa identificación, selección, caracterización y documentación de los procesos prioritarios, permite a la institución concentrar su atención en los mismos, manteniendo, verificando y evaluando su implementación y aplicándoles el ciclo PHVA, (Planear, hacer, Verificar y Actuar) en busca de dar cumplimiento al fin esencial que es la satisfacción del usuario.(Paciente)

El Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud (SOGCS) define el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, como "El mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios"

En la **E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU)** son conocedores de la necesidad de actualizar, rediseñar e implementar el PAMEC Versión 2008, ya que esta comprometido con la calidad en cada uno de los procesos institucionales, y desea convertirse en una institución competitiva que se preocupa por la salud publica, la satisfacción del usuario y su integridad en el servicio y efectividad organizacional en el cumplimiento de cada uno de los objetivos y metas a lograr.

1. TITULO.

CONSULTORIA PARA DISEÑAR Y DOCUMENTAR EL PAMEC EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU) BASADO EN LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1011 DE 2006 Y RESOLUCION 1043 DE 2006.

2. ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO.

2.1. JUSTIFICACIÓN

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU) es una Empresa Social del Estado que ofrece los siguientes servicios de atención en salud del segundo nivel DE COMPLEJIDAD:

Servicio de Urgencias: Medicina General

Servicios Especializados: Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna, Otorrinolaringología, Cirugía Pediátrica, Gastroenterología, Ortopedia y Urología

Servicios Ambulatorio: Medicina General, Odontología y Enfermería.

Apoyo Diagnostico y Soporte Terapéutico: Farmacia, Laboratorio Clínico, Terapias Físicas y Respiratorias e Imágenes Diagnosticas en Medicina y Odontología.

LA E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU) es consiente de la gran responsabilidad social que tiene con la comunidad de Bucaramanga, y en virtud de dar cumplimiento a la normatividad expedida por el Ministerio de la Protección Social, específicamente el Decreto 1011 de 2006 y el Decreto 4295 de 2007, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003 , estipula que la Norma Técnica de Calidad para el Sistema de Seguridad Social en Salud será la definida a través de Decreto 1011 de 2006 SOGCS (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud) y las normas técnicas que lo desarrollan o lo modifican.

En virtud de lo anterior la E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU) en cumplimiento de la Ley, de su política de calidad, valores y principios organizacionales, y en busca del mejoramiento continuo, ha tomado la decisión de actualizar , rediseñar y documentar su Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud en busca de la satisfacción de sus usuarios (Clientes Externos), Trabajadores (Clientes Internos), Proveedores y demás actores del sistema.

2.2. OBJETIVOS.

2.2.1. Objetivo General

Diseñar y Documentar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud. (PAMEC) en el Servicio de Urgencias de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) basado en los lineamientos del Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 y sus anexos técnicos 1 y 2 , Resolución 1446 de 2006 y su anexo técnico, Resolución 1445 de 2006 ,Pautas y Guías de Auditoria, Versión 2007.

2.2.2. Objetivos Específicos

- ✓ Realizar una autoevaluación, que permita obtener un diagnostico actual básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU), comparado con estándares de calidad de la atención superiores a los que establece el Sistema Único de Habilitación, tales como:

- Sistema Único de Acreditación

- Sistema de Información de Calidad

- Eventos Adversos diferentes a los mínimos de la norma que se incluyan en el mecanismo de Seguimiento a Riesgos del Estándar 9 de Habilitación.

- Política de Seguridad del Paciente

✓ Verificar mediante la aplicación de una lista de chequeo el cumplimiento de requisitos exigidos por el Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006 y sus anexos técnicos 1 y 2, Resolución 1446 de 2006, y su anexo, Resolución 1445 de 2006, Pautas y Guías de auditoria versión 2007.

✓ Relacionar los colaboradores de la Institución que participaron en este diagnostico y elaborar una matriz DOFA, con los resultados de la Autoevaluación. (Fortalezas de la Institución, Fallas de Calidad Evidenciadas, Oportunidades de Mejora Identificadas, Problemas de la Atención en Salud)

✓ Identificar los procesos a mejorar y utilizar técnicas para determinar cuales son los procesos prioritarios, con el fin de organizar la Institución en procesos y establecer una secuencia lógica entre cada uno, caracterizándolos, elaborando el mapa y flujo de proceso.

✓ Determinar el estándar (Calidad Esperada) Especificando la metodología aplicada para definir las metas de calidad y de cada proceso priorizado.

- ✓ Determinar como la Institución va a realizar la medición inicial del desempeño de los procesos definidos como prioritarios de acuerdo a los niveles de auditoria aplicables a IPS, auditoria interna y autocontrol.

- ✓ Definir como la Institución va a elaborar el plan de mejoramiento o de acción de acuerdo a los hallazgos, como resultado de la medición inicial del desempeño de los procesos definidos como prioritarios.

- ✓ Determinar que procesos, métodos o mecanismos se van a utilizar para el seguimiento de los planes de mejoramiento y de acción, así como los responsables de la actividad.

METODOLOGIA.

La metodología utilizada para argumentar la elaboración de los Objetivos, es la sugerida por las Guías y Pautas de Auditoria, versión 2007 y del anexo Nº 29, guía para la formulación e implementación del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud PAMEC documentos publicados por el Ministerio de la Protección Social.

En consecuencia comprendió un proceso participativo entre el personal de la Dirección, Oficina de Calidad y el Consultor, en donde se efectuó una recopilación, procesamiento y análisis de datos financieros, de mercadeo, de estructura, de procesos y de resultado.

3. MARCO TEORICO

3.1. CALIDAD EN EL SERVICIO HOSPITALARIO [1]

3.1.1 Conceptos Básicos.

Antes de realizar cualquier análisis o desarrollo del concepto de calidad en el servicio hospitalario, es muy importante determinar de manera categórica que la calidad no es una necesidad, si no una prioridad.

Las Instituciones de salud en la actualidad, son organizaciones cada día más complejas, en razón a que hay una cantidad de normatividad, objetivos misionales, procesos y otros factores que caracterizan su funcionamiento.

Por ejemplo:
Profesionales de múltiples disciplinas, alta tecnología, trabajo multidisciplinario, e interdisciplinario , requerimientos inmediatos, alta contingencia, altos flujos de información , alto nivel de interdependencia entre las diferentes áreas, diversidad de insumos ,variedad de tecnología, alta complejidad de la tecnología, diversidad de procesos y un alto nivel de exigencia de los usuarios.

A lo anterior hay que sumarle, el actual escenario de los hospitales públicos y privados, compuestos por seis variables que describo a continuación:

1. Los cambios demográficos
2. Los recientes y crecientes avances tecnológicos
3. Las expectativas crecientes del individuo y de la comunidad en todo a lo que se refiere a los servicios de salud

4. Las expectativas crecientes de los profesionales que siempre buscan dar más y perfeccionar sus destrezas.
5. Los costos crecientes de los servicios de salud y los recursos financieros limitados tanto públicos como privados.
6. La politiquería y corrupción del sistema de salud.

Carlson Marketing Group Research, Nos presenta las siguientes estadísticas relacionadas con la mala calidad del servicio:
El 72% de los vendedores piensan que sus clientes desean recibir un mejor servicio.

El 86% de los clientes cambiarían por un mejor servicio.
El 91% de los clientes no volverán si reciben un mal servicio.
El 83% de los clientes cambia y no protesta.
Conseguir un nuevo cliente es 5 a 6 veces más costoso que mantener uno actual.
Un cliente satisfecho lo dice un promedio de 5 veces.
Un cliente insatisfecho lo dice un promedio de 12 veces.
Un 5% de incremento en la fidelidad del cliente puede producir un aumento de beneficios de entre el 25 y el 85%.

3.2. DEFINICIONES Y BASES DE LA CALIDAD

Algunas de las más importantes son:

3.2.1. Calidad

- ✓ Calidad es preferencia por los clientes

- ✓ Calidad es hacer las cosas correctas de la manera correcta y llevar a cabo continuos perfeccionamientos

- ✓ Calidad es cumplir los compromisos

- ✓ Calidad es satisfacción de los clientes

- ✓ Calidad es hacer las cosas bien desde la primera vez.

- ✓ El SOGCS (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud) la 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 optimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgo y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

- ✓ Donabedian, la define como la propiedad de los servicios de salud que puede ser alcanzada en diversos grados y que incorpora la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención con los menores riesgos para el paciente.

Los beneficios entendidos en función de los avances de las ciencias médicas y de la tecnología disponible, e igualmente estos beneficios están condicionados por los valores éticos.

El Dr. Andrés Aguirre Martínez, define 4 bases fundamentales que soportan una buena gestión de la calidad en cualquier organización, ellas son:

- ✓ La calidad es una actitud de todas las personas que se involucran en un servicio. Esta actitud implica ser humildes y reconocer que todo es susceptible de mejorarse.

- ✓ La calidad conlleva a tener claro que las organizaciones hospitalarias existen porque hay seres humanos y una comunidad que requiere de ellas: esa es la razón prioritaria de ser de sus acciones. Otras actividades como las de docencia y la de investigación, necesariamente ésta subordinada a la anterior razón.

✓ No, Basta la buena voluntad, es necesario conocer hechos y datos acerca de qué nivel de satisfacción está generando el servicio y cómo se comportan los procesos de gestión. La calidad debe ser medida evaluada y mejorada.

✓ La calidad no es el resultado del azar, la calidad se planea y se construye durante el proceso de prestación del servicio. Es importante clarificar que la calidad y los procesos de auditoría y garantía de la calidad no tienen como fin último sancionar a las personas que están involucradas en la prestación de un servicio.

3.2.2. Definición Y Componentes De La Calidad Para Los Servicios De Salud.

✓ **Calidad intrínseca:** Se relaciona con las características y especificaciones que e l producto o servicio deben cumplir para que funcione adecuadamente

✓ **Los costos:** Es la suma total de los costos en que se incurrió para la producción de un bien o servicio y que determinan la tarifa para poder ser adquirido por el cliente o usuario, el cual desea percibir un beneficio, es decir notar que lo que se recibe es proporcional y equitativo, por lo que paga e incluso más de lo que se considera el mínimo justo.

✓ **La atención o nivel de servicio:** Se define a la forma como el cliente percibe que es tratado

✓ **La seguridad y la motivación o disposición de los empleados:** Independientemente de su jerarquía; se refiere a la actitud de ellos, a sus convicciones, a sus valores y prioridades, a su vocación, a su deseo de hacer las cosas de determinada manera, a su nivel de energía para el trabajo, este componente se conoce como la cultura de una organización y es la base sobre la que se dan los otros componentes. Esta base de la motivación y el hecho de que la calidad esta orientada a la satisfacción de personas, son el fundamento de la orientación humanística de la calidad.

✓ **La satisfacción del usuario:** Es el cumplimiento de las expectativas del usuario.

Dado lo complejo y cambiante que es la ciencia médica y la tecnología utilizada, se hace importante diseñar (indicadores y estándares) que permitan evaluar de manera impersonal y objetiva los resultados de una determinada atención.

La sola satisfacción del paciente no es suficiente para deducir que se presta un servicio con calidad, ya que por razones de limitación de conocimiento técnico científico frente a lo que puede y no puede esperar de una determinada atención, no siempre estará en capacidad de juzgar si fue buena o mala la atención recibida.

3.2.3. Relación De La Calidad Y Cantidad De Los Servicios.

La calidad y la cantidad de los servicios son dos conceptos que necesariamente van uno al lado del otro y deben ser tenidos en cuenta de manera sinérgica, ya que se influyen de manera reciproca.

Cantidad de Servicios: Se puede dar la situación que si la cantidad de servicio brindado es superior a la estrictamente necesaria, posiblemente se incurrir en riesgos innecesarios sobre esa persona. (Una instancia hospitalaria prolongada es de mayor riego para adquirir infecciones), de igual manera aumenta los costos de su atención y reduce la accesibilidad de otras personas a los servicios, lo que a su vez genera riesgo y disminuye beneficios sociales.

De igual manera si la cantidad de servicio brindado es inferior a lo por ella referido también es claro la disminución de los beneficios y el aumento de riesgos con la consecuente disminución de la calidad.

Una cantidad de servicio programado por debajo de la capacidad, o tiempos exagerados para la atención, pueden conducir a la disminución de una cobertura de la población, a costos unitarios elevados, es decir a ineficiencia de la organización lo cual conlleva a un detrimento de la calidad.

3.2.4 La Calidad Es Lo Justo.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, no debe mirarse como una moda, una herramienta gerencial o simplemente el cumplimiento de una norma, la calidad es lo justo desde una perspectiva ética, ya que los servicios de salud están dirigidos a los seres humanos, en cuanto a personas, la vida humana, la persona merecen respeto y un trato cuidadoso.

No es correcto a la luz de la ética, que un trato descortés y negligente produzca un daño reversible o irreversible al paciente, la salud no es el principal valor del hombre; el principal valor del hombre es su vida misma, su existencia ya que es a través de ella que puede realizarse el valor de la salud.

El juramento hipocrático, profesado y auto impuesto por los médicos desde la antigüedad, si es revisado cuidadosamente contiene conceptos de calidad.

“En lo referente a sanar enfermos, les rescataré según mi leal saber y entender, prohibiéndoles todo cuanto les perjudique y dañe”, “Conservaré religiosa e intachablemente mi vida y profesión”, “A cualquier casa que entrare, llegare por utilidad de los enfermos”. En las anteriores definiciones se encuentran los principios de satisfacción del cliente, de mejoramiento continuo y de disminución del riesgo (Seguridad del paciente).

La calidad tiene como base un fundamente humanístico innegable.

Ella parte de las persona y llega a las personas, el desarrollo de cualquier actividad con calidad, parte del supuesto que son ellas las que saben mejor como hacerlo y conocen claramente los problemas relacionados con la labor que realizan.

La calidad parte del compromiso de las personas, lo cual se logra en la medida que se capaciten y cada cual conozca lo que hay que hacer, porque hay que hacerlo, para que hay que hacerlo y para quien hay que hacerlo, el conocimiento claro de lo anterior induce a hacerse responsable de la vida de si mismo y de la de los demás.

La calidad es humana, porque hace que las personas no se comporten como maquinas automatizadas, si no como dueñas de sus acciones, por lo anteriormente expresado, ¡calidad es lo justo!

Ganancias cuando se hacen las cosas con calidad

- Satisfacción de todos los clientes
- Resultados Óptimos de atención
- Eficiencia
- Competitividad y por lo tanto la supervivencia de la organización.
- La satisfacción, la realización y el mejoramiento personal.

El termino cliente tiene un significado amplio para este proyecto, ya que los beneficiarios de la atención hospitalaria no son únicamente los clientes-usuarios o paciente sino también, los familiares y allegados del paciente, los estudiantes que realizan procesos de práctica hospitalaria, las autoridades responsables de la salud pública, los terceros pagadores, los proveedores, las industrias y la comunidad en general.

De hay la importancia que una organización con cultura de calidad, se preocupe por la satisfacción de su cliente interno (Subordinados) y externo (No Subordinados) respectivamente.

3.2.5 Áreas Y Procesos Involucrados En La Calidad Del Servicio Hospitalario.

El concepto moderno de Hospital, Empresa Social del Estado o Clínica, involucra el termino de organización (Sistema) compuesta a su vez por personas y áreas (Subsistemas) estas áreas y personas no solamente están relacionadas directamente con el usuario o paciente, como es el caso de médicos, bacteriólogos, enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares, etc. También existen áreas muy importantes dentro del proceso de prestación de servicios como son:

Las áreas de admisiones, facturación y caja, costos, contabilidad, suministros, farmacia, ingeniería y mantenimiento, limpieza, suministro de alimentos, vigilancia etc.

Estas áreas asistenciales y de apoyo están directamente o indirectamente relacionadas, en consecuencia la calidad del servicio hospitalario es compromiso de toda la organización y por eso su abordaje implica necesariamente una metodología de trabajo en equipo con el fin de definir, asegurar y mejorar los procesos asistenciales y administrativos que se realizan al interior de la organización hospitalaria.

En la actualidad se habla de gerencia de procesos en razón de lo anterior, por tal razón definiremos proceso como: a una serie de etapas o actividades secuenciales que tienen como finalidad el logro de un determinado resultado.

Es importante definir el resultado esperado de un proceso, con el fin de poder medir en la práctica si existe conformidad entre lo observado y lo esperado.

Estos resultados deben especificarse para los dos componentes de la calidad que son:

1. Componente técnico científico
2. Componente de servicio.

3.2.6. Lo Que Cuesta Es La Mala Calidad.

Realmente no es costoso ofrecer servicios de calidad lo costoso para una institución de salud es ofrecer servicios de mala calidad, debido a las deficiencias de sus procesos internos.

Los costos de mala calidad son aquellos en que incurre la organización para inspeccionar si los servicios fueros prestados con las especificaciones correctas o para corregir los servicios que tuvieron un resultado adverso.

Estas deficiencias arrojan como resultado una (falla en la Promesa de Servicio). Las demandas, la perdida de imagen y la perdida de usuarios, por la mala calidad son muy costosas para la organización.

El control de los costos de mala calidad, permite a la organización obtener buenos resultados financieros, aumentando su capacidad de inversión para mejorar el nivel de calidad de la organización hospitalaria.

Los costos de mala calidad, son variables de acuerdo a las siguientes circunstancias.

✓ EL CLIENTE ES QUIEN DETECTA EL ERROR: A estas alturas el servicio ya se ha prestado y se han incurrido en todos los costos necesarios en la prestación del servicio, el cual debe repetirse (reproceso). Este tipo de errores puede traer consigo demandas, perdida del cliente que transmite su inconformidad a otros clientes y perdida de imagen corporativa, sumamente costosas en el mediano y largo plazo.

✓ LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DETECTA EL ERROR, POCO ANTES DE QUE ESTE SEA VISIBLE A LOS OJOS DEL CLIENTE: En este caso los costos son menores, ya que únicamente se incurrió en pérdida de tiempo y materiales.

✓ LA ORGANIZACIÓN PREVIENE EL ERROR Y MEJORA SUS PROCESOS APLICANDO EL CICLO (PHVA): En este caso particular los costos de mala calidad están controlados y minimizados.

El Dr. Aguirre Martínez, define cuatro principios absolutos de la calidad.
"Primer Principio: Definición de calidad, cumplir los compromisos (promesa de servicio) y ceñirse a los estándares.

Segundo Principio: Sistema de gestión, la prevención.
Tercer Principio: Medición de la calidad, costo de la mala calidad.
Cuarto Principio: Meta de la Calidad, cero defectos.

Esto puede leerse de la siguiente manera: calidad es cumplir los compromisos a los ojos del cliente (promesa de servicio) y actuar conforme a los estándares profesionales, lo cual sólo se logra si planeamos el servicio (estandarizamos resultados, procesos e insumos) de manera que prevengamos las situaciones problemáticas y así no incurramos en erogaciones innecesarias, que es lo verdaderamente costoso"[1]

[1] Andrés Aguirre Martínez, Calidad en el Servicio Hospitalario Tomo II, Facultad de Salud Pública. Decreto 1011 de 2006, Ministerio de la Protección Social.

3.2.7 Herramientas De La Calidad Para Las Instituciones Hospitalarias.

Las herramientas facilitan a la gerencia el logro de los objetivos, dan claridad y mejoran la posibilidad de llegar a consensos de manera más rápida, permiten descubrir lo que no es tan obvio.

Las herramientas más comunes son las siguientes:

- Diagrama de causa efecto o espina de pescado, también llamado diagrama de las 6M.
- El diagrama de flujo.
- Los gráficos de control.
- La grafica de pareto.
- Los histogramas
- Las graficas de tendencia
- Las hojas de verificación.
- La tormenta de ideas.
- El diagrama de afinidades entre muchos otros.

Las normas ISO 9000 de 2000, constituye una guía importante para implementar calidad y mejoramiento continuo dentro de las instituciones hospitalarias.

De igual manera OSHAS 18001 versión 1999 y su reciente actualización 2007 de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional y la Norma 14001 de Medio Ambiente.

3.3 DEFINICION DE TERMINOS.

Atención en Salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al

Usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC): Es el mecanismo sistemático y continúo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la Atención de Salud. Se entiende 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.

Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB: Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

Prestadores de Servicios de Salud: Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

Profesional Independiente: Es toda persona natural egresada de un programa de Educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SOGCS: Es el conjunto de Instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Unidad Sectorial de Normalización en Salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

3.3.1. Características Del SOGCS.

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.[2]

3.3.2. Componentes Del SOGCS.

Sistema Único de Habilitación: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa,

indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

Sistema Único de Acreditación: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

PARÁGRAFO.- Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.

Sistema de Información para la Calidad: El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

3.3.3. Competencias De Las Entidades Estatales En El SOGCS

Ministerio de la Protección Social. Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente. También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

Superintendencia Nacional de Salud: Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

Entidades Departamentales y Distritales de Salud: En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en las normas y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

Entidades Municipales de Salud: En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica **para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud** de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el

Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

PARÁGRAFO.- Lo previsto en el decreto 1011 de 2006 se cumplirá sin perjuicio de que las entidades deban cumplir otras normas relacionadas con sistemas de calidad.

3.3.4. Niveles De Operación Para La Auditoria.

Autocontrol: Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

Auditoria Interna: Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoria interna.

Auditoria Externa: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoria de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

3.3.5. Tipos De Acciones En Auditoria

Acciones Preventivas: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

Acciones de Seguimiento: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

Acciones Coyunturales: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

3.3.6. Principios Del Sistema Único De Acreditación.

Confidencialidad: La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

Eficiencia: Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

Gradualidad: El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

3.3.7 Relativos A Los Objetivos Del Sistema De Información Para La Calidad.

Monitorear: Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.

Orientar: Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.

Referenciar: Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los Servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios

Estimular: Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos

3.3.8. Principios Del Sistema De Información Para La Calidad

Gradualidad: La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.

Sencillez: La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

Focalización: La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

Validez y confiabilidad: La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

Participación: En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Eficiencia: Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

3.3.9. Gestión Institucional

Sistema: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan.

Gestión: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

Alta Dirección: Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al mas alto nivel una organización.

Mejora Continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

Eficacia: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Eficiencia: Relación entre el resultado obtenido y los recursos utilizados.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Producto: Resultado de un proceso.

Proyecto: Proceso único consistente en un conjunto de actividades coordinadas y controladas con fechas de inicio y de finalización, levadas a cabo para lograr un objetivo conforme con requisitos específicos, incluyendo las limitaciones de tiempo, costo y recursos.

Diseño y Desarrollo: Conjunto de procesos que transforman los requisitos en características especificadas, o en la especificación de un producto, proceso o sistema.

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

3.3.10. Definiciones En Auditoria

Auditoria: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la auditoria.

Programa de Auditoria: Conjunto de una o mas auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito especifico.

Criterios de Auditoria: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.

Evidencia de la Auditoria: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria y que son verificables.

Hallazgos de la Auditoria: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria.

Conclusiones de la Auditoria: Resultado de una auditoria que proporciona el equipo auditor tras considerar los hallazgos de la auditoria.

Auditado: Organización que es auditada.

Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria.

