

**MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DEL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER,
CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE.**

JAIME BALLESTEROS ZARATE

PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO INDUSTRIAL

DIRECTOR:

**ING. JAVIER EDUARDO ARIAS OSORIO
INGENIERO DE SISTEMAS**

TUTOR PRÁCTICA EMPRESARIAL:

MARIBEL ESPARZA BOHÓRQUEZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO – MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2008

**MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DEL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER,
CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE.**

JAIME BALLESTEROS ZARATE

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO – MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2008

DEDICATORIA

Este proyecto se lo dedico principalmente a Dios por guiarme en este camino y por permitir que la realización de este sueño se hiciera realidad.

A mi madre, hermanas y amigos quienes me apoyaban en todo el trayecto de mi carrera y fueron un apoyo incondicional durante la práctica. Gracias por sus oraciones y por creer en mí.

TABLA DE CONTENIDO

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	13
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO	15
1.1 OBJETIVOS	15
1.1.1 Objetivo General	15
1.1.2 Objetivos Específicos	15
1.2 JUSTIFICACION	15
1.3 ALCANCE DEL PROYECTO	17
1.4 METODOLOGÍA	18
2. GENERALIDADES DE LA CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE.	24
3. MARCO TEÓRICO	29
3.1 DEFINICIONES DE PROCESO.	29
3.1.1 Componentes de los procesos.	29
3.1.2 Características del proceso.	30
3.2 MEJORAMIENTO DE PROCESOS	34
3.2.1 Fases del mejoramiento de los procesos de la empresa	35
3.3 INDICADORES DE GESTIÓN	45
3.3.1 Naturaleza de los indicadores de gestión.	47
3.3.2 Clasificación de los indicadores de gestión	47
3.3.3 Características de los indicadores de gestión.	47
3.3.4 Formulación y medición de los indicadores.	48

4. GENERALIDADES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA CARLOS ARDILA LÜLLE	51
4.1 DIAGNOSTICO DE LOS PROCESOS	51
5. ANALISIS DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS.	57
5.1 PROCESOS ASISTENCIALES.	62
5.1.1 Procesos asistenciales nuevos	66
5.2 PROCESOS ADMINISTRATIVOS.	68
5.2.1 Procesos administrativos nuevos	70
5.3 PROCESOS ELIMINADOS DEL SERVICIO	70
6. IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS DE PROCESOS.	73
6.1 PROCESOS ASISTENCIALES	73
6.2 PROCESOS ADMINISTRATIVOS	76
6.3 DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS	77
6.3.1 Codificación de los manuales	85
7. DESARROLLO DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN Y SOCIALIZACIÓN.	87
8. DISEÑO DE INDICADORES DE GESTION.	90
8.1 GENERALIDADES DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN	90
8.1.1 Estructura del sistema de indicadores	92
9. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN	101
10. CONCLUSIONES	110

11. RECOMENDACIONES	111
BIBLIOGRAFÍA	112
ANEXOS	113

LISTA DE FIGURAS

	PÁGINA
FIGURA Nº 1. ORGANIGRAMA CORPORATIVO DE LA INSTITUCIÓN.	26
FIGURA Nº 2. ORGANIGRAMA DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DE LA INSTITUCIÓN.	27
FIGURA Nº 3. DEFINICIÓN DE PROCESO.	29
FIGURA Nº 4. EL PROCESO DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ.	44
FIGURA Nº 5. MAPA DE PROCESOS DE LA CLÍNICA.	52
FIGURA Nº 6. PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS.	54
FIGURA Nº 7. PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS ACTUALIZADO.	72
FIGURA Nº 8. FORMATO DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.	79
FIGURA Nº 9. GUIA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.	80
FIGURA Nº 10. FORMATO DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.	83
FIGURA Nº 11. GUIA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.	84
FIGURA Nº 12. DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA EL PROBLEMA DE LA DIFICULTAD PARA DETERMINAR EL TAMAÑO DEL GRUPO.	105
FIGURA Nº 13. DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA EL PROBLEMA DEL NO CUMPLIMIENTO DE LOS ITEMS DE CONTROL EN SU TOTALIDAD.	106