Equipo Auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoria.

Experto Técnico: Persona que aporta experiencia o conocimiento específicos con respecto a la materia que se vaya auditar.

Competencia: Habilidad demostrada para aplicar conocimiento y aptitudes.

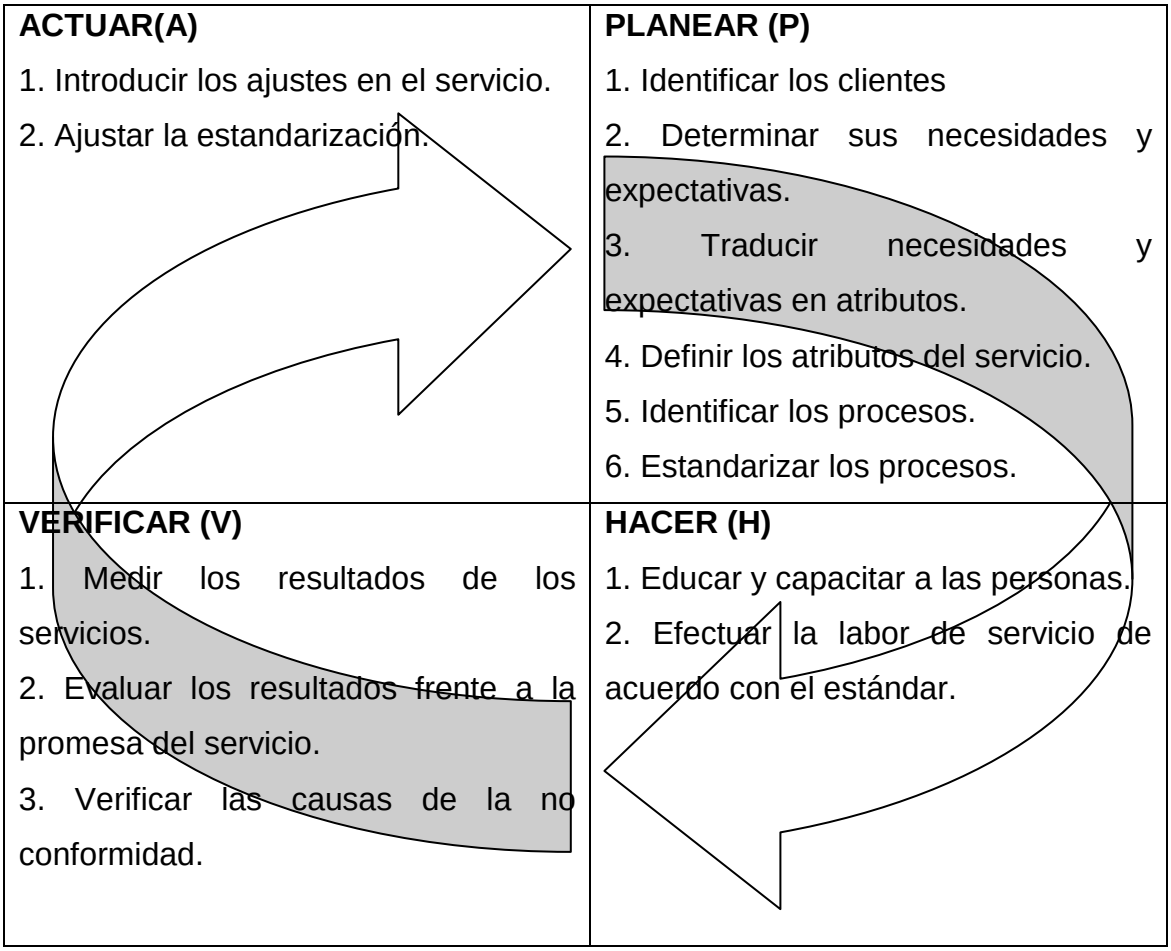
3.4 EL CICLO DE DEMING - PHVA (PLANEAR, HACER, VERIFICAR Y ACTUAR)

Es determinante identificar los clientes de los procesos que se llevan a cabo dentro de la organización, con el fin de identificar sus necesidades y expectativas, definir los atributos del servicio, determinar los indicadores pertinentes y efectuar la estandarización que conduzca a la satisfacción de esas necesidades y expectativas.

Logrado lo anterior es importante determinar una metodología que permita hacerle seguimiento y que funcione como un ciclo, permitiendo realizar los ajustes correspondientes en busca del mejoramiento continuo de cada uno de los procesos.
Para lograr tal fin contamos con una herramienta gerencial importante llamado el ciclo PHVA o también llamado Ruta de la Calidad.

Su esquema es el siguiente

Figura Nº 1 el ciclo de Deming - PHVA (planear, hacer, verificar y actuar)



3.5. Políticas, directrices y documentos técnicos que inciden directamente en el desarrollo del PAMEC propuesto.

- ✓ Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud.
- ✓ Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoria.
- ✓ Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud.
- ✓ Principios Internacionales Para Estándares de Atención en Salud.
- ✓ Sentencia T-760 de 2008, Magistrado ponente Manual José Cepeda Espinoza., 31 de Julio de 2008.

3.6 MARCO NORMATIVO

3.6.1 Normatividad aplicable al diseño, elaboración e implementación del PAMEC.

El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud) PAMEC, se fundamenta en la siguiente normatividad.

Constitución Política de Colombia de Julio 6 de 1991

Artículo 48: Define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de EFICIENCIA, UNIVERSALIDAD Y SOLIDARIDAD.

Artículo 49: Se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

Ley 100 de Diciembre 23 de 1993

Artículo 153: Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentra Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y **CALIDAD.**

La **CALIDAD** Caracterizada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Artículo 178: Dentro de las funciones de la Entidades Promotoras de Salud se incluyen: “Establecer Procedimientos para Controlar la Atención Integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 227: Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: Establecer la responsabilidad del Gobierno de definir el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.

Ley 1122 del 9 de Enero de 2007.

Por la cual se hacen algunas modificaciones a la Ley 100 de 1993 en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1995 de Julio 8 de 1999.

Por la cual se establecen las normas para el manejo de las historias clínicas.

Decreto 1011 de Abril 3 de 2006.

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 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 el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1445 de Mayo 8 de 2006

Por el cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

Resolución 1446 de Mayo 8 de 2006

Por el cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se Adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

Resolución 2680 de Agosto 3 de 2007.

Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de Abril 3 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 2679 del 3 de agosto del 2007.

Por la cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud.

Resolución 2955 de Agosto 27 de 2007.

Por la cual se modifican algunos numerales del Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico, adoptado mediante Resolución 1403 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3763 de Octubre 18 de 2007

Por la cual se modifican parcialmente la Resolución 1043, y 1448 y 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 103 de Marzo 17 de 2003

Por el cual se adopta el manual de funciones de la E.S.E ISABU.

Circular 030 del 23 de Mayo de 2006

Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud, los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de la atención en salud. Autoevaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario.

Resolución 196 y 197 de 2007

Código del Buen Gobierno y de Ética.

Circular Única 049 de 2008

Titulo IV

Tabla Nº 1 Normatividad Importante que regula las Empresas Sociales del Estado.

ITEM	NORMA	CONTENIDO
1	DECRETO 1876 DE 1994	Reglamentación de las E. S. E
2	DECRETO 1757 DE 1994	Participación comunitaria
3	RESOLUCION 1995 DE 1999	Archivo y custodia de Historias Clínicas
4	RESOLUCION 1164 DE 2002	PGIRSH
5	RESOLUCION 1020 DE 2002	Medidas para la protección de la misión médica.
6	ACUERDO 244 DE 2003	Operación del Régimen Subsidiado
7	ACUERDO 253 DE 2003	Modifica Operación del Régimen Subsidiado
8	LEY 872 DE 2003	Gestión Calidad de la Gerencia Publica
9	DECRETO 2284 DE 2003	Normatividad sobre población desplazada
10	DECRETO 2131 DE 2003	Modifica Decreto 2284 de 2003
11	ACUERDO 267 DE 2004	Subsidios Parciales
12	DECRETO 4110 DE 2004	Norma técnica de calidad en la gestión publica.
13	LEY 972 DE 2005	Atención enfermedades ruinosas o catastróficas
14	DECRETO 3616 DE 2005	Perfiles ocupacionales en salud
15	DECRETO 2200 DE 2005	Reglamento al Servicio Farmacéutico
16	DECRETO 4725 DE 2005	Dispositivos Médicos
17	CIRCULAR O21 DE 2005	Negación de Servicios

18	CIRCULAR 031 DE 2006	Atención telefónica al usuario
19	CIRCULAR 010 DE 2006	Atención de urgencias
20	CIRCULAR 017 DE 2006	Atención en Salud a Población desmovilizada

4. GENERALIDADES DE LA EMPRESA.

4.1. NOMBRE

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA. (ISABU).

4.2 RESEÑA HISTORICA

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E ISABU, es una Empresa Social del Estado del orden territorial, que ofrece todos los servicios hospitalarios correspondientes al primer y segundo nivel de atención en la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander.

Creada mediante los acuerdos municipales 665 y 668 de Diciembre de 1989, como un establecimiento público descentralizado del orden Municipal que tuvo como función principal encargarse de la Dirección Local de Salud, adscrita para ese entonces al Ministerio De Salud Nacional.

El Decreto 1876 del 3 de Agosto de 1994, por el cual se reglamentan los artículos 96,97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994, en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado, la reestructura y es así como en ese mismo año se convierte en Empresa Social del Estado, entidad pública de categoría especial, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por Ley, o por las Asambleas o Concejos.

El objeto fundamental de esta nueva entidad es de prestar servicios de salud, entendido como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.
Pero es a partir de 1997 cuando empieza verdaderamente a funcionar con estas características.

En el año 2002, mediante la expedición del Decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002 se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se inicia el ajuste institucional para dar cumplimiento a los nueve estándares exigidos en la norma.
Para el año 2006, el Gobierno Nacional a través de su Ministerio de la Protección Social expide el Decreto 1011 del 3 de Abril del 2006, que modifica y deroga el Decreto 2309 de 2002, y el cual describe cuatro grandes componentes para su cumplimiento.

1- El Sistema Único de Habilitación
2- La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.
3- El Sistema Único de Acreditación.
4- El Sistema de Información para la Calidad.

Lo anterior hace que la institución alinee sus objetivos en concordancia con este Decreto y la demás normatividad expedida por Ministerio de la Protección Social.
La E.S.E ISABU, actualmente es una Institución muy importante en la ciudad de Bucaramanga, que cuenta con una red servicios compuesta por 22 Centros de Salud, dos unidades intermedias (Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita UIMIST) una unidad móvil y el Hospital Local del Norte.

Dirigida muy acertadamente por el Dr. Juan José Rey Serrano, Medico Cirujano egresado de la Universidad Industrial de Santander, quien ya la había dirigido en el periodo de 1999 a 2001 , y que esta comprometido junto con la Administración

Municipal y Departamental a convertirla en una E.S.E líder en la región y el Departamento.

La E.S.E ISABU es líder en Programas tales como:

- ✓ **Labio y paladar hendido.**

La ESE ISABU conjuntamente con la Alcaldía de Bucaramanga y la Fundación **Healing The Children** ha venido desarrollando durante once (11) años consecutivos, la atención a pacientes que presentan patologías de Labio y Paladar Hendido y secuelas de quemaduras.

Durante los once años de realización del programa se han beneficiado 1640 pacientes, de los cuales 1050 son procedentes del Municipio de Bucaramanga y 580 del Área Metropolitana y otros municipios de Santander y el Nororiente Colombiano.

Las cirugías realizadas a estos pacientes son: Queiloplastia, Palatorrafia, Colgajo Faringeo, Cierre de Fístulas Oro nasales, Rinoquiloplastia, Uvuloplastia, Zetaplastia e injertos de piel en pacientes con quemaduras.

PROYECTADO PARA 2008

Se tiene previsto realizar entre 150 y 200 intervenciones quirúrgicas, el próximo mes de Octubre.

- ✓ **Vigilancia Epidemiológica.**

Conjunto de actividades que se realizan en un momento dado, ante la presencia de un problema de salud o factor de riesgo especifico, con el propósito de reunir información para caracterizar la situación, conocer la magnitud del problema y establecer medidas para su prevención y control.

Las enfermedades de interés en salud pública que se están vigilando son:

- ✓ Enfermedades inmunoprevenibles: Parálisis fláccida aguda, Sarampión, Tétanos neonatal, Difteria, Tos ferina, Tétanos, Rubéola, Rabia Humana, Enfermedad Meningococcica, Meningitis por Haemophilus, Tuberculosis, Fiebre Amarilla, Hepatitis B y Delta, Hepatitis A, Varicela, Parotiditis Viral.
- ✓ Enfermedades Transmitidas por vectores: Malaria, Fiebre Dengue, Leishmaniosis, Enfermedad de chagas, Encefalitis Equina Venezolana.
- ✓ Enfermedades Transmitidas Sexualmente: Sífilis Congénita, VIH/SIDA
- ✓ Enfermedades Entericas: Cólera, Intoxicación alimentaria
- ✓ Mortalidad Evitable: Mortalidad Materna y Perinatal, Mortalidad por E.D.A – en menores de 5 años, Mortalidad por IRA, en menores de 5 años.

- ✓ **Plan Ampliado de Inmunización (PAI)**

El programa PAI tiene a cargo la eliminación, erradicación y control de enfermedades inmunoprevenibles en Colombia con el fin de disminuir las tasas de morbi-mortalidad causadas por enfermedades tales como:

Poliomielitis, Sarampión, Tétanos Neonatal, Meningitis Tuberculosa, Difteria, Tos Ferina, Rubéola o rubéola congénita, Neumonías, Meningitis, Epiglotitis por Haemophilus influenza tipo B, Hepatitis B, Fiebre Amarilla.

Para lograr este propósito se tiene toda la red de la E.S.E ISABU, los servicios de VACUNACIÓN, mediante la administración totalmente GRATUITA Y OBLIGATORIA, de los siguientes inmunobiológicos para la población MENORES DE 5 AÑOS así:

V.O.P. (Vacuna oral polivalente contra el polio)

D.P.T. (Triple bacteriana contra difteria, tétanos y tos ferina).

HEPATITIS B

PENTAVALENTE (Vacuna contra difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus Influenza tipo B y Hepatitis B).

ANTISARAMPIONOSA (Contra el sarampión)
M.M.R. ó TRIPLE VIRAL (Paperas, Rubéola y Sarampión).
B.C.G. (Contra tuberculosis Meníngea)
RUBÉOLA – SARAMPIÓN
ANTIAMARILICA (Contra la fiebre amarilla)

Como soporte de dicha administración se entrega un carne en el que se registra el biológico suministrado al menor y la próxima cita para completar el esquema de dosis según la edad del niño o niña enmarcados en la norma técnica del programa PAI.
Con el fin de eliminar el Tétanos Neonatal, se tiene como población objeto todas las MUJERES de 10 a 49 años, edad fértil y embarazada con:

- Toxoide Diftérico (Contra tétanos y difteria)

Ante la alerta epidemiológica de las enfermedades de FIEBRE AMARILLA Y SARAMPIÓN, se administra estos biológicos a las personas que viajen a zonas de riesgos en Colombia y fuera de ella.

Todo parto atendido en nuestra red de servicio (Hospital Local del Norte y la Unidad Materno Infantil Santa Teresita), se garantizara que antes de su egreso hospitalario se le inicie esquema de vacunación al binomio madre hijo(a) así:

- ✓ **Recién Nacido: B.C.G, Hepatitis B, V.O.P.**
- ✓ **Madre: Rubeola y Sarampión.**

4.3. UBICACIÓN

La E.S.E esta ubicada en el Sector Norte de la Ciudad de Bucaramanga, en la dirección Cra 9 con calle 12 Norte, Hospital Local del Norte.
Teléfonos PBX: 6405757 FAX 6405929.

4.4. MISION

Somos una Empresa Social del Estado del orden Municipal, prestadora de servicios de salud de baja y mediana complejidad orientada hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el talento humano comprometido con la calidad y la atención humanizada de la población de Bucaramanga y su área de influencia.

4.5. VISIÓN

En el 2012 seremos una empresa acreditada en el sector salud, por la calidad de sus servicios y reconocida en la comunidad por su liderazgo social.

4.6. PRINCIPIOS Y VALORES

Compromiso:
Ir mas allá del simple deber de trascender y lograr el deber ser, las personas comprometidas son responsables diligentes, exigentes y confiables.

Transparencia:
Caracteriza al individuo probo recto y honrado en sus actos, son las cualidades que hacen que una persona actué y viva en concordancia con lo que piensa,

sienta, diga y haga, no pretenden jamás aprovecharse de la confianza o la ignorancia de otros, los honestos y honrados son justos, honorables, íntegros auténticos, transparentes, sinceros , francos, rectos, decentes y valientes.

Compañerismo:

Trabajar con otros de manera conjunta y participativa, integrando esfuerzos para la consecución de metas institucionales comunes y se caracteriza por grupos de compañeros que se apoyan mutuamente en la realización de labores aportando cada uno su máximo esfuerzo en busca de alcanzar los objetivos de la empresa.

Solidaridad:

Es la cooperación entusiasta y desinteresada con quienes nos rodean para el logro de los objetivos y propuestas, procurando el bienestar común. Los solidarios son firmes, leales generoso, compasivos, caritativos y fraternales.

Respeto:

Es una de las bases de la convivencia armónica de los seres. Tiene una clara noción de los derechos fundamentales de cada persona, tiene en cuenta el trato a los demás sin distinción de ninguna índole, los respetuosos son sencillos, atentos, considerados, cordiales, responsables y solidarios.

Tolerancia:

Es la expresión mas clara de respeto por los demás, y como tal es un valor fundamental para la convivencia. Acepta con respeto lo distinto, lo diferente y lo que no es igual. Los tolerantes son respetuosos, pacientes, comprensivos, indulgentes, amistosos, compasivos y serenos.

Liderazgo:
Guiar y dirigir grupos y establecer y mantener la cohesión de grupo necesaria para alcanzar los objetivos organizacionales.

4.7. POLITICA DE CALIDAD

La Empresa Social del Estado ISABU, presta servicios de salud de baja y mediana complejidad, orientada hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, de la población de Bucaramanga y su área de influencia, garantizando mejora continua de su eficiencia, eficacia y efectividad, lo que permitirá la satisfacción al usuario, mediante la atención integral, calidad técnica con servicios oportunos y accesibles que se reflejan en la rentabilidad social enmarcada en los requisitos legales establecidos en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.7.1. Código de Ética

Adoptado mediante la Resolución 196 de 22 de Diciembre de 2007

4.7.2. Código de Buen Gobierno

Adoptado mediante la Resolución 197 de 22 Diciembre de 2007.

4.8. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

4.8.1. Posicionamiento en el Mercado

Prestar servicios de salud a los usuarios de la E.S.E ISABU, en toda su red, cumpliendo con los atributos de calidad a fin de lograr la fidelidad de los usuarios y confianza de los aseguradores.

4.8.2 Rentabilidad Social.

Dirigir su acción prioritariamente a la población pobre y vulnerable del Municipio de Bucaramanga con el propósito de mejorar las condiciones de salud de dicha población en el marco del plan de salud publica municipal.

4.8.3 Sostenibilidad Financiera.

La E.S.E ISABU debe adelantar las gestiones administrativas necesarias que conduzcan a garantizar la sostenibilidad y permanencia de un sistema contable que produzca información razonable y oportuna, para que los diferentes usuarios fundamenten sus decisiones relacionadas con el control y optimización de los servicios públicos, en procura de una gestión eficiente y transparente.

4.8.4 Sistemas de Calidad Y Modelo Estándar de Control Interno

4.8.4.1 Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública. NTCGP1000:2004 (Ley 872 de 2003)

✓ El compromiso de la E.S.E ISABU es implementar la herramienta de gestión NTCGP 1000:2004.

✓ En el desarrollo de esta herramienta la E.S.E ISABU inicio la documentación de su manual de calidad con el propósito de:

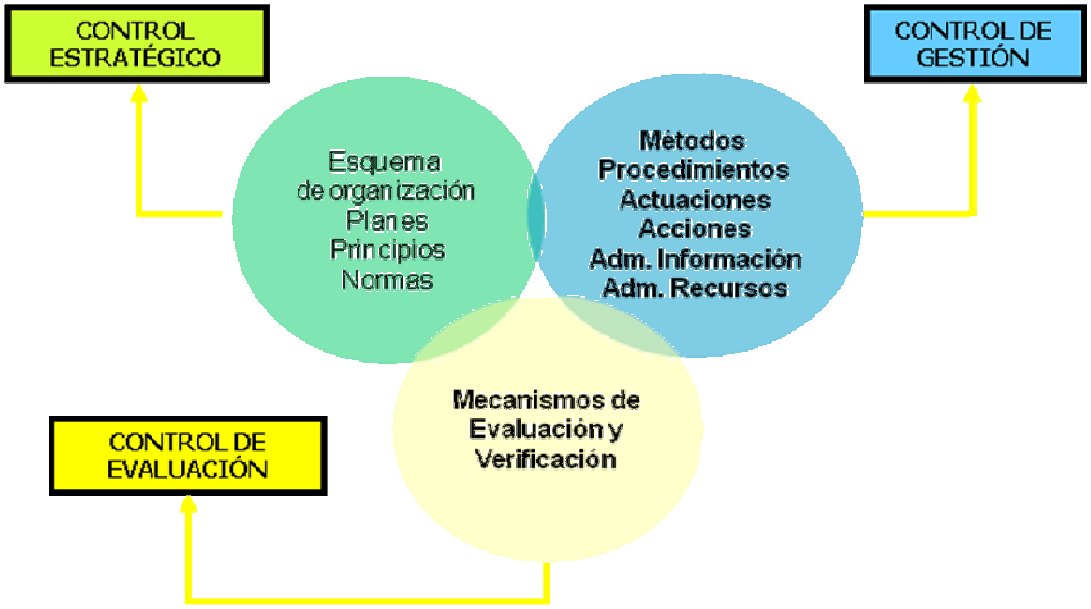
- Unificación de actividades y procedimientos en procesos institucionales.
- Preservar el saber y el hacer de la Institución
- Definir y comunicar las interacciones de los procesos.
- Promover una adecuada comunicación de las disposiciones del sistema de Gestión de la Calidad.
- Definir de manera clara los criterios para operación de los procesos.
- Lograr trazabilidad especialmente con los registros.

4.8.4.2. Modelo Estándar de Control Interno. MECI 1000:2005 (Decreto 1599 de 2005)

El propósito esencial del MECI es orientar a las entidades hacia el cumplimiento de sus objetivos y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado para lo cual se estructura en tres grandes subsistemas:

- ✓ **Subsistema de control estratégico**
- ✓ **Subsistema de control de gestión**
- ✓ **Subsistema de control de evaluación**

FIGURA Nº 2 Estructura Modelo Estándar de Control Interno



4.8.4.3 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud-SOGC. (Decreto 1011 de 2006)

El SOGCS, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
Los componentes del SOGCS son:

1. El Sistema Único de Habilitación
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención de Salud - PAMEC
3. El Sistema Único de Acreditación
4. El Sistema de Información para la Calidad

En el mes de Junio de 2007 la ESE ISABU cumplió con los estándares establecidos en el Decreto 1011 de abril 2 de 2006, logrando el certificado de

HABILITACION para la prestación de los servicios de salud, constituyéndose como el primer paso hacia la ACREDITACION.

4.9 SERVICIOS QUE PRESTA Y COMPLEJIDAD.

AMBULATORIOS	Consulta Externa
	Consulta Odontológica
	Consulta de Nutrición
	Trabajo Social
	Psicología
	Pequeña Cirugía
	Fisioterapia: Terapia Física y Respiratoria.
	Fonoaudiología
	Farmacia
	Programas de Promoción y Prevención de la Enfermedad.
	Laboratorio Clínico.
	Imágenes Diagnosticas

Hospitalarios. (De Segundo Nivel de Complejidad)	Médicos
	Quirúrgicos
	Urgencias, Apoyo Diagnostico y Terapéutico.

Especialidades Básicas	Pediatría.
	Ginecología.

	Medicina Interna.
	Cirugía- General
	Odontología
	Urología
	Cirugía Plástica
	Anestesiología
	Traumatología y Ortopedia

Servicio de Apoyo Diagnostico	Laboratorio Clínico
	Imagenología
	Rayos X de Primer Nivel
	Ecografía Ginecobstétricas vaginal, de tejidos blandos y de tiroides
	Monitoreo Fetal
	Electrocardiografía

4.9.5 Servicio de Hospitalización.	20 Camas Pediátricas
	30 Camas adultos (Especialidades

4.9.6 Servicio de Cirugía y Atención del Parto.	Dos quirófanos dotados de alta tecnología para las especialidades médicas.
	Quirófano exclusivo para intervenciones ginecológicas.
	Sala de recuperación que permite el monitoreo constante de los signos vitales de los pacientes intervenidos.

4.9.7 Centros de Salud.

El Instituto de Salud de Bucaramanga cuenta con El Hospital Local del Norte, la Unidad Materno Infantil Santa Teresita, la Unidad Intermedia Médico Quirúrgica, 20 Centros de Salud, una Móvil Rural y dos Ambulancias que están disponibles las 24 horas.

También se tiene `proyectado construir 2 Centros de Salud,
Estos Centros de Salud están distribuidos administrativamente por zonas en el municipio de Bucaramanga.

Tabla Nº 2 Centros de Salud distribuidos por zonas en el Municipio de Bucaramanga.

Centros Salud Zona 1:	Toledo Plata, Antonia Santos, Libertad, Bucaramanga
Centros Salud Zona 2:	Rosário, Morrorico, Concórdia, Instituto Quirúrgico
Centros Salud Zona 3:	Girardot, Santander, Gaitán, San Rafael.
Centros Salud Zona 4:	Mutis, Pablo VI, Campo Hermoso, La Joya
Centros Salud Zona 5:	IPC, Regaderos, Villa Rosa, Móvil rural
Centros Salud Zona 6:	Comuneros, Colorados, Kennedy, Café Madrid

NOMBRE	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**
Hospital Local del Norte	Cra 9 Nº 12 Norte.	Tel 6405757

Unidad Materna Infantil Santa Teresita.	Cra 21 Nº 12-02 San Francisco	6716501- 6717500
Unidad Intermedia Médico Quirúrgica	Calle 45 Nº 11-12	Tel 6423592
1-Centro de Salud el Rosario	Calle 34 Nº 35-57	Tel 6352746
2-Centro de Salud Comuneros	Calle 10 Nº 17-28	Tel 6711110
3-Centro de Salud Concordia	Calle 53- 21-63	Tel 6574663
4-Centro de Salud IPC	Km 2 Café Madrid	Tel 6402165
5-Centro de Salud Mutis	Cra 3W Nº 57-51	Tel 6417354
6-Centro de Salud Toledo Plata	Calle 105 Nº 15D-28	Tel 6370759
7-Centro de Salud Girardot	Cra 6A Nº 24-50	Tel 6334486
8-Centro de Salud Antonia Santos	Cra 29 Nº 70-41	Tel 6433105
9-Centro de Salud Santander	Calle 27 Nº 8OCC 35	6333197
10-Centro de Salud Gaitán	Cra 12 Nº 16-10	6712537
11-Centro de Salud San	Calle 4N Nº 10-45	6711108

Rafael		
12-Centro de Salud Villa Rosa	Cra 11 Nº 18B-50	6406677
13-Centro de Salud Regadero	Cra 23C Nº 1-04N	6404640
14-Centro de Salud Pablo Sexto	Cra 10D Calle 67	6432887
15-Centro de Salud Morrorrico	Km 1 Vía Pamplona	6346965
16-Centro de Salud la Libertad	Cra 32 Nº 99-18	6360188
17-Centro de Salud Kennedy	Calle 17 con Cra 12	6402670
18-Centro de Salud Bucaramanga	Calle Nº 8-22	6442258
19-Centro de Salud Campo Hermoso	Calle 45 Nº 0 OCC 199	6424670
20-Centro de Salud Colorados	Km 5 Vía al Mar	6738127

Los 20 Centros de Salud y la Unidad Intermedia Medica Quirúrgica, hacen:

- ✓ Consulta médica general.
- ✓ Promoción y Prevención
- ✓ Odontología

Cuatro centros de salud son de atención oportuna de 24 horas de lunes a domingo.

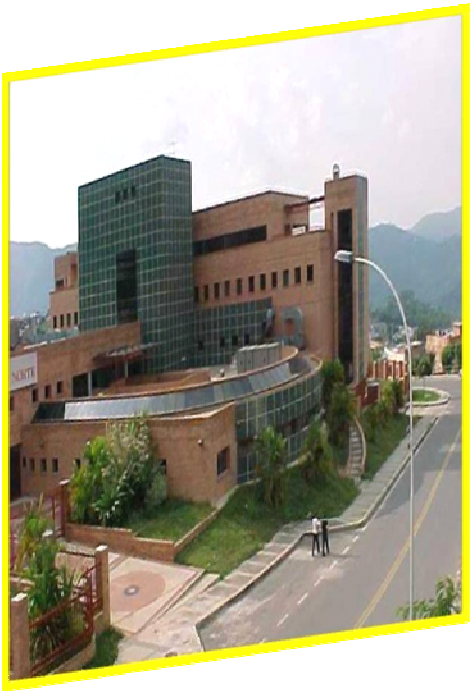
Una Unidad Materno Infantil (UIMIST) que presta servicios 24 horas de lunes a domingo, con servicio de urgencias pediátricas y ginecobstétricas de baja y

mediana complejidad. Se presta servicio de consulta externa de lunes a viernes en el horario de 7am a 3pm.

Cinco puntos de farmacia: Rosario, Toledo Plata, Mutis, Girardot y Hospital Local del Norte.

Cuatro puntos de toma de muestras: Mutis, Girardot, Antonia Santos, Pablo VI.
1 Hospital Local que presta servicios de Urgencias, hospitalización, rayos X, ecografías, terapias física y respiratoria, atención del parto y cirugía.

Figura 3. Fotos de cada centro de salud, servicios que presta y horario de atención:



HOSPITAL LOCAL DEL NORTE		
DIRECCION	CARRERA 9A CALLE 12N	
TELEFONO	(097) 6405757	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
HOSPITALIZAC. OBSTERICIA	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
HOSPITALIZAC. GENERAL ADULTOS	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
HOSPITALIZAC. GENERAL PEDIATRICA	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
CIRUGIA GENERAL	LUNES A DOMINGO	7AM A 10PM
CIRUGIA GINECOLOGICA	LUNES A VIERNES	7AM A 10PM
CIRUGIA MAXILOFACIAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
CIRUGIA ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
CONSULTA DE ANESTESIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
CONSULTA DE CIRUGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 1PM
CONSULTA DE ENDODONCIA		
CONSULTA DE ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
CONSULTA DE GERIATRIA		
CONSULTA DE GINECOBSTETRICIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
CONSULTA DE MEDICINA GENERAL		
CONSULTA DE MEDICINA INTERNA	LUNES A VIERNES	7AM A 1PM
CONSULTA DE NUTRICION Y DIETETICA		
CONSULTA DE ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
CONSULTA DE ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA	LUNES A VIERNES	7AM A 1PM
CONSULTA DE PEDIATRIA	LUNES A VIERNES	7 A 11AM
CONSULTA DE PSICOLOGIA	LUNES A VIERNES	7 A 11AM
CONSULTA DE PSIQUIATRIA	JUEVES Y VIERNES	7 A 12 AM
CONSULTA DE TERAPIA RESPIRATORIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA EN SALUD ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
URGENCIAS	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
LABORATORIO CLINICO	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
SERVICIO FARMACEUTICO	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGIAS CERVICO	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ESTERILIZACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
TOMA E INTERPRETAC. DE RADIOLOGIAS	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALA DE REHIDRATACION ORAL	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM

CENTRO DE SALUD COMUNEROS		
DIRECCION	CALLE 10 No. 17-28	
TELEFONO	(097) 6711110	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA EN SALUD ORAL, HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIAS CERVICO - UTERINA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES		

[redacted]

UNIDAD INTERMEDIA MEDICO QUIRURGICA		
DIRECCION	CALLE 45 No. 11-12	
TELEFONO	(097) 6423592	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
FISIOTERAPIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 1PM
VACUNACION		
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL		
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 1PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 1PM
TOMA DE MUESTRA CITOLOGIAS CERVICO-UTERINAS	LUNES A VIERNES	7AM A 1PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	LUNES A VIERNES	9AM A 1PM

CENTRO DE SALUD IPC		
DIRECCION	KM 2 CAFÉ MADRID	
TELEFONO	(097) 6402165	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
FISIOTERAPIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIAS CERVICO - UTERINA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES		

CENTRO DE SALUD MUTIS		
DIRECCION	CRA. 3W No. 57-51	
TELEFONO	(097) 6417354	
CIRUGIA PEDIATRICA		
CONSULTA PRIORITARIA	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	MARTES Y MIERCOLES	9AM A 2PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 1PM
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
TOMA DE MUESTRA CERVICO-UTERINAS	LUNES A VIERNES	8AM A 3PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
CIRUGIA GENERAL	LUNES A JUEVES	2 A 4PM
DERMATOLOGIA	LUNES A JUEVES	2 A 4PM
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
GINECO OBSTETRICIA	VIERNES	2 A 4PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 1PM
MEDICINA INTERNA		
ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7 A 11AM
PEDIATRIA	MARTES A VIERNES	2 A 4PM
TOMA DE MUESTRA LABORATORIO CLINICO	LUNES A VIERNES	7 A 9AM
SERVICIO FARMACEUTICO	LUNES A VIERNES	7AM A 7PM

CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA		
DIRECCION	CALLE 105 No. 15D 28	
TELEFONO	(097) 6370759	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7 A 11AM
CONSULTA PRIORITARIA	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	LUNES A VIERNES	7 A 9AM
SERVICIO FARMACEUTICO	LUNES A VIERNES	7AM A 7PM
TOMA DE MUESTRA CITOLOGIAS CERVICO-UTERINA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	LUNES A DOMINGO	24 HORAS

CENTRO DE SALUD GIRARDOT		
DIRECCION	CARRERA 6A No. 24-50	
TELEFONO	(097) 63334486	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 7PM
ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
CONSULTA PRIORITARIA	LUNES A DOMINGO	24 HORAS
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7 A 12AM
TOMA DE MUETRA DE LABORATORIO CLINICO	LUNES A VIERNES	7 A 9AM
SERVICIO FARMACEUTICO	LUNES A VIERNES	7AM A 7PM
TOMA DE MUESTRA CITOLOGIAS CERVICO-UTERINA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	LUNES A DOMINGO	24 HORAS

CENTRO DE SALUD SANTANDER	
[redacted]	

CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL		
DIRECCION	CALLE 4N No. 10-45	
TELEFONO	(097) 6711108	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALUD ORAL HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
TOMA DE MUESTRA CITOLOGIAS CERVICO-UTERINA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES		

[redacted]

CENTRO DE SALUD REGADERO		
DIRECCION	CARRERA 23C No. 1-04N	
TELEFONO	(097) 6404640	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL		
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIAS CERVICO-UTERINAS	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES		

CENTRO DE SALUD PABLO VI		
DIRECCION	CARRERA 10D CALLE 67	
TELEFONO	(097) 6432887	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7 A 11AM
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	MARTES, JUEVES Y VIERNES	7 A 9AM
TOMA DE MUESTRA CITOLOGIAS CERVICO-UTERINA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM

CENTRO DE SALUD LA JOYA		
DIRECCION	CALLE 41 No. 4-31	
TELEFONO	(097) 6426917	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7 A 11AM
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIAS CERVICO-UTERINAS	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
LABORATORIO CITOLOGIAS CERVICO UTERINAS		
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM

CENTRO DE SALUD MORRORRICO	
DIRECCION	KM 1 VIA PAMPLONA
TELEFONO	(097) 6346965

SERVICIOS	DIAS DE ATENCION	HORARIO
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 1PM
ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7 A 11AM
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIAS CERVICO-UTERINAS	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM

CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD	
DIRECCION	CARRERA 32 No. 99-18
TELEFONO	(097) 6360188

SERVICIOS	DIAS DE ATENCION	HORARIO
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 1PM
ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7 A 11AM
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
LABORATORIO CLINICO		
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO		
TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGIAS CERVICO - UTERINAS	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM

CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA		
DIRECCION	CALLE 70 No. 8-22	
TELEFONO	(097) 6442258	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7 A 11AM
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
LABORATORIO CLINICO	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	LUNES A VIERNES	7 A 9AM
TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGIAS CERVICO - UTERINAS	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM

[redacted]

CENTRO DE SALUD COLORADOS		
DIRECCION	KM 5 VIA AL MAR	
TELEFONO	(097) 6738127	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
ENFERMERIA	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
MEDICINA GENERAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ODONTOLOGIA GENERAL	LUNES A VIERNES	7 A 11AM
VACUNACION	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PROMOCION EN SALUD	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
PLANIFICACION FAMILIAR	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGIAS CERVICO - UTERINAS	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	LUNES A VIERNES	7AM A 3PM

UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA		
DIRECCION	CRA. 21 No. 12-02 San Francisco	
TELEFONO	(097) 6716501/6717500	
SERVICIOS	**DIAS DE ATENCION**	**HORARIO**
CONSULTA EXTERNA - Enfermería - Fisioterapia - Ginecoobstetrica - Nutrición y Dietetica - Pediatria - Terapia Respiratoria - Psiquiatria	LUNES A VIERNES	8 AM A 12 M
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA - Toma de Muestras y Laboratorio Clínico - Radiología e Imágenes Diagnósticas (Ecografías) - Servicio Farmacéutico - Toma de Muestras Citología Cervico Uterina - Esterilización		
PROMOCION Y PREVENCION - Vacacunación - Planificación Familiar - Promoción en Salud		
HOSPITALARIO - General Pediátrico - Intermedio Neonatal - Intemedio Pediátrico - Obstetricia	DOMINGO A SABADO	24 HORAS
QUIRURGICO - Cirugía Ginecológica		
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
OTROS SERVICIOS - Sala de Enfermedades Agudas ERA - Sala de Rehidratación Oral		

4.10 ZONA DE INFLUENCIA.

Toda el urbana y rural de Ciudad de Bucaramanga, con servicios de primer y segundo nivel de complejidad.

Corregimiento I conformado por las siguientes veredas: San Ignacio, Santa Rita, El Aburrido, La Sabana, Vijagual, San Pedro Alto, San Pedro Bajo, La Esmeralda, San Cayetano, El Pablón y Angelinos.

Corregimiento II conformado por las siguientes veredas: Capilla Parte Baja, Capilla Parte Alta, Magueyes, Bolarqui Bajo, Bolarqui Alto, Cuchillas Alta, Monserrate, Rosa Blanca, Retiro Grande Bajo y Los Santos.

Corregimiento III conformado por las siguientes veredas: La Malaña, Retiro Grande Acueducto, San José, El Pedregal. Gualilo, Gualilo Bajo, Santa Bárbara y Retiro Chiquito.

4.10.1 Población Que Atiende.

Población pobre y vulnerable asegurada y no asegurada del Municipio de Bucaramanga y sus corregimientos.

4.10.2 Antecedentes En El Desarrollo Del Sistema De Gestión De La Calidad

Se conformo el comité “Control de Calidad” que agrupa las Subdirecciones, las Oficinas Asesoras de Control Interno, Planeación, Calidad y Auditoria con el fin de coordinar la implementación de los Sistemas MECI 1000:2005 (Modelo Estándar de Control Interno), NTCGP 1000:2004 (Norma Técnica de Calidad para la Gestión Publica) y SOGCS Decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad) con sus cuatro componentes de Habilitación, Acreditación, Sistema de Información, Programa de Auditoria).

Este comité se reúne cada ocho días, con el fin de adelantar temas relacionados con la planeación y el mejoramiento continuo y la información se socializa a través del SIAU con los 21 centros de atención a través de actividades lúdicas en grupos primarios programados periódicamente.

5. DIAGNOSTICO INICIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU).

5.1 OBJETIVO

5.1.1 Objetivo General

Determinar la calidad de la atención general e integral que se brinda a los usuarios e introducir las correcciones que fueren necesarias para superar las deficiencias que se detecten y contribuir al mejoramiento en el Servicio De Urgencias De La Empresa Social Del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU).

5.1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Fomentar en el Instituto de Salud de Bucaramanga ISABU una cultura de calidad, que con base en el mejoramiento continuo de los procesos de la atención en salud, produzca unos altos estándares.
- ✓ Lograr la satisfacción integral de los clientes externos e internos de la entidad.
- ✓ Estimar el grado de coordinación alcanzado entre los diferentes servicios que conjuntamente intervienen en la atención en salud.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de las características principales de la calidad, como son la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnico-científica.

- ✓ Evaluar la calidad de la atención en salud que brinda la red de servicios contratada y con base en el resultado obtenido, tomar los correctivos necesarios para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud.

- ✓ Contar con un sistema de información general y de la calidad de los servicios, que permita la adecuada y oportuna toma de decisiones.

- ✓ Minimizar las quejas de los usuarios.

- ✓ Incrementar la probabilidad de que el paciente/cliente sea atendido con el pleno cumplimiento de sus derechos.

- ✓ Incrementar la efectividad clínica de los servicios que se presten en las instituciones.

- ✓ Disminuir el riesgo del paciente.

- ✓ Incrementar la eficiencia clínica en lo referente a la adecuada utilización de los recursos.

- ✓ Incrementar la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas.

5.1.3 Alcance

Identificar las deficiencias de calidad en la atención al usuario del régimen subsidiado, contributivo o vinculado, especialmente las que tienen relación con la accesibilidad, oportunidad, seguridad y solidaridad. Clasificando cada una de estas deficiencias en procesos e identificando cuales pertenecen a procesos prioritarios e implementando un programa de mejoramiento continuo que permita estandarizarlos, logrando disminuir la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada.

5.1.4 Responsabilidad

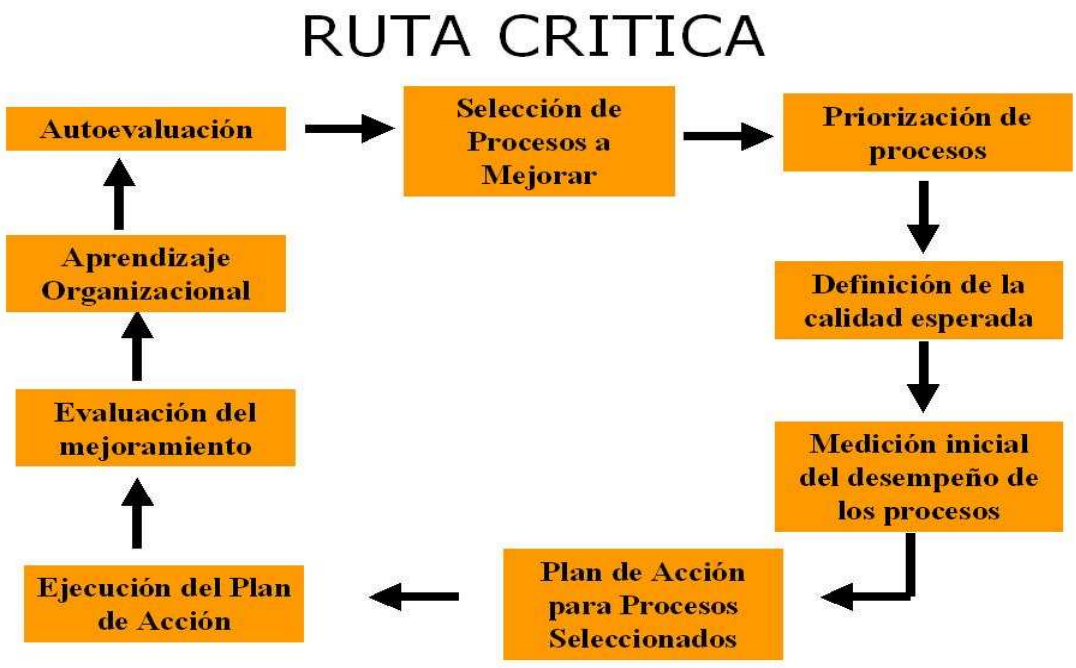
Será responsabilidad de todo el personal asistencial y administrativo de la Institución que tenga que ver con los procesos prioritarios y estará monitoreado por el Comité de Calidad, Comité Técnico Científico, Auditoría Médica y Control Interno, quienes realizaran auditorias periódicas y recomendaran las mejoras correspondientes.

6. AUTOEVALUACIÓN

La razón de la autoevaluación es facilitar la identificación de los procesos a mejorar, debido a que estos afectan directamente la atención en salud que reciben los usuarios.

6.1 RUTA CRÍTICA

Figura 4. Ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.



Como el programa ya esta estructurado se realizara la autoevaluación al cierre del Ciclo PHVA.

6.1.2 ¿Quienes realizan la autoevaluación?

La junta directiva, gerencia, comité de usuarios, el equipo directivo, auditoria médica, control interno y el equipo de mejoramiento de la calidad si esta constituido. En caso de no estarlo se convocaría a miembros de la organización, responsables de implementar el nivel de autocontrol, que puedan ser potenciales integrantes de un equipo de mejoramiento de la calidad o de un comité de mejoramiento de la calidad.

6.1.3 ¿Cuando se debe realizar la autoevaluación?

En caso del que el programa ya este estructurado, la evaluación deberá realizarse al cierre del ciclo gerencial PHVA y determinar el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento para los procesos en cuestión.

6.1.4 ¿Porque hacer la autoevaluación?

Porque el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud debe estar encaminado a solucionar los problemas de calidad que están afectando directamente a los usuarios, en la medida en que no se obtiene la satisfacción de sus necesidades o expectativas y no se obtiene el resultado esperado en dicha atención.

Porque para implementar la cultura del Autocontrol es importante que el equipo responsable de este, ejercite permanentemente el proceso de autoevaluación interna en su área de trabajo.

6.1.5 ¿Como se realizara el proceso de autoevaluación?