LISTA DE TABLAS

	PÁGINA
TABLA Nº 1. HOJA METODOLÓGICA DE UN INDICADOR.	48
TABLA Nº 2. ESTADO ACTUAL DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS.	55
TABLA Nº 3. CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE.	60
TABLA Nº 4. 5W'S – 1 H EN LOS PROCESOS.	82
TABLA Nº 5. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.	88
TABLA Nº 6. INDICADORES DE GESTION DE LA CLÍNICA.	91
TABLA Nº 7. HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR – ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE MANEJO.	92
TABLA Nº 8. HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR – ÍNDICE DE FRECUENCIAS DEL PROCESO.	93
TABLA Nº 9. HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR – ÍNDICE DE INFECCIONES HOSPITALARIAS, INTRA HOSPITALARIAS O NOSOCOMIALES.	94
TABLA Nº 10. HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR – PORCENTAJE DE QUEJAS PACIENTES-MÉDICO.	95
TABLA Nº 11. HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR – ÍNDICE DE CAPACITACIÓN.	96
TABLA Nº 12. HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR – ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DE RESPONSABILIDADES DEL PROCESO.	97
TABLA Nº 13. APLICACIÓN 5WS, 1H A LOS ÍNDICES DE GESTIÓN SELECCIONADOS.	100
TABLA Nº 14. USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIA EN LOS DIFERENTES PROCESOS.	102
TABLA Nº 15. PROCESOS ANALIZADOS.	103

LISTA DE ANEXOS

	PÁGINA
ANEXO N° 1. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN	114
ANEXO N° 2 NORMAS DE TÉCNICA ASÉPTICA DE LA INSTITUCIÓN.	118
ANEXO N° 3 NORMAS DE BIOSEGURIDAD DE LA INSTITUCIÓN.	120
ANEXO N° 4 PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES ESTANDRIZADOS.	122
ANEXO N° 5 FORMATO DE LA LISTA DE CHEQUEO QUE SE UTILIZA EN EL CONTROL DE LOS PROCESOS IMPLANTADOS	176

RESUMEN

TITULO: MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER, CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE.*

AUTOR: JAIME BALLESTEROS ZARATE**

PALABRAS CLAVE: Procesos administrativos y asistenciales, Documentación de enfermería, Proceso crítico, Índice de cumplimiento.

DESCRIPCION:

El proyecto se basa en el desarrollo de actividades para el mejoramiento de los procesos administrativos y asistenciales del servicio de urgencias de la clínica Carlos Ardila Lülle.

Para su realización se llevo a cabo inicialmente un diagnóstico de los procesos del servicio y su interacción con los usuarios, con el objetivo de identificar las debilidades y oportunidades de mejora. Con los resultados obtenidos del diagnostico se identifican las fallas y se proponen actividades de mejora para los procesos del servicio de urgencias.

Con la planificación de las diversas actividades de mejora se realiza el proceso de implementación de estas en el servicio de urgencias, realizando su respectiva evaluación dentro de este; para la realización de este proceso se tiene en cuenta la documentación suministrada por la coordinación de enfermería.

Teniendo en cuenta el desarrollo y evaluación del proceso de implementación y los documentos estandarizados del servicio de urgencias, se realiza la capacitación pertinente al personal de enfermería, dentro de esta capacitación no solo se toca los temas de mejoramiento de procesos del servicio sino también los beneficios que obtiene la institución al desarrollar eficazmente esta metodología.

Al final del proyecto se diseñan un sistema de indicadores de gestión que permitieron evaluar la eficiencia y eficacia del servicio de urgencia de la clínica; dentro de esta evaluación se encontraron diversos problemas a los cuales se plantearon soluciones pertinentes a través del plan de acción propuesto dentro del proyecto.

* Proyecto de grado

** Facultad de Ingenierías Físico – Mecánicas; Escuela de Estudios Industriales y Empresariales; Programa de Ingeniería Industrial; Ingeniero Javier Eduardo Arias, director del Proyecto.

SUMMARY

TITLE: IMPROVEMENT OF THE ADMINISTRATIVE AND HEALTHCARE PROCESS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF THE “FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER”, CARLOS ARDILA LÜLLE CLINIC*

AUTHOR: JAIME BALLESTEROS ZARATE**

KEY WORDS: Healthcare and administrative process, Nursing Documentation, Critical Process, Fulfillment rate.

DESCRIPTION:

The project is based on the development of activities in order to improve the administrative and healthcare process in the emergency department of the “Carlos Ardila Lülle Clinic”

To carry out the Project, a diagnosis of the service process and its interaction with customers was made, with the objective of identifying weaknesses and opportunities to improve. With the obtained results, faults were identified and some activities were suggested to make the emergency department's service better.