Se aprovecharan las bondades que nos ofrece la implementación total de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, que para efectos de la identificación de problemas de calidad prevé.

Sistema Único de Acreditación, Resolución 1445 de 2006.
Sistema de Información para la Calidad, Resolución 1446 de 2006
Indicadores de seguimiento a riesgo del estándar 9 del Sistema Único de Habilitación. Resolución 1043 de 2006.

6.1.6 Grupo organizacional que va a realizar la autoevaluación.

Es recomendable que los grupos que se conformen tengan una mezcla de niveles organizacionales, disciplinas y momentos diferentes de atención, especialmente en las instituciones que funcionan con base a turnos para la prestación de los servicios y tengan sedes y/o regionales.

Se recomienda que los grupos no sean superiores a siete personas.

Si se utiliza como herramienta el Sistema Único de Acreditación se recomienda entre tres y diez. Lo importante es la representatividad de los diferentes miembros de la organización.

6.2 RESULTADO DEL DIAGNOSTICO.

Tabla Nº 3 Inventario de Problemas de Calidad.

	1-URGENCIAS Y CONSULTA PRIORITARIA
1	Falta de oportunidad en la atención del servicio de urgencias y consulta prioritaria
2	Falta de oportunidad en los servicios de apoyo diagnostico y terapéutico (imágenes diagnosticas, medicamentos.) Prestación servicio, entrega resultados.
3	Barreras de acceso servicio sala partos
4	Insuficiencia recurso humano servicios generales
5	Falta de información al usuario en cuanto a los servicios
6	No se aplica el triage adecuadamente
7	Demora en la facturación
8	Ausentismo laboral médico
9	Falla en el sistema de referencia y contra referencia
10	Perdida de historias clínicas
11	Insumos insuficientes
12	Falta mantenimiento preventivo equipos biomédicos
13	Excesivo numero de consultas no pertinentes servicio urgencias.
14	Falla en la aplicación de los protocolos médicos

	2-HOSPITALIZACIÓN
1	Insuficiencia recurso humano asistencial (enfermeras, auxiliares. médicos)
2	Prolongación de estancia por tramites administrativos
3	Hospitalizaciones sin documentación previa
4	No se da cumplimiento a instrucción sobre egreso de pacientes
5	No se facturan procedimientos (nebulizaciones)
6	Falla en la entrega oportuna de medicamentos a pacientes hospitalizados.
7	Los fines de semana no hay apoyo de los médicos que laboran en urgencias
8	Habitaciones no disponibles por falta de oportunidad en la limpieza de las mismas.
9	Se presentan infecciones nosocomillos (onfalitis)
10	Deficiencia lavandería
	3-CIRUGÍA
1	Deficiente mantenimiento preventivo equipos
2	Deficiente mantenimiento correctivo equipos
3	Insumos de mala calidad
	4-SALA DE PARTOS
1	Deficiente mantenimiento preventivo equipos
2	Deficiente mantenimiento correctivo equipos
3	Insumos de mala calidad
4	Se presentan infecciones nosocomiales (onfalitis)
5	Insuficiencia de insumos

6	Resultados de laboratorio no confiables
7	Deficiencia en la facturación
8	Falla en la asepsia del área de sala de partos y recuperación
	5-PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
1	Médicos no hacen suficientes actividades de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.
2	Papelería extensa
3	Incipiente programa de hipertensos
4	Dificultad (oportunidad) asignación de citas
5	Sub registro de actividades
6	Mal registro de actividades
7	Desactualizacion base de datos
8	Base de datos incompletas (Dirección y Teléfonos)
	6-CONSULTA EXTERNA
1	Dificultad (oportunidad) asignación de citas
2	Sub registro de actividades
3	Desactualización base de datos
4	Base de datos incompleta (Dirección y Teléfonos)
5	Falta oportunidad consulta especializada
6	No hay prioridad citas de control

	7-GENERALES
1	No se han adoptado formalmente los deberes y derechos del pacientes.
2	No se ha conformado el comité de ética intrahospitalaria
3	No se esta aplicando el triage adecuadamente
4	El manual del usuario no se ha divulgado con los clientes internos y externos.
5	Portafolio de servicios no accesible a los clientes internos y externos
6	Solo existe consentimiento informado para la atención médica de pacientes con VIH sida.
7	No se dan consejerías a las pacientes que han tenido parto pre término, mortinatos, abortos, etc.
8	No todos los consultorios brindan privacidad al usuario
9	No esta definido el mecanismo para solicitar, justificar y dispensar medicamentos no contemplados en el pos.
10	Falta socializar los manuales y guías de enfermería y procedimientos
11	Capacitación continua del recurso humano
12	No existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso.
	8-ATENCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE FARMACIA.
1	Falta de medicamentos de manera recurrente
2	Vencimiento de medicamentos
	9-ATENCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.
1	Demora en la atención al usuario
2	Demora en la entrega de resultados.
3	Perdida de resultados.

6.2.2 Priorización Del Proceso De Atención Por Servicio

Los resultados del ejercicio de priorización del proceso de atención al usuario por servicio, se condensan en la Tabla Nº 4.

Tabla Nº 4. Matriz de priorización del proceso de atención al usuario por servicio

Procesos institucionales	Calificación de prioridad (1 a 5)					
	Riesgo	Volumen	Costo de errores	Impacto en salud pública	Riesgo de insatisfacción del usuario	Total
Atención del usuario en el servicio de urgencias	5	5	5	5	3	23
Atención del usuario en el servicio de hospitalización	4	3	4	4	2	17
Cirugía	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i
Sala de Partos	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i
Promoción y Prevención	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i
Atención del usuario en el servicio de consulta externa	3	5	3	4	4	19
Atención del usuario en el servicio de farmacia	3	3	5	4	3	18
Atención del usuario en el servicio de laboratorio clínico	3	4	4	3	2	16

6.2.3 Auto-evaluación De La Calidad Del Proceso De Atención Al Usuario En El Servicio De Urgencias

Tabla Nº 5. Calidad del proceso de atención al usuario en el servicio de urgencias.

Preguntas	Respuestas			Acciones que se deben emprender
	SI	NO	N/A	
¿Se cuenta con un procedimiento estandarizado que describa los componentes administrativos del proceso de atención?		X		Documentar estándares
¿El procedimiento administrativo ha sido revisado y actualizado durante los últimos dos años?		X		Realizar revisión y Fecha de actualización.
¿El procedimiento garantiza un acceso fácil y una atención oportuna a los usuarios?	X			
¿Se cuenta con un conjunto de guías de atención que describan claramente el manejo asistencial de los pacientes?	X			
¿Las guías de atención han sido revisadas y actualizadas durante los últimos dos años?		X		Realizar revisión y Fecha de actualización según las 10 primeras causas de consulta o egreso.
¿Las guías adoptadas están basadas en la evidencia?	X			
¿Los contenidos de la guía promueven el manejo seguro del paciente?	X			
¿Los contenidos de la guía son aplicables en la institución?	X			
¿Los contenidos de la guía promueven una atención continua y coordinada entre áreas e instituciones en beneficio del paciente?	X			
¿La institución evalúa periódicamente muestras de historias clínicas para determinar si la guía está siendo aplicada en forma pertinente?		X		Implementar un Plan de evaluación de muestras de historias clínicas con este objetivo específico, hasta ahora se hace seguimiento del diligenciamiento de la H.C.

6.3 PROCEDIMIENTOS PRIORITARIOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Tabla Nº 6 Matriz para la estandarización del proceso de atención al usuario en el servicio de urgencias

ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.					
Proceso N°: 01 Urgencias : Atención al usuario en el servicio de urgencias					
Fecha de actualización: Diciembre 2008				**Aprobado por:** Gerente ISABU	
Qué	Quién	Cuándo	Cómo	Dónde	Para qué
Admisión del usuario Urg 01-01	Central de urgencias	Dentro de los cinco minutos siguientes a la solicitud del servicio por parte del usuario.	según procedimiento **Urg 01-01**	facturación central de urgencias	iniciar el proceso de atención en urgencias
Atención médica de urgencias Urg 01-02	médico de turno del servicio de urgencias	de manera inmediata para el triage 1, antes de 20 minutos para triage 2 y antes de 60 minutos para triage 3	según procedimiento **Urg 01-02**	en el consultorio o en la sala de trauma de urgencias	establecer diagnóstico y definir conducta
Ejecución de orden médica Urg 01-03	las auxiliares del servicio de urgencias	cuando el médico defina la conducta y realice las órdenes médicas	según procedimiento **Urg 01-03**	en el consultorio o en la sala de trauma según el caso	proporcionar al paciente lo necesario para la recuperación de su salud
Facturación del servicio Urg 01-04	el facturador del área de urgencias	permanentemente	según procedimiento Urg 01-04	en el punto de facturación de urgencias	ingresar el paciente al sistema de información y garantizar el cobro a la entidad correspondiente

Tabla Nº 7 Relación de Procedimientos del Proceso de Urgencias:

ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Procedimiento N°. Urg 01-01: Admisión del Usuario.	RESPONSABLE: Facturación de urgencias.
Procedimiento N°. Urg 01-02: Atención Médica de Urgencias.	RESPONSABLE: Médico de turno del servicio de urgencias.
Procedimiento N°. Urg 01-03: Ejecución de Órdenes Médicas.	RESPONSABLE: Auxiliares del servicio de urgencias.
Procedimiento Nº. Urg 01-04: facturación del servicio prestado al usuario.	RESPONSABLE: Facturador del área de urgencias.
PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.	
Procedimiento Nº. P-AMED-01: Examen físico revisión por sistemas.	RESPONSABLE: Médico.
Procedimiento Nº. P-AMED-02: Evolución de pacientes, ronda médica y entrega de turno de medicina.	RESPONSABLE: Médico.
Procedimiento N°. P-AMED-03: suturas.	RESPONSABLE: Médico.
Procedimiento Nº. PAMED-04: instalación de sonda oro o naso gástrica	RESPONSABLE: Médico.
Procedimiento Nº. P-AMED-05: sondaje vesical.	RESPONSABLE: Médico.
Procedimiento Nº. P-AMED-06: inmovilización de extremidades.	RESPONSABLE: Médico.
Procedimiento Nº. P-AMED-07: reanimación cardiopulmonar.	RESPONSABLE: Médico.

Procedimiento Nº. P-AMED- 08: instalación de tubo a tórax.	RESPONSABLE: Médico.
PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: TOMA DE SIGNOS VITALES	
Procedimiento Nº. P-AENF-01: toma de signos vitales.	RESPONSABLE: Auxiliar de enfermería.
Procedimiento Nº. P-AENF-02: administración de medicamentos por vía oral.	RESPONSABLE: Auxiliar de enfermería o enfermera jefe.
Procedimiento Nº. P-AENF-03: administración de medicamentos por vía parenteral.	RESPONSABLE: auxiliar de enfermería o enfermera jefe.
Procedimiento Nº. P-AENF-04: venopunción y aplicación de líquidos endovenosos.	RESPONSABLE: Auxiliar de Enfermería o Enfermera Jefe.
Procedimiento Nº. P-AENF-05: lavado gástrico.	RESPONSABLE: enfermera o auxiliar de enfermería.
PROCEDIMIENTO ANEXO: REGISTRO DE PACIENTES EN URGENCIAS	
Procedimiento N°. P-ANEXO-01:registro de ingreso de pacientes de urgencias.	RESPONSABLE: Portero
Procedimiento N°. P-ANEXO-02: traslado de pacientes en remisión.	RESPONSABLE: Médico o auxiliar de enfermería.
Procedimiento Nº. P-ANEXO-03: entrega de medicamentos.	RESPONSABLE: Auxiliar de Farmacia
Procedimiento N°. P-ANEXO-04: curaciones.	RESPONSABLE: Auxiliar de enfermería o enfermera jefe.

OTROS PROCEDIMIENTOS ANEXOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
Procedimiento No. P-ANEXO-05: revisión de carro de paro.	RESPONSABLE: Enfermera.
Procedimiento Nº. P-ANEXO-06: nebulizaciones	RESPONSABLE: Auxiliar de enfermería o enfermera jefe.
Procedimiento Nº. P-ANEXO-07: lavado de manos de rutina.	RESPONSABLE: Médico, enfermera o auxiliares de enfermería
Procedimiento Nº. P-ANEXO- 08: aseo diario de la unidad	RESPONSABLE: Auxiliar de enfermería.

6.3.1 Procedimiento de admisión del usuario

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento N°. Urg 01-01: Admisión del Usuario.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
OBJETIVO: Iniciar el proceso de atención en urgencias.	
RESPONSABLE: Facturación de urgencias.	
CONDICIONES: Solicitud del servicio.	
MATERIALES NECESARIOS: Formato de atención de urgencias, bases de datos de las diferentes entidades, cuaderno de registro.	
EJECUCIÓN: (ACTIVIDADES ESENCIALES): Preséntese y salude amablemente al solicitante del servicio y a su acompañante.	
EMERGENCIA VITAL: **Verifique si es o no** 1. Si es una EMERGENCIA, DIRECCIONE INMEDIATAMENTE el paciente al consultorio médico o de trauma. 2. Si no es una emergencia, solicite documentos del paciente y verifique derechos en bases de datos: documento de identificación, carné de EPS – ARS – pobre y vulnerable no afiliado o régimen especial. 3. Pídale al paciente amablemente esperar su turno	
ADVERTENCIAS: No ausentarse del sitio de trabajo durante el horario de atención	
PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS: Paciente admitido de acuerdo a su condición e informado del proceso.	
DEFINICIONES O REFERENCIAS: Conocimiento del SGSSS y su normatividad, Bases de datos.	

6.3.2 Procedimiento de atención médica de urgencias

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento N°. Urg 01-02: Atención Médica de Urg encias.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
OBJETIVO: Establecer diagnóstico y definir conducta.	
RESPONSABLE: Médico de turno del servicio de urgencias.	
CONDICIONES: Paciente en proceso de atención en el servicio.	
MATERIALES NECESARIOS: 1- Consultorio con: camilla equipo de órganos, fonendoscopio, tensiómetro, termómetro, pesa, linterna, glucómetro, carro de paro, medicamentos, oxígeno, equipos de sutura, hoja de atención de urgencias, RIPS, formularios para medicamentos. 2- Registros para notificación de eventos de vigilancia en salud pública. 3- Formato de reporte de eventos adversos 4- Formato de consentimiento informado. 5- Formato de atención de urgencias.	
EJECUCIÓN ACTIVIDADES ESENCIALES: 1- Preséntese y salude amablemente al solicitante del servicio y a su acompañante. 2- Realice la anamnesis al paciente. 3- Realice examen físico completo por sistemas al paciente, según procedimiento asistencial definido en las normas de la entidad, haciendo énfasis en el sistema comprometido 4- Realice un diagnóstico presuntivo y establezca el plan de manejo inicial. 5- Teniendo en cuenta las guías de atención, y el plan de manejo inicial: solicite las ayudas diagnósticas pertinentes y /o prescriba los medicamentos y procedimientos necesarios de acuerdo a la condición del paciente. 6- Determine la conducta a seguir con el paciente: Observación, Hospitalización, Remisión (Procedimiento anexo 01) o si el manejo será ambulatorio. 7- Diligencie el formato de atención de urgencias siguiendo las normas para la realización de la historia clínica y el RIPS correspondiente. 8- Informe al usuario y a su familia sobre el estado de salud del paciente y la conducta; explíquele las recomendaciones, signos de alarma y plan terapéutico. Asegúrese de que el	

paciente haya entendido completamente las indicaciones dadas.

9- Solicite al paciente o a su acompañante el consentimiento informado para realizar los procedimientos inmediatos necesarios

10- Realice los procedimientos inmediatos necesarios: Sutura, Paso de sonda Nasogástrica, Paso de sonda vesical, Inmovilización, Reanimación cardiopulmonar, Instalación de Tubo a Tórax.

11- Coordine con las auxiliares de enfermería del servicio la continuidad del proceso.

ADVERTENCIAS:

1- Recuerde recibir cordialmente al paciente

2- Explíquele claramente cuando no se trate de una urgencia.

3- Tenga en cuenta las guías de manejo establecidas por la institución

4- Recuerde no ausentarse del consultorio mientras atiende al usuario.

5- Utilice equipos con las condiciones técnicas de calidad requeridas

6- El stock de medicamentos debe ser revisado, adecuado y suficiente.

7- Debe existir legibilidad en los registros médicos.

8- Para los pacientes en observación, realice como mínimo una valoración del paciente cada dos horas y regístrelo.

9- Asegúrese de proporcionar toda la información suministrada al paciente y a su acompañante.

10- Recuerde diligenciar formato de evento adverso en caso tal de que se presente.

11- Recuerde en el momento de realizar la atención al paciente cumplir con las normas universales de bioseguridad y eliminación de desechos según clasificación, de acuerdo a los manuales del servicio.

NOTAS:

1- Cuando han pasado 6 horas de estancia en el servicio de urgencias y el usuario requiere remisión y ésta no se ha conseguido, se debe hospitalizar. Si la remisión está aceptada, el usuario permanece en el servicio de urgencias hasta ser enviado.

DEFINICIONES O REFERENCIAS.

1- Guías de procesos y procedimientos

2- Guías de manejo de urgencias.

6.3.3 Procedimiento de ejecución de órdenes médicas

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento N°. Urg 01-03: Ejecución de Órdenes Médicas.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
OBJETIVO: Proporcionar al paciente lo necesario para la recuperación de su salud.	
RESPONSABLE: Auxiliares del servicio de urgencias.	
CONDICIONES. Ordenes médicas.	
MATERIALES NECESARIOS: 1- Medicamentos, jeringas, macro goteros, micro goteros, algodón alcohol, guantes, intracath, esparadrapo o micropore, atril, tubos de ensayo y recipientes para toma de muestras de laboratorio, historia clínica con todos sus registros, RIPS, vendajes de tela, vendajes de yeso, algodón laminado, equipos de sutura, compresas, campos cerrados, campos abiertos, electrocardiógrafo. 2- Formatos de registros de: Historia clínica, RIPS de procedimientos, formularios, cuaderno de control de medicamentos.	
EJECUCIÓN (ACTIVIDADES ESENCIALES): 1- Preséntese y salude amablemente al paciente 2- Informe al paciente y su acompañante los procedimientos que le va a realizar al paciente y sus riesgos. 3- Cumpla las órdenes médicas siguiendo los procesos establecidos para cada uno y de acuerdo al caso.	
PROCEDIMIENTOS MÉDICOS INMEDIATOS: 1- Prepare los equipos necesarios de acuerdo al estado del paciente: de sutura, de inmovilización, de paso de sondas, de reanimación, y dispóngase a colaborar con el médico.	
OBSERVACIÓN: 1- Lleve al paciente a la cama de observación y explíquele las normas del servicio. 2- Suministre los medicamentos ordenados por el médico: vía oral, vía parenteral y/o por venopunción y aplicación de líquidos endovenosos. 3- Tome las muestras, según la orden médica y llévelas al laboratorio. 4- Monitoree permanentemente al paciente durante su estancia e informe al médico los cambios con respecto a la evolución del paciente. 5- Informe los resultados de laboratorio al médico, una vez hayan sido reportados.	

6- Informe al paciente sobre la conducta final tomada por el médico.

HOSPITALIZACIÓN:

1- Inicie el tratamiento ordenado por el médico, y lleve el paciente a la sala de hospitalización, e informe a la enfermera y a la auxiliar de enfermería encargadas de la sala sobre el estado y manejo del paciente.

EGRESO DE URGENCIAS:

1- Brinde educación al paciente sobre medidas preventivas, signos de alarma y recomendaciones de manejo de la patología en el domicilio.

2- Oriente al paciente para reclamar los medicamentos ordenados

REMISIÓN:

1- Prepare al paciente para la remisión con el inicio de órdenes médicas, acompañe permanentemente al paciente mientras sale la remisión.

2- Una vez concluida la atención oriente al paciente o a su acompañante a la oficina de facturación

ADVERTENCIAS:

1- Explique claramente al paciente y al acompañante los procedimientos que le van a realizar.

2- Tenga en cuenta las guías y protocolos establecidos por la institución

3- Recuerde el cumplimiento en las normas de bioseguridad

4- Recuerde diligenciar formato de reporte de eventos adversos

5- Recuerde todas las precauciones en las normas de cada uno de los procedimientos de enfermería.

DEFINICIONES O REFERENCIAS.

1- Manuales de procesos de administración de medicamentos, guías de tomas de muestras de laboratorio en el servicio de urgencias, manual de procesos y procedimientos de enfermería.

6.3.4 Procedimiento de facturación del servicio prestado al usuario

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. Urg 01-04: facturación del servicio prestado al usuario.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
OBJETIVO: Ingresar el paciente al sistema de información y garantizar el cobro a la entidad correspondiente.	
RESPONSABLE: Facturador del área de urgencias.	
CONDICIONES: RIPS con el registro de todos los procedimientos realizados al paciente...	
MATERIALES NECESARIOS 1- Computador con el software de facturación. 2- Hoja de registro de los procedimientos realizados	
EJECUCION ACTIVIDADES ESENCIALES. 1- Preséntese y salude amablemente al usuario. 2- Verifique documentos de identificación del paciente 3- Verifique derechos según contratos con las diferentes entidades. 4- Ingrese el paciente al sistema y facture los procedimientos realizados. 5- Informe al paciente o a su acompañante el estado de la cuenta según la ruta definida por el médico. 6- Remita el paciente a la caja para efectos de pago según sea el caso. 7- Despida amablemente al paciente.	
ADVERTENCIAS: 1- Explique claramente los derechos según su entidad 2- Tenga en cuenta el manual de facturación. 3- No se ausente del servicio en horario de atención y menos cuando haya congestión.	
PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS 1- Atención y procedimientos de urgencias ingresados al sistema de información y facturados.	
DEFINICIONES O REFERENCIAS 1- Tarifas SOAT. Contratos con las entidades. Manuales de facturación.	

6.4 PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES ANEXOS: MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

En este numeral se consideran todos los procedimientos que se derivan de la atención en el servicio de urgencias y que deben ser ejecutados, de acuerdo a la complejidad, por el personal médico o de enfermería; en ellos se especifica bajo la responsabilidad de qué profesional queda la ejecución de cada uno de los procedimientos.

Se relacionan procedimientos asistenciales médicos con el código P-AMED; procedimientos asistenciales de enfermería con el código P-AENF; procedimientos asistenciales que no solamente competen a médico o enfermera sino que son ejecutados en otras áreas como complemento de la atención de urgencias para el desarrollo adecuado del proceso y la definición de conducta por parte del médico con el código P-ANEXO.

6.4.1 Procedimiento Médico: Examen Físico revisión por Sistemas

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-AMED-01: Examen físico revisión por sistemas.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU

DEFINICIÓN:
Examen sistemático que realiza el médico acerca del estado general del paciente, por medio de la INSPECCIÓN, OBSERVACIÓN, PALPACIÓN, PERCUSIÓN Y AUSCULTACIÓN del paciente para hallar evidencia física de capacidad y/o incapacidad funcional. Mecanismo que enriquece la información que sirve de fundamento a los juicios clínicos.
Las destrezas básicas y fundamentales para emplear en la realización del examen físico son: INSPECCIÓN, PALPACIÓN, PERCUSIÓN, Y AUSCULTACIÓN.

INSPECCIÓN:
Examen visual del paciente con el fin de descubrir características físicas significativas, a través de la observación precisa y detallada, unidas a la comparación de hallazgos ya estandarizados. Deben observarse apariencia y características específicas del área que se examina: presencia o ausencia de rasgos o colores habituales, textura o forma, localización, posición, temperatura, tamaño, signos vitales, tipo de movimientos, simetría y comparación con el lado opuesto del cuerpo.

PALPACIÓN:
La palpación se basa en el empleo de la capacidad sensoperceptiva de las manos del examinador. Proceso de examinar el cuerpo utilizando el tacto, con el objeto de determinar las características de los órganos y los tejidos. La percepción puede ser digital, monomanual o bimanual con múltiples actitudes, posiciones y movimientos de las manos. Por este medio se investiga: forma, tamaño, ubicación, resistencia, movilidad, consistencia, elasticidad, temperatura y dolor. La palpación puede ser superficial o profunda.

PERCUSIÓN:
Método que al producir una vibración en los tejidos, genera sonidos perceptibles al oído humano. Consiste en dar golpes en la superficie del cuerpo, en forma ligera pero aguda para producir sonidos que le permitan al examinador determinar: posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente, el resultado lo escucha y siente quien examina.

AUSCULTACIÓN:
Es la percepción de los ruidos espontáneos del paciente, y de aquellos provocados por éste o por el examinador. En ella se permite escuchar los sonidos que producen los diferentes órganos del cuerpo, con el objeto de descubrir variaciones y desviaciones, en relación con sus propias características (variaciones normales de los sonidos que producen las estructuras del cuerpo y el sitio en donde se pueden oír con mayor claridad). Instrumento útil para evaluar los sonidos que salen del corazón, los pulmones, el abdomen y los ruidos y murmullos en el cuello y en el abdomen. La auscultación se realiza generalmente a través del estetoscopio.

OBJETIVO: Complementar la anamnesis, Orientar el diagnóstico y tratamiento médico.

RESPONSABLE: Médico.

SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.

ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS:

1- Consultorio iluminado
2- Camilla
3- Tensiómetro
4- Fonendoscopio
5- Linterna
6- Baja lenguas
7- Aplicadores
8- reloj con segundero.

ACTIVIDADES:

1- Realice la revisión de sistemas céfalo caudal teniendo en cuenta el siguiente orden:

APARIENCIA GENERAL:

1- Peso Actual
2- Constitución y Estatura
3- Posición y Postura
4- Marcha, Movimientos Corporales, Faciales
5- Estado de Conciencia
6- Edad Aparente
7- Voz, Aliento y Olores Corporales
8- Nutrición
9- Estado de la Piel

SIGNOS VITALES

1- CABEZA y CUELLO: CRÁNEO, CARA (ojos, oídos, nariz y senos paranasales, cavidad oral y orofaringe, ganglios linfáticos) y CUELLO.
2- TORAX: Sistema respiratorio, Corazón y Sistema Circulatorio, Mamas, Espalda.
3- ABDOMEN.
4- GASTROINTESTINAL.
5- GENITOURINARIO: Sistema Urinario, Genitales
6- EXTREMIDADES: Vascular, Articulaciones
7- MUSCULOESQUELÉTICO: Huesos, Músculos.
8- SISTEMA NERVIOSO: General, Mental, Motor, Sensitivo.
9- HEMATOPOYÉTICO.
10- ENDOCRINO.

NOTA

1- Registre detalladamente los datos en la historia clínica.
2- Continúe con el procedimiento de atención médica.

ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES:

1- Al momento de realizar el procedimiento, recuerde tener presentes las normas de protección adoptadas en el Manual de Bioseguridad y la clasificación de los desechos, establecida en el manual de procedimientos para la gestión Integral de residuos hospitalarios.
2- Tenga en cuenta las guías y protocolos establecidos por la institución.
3- Recuerde hacer especial énfasis en el sistema comprometido.
4- Si realiza el procedimiento en orden tiene menor riesgo de posibles olvidos.

6.4.2 Procedimiento médico: evolución de pacientes, ronda médica y entrega de turno de medicina.

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-AMED-02: Evolución de pacientes, ronda médica y entrega de turno de medicina.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Proceso mediante el cual se evalúa periódicamente la evolución del cuadro clínico de cada paciente, se registra en la HC y se presenta en cada cambio de turno para conocimiento del médico que recibe el servicio.	
OBJETIVO: Actualizar al Médico que recibe el turno sobre la condición clínica de cada paciente y su evolución desde su ingreso a la institución.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
RESPONSABLE: Médico.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: 1- Historias clínicas y formatos de registros.	
ACTIVIDADES: 1- Realice las actividades descritas en los puntos 4, 5, 6 y 7 del procedimiento "ATENCIÓN POR MÉDICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS" (URG 01-02). 2- Si ha ordenado exámenes de laboratorio u otros paraclínicos, esté pendiente de revisar sus resultados. 3- En cada cambio de turno, realice una ronda conjunta con el médico que le recibe, pasando por las áreas observación de urgencias, hospitalización y partos. 4- El médico que entrega presenta cada uno de los pacientes, comenta su cuadro clínico, impresión diagnóstica, evolución del paciente, órdenes médicas, actividades realizadas y pendientes 5- Deje constancia en cada HC de la entrega del paciente y sus condiciones. 6- Para el egreso del paciente el médico que entrega debe dejar todos los registros pertinentes diligenciados en forma completa.	
ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES: 1- Tenga presente que el médico que entrega turno debe evolucionar los pacientes y realizar las anotaciones pertinentes en la HC. 2- En caso de remisiones pendientes coméntelas al médico que recibe turno. 3- Durante la ronda se debe indagar con el paciente sobre su percepción en cuanto a la resolución o empeoramiento de su cuadro clínico. 4- En caso de salidas el médico que entrega turno debe diligenciar los formatos de resumen de atención cuando aplique, al igual que los formatos relacionados con la atención: SOAT etc.	

6.4.3 Procedimiento médico: suturas

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento N°. P-AMED-03: suturas.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Procedimiento mediante el cual el médico realiza reparación de una herida en la cual ha habido solución de continuidad de piel y tejidos.	
OBJETIVO: Garantizar la reconstitución del funcionamiento normal	
RESPONSABLE: Médico.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS 1- Equipo de sutura, sedas, campos abiertos y cerrados, guantes, compresas, jeringas, Xilocaína, gasas, apósitos, mesa de mayo, lámpara cuello de cisne.	
ACTIVIDADES 1- Una vez identificada la necesidad de realizar una sutura, solicite al personal de enfermería preparar los elementos necesarios. 2- Realice lavado exhaustivo de la herida con agua estéril. 3- Solicite al paciente o a su acompañante firmar el consentimiento informado. 4- Realice la sutura teniendo en cuenta las normas del servicio para este procedimiento. 5- Coordine con el personal de enfermería el destino del paciente.	
ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES: 1- Recuerde siempre tener presentes las normas de bioseguridad. 2- Recuerde eliminar los residuos biológicos contaminados, teniendo en cuenta el manual específico de desechos hospitalarios. 3- Recuerde informar al paciente signos de alarma y medidas preventivas para el manejo de la herida. 4- Recuerde diligenciar el formato de reporte de evento adverso si llegara a presentarse	

6.4.4 Procedimiento médico: instalación de sonda oro o nasogástrica

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. PAMED-04: instalación de sonda oro o naso gástrica	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Es el procedimiento mediante el cual se instala un tubo a través de la cavidad nasal u oral, para irrigar fluidos que posteriormente se extraen para remover el material que pueda estar contenido dentro del órgano, que pueden ser sangre, venenos, tóxicos u otras sustancias.	
OBJETIVO: Extraer sustancias tóxicas, venenosas o contenido gástrico acumulado.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
RESPONSABLE: Médico.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: Sonda naso gástrica (Levin), Xilocaína jalea, riñonera, transporte, esparadrapo o micropore, guantes, tapabocas, jeringa de 10 cc., Líquidos (SSN, L.Ringer, Agua destilada), equipo de macrogoteo y atril. Formato de reporte de evento adverso.	
ACTIVIDADES: 1- Solicite al personal de enfermería preparar el material necesario. 2- Preséntese y salude al paciente y explíquele el procedimiento a seguir. 3- Coloque al paciente en posición de Fowler o sentado en una silla, si no está contraindicado. 4- Entregue la riñonera al paciente o a la auxiliar que le está colaborando en el procedimiento. 5- Lávese las manos y póngase los guantes. 6- Destape el paquete de la sonda. 7- Tome la medida de la sonda, desde la punta de la nariz hasta el pabellón auricular y luego desde el pabellón auricular hasta el apéndice xifoides. 8- Lubrique el extremo de la sonda con xilocaína jalea e introdúzcala por la fosa nasal más permeable. Mientras realiza esto pídale al paciente que pase saliva. 9- Ausculte con el fonendoscopio, mientras se introducen 50 cm. de aire por la sonda, se debe escuchar un sonido de borboteo. 10- Aspire con la jeringa cuando la sonda se haya introducido hasta donde usted tomó la medida; si no se obtiene jugo gástrico continúe introduciéndola hasta que compruebe que está en el estómago. 11- Quítese los guantes y fije la sonda con esparadrapo, transpore o micropore sobre el dorso de la nariz. 12- Indique al personal de enfermería la realización del lavado gástrico. 13- Elabore la nota detallada del procedimiento en la historia clínica.	
ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES: 1- Al momento de realizar el procedimiento, recuerde tener presentes las normas de protección adoptadas en el manual de bioseguridad y la clasificación de los desechos, establecida en el manual de procedimientos para la gestión integral de residuos	

hospitalarios.

2- Tenga en cuenta las guías y protocolos establecidos por la institución.
3- Antes de introducir la sonda asegúrese del estado de conciencia del paciente.
4- Seleccione el calibre adecuado de la sonda de acuerdo a las características del paciente: edad, contextura, etc.
5- Esté atento ante signos de alarma como convulsiones o cianosis durante el procedimiento.
6- Si durante la ejecución del procedimiento se presenta algún evento adverso, diligencie el formato respectivo.

6.4.5 Procedimiento médico: paso de sonda vesical

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimento Nº. P-AMED-05: sondaje vesical.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Método de extracción de orina por medio de una sonda.	
OBJETIVO: Evacuar la orina de la vejiga cuando no puede hacerlo el paciente espontáneamente o tomar una muestra estéril.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
RESPONSABLE: Médico.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: Guantes estériles, guantes desechables, agua tibia, jabón líquido (Isodine espuma), gasas, soporte para la bolsa de orina, riñonera, pato, sonda, jeringa, pinza kelly, esparadrapo, lubricante (vaselina).	
ACTIVIDADES: 1- Preséntese y salude amablemente al paciente. 2- Lávese las manos y colóquese los guantes desechables. 3- Realice baño externo del área genital del usuario. 4- Seque con gasas. 5- Colóquese los guantes estériles. 6- Aplique una solución antiséptica al área genital. 7- Tome la sonda y lubríquela en el extremo que va a introducir. 8- Introduzca la sonda en el meato urinario y una vez introducida de 7 a 8 cms. espere a que fluya la orina. 9- Una vez verificado que la sonda está en su sitio, llene el globo de la sonda con suero fisiológico o agua destilada. 10- Si va a dejar la sonda permanente conéctela a la bolsa recolectora de orina. 11- Sujete la sonda con esparadrapo, en la cara interna del muslo. 12- Si va a tomar una muestra recoja la cantidad suficiente y retire de nuevo la sonda. 13- Recoja el material, lávese las manos y registre en la historia clínica el procedimiento.	
ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES: 1- Al momento de realizar el procedimiento, recuerde tener presentes las normas de protección adoptadas en el manual de bioseguridad y la clasificación de los desechos, establecida en el manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios 2- Tenga en cuenta las guías y protocolos establecidos por la institución. 3- Seleccione el calibre adecuado de la sonda de acuerdo a las características del paciente: edad, contextura, etc. 4- Esté atento a cualquier signo de alarma como trauma o sangrado durante el procedimiento. 5- Si durante la ejecución del procedimiento se presenta algún evento adverso, diligencie el formato respectivo.	

6.4.6 Procedimiento médico: inmovilización de extremidades

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-AMED-06: inmovilización de extremidades.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Es la aplicación de vendas de yeso o vendaje elástico sobre cualquier zona del cuerpo.	
OBJETIVO: Se utiliza para inmovilizar cualquier zona ósea u osteoarticular.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
RESPONSABLE: Médico.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: Vendajes elásticos, vendajes de yeso, vendajes de algodón, guantes, esparadrapo, ponchera con agua tibia.	
ACTIVIDADES: 1- Solicite al paciente firmar el consentimiento informado. 2- Coloque al paciente en una postura cómoda y con el miembro afectado en posición anatómica 3- Realice un primer vendaje con algodón, poniendo especial cuidado en proteger las prominencias óseas o zonas donde pueda haber compresión de un nervio o afectar el riego sanguíneo. 4- Colóquese los guantes. 5- Realice la medición de la zona a cubrir con la férula. 6- Moje el yeso y escúrralo sin presionar para que no pierda mucho yeso. 7- Coloque el yeso de acuerdo a la norma establecida por la institución para el procedimiento. 8- Una vez puesto el vendaje espere unos minutos para que el yeso fragüe lo suficiente para conservar la rigidez. 9- Explíquele al paciente los cuidados con el yeso. 10- Enséñele signos de alarma como: color amoratado de las zonas dístales, adormecimiento de dedos o frialdad excesiva, inflamación o dolor. 11- Registre el procedimiento realizado en la hoja de atención o evolución de urgencias. 12- Coordine con el personal de enfermería el destino del paciente.	
ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES: 1- Recuerde la importancia de mantener la posición anatómica antes de colocar el yeso. 2- Recuerde informarle al usuario que debe mantener el miembro afectado en posición elevada para evitar inflamaciones. 3- Si se presenta algún evento adverso regístrelo en el formato respectivo.	

6.4.7 Procedimiento médico: reanimación cardiopulmonar

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-AMED-07: reanimación cardiopulmonar.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU

DEFINICIÓN:
Conjunto de medidas destinadas a revertir el paro cardio respiratorio.

OBJETIVO:
Restablecer los signos vitales mejorando la ventilación y circulación. Encontrar las causas que generaron el paro cardiorrespiratorio y tratarlas.

SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.

RESPONSABLE: Médico.

ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS:
Jeringas, guantes, apósitos, camilla, cánula de guedell, tubo orotraqueal, laringoscopio, intracath, macrogotero, desfibrilador, SSN 0,9% , bolsa autoinflable, medicamentos del carro de paro (adrenalina, atropina) monitor.

ACTIVIDADES:

1- Evaluar presencia o ausencia de repuesta del paciente.
ABCD primario.
2- Permeabilizar área retirando cuerpos extraños, aspirando secreciones, se tracciona la mandíbula, manteniendo la posición neutra de la columna cervical, se determina si el paciente respira por la maniobra, mirar, sentir y escuchar vigilando los movimientos torácicos.
3- Ventilación: si no respira se coloca la bolsa autoinflable vigilando que con cada compresión se expanda el tórax.
4- Circulación: se obtiene acceso venoso con SSN 0.9% se verifica el pulso, se inician compresiones torácicas en ausencia del mismo, se realiza mediante movimientos firmes en la mitad inferior del esternón sin flejar codos a 90º del tórax del paciente.
5- Desfibrilación: se verifica si hay fibrilación, si la hay se colocan las paletas del desfibrilador sobre apex y esternón; luego se inicia el ABCD secundario, este se aplica si el paciente continúa en paro cardiorrespiratorio.
ABCD Secundario.
6- Asegurar vía aérea colocando tubo orotraqueal previa oxigenación del paciente con bolsa autoinflable.
7- Ventilación: se verifica correcta posición del tubo mediante la expansión del tórax y auscultación del epigastrio se fija el tubo y se conecta a la fuente del oxígeno.
8- Se verifica funcionamiento de venas canalizadas.
9- Diagnóstico diferencial: se busca la causa que lleva al paciente a este estado a través del monitor cardiaco. Si no hay complejo QRS puede suceder que hay fibrilación ventricular o taquicardia ventricular en cuyo caso se coloca desfibrilador iniciando descargas a 200-300 y 360 JOULES verificando si hay pulso si no hay respuesta se aplica una 1 mg. IV de adrenalina cada 3-5 minutos entre cada descarga continuando maniobras de RCP, también puede suceder que exista actividad eléctrica sin pulso para la cual se aplica atropina de 0,50 a 1mg IV y se determina la causa de ésta: trauma, hipovolemia, hipotermia o hipoxia y se trata cada una, si el paciente no logra estabilizase se intentan maniobras de reanimación solo por 20 minutos más.

ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES:

1- En cada paso debe determinarse la falta o presencia de respuesta del paciente.
2- Tomar medidas de bioseguridad: guantes, mascarilla.
3- Si se sospecha trauma cervical evitar movilizar esta parte de la columna.
4- Apenas el paciente ingresa al servicio de urgencias debe activarse el sistema de respuesta para trabajar en equipo sin generar angustia o desorden.
5- Verificar constantemente en el servicio de urgencias adecuado estado del equipo de soporte vital básico: cánulas orofaríngeas, bolsa autoinflable, desfibrilador, laringoscopio, tubo orotraqueal
6- EL médico de urgencias debe distribuir funciones claras al personal de enfermería mientras se reanima al paciente verificando que cada función designada se realice correctamente.

6.4.8 Procedimiento médico: instalación de tubo a tórax

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-AMED- 08: instalación de tubo a tórax.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por**: Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Colocación de tubo fenestrado a cavidad torácica para drenar hemo o neumotórax.	
OBJETIVO: Drenaje de hemo o neumotórax para facilitar la expansión pulmonar y disminuir la presión torácica.	
RESPONSABLE: Médico.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: Tubo fenestrado conectado a trampa de agua herméticamente cerrada, guantes estériles, apósitos, gasas, esparadrapo, bisturí, tijeras, pinzas, suturas, campos estériles, Xilocaína.	
ACTIVIDADES: 1- Previa asepsia de sitio de inserción del tubo a nivel 5º espacio intercostal derecho o izquierdo (sitio donde se determina la presencia de hemo o neumotórax) y siguiendo la línea axilar media se aplica Xilocaína y se procede a realizar incisión de 1 cm. de longitud con bisturí profundizando por planos hasta llegar al borde superior de la costilla inferior con el objeto de evitar lesionar el paquete vasculonervioso. 2- Se pinza el tubo a tórax y se procede a instalarlo en cavidad torácica hasta obtener drenaje de aire o hemático que corresponde aproximadamente 5 cm. al interior de la cavidad torácica. 3- Se retira pinza y se verifica drenaje a la trampa de agua. 4- Se fija el tubo a la pared torácica mediante puntos de sutura se aplica apósito alrededor del tubo. 5- Se coloca la trampa del agua siempre a un nivel inferior de la posición del paciente para asegurar su funcionamiento y drenaje.	
ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES: **SÓLO SE REALIZARÁ EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, EN CASO DE URGENCIA VITAL.** 1. Asegurar medidas de bioseguridad con guantes y mascarillas. 2. Garantizar la realización del procedimiento mediante técnicas estériles: guantes y campos estériles. 3. Verificar previamente el adecuado funcionamiento del tubo a tórax y sus condiciones de esterilidad. 4. Verificar que el equipo de tubo a tórax este completo. 5. Determinar por criterios clínicos o paraclínicos: Rx de tórax, la presencia de hemo o neumotórax. 6. Estabilizar hemodinamicamente al paciente antes de realizar un procedimiento según lo sugerido en reanimación cardiopulmonar. 7. Pinzar el tubo a tórax antes de introducirlo a cavidad torácica. 8. La trampa de agua debe estar siempre a un nivel inferior al del paciente.	

6.4.9 Procedimiento de enfermería: toma de signos vitales

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-AENF-01: toma de signos vitales.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU

DEFINICIÓN:
Es la forma de determinar los valores normales o anormales del funcionamiento cardíaco, de la respiración y termorregulación del organismo humano.

OBJETIVO:
1. Verificar el estado del paciente.
2. Ayudar en el diagnóstico y evolución de la enfermedad.
3. Controlar el efecto de algunos medicamentos.

SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.

RESPONSABLE: Auxiliar de enfermería.

ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS:
Termómetro, tensiómetro, fonendoscopio, reloj con segundero, formato de registro de signos vitales.

ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES:

Control de la Temperatura.

1- Control de la Temperatura: Permanecer al lado del paciente mientras se toma la temperatura para evitar que el termómetro se caiga.

Control del pulso:

1. Asegúrese de que el paciente se encuentre en reposo.

Control de Tensión Arterial:

1- Colocar el manómetro en tal forma que se facilite la lectura de la escala.

2- Sacar completamente el aire del brazalete cuando haya necesidad de rectificar la tensión.

3- Evitar insuflar demasiado aire en el brazalete cuando no sea necesario.

4- En caso de no escuchar la tensión arterial de un brazo tomarla en el otro. Cuando no sea posible en los brazos, tomarla en los miembros inferiores.

5- En caso de quemaduras extensas que comprometan todas las áreas utilizables para la toma de la tensión arterial, cubrir el área con una compresa preferentemente estéril y sobre ella colocar el brazalete; desinfectar perfectamente el tambor del fonendoscopio.

Control de respiración:

1. Controlar la respiración cuando el paciente está en reposo.
2. Contar las respiraciones sin que el paciente se dé cuenta.

6.4.10 Procedimiento de enfermería: administración de medicamentos por vía oral

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-AENF-02: administración de medicamentos por vía oral.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Es el procedimiento que permite el paso de un medicamento a la circulación sistémica a través de la boca.	
OBJETIVO: 1. Tratar las enfermedades. 2. Producir efectos paliativos. 3. Prevenir enfermedades. **4.** Ayudar en el diagnóstico de enfermedades.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
RESPONSABLE: Auxiliar de enfermería o enfermera jefe.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: Bandeja con: tarjeta de medicamentos, medicamentos, vaso con agua, pitillo de ser necesario, formato de reporte de evento adverso.	
ACTIVIDADES: 1. Prepare todo el material necesario 2. Preséntese y salude al paciente y explique el procedimiento a seguir. 3. Levante la cabeza del paciente; y si no esta contraindicado siéntelo. 4. Haga que el paciente tome el medicamento, sin son pastillas ayude a colocarlas o haga que el paciente las coloque en el centro de la lengua y déle agua para que degluta. 5. Permanezca al lado del paciente y asegúrese de que ha tomado el medicamento. 6. Registre en la historia clínica el medicamento administrado, y en caso de intolerancia o de algún otro incidente, proceda con la nota correspondiente.	

ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES:

Siempre que vaya a administrar un medicamento verifique los cinco correctos:

1. Paciente correcto.
2. Medicamento correcto.
3. Hora Correcta.
4. Dosis correcta.
5. Vía correcta.

Al momento de realizar el procedimiento, recuerde tener presentes las normas de protección adoptadas en el manual de bioseguridad y la clasificación de los desechos, establecida en el manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios.