With the planning of the different improvement activities, their application takes place on the emergency department's service, carrying out an evaluation, and taking into account the documentation provided by the nursing coordination.

Considering the development and the evaluation of the application process and the standard documents of the emergency service, the nursing staff receives a qualified training, not only touching topics such as the “service process improvement”, but all the benefits that the organization can get applying this methodology.

At the end of the Project, a system of management indicators is designed. Those indicators help to evaluate the efficiency and efficacy of the emergency service; in this evaluation, different problems were found, and appropriate solutions were proposed through the working plan suggested in the project.

* Graduation paper

** Physical-Mechanical engineering Faculty; Industrial and business studies School; Industrial Engineering Program: Ingeneer Javier Eduardo Arias, Project Director.

INTRODUCCIÓN

El mejoramiento de procesos es una herramienta que en la actualidad es fundamental para todas las empresas porque les permite renovar los procesos administrativos que ellos realizan, lo cual hace que las empresas estén en constante actualización; además, permite que las organizaciones sean más eficientes y competitivas, fortalezas que le ayudarán a permanecer en el mercado. Para la aplicación del mejoramiento es necesario que en la organización exista una buena comunicación entre todos los órganos que la conforman, y también los empleados deben estar bien compenetrados con la organización, porque ellos pueden ofrecer mucha información valiosa para llevar a cabo de forma óptima el proceso de mejoramiento continuo.

Por lo anterior la FUNDACION OFTALMÓLOGICA DE SANTANDER – CLINICA CARLOS ARDILA LULLE, consciente de la importancia de optimizar el manejo de los recursos, promueve el programa de mejoramiento de los procesos como una excelente alternativa para la consecución de los objetivos corporativos de la institución.

El programa de mejoramiento de procesos del servicio de urgencias en la FOSCAL, permite analizar las dimensiones de la calidad que canalizan la gestión del departamento de enfermería hacia la satisfacción de las necesidades y las expectativas de los usuarios como del personal de la institución, permitiendo así una relación efectiva entre los dos; además la fundación oftalmológica se ve motivada por la necesidad de fomentar un cambio en la forma en que el personal de enfermería esta concibiendo actualmente su papel dentro del normal desarrollo de la institución.

En el presente proyecto, inicialmente se muestra una descripción organizacional en cual se presenta la institución, incluyendo su misión, visión y describiendo su organización interna. Posteriormente se presenta para el desarrollo del programa de mejoramiento para el servicio de urgencias el marco conceptual utilizado y la metodología para el desarrollo de las actividades del proyecto.

Para le ejecución del programa se realiza un diagnostico de los procesos que se llevan a cabo en el servicio de urgencias, identificando así las fortalezas, debilidades, fallas y oportunidades de mejoras de estos. Con el análisis de los anteriores elementos se evidencia que existen diferentes

formas de ejecución de los diversos procesos y un manejo inadecuado en la presentación del servicio de urgencias en la institución. Para la estandarización e implementación de los procesos se tuvo en cuenta las diversas propuestas de mejoras obtenidas con el fin de elaborar un manual de procedimientos tanto de servicios administrativos como asistenciales, los cuales puedan servir de guía para la correcta ejecución de actividades.

Con el diseño del sistema de indicadores de gestión se evaluó el desempeño y la correcta aplicación de los procesos del servicio de urgencias de forma permanente, con el fin de interpretar en un momento dado las fortalezas, las debilidades, las oportunidades y las amenazas antes, durante y al terminar el servicio de urgencias; por lo tanto es importante clarificar y precisar las condiciones necesarias para construir aquellos indicadores que realmente sean útiles para el mejoramiento de los diversos procesos que se presentan en el servicio.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo General

Establecer e implementar un sistema para el mejoramiento de los procesos administrativos y asistenciales presentes en el servicio de urgencias de la clínica Carlos Ardila Lülle.

1.1.2 Objetivos Específicos

- ❖ Diagnosticar la situación actual de los procesos administrativos y asistenciales del servicio de urgencias.
- ❖ Analizar las condiciones actuales del servicio e identificar las necesidades susceptibles de mejora.
- ❖ Proponer las mejoras a los procesos descritos del servicio de urgencias.
- ❖ Establecer e implementar acciones para el mejoramiento de los procesos del servicio de urgencias.
- ❖ Evaluar el sistema de mejoramiento implementado en el servicio de urgencias.
- ❖ Establecer e implementar un programa de capacitación para la socialización de las mejoras y los cambios planteados al servicio de urgencias.
- ❖ Diseñar un sistema de indicadores de gestión que permitan evaluar la eficiencia y eficacia del servicio

1.2 JUSTIFICACION

La acreditación institucional es una metodología de evaluación externa, diseñada para el sector salud, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y desarrollados por

profesionales de salud que son pares o contrapares del personal de las entidades que deseen acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional.

Por lo anterior la Clínica busca la acreditación institucional en salud, ante el Ministerio de Protección Social, con el aval del ICONTEC. Por tal motivo en este proyecto se implementa un sistema de mejoramiento de los procesos administrativos y asistenciales presentes en el servicio de urgencias, para mejorar el manejo integral del paciente tanto en la parte asistencial como administrativa, obteniendo así mejores resultados en la calidad y eficiencia del servicio de urgencias

En el inicio de este proceso se detectaron algunos aspectos relevantes a considerar:

- Capacitación insuficiente en el conocimiento y manejo de los procesos y procedimientos del servicio.
- Manual de procesos administrativos desactualizados.
- Manual de procesos asistenciales desactualizados.
- Manual de diligenciamiento de formatos asistenciales y administrativos desactualizados.
- Inexistencias de métodos de medición de la calidad del servicio de urgencias.

En el Manual de procesos administrativos se encuentra definido los procesos que hacen parte del servicio, el alcance, el propósito, las políticas del proceso, las indicaciones, recomendaciones y la descripción de las actividades del proceso así como la identificación de los responsables de este mismo.

La última revisión realizada a este manual fue realizada en el año de 1999, por tal motivo este manual se encuentra desactualizado en relación con los procesos que se manejan hoy en día en el servicio, siendo esto un obstáculo para el buen funcionamiento de la institución y para la acreditación institucional.

De la misma manera, el Manual de procesos asistenciales, en donde se registra el alcance, el propósito, las políticas, indicaciones, contraindicaciones, complicaciones, insumos requeridos, recomendaciones, el proceder y actuar ante los diferentes procesos de atención al usuario en la prestación del servicio de salud, se encuentra desactualizado al momento de realizar la evaluación. Este manual es de suma importancia para la capacitación del personal de urgencias como lo son las auxiliares de enfermería, las enfermeras, las enfermeras jefes y todo el personal que se encuentre en contacto con el usuario lo cual hace imperioso que se actualice este documento de gran importancia para el servicio de urgencias

Otro problema del servicio de urgencias se refiere al Manual de diligenciamiento de Formatos, el cual es usado por el personal médico y de enfermería. El contenido de este manual es importante para la realización y el buen proceder de los procesos administrativos y asistenciales. Este manual se encuentra desprovisto de la documentación necesaria para la estandarización de los procesos administrativos y asistenciales del área de urgencias, y ésta información es necesaria para la elaboración del manual de calidad de urgencias.

1.3 ALCANCE DEL PROYECTO

Este proyecto está enfocado al mejoramiento de los procesos que se llevan a cabo en el servicio de urgencias de la Clínica Carlos Ardila Lulle. Se caracteriza no solo por la estandarización e implementación de un sistema de mejoramiento el cual permitirá aumentar la calidad de la prestación del servicio de urgencias dentro de la clínica, sino también por la actualización de los manuales utilizados dentro del servicio y del programa de socialización a todo el personal del servicio de urgencias.

La finalidad de este mejoramiento es alcanzar una mayor rapidez y una mejor calidad en la prestación del servicio de urgencias; permitiéndole así al personal de urgencias conocer cuales son los requisitos para la prestación del servicio y la política de la clínica.

También se diseñará un sistema de indicadores de gestión con el propósito de evaluar el desempeño y la correcta aplicación de los procesos del servicio de urgencias de forma permanente, con el fin de interpretar en un momento dado las fortalezas, las debilidades, las oportunidades y las amenazas antes, durante y al terminar el servicio de urgencias; por lo tanto es importante clarificar y precisar las condiciones necesarias para construir aquellos indicadores que

realmente sean útiles para el mejoramiento de los diversos procesos que se presentan en el servicio.

1.4 METODOLOGÍA

FASE 1: Planeación.