1. Evite administrar sustancias oleosas por vía endovenosa.
2. Aplique lentamente la inyección endovenosa si no hay contraindicaciones.
3. Observe la reacción del paciente después de aplicada la inyección.
4. No intente enfundar las agujas.
5. Si durante la ejecución del procedimiento se presenta algún evento adverso, diligencie el formato correspondiente.

6.4.11 Procedimiento de enfermería: administración de medicamentos por vía parenteral

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-AENF-03: administración de medicamentos por vía parenteral.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Son los procedimientos por medio de los cuales se introduce medicamentos al organismo por diferentes vías. Las vías de más común aplicación son: Por vía Endovenosa: es la introducción de medicamentos, mediante venopunción directamente al torrente sanguíneo. Por vía intramuscular: es el procedimiento por el cual se introduce un medicamento directamente en un músculo, por medio de una aguja hipodérmica. Por vía subcutánea o intradérmica: Son los procedimientos mediante los cuales se introduce un medicamento en el tejido celular subcutáneo o directamente en la capa dérmica de la piel, por medio de una aguja hipodérmica. Estas vías son de uso muy específico en la administración parenteral de ciertos medicamentos.	
OBJETIVO: Obtener una acción más rápida del medicamento. Administrar sustancias muy irritantes o soluciones que no se pueden aplicar por otra vía.	
RESPONSABLE: auxiliar de enfermería o enfermera jefe.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: Jeringa del calibre adecuado dependiendo del tipo de inyección, torundas de algodón, medicamento, guardián, guantes, tarjetas de medicamentos, torniquete, formato de reporte de evento adverso.	
ACTIVIDADES: **Actividades comunes e iníciales para la administración de medicamentos parenterales:** 1. Prepare todo el material necesario. 2. Preséntese y salude al paciente y explíquele el procedimiento a seguir. 3. Colóquese los guantes, prepare el medicamento a inyectar; y dilúyalo previamente si viene en polvo con el solvente indicado. 4. Acomode al paciente en la posición adecuada, dependiendo del sitio de aplicación de la inyección. Para la aplicación de medicamentos por vía intramuscular, subcutánea o intradérmica: 1. Realice las actividades comunes e iníciales, previstas en este procedimiento. 2. Descubra y desinfecte el área elegida. 3. Introduzca la aguja en el ángulo adecuado según el tipo de inyección; aspire para asegurarse que no ha cogido ningún vaso e introduzca lentamente el líquido. 4. Saque la aguja, no haga masaje ni presión en el sitio de inserción. 5. En inyecciones intradérmicas introduzca la aguja en dirección horizontal, levante el bisel para verificar su posición correcta, inyecte el líquido de modo que la piel tome aspecto de	

cáscara de naranja.

6. Registre en la historia clínica el medicamento administrado, y en caso de intolerancia o de algún otro incidente, proceda con la nota correspondiente.

Para la aplicación de medicamentos por vía endovenosa:

1. Realice las actividades comunes e iníciales previstas en este procedimiento.
2. Seleccione la vena y coloque el torniquete.
3. Limpie el área con algodón y alcohol.
4. Fije la vena e introduzca la aguja con el bisel hacia arriba, aspire para estar segura de que está dentro de la vena.
5. Suelte el torniquete e inyecte el medicamento lentamente.
6. Retire la aguja y haga presión con el algodón sobre el área.
7. Deposite en la bolsa roja todos los elementos utilizados que hayan estado en contacto con sangre o fluidos corporales del paciente y en la bolsa gris los elementos reciclables que no estén contaminados.
8. Deposite en el guardián las agujas utilizadas.
9. Registre en la historia clínica el medicamento administrado, y en caso de intolerancia o de algún otro incidente, proceda con la nota correspondiente.

ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES:

Siempre que vaya a administrar un medicamento verifique los cinco correctos:

1. Paciente correcto.
2. Medicamento correcto.
3. Hora Correcta.
4. Dosis correcta.
5. Vía correcta.

Al momento de realizar el procedimiento, recuerde tener presentes las normas de protección adoptadas en el manual de bioseguridad y la clasificación de los desechos, establecida en el manual de procedimientos para la **gestión integral de residuos hospitalarios.**

1. Evite administrar sustancias oleosas por vía endovenosa.
2. Aplique lentamente la inyección endovenosa si no hay contraindicaciones.
3. Observe la reacción del paciente después de aplicada la inyección.
4. No intente enfundar las agujas.
5. Si durante la ejecución del procedimiento se presenta algún evento adverso, diligencie el formato correspondiente.

6.4.12 Procedimiento de enfermería: venopunción y aplicación de líquidos endovenosos

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-AENF-04: venopunción y aplicación de líquidos endovenosos.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Es la introducción lenta y continua al torrente circulatorio de una cantidad mayor de 100cc de solución a través de una vena.	
OBJETIVO: Restaurar o mantener el balance hidroelectrolítico y ácido básico. Administrar medicamentos. Suplir déficit nutricional.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
RESPONSABLE: Auxiliar de Enfermería o Enfermera Jefe.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: Equipo para venoclisis de adulto o pediátrico, según sea el caso, solución a administrar (L. Ringer, SSN, DAD, etc.), yelcos del calibre necesario, torniquete, torundas de algodón y alcohol, esparadrapo, bolsa para desperdicios, atril, formato de registro de atención de enfermería, formato de reporte de evento adverso.	
ACTIVIDADES: 1. Prepare todo el material necesario. 2. Preséntese y salude al paciente y explíquele el procedimiento a seguir. 3. Acomode al paciente en una posición cómoda y colóquese los guantes. 4. Empate la bolsa de la solución con el equipo de venoclisis. 5. Purgue el equipo y cierre la llave de paso. 6. Cuelgue la bolsa en el atril. 7. Seleccione la vena (idealmente en el área antecubital) y aplique el torniquete a 4 cm. por encima del sitio que va a puncionar. 8. Palpe la vena a puncionar, la cual debe sentirse elástica o levemente cauchosa o rebotante. Si la vena rueda o se desplaza cuando usted la palpa, asegúrese de anclarla, si decide elegirla para puncionarla. 9. Limpie la piel, del centro a la periferia, con algodón impregnado en alcohol isopropílico al 70%, sobre el sitio de la punción. 10. Puncione la vena con el yelco teniendo cuidado en colocar el bisel hacia arriba, en un ángulo de inclinación de 15 a 20 grados y colocada en la misma dirección que la vena, una vez se encuentre segura de estar en la vena, suelte el torniquete, retire lentamente el mandril y conecte el equipo de venoclisis con el yelco y abra la llave del mismo.	

11. Descarte el mandril en el contenedor de seguridad (guardián).
12. Fije el yelco con esparadrapo, y anéxele un rótulo con: número de yelco, fecha y turno.
13. Gradúe el goteo de acuerdo con las órdenes médicas.
14. Al terminar la solución cierre la llave y retire el yelco, haciendo presión con una torunda de algodón en el área de la punción.
15. Deposite en la bolsa roja todos los elementos utilizados que hayan estado en contacto con sangre o fluidos corporales del paciente y en la bolsa gris los elementos reciclables que no estén contaminados.
16. Registre en el formato correspondiente los líquidos aplicados, así como su retiro al terminar, y cualquier incidente que pueda presentarse en relación con este procedimiento.

ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES:

Al momento de realizar el procedimiento, recuerde tener presentes las normas de protección adoptadas en el Manual de Bioseguridad y la clasificación de los desechos, establecida en el manual de procedimientos para la **gestión integral de residuos hospitalarios.**

Observe signos de infiltración de la solución, formación de edema, enrojecimiento y dolor. En caso positivo, registre los hallazgos en la historia clínica y reporte como posible infección intrahospitalaria.

Usar inmovilizadores en pacientes inconscientes, agitados o en niños.

Usar inmovilizadores en pacientes inconscientes, agitados o en niños.

Vigilar algún tipo de reacción adversa que pudiera presentar el paciente.

Rotular la solución cuando a ésta se le agregue algún tipo de medicamento.

Llevar hoja de control de líquidos.

Si durante la ejecución del procedimiento se presenta algún evento adverso, diligencie el formato de eventos adversos.

6.4.13 Procedimiento de enfermería: lavado gástrico

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-AENF-05: lavado gástrico.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Es el procedimiento mediante el cual se realiza irrigación de fluidos a través de una sonda que está conectada al estómago con el fin de extraer materiales que están afectando la cavidad.	
OBJETIVO: Extraer sustancias tóxicas, venenosas o contenido gástrico acumulado.	
RESPONSABLE: enfermera o auxiliar de enfermería.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: Sonda Nasogástrica instalada, transporte, esparadrapo o micropore, guantes, tapabocas, jeringa de 10 cc., líquido (SSN, L.Ringer, Agua destilada), equipo de macrogoteo y atril.	
ACTIVIDADES: 1. Acompañe al médico en la instalación de la sonda. 2. Lávese las manos y póngase los guantes. 3. Una vez introducida y comprobado que está en estómago, instale el equipo de macrogoteo a la sonda, previamente conectada a la solución con la cual se va a irrigar. 4. Cuelgue la solución en el atril y abra toda la llave del equipo para que la solución empiece a pasar a través de la sonda. 5. Cuando haya terminado de pasar la cantidad de solución ordenada por el médico ponga el equipo de macrogoteo más abajo del paciente para que el líquido empiece a salir por gravedad 6. Después de terminar el lavado retire la sonda o déjela según orden médica 7. Deposite en la bolsa roja todos los elementos utilizados que hayan estado en contacto con sangre o fluidos corporales del paciente y en la bolsa gris los elementos reciclables que no estén contaminados. Elabore la nota detallada del procedimiento en la historia clínica.	
ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES: Colabore activamente con el médico durante la inserción de la sonda. Al momento de realizar el procedimiento, recuerde tener presentes las normas de protección adoptadas en el manual de bioseguridad y la clasificación de los desechos establecida en el manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios. Al realizar la irrigación no se separe del paciente y vigile permanentemente su estado de conciencia. Recuerde las precauciones generales en las normas de cada uno de los procedimientos de enfermería. Esté atento ante signos de alarma como convulsiones o cianosis durante el procedimiento	

6.4.14 Procedimiento anexo: registro de pacientes en urgencias

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento N°. P-ANEXO-01:registro de ingreso de pacientes de urgencias.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Procedimiento mediante el cual se realiza el registro de todos los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias en los 5 minutos siguientes a su ingreso.	
OBJETIVO: Llevar un registro de todos los pacientes que ingresan al servicio de urgencias.	
RESPONSABLE: Portero.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: Cuaderno (formato) para registro de pacientes que ingresan por el servicio de urgencias, lapicero, reloj de pared.	
ACTIVIDADES: Una vez identificado el paciente registre toda la información en el cuaderno de control con los siguientes datos: Fecha, hora de llegada, nombres y apellidos, edad, identificación tipo y número, seguridad social, EPS-S/EPS, médico de turno……. Se dejan pendientes la hora de atención y el diagnóstico para registrar cada uno en su momento. Continúe con la admisión de acuerdo al procedimiento URG 0101.	
ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES: Registre siempre la hora de llegada a solicitar el servicio. Registre usted personalmente la hora de atención de acuerdo a la hoja de registro de urgencias.	

6.4.15 Procedimiento anexo: traslado de pacientes en remisión

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento N°. P-ANEXO-02: traslado de pacientes en remisión.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Proceso mediante el cual se traslada un paciente hacia un nivel superior de atención.	
OBJETO: Brindar atención especializada de acuerdo a la condición, gravedad del cuadro y tecnología necesaria para restituir el estado de salud del paciente.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
RESPONSABLE: Médico o auxiliar de enfermería.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: ambulancia equipada con: camilla, equipo de oxígeno completo; equipos de reanimación, partos, toma de signos vitales; aspirador, medicamentos, soluciones endovenosas, insumos (sondas, gasas, apósitos, guantes, jeringas, compresas, macro y microgoteros, intracath), linterna, atril, pato coprológico y orinal, formularios para registros de traslado.	
ACTIVIDADES: 1. Verifique el destino del paciente y su aceptación. 2. Salude amablemente al paciente y a su acompañante 3. Reciba informe sobre el estado actual del paciente, órdenes médicas y acciones pendientes. 4. Solicite la carta de remisión e inicie el registro del traslado. 5. Colabore con el traslado del paciente a la ambulancia en la camilla. 6. Ubique al paciente dentro de la ambulancia de acuerdo a las órdenes médicas. 7. Ubíquese en la silla al lado del paciente. 8. Vigile permanentemente durante el viaje el estado y evolución del paciente y lleve los registros necesarios. 9. Si se requiere realizar procedimiento especial pídale al conductor detener la ambulancia. 10. Tenga en cuenta las medidas de bioseguridad y desecho de material contaminado. **Cuando llegue al lugar del destino:** 11. Salude amablemente a los funcionarios de la entidad que recibe. 12. Informe la procedencia y el estado del paciente. 13. Presente la documentación completa del paciente. 14. Espere el manejo definido por el médico que valora el paciente. 15. Entregue el paciente en la entidad donde fue admitido.	

16. Despídase amablemente del paciente y de su acompañante.

17. Dispóngase a regresar a la institución.

Una vez regrese a la institución:

1. Notifique al médico las novedades de la remisión.
2. Informe en facturación el consumo de oxígeno y medicamentos durante la remisión para la reposición de elementos de la ambulancia.
3. Lleve la ropa utilizada durante el traslado al área del lavadero.
4. Dejar en orden la ambulancia y disponible para otra remisión.

ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES:

Tenga presente que debe llevar siempre la nota de remisión, copia de los procedimientos realizados (Rayos X, exámenes de laboratorio).

Recuerde que usted siempre va ubicado al lado del paciente.

Verifique que el vehículo asignado tenga todos los requerimientos exigidos en la habilitación

Tenga siempre presente las normas de bioseguridad y las normas de desecho de material contaminado.

6.4.16 Procedimiento anexo: entrega de medicamentos

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-ANEXO-03: entrega de medicamentos.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Proceso mediante el cual se hace entrega de los medicamentos que el médico prescribió para el usuario como parte de la atención.	
OBJETIVO: Proporcionar al paciente los medicamentos necesarios para realizarle el tratamiento y recuperar su salud.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Área de Farmacia.	
RESPONSABLE: Auxiliar de Farmacia.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: medicamentos según la normatividad vigente de acuerdo al nivel de atención, y teniendo en cuenta las condiciones de habilitación. Computadora, software de sistema de información.	
ACTIVIDADES: 1. Preséntese y salude amablemente al paciente 2. Solicite al usuario la fórmula médica 3. Verifique el derecho teniendo en cuenta la fecha de la orden y la seguridad social. 4. Si aplica, explíquele al paciente su deber de pagar cuota moderadora y envíelo a la caja. 5. Empaque el medicamento de acuerdo a la orden médica: cantidad exacta y medicamento correcto. 6. Explique al paciente la forma de tomar el medicamento correctamente y las precauciones. 7. Despida amablemente al paciente.	
ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES: 1. Recuerde que la entrega de medicamentos debe ser exacta de acuerdo a la orden médica. 2. Si es necesario transcriba la fórmula para que el paciente la entienda. 3. Recuerde que los medicamentos deben estar siempre vigentes. 4. Recuerde revisar permanentemente la fecha de vencimiento de todos los medicamentos 5. Recuerde realizar los pedidos en forma oportuna para que no se le agoten las existencias. 6. No olvide tener presentes las normas de bioseguridad y de desecho de materiales.	

6.4.17 Procedimiento anexo: curaciones

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento N°. P-ANEXO-04: curaciones.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU

DEFINICIÓN:
Es el procedimiento por el cual se realiza la limpieza y desinfección de las heridas.

OBJETIVOS:
Promover la cicatrización. Prevenir o disminuir la infección. Proporcionar comodidad al paciente.

SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.

RESPONSABLE: Auxiliar de enfermería o enfermera jefe.

ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS:
Agua estéril, isodine espuma e isodine solución, tijeras, gasas, apósitos, micropore o esparadrapo, guantes limpios, tapabocas, formato de reporte de evento adverso.

ACTIVIDADES:

1. Prepare todo el material necesario.
2. Preséntese y salude al paciente, pregúntele cómo ha evolucionado su herida y explique el procedimiento a seguir.
3. Coloque al paciente en una posición cómoda.
4. Colóquese los guantes.
5. Retire con cuidado vendajes o apósitos (si los tiene).
6. Si es una herida limpia, lave con isodine espuma del centro a la periferia y luego aplique solución salina de igual forma.
7. Si es una herida infectada, cámbiese los guantes, limpie la herida comenzando por las zonas menos infectadas con isodine espuma y retire con pinza o tijeras el tejido necrótico.
8. Tanto para las heridas limpias como las infectadas, aplique isodine solución y deje secar un poco.
9. Cubra la herida con gasa o apósitos (furacinada si es necesario).
10. Fije las gasas con micropore o esparadrapo.
11. Deposite en la bolsa roja todos los elementos utilizados que hayan estado en contacto con sangre o fluidos corporales del paciente y en la bolsa gris los elementos reciclables que no estén contaminados.
12. Elabore la nota del procedimiento en la historia clínica.

ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES:

Al momento de realizar el procedimiento, recuerde tener presentes las normas de protección adoptadas en el manual de bioseguridad y la clasificación de los desechos, establecida en el manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios.

Si durante la ejecución del procedimiento se presenta algún evento adverso, diligencie el formato respectivo.

6.5 OTROS PROCEDIMIENTOS ANEXOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

6.5.1 Procedimiento anexo: revisión de carro de paro

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento No. P-ANEXO-05: revisión de carro de paro.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Es la revisión detallada de los elementos existentes en el carro de paro.	
OBJETIVO: Garantizar la disponibilidad de los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para atender un caso de emergencia de manera oportuna y eficaz.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
RESPONSABLE: Enfermera.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: Libro de inventario, carro de paro, lista de chequeo del carro de paro.	
RESPONSABLE: Enfermera.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: Libro de inventario, carro de paro, lista de chequeo del carro de paro.	
ACTIVIDADES: Verifique en cada cambio de turno que el carro de paro se encuentre sellado con la respectiva cinta de seguridad. En caso de haberse roto la cinta asegúrese de que la dotación se encuentre de nuevo en el carro de paro y en perfecto funcionamiento y que los insumos utilizados han sido repuestos, de acuerdo con la lista de chequeo del carro de paro. Una vez haya verificado que el carro de paro se encuentra completo séllelo de nuevo con la cinta, la cual debe contener la fecha, hora y firma.	
ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES: Tenga presente que aunque no haya sido necesario romper la cinta durante el mes, es decir que no se haya presentado un caso de urgencia que ameritara romperla, se debe realizar una revisión del carro de paro, al menos una vez al mes (el último día hábil) para verificar el funcionamiento de los equipos y sus baterías, así como las fechas de vencimiento de los medicamentos y dispositivos médicos. Recuerde que en caso de presentarse fallas o pérdidas de algún equipo, estas se deben registrar en el libro de novedades de turno y reportarlas al almacenista.	

6.5.2 Procedimiento anexo: Nebulizaciones

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-ANEXO-06: nebulizaciones.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Procedimiento por el cual se pulveriza un líquido medicamentoso por medio de una corriente de aire en el tracto respiratorio durante la inspiración.	
OBJETIVOS: Administrar medicamentos en las vías respiratorias, restablecer y mantener la capa mucosa, disminuir la inflamación de las mucosas, hidratar las secreciones secas y retenidas, conseguir un efecto broncodilatador y descongestivo, estimular la expectoración.	
RESPONSABLE: Auxiliar de enfermería o enfermera jefe.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: oxígeno, equipo de nebulización, solución salina, medicamentos, jeringa de 5cc, formato de reporte de evento adverso.	
ACTIVIDADES: 1. Aliste el material necesario. 2. Preséntese y salude al paciente y explíquele el procedimiento a seguir. 3. Coloque al paciente en posición de Fowler o sentado en una silla, si no está contraindicado. 4. Prepare el medicamento, según prescripción médica y colóquelo dentro del nebulizador. 5. Conecte el nebulizador a la fuente de oxígeno o fuente de aire comprimido. 6. Gradúe la cantidad de oxígeno que debe pasar. 7. Cuando se termine el medicamento cierre la llave y retire la máscara. 8. Controle la frecuencia cardíaca del paciente y regístrela en la historia clínica, si procede. 9. Deposite en la bolsa roja todos los elementos utilizados que hayan estado en contacto con sangre o fluidos corporales del paciente y en la bolsa gris los elementos reciclables que no estén contaminados. 10. Registre en la historia clínica la nota del procedimiento y los posibles incidentes ocurridos.	
ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES: Suspenda la nebulización si el paciente presenta mareo. Esté atento ante cualquier signo de hipersensibilidad al medicamento. Cuando la nebulización se realiza en niños, asegure la colaboración del cuidador para mejor tolerancia del procedimiento. Si durante la ejecución del procedimiento se presenta algún evento adverso, diligencie el formato respectivo.	

6.5.3 Procedimiento anexo: lavado de manos de rutina

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-ANEXO-07: lavado de manos de rutina.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU

DEFINICIÓN:
Es el procedimiento por medio del cual se realiza la limpieza activa, química y mecánica de las manos y antebrazos, siendo la forma más eficaz de prevenir la infección cruzada entre pacientes, personal hospitalario y visitantes.

Lavado de manos. Remoción mecánica de microorganismos:
Es el lavado de manos con jabón corriente o detergente (barra, gránulos o líquidos), dejando los microorganismos en suspensión lo cual permite removerlos.
Se indica en los siguientes casos :
Al iniciar y finalizar labores.
Previo a realizar procedimientos no invasivos.
Durante la realización de labores.

Lavado de manos por remoción química de microorganismos:
Es el lavado de manos con soluciones antisépticas, que logra destruir o inhibir el crecimiento de microorganismos. Se indica en el lavado de manos previo a la realización de procedimientos invasivos y el lavado quirúrgico de las manos.

Lavado rutinario para procedimientos invasivos.
Se indica en las siguientes situaciones :
Al realizar procedimientos que penetren la piel o que tengan contacto con mucosas.
En procedimientos que entren en contacto con las secreciones y líquidos de precaución universal.
En procedimientos odontológicos y de laboratorio clínico.
Antes y después de manipular heridas.
En procedimientos con pacientes inmunocomprometidos.

OBJETIVO:
Reducir la flora normal y remover la flora transitoria para disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos.

RESPONSABLE: Médico, enfermera o auxiliares de enfermería

SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.

ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: Jabón líquido, toallas desechables, recipiente para desperdicios o caneca.

ACTIVIDADES:

1. Abra la llave del agua y humedezca las manos y muñecas.
2. Aplique 5 centímetros cúbicos de antiséptico.
3. Friccione las manos, dorso, palma y muñecas hasta producir suficiente espuma.
4. Limpie debajo de las uñas (región Subungueal), con la uña de la mano contraria para remover gérmenes.
5. Continúe la fricción con cada dedo, de la parte más limpia a la más contaminada, evitando devolverse.

6. Frote los espacios interdigitales, cuantas veces sea necesario.
7. Friccione de nuevo enérgicamente palma y dorso de la mano, palma con palma y dorso con palma.
8. Lave hasta el tercio medio de antebrazo con movimientos circulares.
9. Séquese las manos y el antebrazo sin devolver la toalla a las manos. Cierre la llave.
10. Recuerde que debe lavarse las manos en los siguientes casos:
11. Antes de iniciar labores.
12. Antes de realizar procedimientos invasivos, odontológicos y en laboratorios clínicos.
13. Antes y después de atender pacientes, especialmente susceptibles de contraer infecciones tales como: Inmunocomprometidos, recién nacidos, ancianos y pacientes de alto riesgo.

Antes y después de manipular heridas.

1. Después de estar en contacto con secreciones y líquidos de precaución universal.
2. Después de manipular objetos contaminados.
3. Antes y después de realizar procedimientos asépticos: punciones y cateterismos.
4. Antes de colocarse guantes e inmediatamente después de retirarlos.

Al finalizar labores.

1. No debe abrir la llave con las manos contaminadas.
2. Retire todos los objetos que tenga en las manos como por ejemplo anillos, relojes, pulseras, etc.
3. Tenga en cuenta, durante este procedimiento, mantener las manos más altas que el antebrazo.
4. Mantenga el mínimo contacto con la llave del agua al cerrarla.

6.5.4 Procedimiento anexo: aseo diario de la unidad

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.	
Procedimiento Nº. P-ANEXO- 08: aseo diario de la unidad	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
DEFINICIÓN: Es la limpieza o posición adecuada de los elementos que componen el mobiliario que utiliza el paciente: cama, mesa de noche, mesa para comer y silla.	
OBJETIVO: Mantener orden y limpieza en el servicio. Proveer un ambiente cómodo y agradable. Proporcionar al paciente medios adecuados para desarrollar las actividades de la vida diaria.	
SERVICIO O DEPENDENCIA: Urgencias.	
RESPONSABLE: Auxiliar de enfermería.	
ELEMENTOS Y MATERIALES NECESARIOS: compresero, platón con agua, dos paños, uno para humedecer y otro para secar, guantes para limpieza, recipiente con jabón, bolsa para desperdicios.	
ACTIVIDADES: 1. Preséntese y salude al paciente y explíquele el procedimiento a seguir. 2. Establezca buena ventilación sin corriente de aire. 3. Retire la mesa de noche, la mesa de comer y la silla. 4. Limpie primero las partes de los muebles y los muebles que considere más limpios, incluyendo la parte superior de las barandas. 5. Cambie los tendidos de la cama. 6. Retire los elementos o utensilios utilizados por el paciente, como patos y riñoneras, al igual que los sobrantes de comida y basura. 7. Deposite en la bolsa verde los restos de comida dejados por el paciente y en la bolsa gris los elementos reciclables que no estén contaminados.	
ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES: 1. Secar los objetos de metal para que no se oxiden. 2. Dejar ventilar y secar la unidad durante un tiempo prudencial. 3. Cambiar el agua cuantas veces sea necesario.	

7. INDICADORES

Para el proceso de atención al usuario en el servicio de urgencias, se utilizan indicadores trazadores para medir atributos de calidad: *A**ccesibilidad/Oportunidad, Calidad Técnica, Gerencia del Riesgo, Satisfacción/ Lealtad.*** A través de los cuales se evaluará el nivel de desempeño de los procesos de atención al usuario establecidos como prioritarios para el Instituto de Salud de Bucaramanga ISABU. Estos indicadores son los diseñados por el Ministerio de la Protección Social, Resolución 1446 de 2006.

Tabla Nº 8 Instructivo de Normas Críticas en el Proceso de Atención al Usuario

Norma crítica (el "deber ser")	**Quién debe medir (responsable del indicador)**	**Cuándo medir (periodicidad)**	**Cómo medir (indicador y fuente)**
El usuario debe ser atendido en los quince minutos siguientes a su llegada al servicio de urgencias, si no es una urgencia vital. (indicador de oportunidad)	Coordinador estadística	Mensual	Oportunidad en la atención en consulta de urgencias 7.2 Fuente: libro de registro de urgencias
El usuario y su acompañante deben quedar satisfechos con la atención en el servicio de urgencias. (indicador de satisfacción)	Coordinador SIAU	Mensual	Proporción de usuarios satisfechos con la atención brindada en el servicio de urgencias.7.3 Fuente: encuesta de satisfacción
No se deben presentar reconsultas por el mismo diagnóstico antes de las 48 horas de atención en el servicio de urgencias. Indicador de resultado (eficacia).	Coordinador estadística	Mensual	Proporción de reconsultas por el mismo diagnóstico antes de las 48 horas en el servicio de urgencias.7.4 Fuente: planilla de reconsultas
No se deben presentar eventos adversos en el servicio de urgencias. Indicador de resultado (eficacia).	Enfermera coordinadora **COVE**	Mensual	Proporción de eventos adversos en el servicio de urgencias. 7.5 Fuente: formato de eventos adversos.

COVE: Comité de Vigilancia Epidemiológica.

Tabla Nº 9 Indicadores

7.1.1-Indicador de Oportunidad en la atención en la consulta de urgencias.	Recepcionista, Analista, Reportador
7.1.2-Indicador de Satisfacción en el servicio de urgencias.	Responsable: Coordinador SIAU.
7.1.3-Indicador de Proporción de reconsultas en el servicio de urgencias	Responsable: Jefe de Urgencias
7.1.4-Indicador de Proporción de eventos adversos en el servicio de urgencias	Responsable: Enfermera coordinadora COVE.
7.1.5-Indicador de Tasa de satisfacción global.	Recepcionista, Analista, Reportador
7.1.6-Indicador de Oportunidad de internación en urgencias	Auxiliar de enfermería de consultorio, Auxiliar de enfermería observación urgencias.

7.1.1 Indicador de Oportunidad en la atención en la consulta de urgencias.

<table>
<tr><td colspan="4">E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Oportunidad en la atención en consulta de urgencias.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Fecha de actualización: Diciembre 2008</td><td colspan="2">Aprobado por: Gerente USABU</td></tr>
<tr><td colspan="4">Objetivo del indicador: Determinar la oportunidad en la atención en consulta de urgencias.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fuente de la información: Servicio de urgencias, área de estadística.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Responsable</td><td colspan="3">Recepcionista:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Analista:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Reportador:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atributo de calidad: Oportunidad.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fórmula del Indicador:
Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Unidad de medición: Minutos.</td></tr>
<tr><td>Interpretación</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Línea de base</td><td>Valor</td><td colspan="2">21 minutos.</td></tr>
<tr><td>Fecha</td><td colspan="2">Diciembre de 2008.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Meta prevista</td><td>Valor</td><td colspan="2">Menor o igual a 15 minutos.</td></tr>
<tr><td>Fecha</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">FUENTES DE LOS DATOS

NUMERADOR: Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico.

DENOMINADOR: Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias.

Fuente: Sistema de información y facturación.</td></tr>
<tr><td>Metodología de recopilación de la información</td><td colspan="3">Mensualmente se realizará la recopilación de información para la aplicación del indicador de oportunidad en la atención de consulta de urgencias.</td></tr>
<tr><td>Periodicidad</td><td colspan="3">Mensual.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Nivel de desagregación: No aplica.</td></tr>
</table>

7.1.2 Indicador de Satisfacción en el servicio de urgencias.

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.		
Proporción de usuarios satisfechos con la atención brindada en el servicio de urgencias.		
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU	
Responsable: Coordinador SIAU.		
Atributo de Calidad: Satisfacción del usuario.		
Fórmula del indicador	Número de pacientes satisfechos con la atención en el servicio de urgencias / Número total de pacientes del servicio de urgencias encuestados.	
Meta del indicador	**Sobresaliente:** satisfacción de los usuarios > del 95%	
	Aceptable: satisfacción de los usuarios entre el 90 y 94%	
	No cumplida: satisfacción del usuario < del 90%	
Fuentes de los datos	**Numerador:** encuestas satisfactorias en el servicio de urgencias sistematizadas.	
	Denominador: encuestas realizadas en el servicio de urgencias sistematizadas.	
Periodicidad del indicador: Mensual.		
Niveles de desagregación: No aplica.		

7.1.3 Indicador de Proporción de reconsultas en el servicio de urgencias

<table>
<tr><td colspan="3">E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>Proporción de reconsultas por el mismo diagnóstico antes de las 48 horas en el servicio de urgencias.</u></td></tr>
<tr><td colspan="2">Fecha de actualización: Diciembre 2008</td><td>Aprobado por: Gerente ISABU</td></tr>
<tr><td colspan="3">Responsable: Jefe de Urgencias</td></tr>
<tr><td colspan="3">Atributo de Calidad: Eficacia (indicador de resultado).</td></tr>
<tr><td><u>Fórmula del indicador</u></td><td colspan="2">Número de reconsultas por el mismo diagnóstico antes de las 48 horas en el servicio de urgencias / Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en el mismo lapso de tiempo.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Meta del indicador</td><td colspan="2">Sobresaliente: proporción de reconsulta < al 3%</td></tr>
<tr><td colspan="2">Aceptable: proporción de reconsulta del 3 al 6 %</td></tr>
<tr><td colspan="2">o cumplida: proporción de reconsulta > al 6 %</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Fuentes de los datos</td><td colspan="2">Numerador: libro de consultas de urgencias-planilla de auditoría.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Denominador: libro de consultas de urgencias.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Periodicidad del indicador: Mensual.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Niveles de desagregación: Por diagnóstico.</td></tr>
</table>

7.1.4 Indicador de Proporción de eventos adversos en el servicio de urgencias

<table>
<tr><td colspan="3">E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>Proporción de eventos adversos en el servicio de urgencias.</u></td></tr>
<tr><td colspan="2">Fecha de actualización: Diciembre 2008</td><td>Aprobado por: Gerente ISABU</td></tr>
<tr><td colspan="3">Responsable: Enfermera coordinadora COVE.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Atributo de Calidad: eficacia (indicador de resultado).</td></tr>
<tr><td><u>Fórmula del indicador</u></td><td colspan="2">Número de eventos adversos en el servicio de urgencias / Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Meta del indicador</td><td colspan="2">Sobresaliente: porcentaje de eventos adversos < al 2 %</td></tr>
<tr><td colspan="2">Aceptable: porcentaje de eventos adversos del 2 al 4 %</td></tr>
<tr><td colspan="2">No cumplida: porcentaje de eventos adversos > al 4 %</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Fuentes de los datos</td><td colspan="2">Numerador: formato para el registro de eventos adversos; número de eventos adversos reportados en un periodo de tiempo.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Denominador: día cama usuario en un período de tiempo.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Periodicidad del indicador: Mensual.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Niveles de desagregación: Ninguno.</td></tr>
</table>

COVE: Comité de Vigilancia Epidemiológica.

7.1.5 Indicador de Tasa de satisfacción global.

<table>
<tr><td colspan="4">E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU.</td></tr>
<tr><td colspan="4"><u>Tasa de satisfacción global</u></td></tr>
<tr><td colspan="2">Fecha de actualización: Diciembre 2008</td><td colspan="2">Aprobado por: Gerente ISABU</td></tr>
<tr><td colspan="4">Objetivo del indicador: Determinar la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos por la IPS.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fuente de la información: Encuestas aplicadas o desagregadas en los diferentes servicios.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Responsables</td><td rowspan="2">Recepción</td><td>funcionario</td><td></td></tr>
<tr><td>cargo</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Análisis</td><td>funcionario</td><td></td></tr>
<tr><td>cargo</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Reporte</td><td>funcionario</td><td></td></tr>
<tr><td>cargo</td><td></td></tr>
<tr><td>Atributo de calidad</td><td colspan="3">Satisfacción.</td></tr>
<tr><td>Fórmula del indicador.</td><td colspan="3">Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos de la IPS mes /Número total de pacientes encuestados por la IPS mes.</td></tr>
<tr><td>Unidad de medición</td><td colspan="3">Relación porcentual.</td></tr>
<tr><td>Interpretación</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Línea de base</td><td>Valor</td><td colspan="2">90%</td></tr>
<tr><td>Fecha</td><td colspan="2">Diciembre de 2008</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Meta prevista</td><td>Valor</td><td colspan="2">mayor o igual al 95%</td></tr>
<tr><td>Fecha</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Fuentes de los datos</td><td colspan="3">Numerador:
Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Denominador:
Número total de pacientes encuestados por la IPS.</td></tr>
<tr><td>Metodología de recopilación de la información</td><td colspan="3">Mensualmente se calcularán los datos tanto del numerador como del denominador.</td></tr>
<tr><td>Periodicidad</td><td colspan="3">Mensual.</td></tr>
<tr><td>Nivel de desagregación</td><td colspan="3">No aplica.</td></tr>
</table>

7.1.6 Indicador de Oportunidad de internación en urgencias

<table>
<tr><td colspan="4">E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU</td></tr>
<tr><td colspan="4"><u>Oportunidad en la internación del paciente en el servicio de hospitalización de urgencias, una vez definida la conducta por el médico general.</u></td></tr>
<tr><td colspan="2">Fecha de actualización: Diciembre 2008</td><td colspan="2">Aprobado por: Gerente ISABU</td></tr>
<tr><td colspan="4">Objetivo del indicador: Determinar la oportunidad en la internación del paciente en el servicio de hospitalización de urgencias.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fuente de la información: Historia clínica del paciente.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Responsables</td><td colspan="3">Auxiliar de enfermería de consultorio.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Auxiliar de enfermería observación urgencias.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atributo de calidad: Oportunidad</td></tr>
<tr><td colspan="4"><u>Fórmula del indicador:</u> Sumatoria del número de minutos, transcurridos entre la solicitud de internación en el consultorio y el momento en el cual es admitido el paciente y efectivamente recibido en el servicio de observación urgencias.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Unidad de medición: Minutos.</td></tr>
<tr><td>Interpretación:</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Línea de base</td><td>Valor</td><td colspan="2">180 minutos.</td></tr>
<tr><td>Fecha</td><td colspan="2">Diciembre de 2008.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Meta prevista</td><td>Valor</td><td colspan="2">Menor o igual a 60 minutos.</td></tr>
<tr><td>Fecha</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">FUENTES DE LOS DATOS:</td></tr>
<tr><td colspan="4">NUMERADOR: Sumatoria del número de minutos, transcurridos entre la solicitud de internación en el consultorio y el momento en el cual es admitido el paciente y efectivamente recibido en el servicio de observación urgencias.</td></tr>
<tr><td colspan="4">DENOMINADOR: Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias, internados en el servicio de observación urgencias.</td></tr>
<tr><td colspan="4">F: Historia clínica del paciente.</td></tr>
<tr><td>Metodología de recopilación de la información</td><td colspan="3">Mensualmente se realizará la recopilación de información para la aplicación del indicador de oportunidad en la internación, en el servicio de observación urgencias.</td></tr>
<tr><td>Periodicidad</td><td colspan="3">Mensual.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Nivel de desagregación: No aplica.</td></tr>
</table>

8. FORMATOS

8.1 FORMATOS OPERATIVOS

Los formatos operativos que se utilizan durante la atención al usuario en el servicio de urgencias son los diseñados por el Ministerio de la Protección Social.

8.1.1 Instrumentos operativos a utilizar durante la atención al usuario.

NUMERO	CONCEPTO
	Facturación manual consulta de urgencias y servicio de hospitalización.
	RIPS de consulta
	Hoja de formulario
	Kardex de enfermería
	Resumen de atención
	Tarjeta de medicamentos
	Identificación y resumen de atención
	Atención de urgencias
	Hoja de evolución
	Remisión de pacientes
	Epicrisis
	Ordenes médicas
	Tratamientos
	Signos vitales
	Balance de líquidos
	Retiro voluntario

8.1.2 Formato libro de registro del servicio de urgencias

Fecha	Nombre usuario	Hora de ingreso	Documento de identidad	Hora de atención	Diagnóstico

8.2 FORMATOS DE AUDITORÍA

8.2.1 Formato de encuesta de satisfacción al usuario

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU

Encuesta de satisfacción del usuario en el servicio de urgencias

Nota: Señor encuestador recuerde saludar amablemente al usuario, presentarse por su nombre y explicarle el objeto de la encuesta.

Fecha de diligenciamiento: día_____ mes_____ año_____

		si	No
1.	Está usted satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		
2.	Recibió un trato amable y respetuoso por parte de las personas que lo atendieron?		
3.	Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?		
4.	Siente que puede preguntar al médico acerca de su condición y de su tratamiento?		
5.	Si le llevaron a cabo exámenes o procedimientos: ¿le fueron explicados?, ¿le dijeron cuándo y cómo se harían?		
6.	Le informaron a su acompañante o familiar el tiempo que debía permanecer en el servicio?		
7.	Le parece que el área de urgencias del hospital es cómoda, limpia y agradable?		
8.	En general ¿esta satisfecho con la atención prestada en el servicio de urgencias?		

Fecha y hora de solicitud del servicio:

Le agradecemos alguna recomendación que usted nos pueda dar para mejorar permanente nuestros servicios.

Señor encuestador explíquele al usuario que con el fin de informarle posteriormente las mejoras del servicio, es necesario que nos recuerde, su:

Nombre_____

Teléfono_____

Dirección_____

Despídase amablemente del usuario y agradezca su oportuna colaboración.

8.2.2 Instructivo de encuesta de satisfacción al usuario

Instructivo de diligenciamiento de la encuesta de satisfacción al usuario
SELECCIÓN DE USUARIOS PARA APLICAR INSTRUMENTO:
Los usuarios objetivo de la encuesta serán la totalidad de los usuarios que permanezcan por más de dos horas en el servicio de urgencias.
Las encuestas serán aplicadas directamente a los usuarios del servicio de urgencias excepto a niños y a usuarios con discapacidad mental, en este caso se aplicarán las encuestas a los acompañantes o familiares del usuario.
EXCLUSIONES:
Se excluirán del universo los usuarios remitidos a otras instituciones de salud.
Familiares o acompañantes de pacientes que fallezcan en la institución.
MOMENTO DE APLICACIÓN:
Las encuestas serán aplicadas al egreso del usuario, entre el momento de dar la educación de alta y la salida del usuario.
FORMA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:
Se realizará mediante aplicación de encuestas dirigidas por personal de la institución. Nunca Autoaplicadas por el usuario.
METODOLOGÍA:
Capacite al encuestador sobre el objetivo de la encuesta.
Verifique la comprensión por parte del encuestador, de todas las preguntas del instrumento.
EL ENCUESTADOR DEBE:
Saludar amablemente al usuario, presentarse por su nombre y explicar el objetivo de la encuesta.
Diligenciar siempre la encuesta con lapicero.
Marcar por cada pregunta una sola respuesta.
Realizar la marcación con una X en la casilla correspondiente, de acuerdo a la respuesta del usuario.
Explicar al usuario las preguntas que no entienda.
Agradecer la colaboración del usuario y despedirse amablemente.

8.2.3 Formato de respuesta al usuario

Fecha:

Nombre usuario:

Asunto:	Respuesta a su inconformidad presentada el _____ en el Sistema de Información y Atención al Usuario del Instituto De Salud de Bucaramanga. **(ISABU)**

Con respecto a su inconformidad relacionada con la atención recibida en el **Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU)** me permito informarle que para mejorar la atención que se brinda en esta Institución se harán los trámites correspondientes para dar solución y respuesta.

Como medida preventiva se le informó a _____ acerca de la inconformidad presentada por el usuario, escuchándolos en versión libre; ante lo cual se analizaron los hechos frente a la situación dada, llegando a la conclusión de _____ _____ _____; igualmente manifestaron que tendrán muy presente las sugerencias, pues su interés se centra en prestar un servicio con calidad y eficiencia a toda la comunidad.

En la solución de la anterior petición participaron la coordinación Médica, la coordinación del SIAU y "se informará quiénes más intervienen de acuerdo al tipo de solicitud".

Gracias por su participación e interés en mejorar la calidad de los diferentes servicios que ofrece el Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) su opinión es muy importante para nosotros.

Nuestro interés se centra en ser cada día mejores, satisfacer sus necesidades y brindar calidad en todos nuestros servicios.

Atentamente,

Coordinador Médico ***Coordinadora SIAU***

8.2.4 Formato de reclamos, sugerencias y felicitaciones: formato RSF

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU

Formato para reclamos, sugerencias, felicitaciones

Fecha_____

Nombre del usuario: _____

Nº de Historia Clínica: _____

Sexo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre de quien hace la manifestación: _____

REGIMEN DE AFILIACIÓN:

SUBSIDIADO_____ CONTRIBUTIVO_____ VINCULADO_____

EPS – EPS-S DE AFILIACIÓN_____

MEDIO UTILIZADO: Personal____ Telefónico____Carta___

ASUNTO: Reclamo___ Sugerencia _____ Felicitación_____

A QUIEN SE REFIERE EL ASUNTO: Persona___Servicio___

MOTIVO DE LA MANIFESTACIÓN_____

Firma Del Usuario_____C.C._____

Asunto Resuelto SI____ NO____

Nombre Y Cargo Del Receptor_____

8.2.5 Formato planilla de auditoría sobre oportunidad en la atención de urgencias, paraclínicos, valoraciones

MES					
1-Día	2-Hora de solicitud del servicio	3-Hora de atención por el médico	4-Nombres y apellidos	5-Documento de Identidad	6-Tiempo de espera para la atención

8.2.6 Formato planilla de auditoría sobre proporción de reingreso en consulta de urgencias por el mismo diagnóstico antes de las 48 horas en el servicio de urgencias.

1-Caso Nº.	2-Fecha de primera consulta	3-Fecha de consulta por el mismo diagnóstico antes de 48 horas	4-Nombre y apellidos del usuario	5-Doc. Identidad	6-Diagnóstico

8.2.7 Formato reporte de eventos adversos en el proceso de atención al usuario en el servicio de urgencias.

1-Fecha	2-Nombres y apellidos del usuario	3-Doc. Identidad.	4-Nombre de quien reporta el evento adverso	5-Número y nombre del evento adverso	6-Información sobre su ocurrencia

INDICACIONES PARA DELIGENCIARLO.

En la quinta columna escriba el número y el nombre del evento adverso, entre los que a continuación se listan:

- ✓ Reacción anafiláctica durante la aplicación de un medicamento o anestesia.
- ✓ Error en la aplicación de un medicamento, teniendo como referencia los cinco correctos (paciente correcto, medicamento correcto, hora correcta, dosis correcta y vía correcta).
- ✓ Extravasación de líquidos intravenosos durante la realización del procedimiento.
- ✓ Lesión de nervio durante la toma de muestras sanguíneas o venopunción para administración de líquidos endovenosos.
- ✓ Sobrecarga de líquidos por administración excesiva.

- ✓ Caídas de pacientes en cualquiera de las áreas asistenciales durante el proceso de atención.

- ✓ Trauma en paciente por caída de cilindro de oxígeno durante el proceso de atención.
- ✓ Lesión o necrosis en extremidades por una inadecuada inmovilización.