En esta etapa se programaron las acciones a llevar a cabo para la realización del proyecto y para ello se trabajó de manera integrada con la Jefe del servicio de Enfermería y la Jefe del servicio de Urgencias de la clínica.

Es una etapa de adaptación y conocimiento tanto del proyecto como de la sección de enfermería.

• Equipos de mejoramiento.

El mejoramiento de procesos se inicio, con la integración de los equipos de mejoramiento de procesos y del equipo Staff de mejoramiento, los cuales fueron los encargados de:

- ❖ Comunicar la necesidad del mejoramiento de los procesos a todas la organización.
- ❖ Facilitar la documentación de apoyo necesaria.
- ❖ Identificar los procesos que requieren mejoramientos.
- ❖ Realizar un seguimiento para garantizar que el mejoramiento de procesos sea una prioridad en la organización.
- ❖ Solucionar cualquier conflicto que pudiera presentarse durante el desarrollo de la metodología.
- ❖ Evaluar el éxito del esfuerzo de mejoramiento.

Una de las tareas claves de los equipos de mejoramiento, consistió en adquirir educación sobre el mejoramiento de procesos y en capacitar al personal que va a trabajar con ellos.

Inicialmente, los equipos se reunieron periódicamente, con el fin de revisar el estado de los proyectos en marcha y en realizar nuevas asignaciones. Durante las primeras reuniones que se realizaron, se analizaron los siguientes ítems:

- ❖ Explicar el programa y sus objetivos.
- ❖ Revisar los principales pasos del programa de mejoramiento.
- ❖ Revisar el proceso de lanzamiento del esfuerzo del programa de mejoramiento.
- ❖ Establecer una visión más detallada sobre la manera de emplear las herramientas del programa de mejoramiento.

En las reuniones siguientes y luego de aclarar los primeros ítems, se entro a determinar el impacto que el programa de mejoramiento de procesos tuvo en la institución.

FASE 2: Diagnóstico de los procesos.

En esta fase se hizo un reconocimiento de los procesos que actualmente se llevan en el servicio de Urgencias de la clínica, identificando para cada uno todos sus elementos como lo son las entradas, salidas, responsables, objetivos, secuencia, ejecución, etc. Para llevar a cabo lo anterior, se utilizó la información suministrada por la clínica.

Para la identificación de los elementos de los procesos del servicio de urgencia se realizó una primera clasificación en la cual se muestra para cada uno, la procedencia de estos, el tipo y si el proceso se ejecuta o no dentro del servicio.

Con los resultados obtenidos en esta clasificación, se realizó otro análisis para ver cual es el porcentaje de realización de los diversos procesos que se llevaban a cabo por el departamento de enfermería en el servicio de urgencias, verificando su estado respecto a los manuales del servicio y cuales de los procesos no se encontraban actualizados.

FASE 3: Análisis y propuesta de mejoras de los procesos.

Para el análisis de los procesos se tuvo en cuenta la información adquirida a través del diagnóstico de los procesos y de las reuniones entre los equipos de mejoramiento de procesos y el equipo de staff de mejoramiento, esta información se obtuvo de la siguiente manera:

- En reuniones con la coordinadora, se identificaron los clientes y proveedores del servicio con sus necesidades, lo cual permitió evidenciar la relación existente entre los servicios y por tanto la repercusión de los procesos en toda la institución.
- En las mismas reuniones, se identificaron y se listaron los procesos que existían en el servicio; lo cual facilitó la organización del trabajo realizado.
- También se analizó los diversos formatos administrativos y asistenciales que se utilizan en el servicio de urgencias, identificando la viabilidad de estos en el servicio
- Se realizaron varias inspecciones al servicio con el fin de presenciar, observar y analizar la ejecución de los procesos identificados, de esta manera se pudo evidenciar posibles deficiencias en la forma actual de realización de los procesos. Estas visitas se realizaron en compañía de la jefe encargada del servicio, quien explicó en forma clara las actividades que realiza el personal en el área.
- Por medio de entrevistas con la coordinadora del servicio y de acuerdo a los resultados de las inspecciones, se determinó cuales de los procesos inicialmente listados son críticos y repetitivos, con el fin de establecer una priorización en la documentación ya que una buena selección de los procesos evitaba el desperdicio de esfuerzo y a su vez la pérdida de interés por parte del personal.
- El trabajo de análisis, evaluación y documentación de los procesos se inició con aquellos que son críticos para el servicio de urgencias, es decir aquellos en los cuales se presentaban frecuentemente varias fallas que afectaban fuertemente la calidad del servicio prestado, o en los cuales la calidad y oportunidad de su salida afectaba considerablemente el desarrollo de los procesos; y por aquellos procesos que son repetitivos, es decir que su frecuencia de ejecución es alta dentro del servicio convirtiéndose por ello, en procesos altamente representativos de la calidad del servicio prestado.