- ✓ Fracturas de dientes durante la intubación orotraqueal de un paciente.

- ✓ En la columna 6, explique brevemente lo sucedido y a quien informó sobre su ocurrencia.

NOTAS:

- ✓ El oportuno aviso de la ocurrencia de un evento adverso nos permitirá mejorar la calidad de la atención en salud y así disminuir los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud.

- ✓ Su reporte no tendrá efectos punitivos ni sancionatorios.

- ✓ Ayúdenos a mejorar la calidad en la atención que el **Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU)** ofrece a sus usuarios.

9. PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Después de realizada la primera medición de los indicadores, se establecen los respectivos planes de mejoramiento y su oportuno cumplimiento se vigila a través del grupo de auditoría de calidad y de los comités hospitalarios que se asignen, mediante la realización de auditorías operativas.

9.1 MATRIZ PARA LA ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU					
Proceso N°: URGENCIAS atención de reclamos, sugere ncias y felicitaciones.					
Fecha de actualización: Diciembre 2008			**Aprobado por:** Gerente ISABU		
Qué	Quién	Cuándo	Cómo	Dónde	Para qué
Captación y Recepción de la manifestación del usuario RSF (1)	Coordinadora del SIAU	Permanentemente	De acuerdo con el procedimiento Nº	Oficina de Atención al Usuario	Para radicar la manifestación del usuario y encaminar la gestión del caso
Trámite de la manifestación del usuario RSF (2)	Coordinador del SIAU, Control Interno, Equipo de Calidad.	Cuando el reclamo o sugerencia no fue atendido de manera inmediata a la situación que generó la insatisfacción del usuario	De acuerdo con el procedimiento Nº	Área involucrada	Para generar una solución o respuesta acorde a las necesidades y expectativas del usuario
Envío de Respuesta al usuario RSF (3)	Gerente, Control Interno, Coordinadora del SIAU.	Permanentemente	De acuerdo con el procedimiento Nº	Domicilio del Usuario Dirección Local de Salud, EPS o EPS-S, si aplica	Para informar al usuario sobre las acciones emprendidas con respecto a su manifestación

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU					
Análisis de la información y adopción de conductas RSF (4)	Auditoria Médica, Equipo de Calidad, Control Interno.	Mensual	De acuerdo con el procedimiento Nº	Oficina de Atención al usuario	Para generar y desencadenar estrategias de mejoramiento continuo en pro de la calidad y satisfacción de los usuarios

9.2 PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

9.2.1 Procedimiento de captación y recepción de la manifestación del usuario

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU	
Procedimiento Nº.RSF-1: captación y recepción de la manifestación del usuario.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
Objetivo: Radicar la manifestación del usuario y encaminar la gestión del caso.	
Responsable: Coordinadora del SIAU.	
Condiciones: Que el usuario manifieste su deseo de presentar un reclamo, sugerencia o felicitación.	
Materiales necesarios: Registro de reclamos y sugerencias atendidas en forma inmediata. Formato para reclamos, sugerencias y felicitaciones (RSF.). Buzón de sugerencias.	
Ejecución: (actividades críticas): Preséntese y salude amablemente al usuario y escuche el posible caso. Si el reclamo, sugerencia o felicitación es verbal determine su magnitud; si considera que puede ser resuelta de manera inmediata registre los datos del usuario en el registro de reclamos y sugerencias atendidas en forma inmediata, y proceda con su solución. En caso contrario, si considera que por la importancia de la manifestación, ésta deba ser respondida y resuelta por otra dependencia, diligencie el formato para reclamos, sugerencias y felicitaciones y continúe con el procedimiento de gestión de trámite de la manifestación del usuario. Si la manifestación fue formulada por escrito y considera que puede ser resuelta de manera inmediata, igualmente ingrésela en el registro de reclamos y sugerencias atendidas en forma inmediata, y proceda con su solución. si considera que por la gravedad o magnitud de la manifestación, ésta deba ser respondida y resuelta por otra dependencia, continúe como en el punto anterior. Explíquele al usuario los pasos a seguir. Agradezca al usuario y despídalo amablemente. Entregue el formato diligenciado a la dependencia correspondiente.	

ADVERTENCIAS:

Siempre que sea posible aplique una solución inmediata.

Los formatos de (RSF) deben ser guardados foliados y deben aparecer ingresados en el registro de (RSF), en caso de haber dado una solución inmediata ésta debe aparecer anotada en dicho registro.

La manifestación del usuario, sea telefónica, personal, por fax, por carta, se consignará textualmente en el formato o registro de (RSF).

El formato de (RSF) debe estar siempre disponible y al alcance del usuario, y en lo posible cerca del buzón de sugerencias.

El buzón de sugerencias debe ser revisado diariamente y los formatos diligenciados encontrados dentro de él deben ser ingresados en el registro de quejas y dárseles el trámite respectivo

Productos o resultados esperados:

Manifestación del usuario ingresada en el registro o formato de (RSF) correctamente diligenciado y entregado a la dependencia correspondiente si aplica.

Definiciones o referencias:

Ver descripción de formato de (RSF) en el capítulo de formatos, sección formatos de auditoría.
Registro de (RSF) : es un aplicativo en Excel donde se registran todas las manifestaciones de los usuarios y tiene como propósito conformar una base de datos que permita obtener información sobre los motivos de quejas y así convertirse en un elemento útil a la hora del análisis.

9.2.2 Procedimiento de trámite de la manifestación del usuario

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU	
Procedimiento Nº. RSF-2 : Trámite de la manifestación del usuario.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por**: Gerente ISABU
Objeto: generar una solución o respuesta acorde a las necesidades y expectativas del usuario.	
Responsable: Coordinador del SIAU, Control Interno, Equipo de Calidad	
Condiciones: Que haya una manifestación del usuario que requiera ser resuelta por otra dependencia diferente a la oficina de atención al usuario. Que la gerencia o la oficina de atención al usuario haya dado traslado de una manifestación para su respuesta y solución en el formato para (RSF)	
MATERIALES NECESARIOS: Computador. Formato de gestión de RSF	
EJECUCIÓN: (actividades críticas): Analice los planteamientos del usuario consignados en el formato de RSF. Determine la pertinencia del caso. Adopte las decisiones correspondientes según el caso. Realice las gestiones necesarias para dar respuesta al usuario. Elabore el informe de respuesta a la manifestación del usuario y compártala con la gerencia. Una vez aprobada la respuesta entréguela a la oficina de atención al usuario. Recuerde que debe responder dentro del plazo fijado. En caso de que el trámite requiera oficiar a alguna institución, dependencia o personal; se procederá a anexar la copia de estos oficios al formato. Se debe contar con un archivo exclusivo para las quejas o reclamos. Recuerde que todas las respuestas a los usuarios e instancias de control deben ser concertadas con la gerencia.	
Productos o resultados esperados: Proyecto de respuesta elaborado y concertado con la gerencia.	

9.2.3 Procedimiento de envío de respuesta al usuario

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU	
Procedimiento Nº.RSF - 03: envío de respuesta al usuario.	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
Objeto: informar al usuario sobre las acciones emprendidas con respecto a su manifestación.	
Responsable: Gerente. Control Interno, Coordinadora del SIAU.	
Condiciones: Haber recibido carta de respuesta concertada del área competente, de manera oportuna.	
Materiales necesarios: Formato de gestión de RSF diligenciado.	
Ejecución: (actividades críticas): Reciba la respuesta proyectada por la dependencia responsable y verifique que efectivamente corresponde con la solicitud presentada, que ha sido concertada, firmada y que fue contestada dentro del plazo establecido. Ingrese en el registro de RSF la solución dada al usuario. Envíe o entregue la respuesta al usuario. Archive la copia de la respuesta al usuario con sus respectivos anexos. Trimestralmente elabore un informe de las quejas y reclamos presentados, detallando los principales motivos que generan una queja o reclamo en los usuarios, y entregue copia a la gerencia dentro de los primeros 5 días del mes siguiente.	
Advertencias: Recuerde ingresar en el registro de RSF la solución dada al usuario. Tenga presente que la respuesta al usuario se debe dar dentro de los 5 días hábiles siguientes a su gestión. Cuando la respuesta fue entregada directamente al usuario, la copia debe tener un recibido y si fue enviada por correo debe tener el soporte de envío.	
Productos o resultados esperados: Respuesta entregada o enviada al usuario. Solución adoptada ingresada en el registro de quejas. Informe de RSF entregado a la gerencia oportunamente.	

9.2.4 Procedimiento de análisis de la información y adopción de conductas

E.S.E INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU	
Procedimiento Nº.RSF-04 : análisis de la información y adopción de conductas	
Fecha de actualización: Diciembre 2008	**Aprobado por:** Gerente ISABU
Objeto: Generar y desencadenar estrategias de mejoramiento continuo en pro de la calidad y la satisfacción de los usuarios	
Responsable: Auditoria Médica, Equipo de Calidad, Control Interno.	
Condiciones: Contar con el informe trimestral de RSF entregado por la oficina de atención al usuario.	
Materiales necesarios: Informe trimestral de RSF.	
Ejecución: (actividades críticas): Revise el informe presentado por la oficina de atención al usuario y analice cada una de las causas identificadas. Con base en la anterior información proponga estrategias de mejoramiento que considere afectarán favorablemente la satisfacción de los usuarios. Desarrolle las estrategias seleccionadas teniendo en cuenta un presupuesto, un plazo, mecanismos de seguimiento y puntos de control. Presente las estrategias de mejoramiento a la gerencia para su aprobación y adopción. Elabore el acta y obtenga la firma de los participantes. Una vez aprobadas por la gerencia, realice las acciones necesarias para la implementación de las estrategias de mejora desarrolladas	
Advertencias: Las estrategias de mejoramiento deben ser viables y factibles de lograr y acordes con las políticas institucionales.	
Productos o resultados esperados: Informe trimestral de RSF analizado por auditoría médica y calidad. Estrategias de mejoramiento diseñadas e implantadas.	

10. LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN

Constituyen estos, el conjunto de mecanismos a través del cual y mediante el Cronograma Único de Auditoría, se impartirán políticas claras, que definirán el momento, las condiciones y las personas que se encargarán de la aplicación de los indicadores que integran el **PAMEC** en relación con la evaluación de la Atención al Usuario del **INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU).** Es por esto que a continuación se describe el cronograma único de auditoría.

Se recomienda al **INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU)** realizar una prueba piloto en el mes de Febrero de 2009, con el fin de evaluar el comportamiento de los indicadores (metas de calidad) y de establecer si los instrumentos diseñados para la captura de información son los adecuados o si por el contrario se requiere modificarlos.

De acuerdo a los resultados obtenidos en dicha prueba, se decidirá si estos datos se toman como una medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios a través de los indicadores o si por el contrario se establece en los lineamientos de operación las fechas en las cuales se realizará una nueva medición ya con los ajustes respectivos en la metodología y en los indicadores.

10.1 CRONOGRAMA ÚNICO DE AUDITORÍA

El cronograma único de auditoría, le permitirá al INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU). Realizar la medición y evaluación inicial del

desempeño de sus procesos seleccionados como prioritarios con relación a la atención al usuario; esto se realizará al aplicar los indicadores que contienen información en cada ficha técnica entre la cual se encuentra: responsables de la recopilación de datos, medición, análisis, periodicidad de medición, fuente de los datos entre otros. Se debe tener en cuenta que los indicadores nos ayudarán a medir los cambios que se dan directa o indirectamente en los diferentes procesos de atención y de esta forma evaluar el grado en que los objetivos y metas de cada proceso se han alcanzado, es por esto que los indicadores diseñados deberán cumplir con características fundamentales entre otras como son: valido, confiable, sensible y especifico; esto se obtendrá con la elaboración de excelentes fichas técnicas para cada indicador y con el entrenamiento que se le proporcionará a las personas encargadas tanto de la toma de datos primarios como de realizar la medición y el análisis.

10.1.1 Cronograma único de auditoría del ISABU.

INDICADOR	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**
Oportunidad en la atención de consulta de urgencias. **URG 01**		X			X			X			X
Proporción de usuarios satisfechos con la atención brindada en el servicio de urgencias. **URG 02**		X			X			X			X
Proporción de reconsultas por el mismo diagnóstico antes de las 48 horas en el servicio de urgencias. **URG 03**		X			X			X			X
Proporción de eventos adversos en el servicio de urgencias **URG 04**		X			X			X			X
Tasa de satisfacción global **URG 05**		X			X			X			X
Oportunidad de internación en urgencias.		X			X			X			X

URG 06											

10.1.1 Reglas básicas para la aplicación del cronograma único de auditoría

El cronograma Único de Auditoría del **INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU).** procurará convertirse en una verdadera herramienta de autocontrol a partir de la cual las personas que intervienen en cada proceso de atención en forma directa o indirecta conozcan los niveles de calidad esperados establecidos en las metas de cada indicador y cada persona que interviene en su medición será responsable de cumplir con su función, sin necesidad de recordar fechas.

La periodicidad de aplicación del indicador deberá cumplirse de acuerdo con lo consignado en las fichas técnicas y por tanto en el cronograma único de Auditoría.

El responsable del cálculo de cada indicador, debe ser el primer usuario de esta información y debe planear el momento para la captura, procesamiento y consolidación de los datos con la suficiente anticipación, para que el indicador se aplique en la fecha establecida en el cronograma único de Auditoría.

10.2 INSTRUCTIVO FUNCIONAL SOBRE LOS INDICADORES DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Código	Nombre del indicador	Quién obtiene los datos primarios	Mediante qué instrumento	Cuándo	Quién mide el indicador
URG 01	Oportunidad en la atención de consulta de Urgencias	Técnico de estadística	Libro de registro del servicio de urgencias. Formato atención de urgencias Planilla de auditoria	Trimestralmente	Técnico de estadística
URG 02	Proporción de usuarios satisfechos con la atención brindada en el servicio de urgencias	Persona encargada de realizar las encuestas de satisfacción	Encuesta de satisfacción Planilla de auditoría para captura de información	Trimestralmente	Coordinador SIAU Auditoria de Calidad
URG 03	Proporción de reconsultas por el mismo diagnóstico antes de las 48 horas en el servicio de urgencias.	Técnico de estadística	Libro de consultas de urgencias, sistema de facturación y de información Planilla de auditoría para la captura de información	Trimestralmente	Técnico de estadística
URG 04	Proporción de eventos adversos en el servicio de urgencias	Enfermera coordinadora	Formato de reporte de eventos adversos. Libro de consulta de urgencias.	Trimestralmente	Enfermera COVE
URG 05	Tasa de satisfacción global	Enfermera coordinadora	Encuesta de satisfacción global, planilla de auditoría para la captura de información del indicador.	Trimestralmente	Coordinador SIAU Auditoria de Calidad
URG 06	Oportunidad de internación en urgencias	Auxiliar de enfermería consultorio	Historia clínica del paciente	Trimestralmente	Médico coordinador

10.3 LINEAMIENTOS DEL FLUJO DE INFORMACIÓN

Los responsables de obtener los datos primarios, de conformidad con lo expresado en la tercera columna del cuadro anterior, lo harán de manera permanente (mensualmente).

Los datos serán capturados en los instrumentos o planillas de auditoría diseñados para tal fin e incluidos en este documento.

Con anticipación a la fecha de medición de cada indicador, los responsables de su medición deberán estudiar, comprender y resolver sus dudas con respecto a la aplicación de los indicadores, siguiendo ordenadamente las indicaciones contenidas en cada una de las fichas técnicas.

Los encargados de medir los indicadores y de consolidar la información de los mismos, deberán cumplir con las fechas previstas en el cronograma único de auditoría y elaborar los informes sobre las estrategias de mejoramiento a realizar con el fin de cerrar la brecha de desempeño, tal y como se establece en los procedimientos de auditoría.

La gerencia, auditoría médica, equipo de calidad, comités hospitalarios asignados y control interno serán los responsables de analizar los resultados consolidados de los indicadores y de establecer los correspondientes planes de mejoramiento.

11. ACTIVIDADES DE PUESTA EN MARCHA

Las actividades de puesta en marcha del PAMEC del **INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU).** Se desarrollan en torno a los temas de:

1. Liderazgo y preparación
2. Divulgación
3. Entrenamiento del personal
4. Acompañamiento
5. Monitoreo

11.1 ACTIVIDADES DE LIDERAZGO, PREPARACIÓN Y DIVULGACION

Es necesario para la adecuada implementación del programa en la institución, que la gerencia imparta las políticas necesarias para que el programa sea conocido en toda su dimensión por parte de todo el personal y que sea ésta la oportunidad para propiciar un cambio enfocado hacia el mejoramiento continuo en todos los procesos de atención al usuario.

Es necesario realizar actividades tendientes a la presentación del programa en la institución, con el fin de que el personal adquiera conocimientos básicos sobre su finalidad, alcance, contenidos principales, implicaciones y las responsabilidades que de él se derivan.

Para cumplir con el propósito del componente de divulgación, se deben combinar diferentes canales de comunicación, para llegar al grupo objetivo.

La presentación del programa, se realizará con todo el personal de la institución, la socialización de la estandarización de cada proceso y la presentación de los indicadores, se realizará con las personas que participan en cada proceso de atención. La modalidad de la presentación de la estandarización y de los indicadores será a través de la realización de pre test al inicio y de pos test al finalizar las capacitaciones.

11.2. ACTIVIDADES DE ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL

Estas acciones serán realizadas por el grupo de auditoría y calidad de la institución y estarán dirigidas a las personas que intervienen en el proceso de atención al usuario en los diferentes servicios.

Para esto será necesario enviar una semana antes de la realización del entrenamiento los instrumentos, con el fin de que los asistentes conozcan los procedimientos que estarán bajo su responsabilidad. Es decir el entrenamiento estará dirigido a aquellas personas claves, con el fin de desarrollar habilidades y destrezas específicas que le permitan al **INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU).** Garantizar la implementación de los diversos contenidos del **PAMEC** en lo relacionado con la atención al usuario, puesto que si no se realiza el entrenamiento pueden perderse los esfuerzos y recursos destinados a la estandarización y no se lograría el propósito de mejorar la calidad de los procesos seleccionados como prioritarios en la atención al usuario. Por tal razón se considera que el entrenamiento constituye el componente principal del proceso de implementación.

El propósito del entrenamiento es que todos los funcionarios que intervienen en cada proceso de atención hablen el mismo idioma en términos de calidad con el fin de reducir al máximo la variabilidad que se puede presentar durante el proceso de atención.

El equipo humano participante en el entrenamiento estará integrado por:

- Coordinador Médico del servicio respectivo.
- Auxiliares de cada proceso de atención.
- Personal administrativo y asistencial de cada proceso de atención.

Las personas del equipo de auditoría y calidad encargadas de realizar el entrenamiento en cada servicio serán:

- Coordinador médico.
- Enfermera.
- Médico.
- Bacterióloga.

El entrenamiento al personal de urgencias sobre la estandarización del proceso con sus procedimientos (incluyendo los asistenciales y anexos), la aplicación de indicadores y de instrumentos de auditoría, se recomienda realizar en el transcurso del mes de Febrero de 2009.

11.3 ACTIVIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO

EL INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU). Deberá apoyar continuamente la capacitación del personal que tiene que ver con el proceso de implementación, mantenimiento y mejoramiento del **PAMEC.**

Estas tareas tienen como propósito garantizar la resolución oportuna de los problemas que pudieron presentarse como consecuencia de los cambios en los procesos prioritarios, de manera que se refuerce la aplicación del nuevo modelo y se evite el retroceso de la organización hacia el modelo anterior.

La gerencia a través de su equipo de auditoría y calidad, será la encargada de conducir el proceso de acompañamiento, con el fin de resolver las dudas que se presenten en el desarrollo de la acción anterior.

11.4. ACTIVIDADES DE MONITOREO

El componente final de la estrategia de implementación incluye un conjunto de acciones de evaluación y seguimiento que le permitirán al **INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU).** Evaluar el proceso de desde el inicio hasta su completa implementación.

El propósito de estas acciones es constatar la realización de todas las tareas previstas en los primeros cuatro componentes, y retroalimentar el proceso durante la marcha, de manera que se puedan introducir ajustes y correctivos oportunos. Por esta razón se considera que el monitoreo corra en paralelo con las demás actividades del proceso de implementación5.

Para cumplir con el propósito fundamental del monitoreo, el equipo de auditoría y calidad deberá:

- ✓ Establecer comunicación permanente con el personal involucrado en cada una de las etapas del proceso de implementación, de manera que se puedan concertar y aplicar los ajustes necesarios durante la marcha
- ✓ Elaborar y presentar informes ejecutivos periódicos

- ✓ Elaborar y presentar un informe final de monitoreo
- ✓ Elaborar y presentar un informe de aplicación del PAMEC
- ✓ Al concluir la implementación del PAMEC, generar y entregar un informe final en el cual se documenten los hallazgos del proceso y se formulen las respectivas recomendaciones de mejoramiento de la calidad. (CICLO PHVA).

BIBLIOGRAFIA

1. BLANCO R, Jorge Humberto, MAYA M. José María .Fundamentos de Salud Pública. Administración de Servicios de Salud Tomo II. 2da Edición, Capitulo 9, Calidad en el Servicios Hospitalario. Editorial, Corporación para Investigaciones Biológicas.

2. Circular Única 047 de la Superintendencia de Salud con modificaciones de las circulares 049.050.051 de 2008. Titulo IV

3. Circular 030 del 16 de Mayo de 2006.

4. Decreto 1011 del 3 de Abril del 2006 Ministerio de la Protección Social.

5. Departamento Administrativo Distrital de Salud, DADIS, Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias, Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud.2007.

6. E.S.E Clínica Guane de Floridablanca, Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud.

7. E.S.E Hospital Chapinero, Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud. Bogotá, Diciembre 2006.

8. E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud. Versión 2006.

9. Fondo de Pasivo Social, Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud. Febrero 2008.

10. Hospital Federico Lleras Acosta, Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud. Tolima, Ibagué,

11. MARTINEZ AGUIRRE, Andrés. Fundamentos de Salud Pública. Administración de Servicios de Salud Tomo II. 2da Edición, Editorial, Corporación para Investigaciones Biológicas.

12. Ministerio de la Protección Social, Guía para la Formulación e Implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad en la Atención en Salud, Anexo 29.

13. Norma Técnica Colombiana. NTC-ISO 9000:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabulario.2002.

14. Resolución 1043 del 3 de Abril de 2006. Ministerio de la Protección Social.

- ✓ Anexo Técnico Nº 1 de la Resolución 1043 del 3 de Abril de 2006.
- ✓ Anexo Técnico Nº 2 de la Resolución 1043 del 3 de Abril de 2006.

15. Resolución 1446 del 8 de Mayo de 2006.

16. Resolución 2181 del 16 de Junio del 2008.

17. Sentencia T 760 de 2008.

18. Servinsalud Ltda, Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud. Yopal, Casanare, Enero 2008.

19. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Auditoria para el Mejoramiento de la atención en Salud. Abril 2004.

20. Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Versión 2008

21. Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Versión 2008

22. Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología, Plan de Mejoramiento de la Calidad. Medellín, Noviembre 2006.