- El proceso de diagramación se hizo en forma conjunta con la enfermera que realizó el proceso en estudio, la cual redactó de manera clara y detallada la secuencia de actividades que realiza, incluyendo las personas que participan en ellas. Esta información fue revisada por la jefe del servicio y por el equipo staff de mejoramiento, quienes verifican la consistencia y claridad de sus datos, para luego proceder a elaborar la diagramación, teniendo en cuenta la facilidad de su comprensión por parte del personal que lo va ejecutar.

FASE 4: Implementación.

Esta etapa consistió en estandarizar y materializar los procesos actuales, teniendo en cuenta la participación del personal del servicio de urgencias, el soporte permanente y la autoridad formal para ejecutarlo.

La implantación de los procesos se efectuó una vez que se contó con los recursos humanos y físicos necesarios, así como la capacitación del personal correspondiente.

Los momentos de implantación contaban con evaluaciones periódicas que permitían detectar problemas, debilidades y limitaciones e iniciar procesos formales para su corrección a tiempo.

En esta etapa, los procesos estandarizados se documentaron con el fin de elaborar un manual de procesos tanto de servicios administrativos como asistenciales, los cuales sirven de guía para la correcta ejecución de actividades y tareas evitando la improvisación en las labores y orientando al personal nuevo, además facilitará la supervisión y proporcionará información acerca del desempeño de los procesos.

También se elaboró un manual para el diligenciamiento de formatos en el servicio de Urgencias y su relación con otras dependencias o áreas de salud de la clínica

Se evaluaron y se analizaron los procesos actuales y los formatos utilizados, con el propósito de detectar los puntos relevantes donde posteriormente se realizaron mejoras y reestructuraciones correspondientes tanto de los procesos del servicio de urgencias como de los formatos.

FASE 5: Desarrollo del proceso de socialización.

Al comprender los diferentes procesos administrativos y asistenciales de la clínica, se hizo necesario desarrollar una metodología que se adapte a las necesidades propias de la organización, para que contribuyeran de una forma significativa al mejoramiento del servicio de urgencias.

En esta etapa se desarrollaron herramientas necesarias para la correcta utilización de los recursos que se adapten a las características propias de la organización y al desarrollo paralelo del proyecto.

Se realizó un programa de capacitación para los empleados involucrados en el proceso, para que apreciaran la importancia de las actividades que realizaban y para conocer sus sugerencias y propuestas de mejora a los procesos y al diligenciamiento de los formatos del servicio de urgencias; el programa de capacitación contó con talleres donde se explicaba la situación actual del servicio, se realizaron charlas donde se explicaron los beneficios del mejoramiento de procesos y su incidencia dentro del servicio de urgencias, se contó con diversos medios audiovisuales para realización de los talleres y las charlas propuestas, además se contó con material didáctico para la ejecución del programa.

FASE 6: Diseño de indicadores de gestión.

Teniendo una mayor perspectiva de los procesos administrativos y asistenciales de la sección de urgencias de la clínica, se procedió a diseñar los indicadores para el control y evaluación del servicio de urgencias. Estos indicadores fueron analizados y ajustados al funcionamiento del servicio de urgencias.

Dentro de la reuniones realizadas con el equipo de mejoramiento se analizaron los indicadores que maneja la institución verificando la viabilidad de estos para el mejoramiento de procesos; se concluyó que el objetivo de estos es brindar al usuario la atención médica requerida según su estado de salud aún cuando estos indicadores son importantes, no se puede medir el desempeño de los procesos, por tal motivo se vió la necesidad de crear nuevos indicadores de gestión que permitan evaluar la implantación y ejecución de los procesos del servicio de urgencias.

FASE 7: Evaluación de la implementación.

Para la realización de esta fase se tuvo en cuenta el ciclo de mejoramiento. Este ciclo es una metodología sencilla que permitió administrar en forma estructurada el programa de mejoramiento el cual estaba orientado en satisfacer las necesidades del usuario y a obtener un mejor desempeño en la ejecución de los procesos del servicio de urgencias. Al ciclo de mejoramiento se le identifica con el nombre de ciclo de Deming (PHVA).

El ciclo de PHVA está compuesto por cuatro etapas: Planear, hacer, verificar y ajustar.

Etapas de Planeación: Con base en los resultados obtenidos mediante las listas de chequeo y el cuestionamiento de las personas que realizaron las mediciones sobre los inconvenientes presentados, se detectaron los problemas que impedían la correcta ejecución de los procesos según los estándares establecidos.

Etapas de Hacer: Se realizó una lluvia de ideas con el equipo de mejoramiento para lograr determinar cuáles eran las causas principales y secundarias de los problemas en cuestión. Para este fin se aplicó la herramienta denominada "Diagrama de Ishikawa" a los problemas encontrados, esta herramienta permitió tener una mejor visualización de la relación existente entre las diferentes causas y sus respectivos efectos.

Etapas de Verificación: Se plantearon las acciones correctivas necesarias para dar solución a los inconvenientes presentados y así evitar la presencia de las causas que los estaban generando. Se pusieron en marcha estas acciones correctivas para verificar su efectividad. Las acciones correctivas que se plantearon se listaron en la hoja estándar del proceso, con el fin de ejercer un mayor control sobre el proceso de mejoramiento.

Etapas de Ajuste: Se aplicaron nuevamente las listas de chequeo sobre los procesos con sus respectivas acciones correctivas, con el fin de evaluar si éstas realmente fueron efectivas e identificar la aparición de nuevos problemas.

2. GENERALIDADES DE LA CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE.

Reseña Histórica

La Fundación Oftalmológica de Santander inició labores en 1976 en el piso 11 del Hospital Universitario Ramón González Valencia. Posteriormente en 1979 se trasladó a una vieja casona, en donde con las restricciones tecnológicas de todo buen comienzo y un excelente grupo humano, profesional y paramédico comprometido con la filosofía de “Ayudar a que otros vean”, se brindó atención oftalmológica durante dos años y se obtuvieron las primeras vivencias del servicio comunitario.

La experiencia adquirida y la gran satisfacción de apreciar la consolidación de la naciente institución, hizo que el doctor Virgilio Galvis Ramírez, visualizara una gran obra, que además de proporcionar un calificado ejercicio de la profesión, desarrollara una estrategia social que permitiera la prestación de un servicio médico dirigido a todos los estratos. 15 Meses después, el 27 de Julio de 1982, el imponente y moderno edificio de 5 mil 800 metros cuadrados de la Fundación Oftalmológica de Santander, era una realidad.

Posteriormente la necesidad de complementar el servicio de Oftalmología con otras especialidades médicas para satisfacer las necesidades de salud de la población del Nororiente Colombiano, llegó a la creación de un centro asistencial que brindara servicios médicos hospitalarios e integrales a éste sector del país.

Este fue el inicio del gran complejo Clínico y Centro Médico Carlos Ardila Lulle, en un área de diez mil metros cuadrados. La clínica inició labores el 14 de Mayo de 1993 y funciona en un estructura de nueve pisos, teniendo dentro de su desarrollo la Fundación Paladar Hendido, Órganos Tejidos y Trasplantes, Unidad de nefrología y de diálisis.

La Clínica cuenta además con áreas funcionales para los familiares y visitantes como espacio para orar, trabajo social, administración, sistemas, lavandería y respaldo por la factura técnica y científica de la sede. De esta forma el servicio especializado llega a los más pobres e involucra a la comunidad.

Con respecto a la situación actual del sistema de gestión de la calidad¹, implementado en la Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle con los lineamientos descritos por la norma ISO 9001:2000, se encuentran certificados los procesos que se desarrollan en el centro de cáncer y enfermedades hematológicas Virgilio Galvis Ramírez, en los servicios de consulta médica, Junta Médica, Toma de Biopsia, Tratamientos de Radioterapia, Tratamientos de quimioterapia y tratamientos de hematología a personas con enfermedades oncológicas y/o hematológicas.

En la unidad de esterilización se encuentran certificados los procesos de: ropa quirúrgica, instrumental quirúrgico y material médico quirúrgico requerido por la institución a través de las etapas de recepción, elaboración y/o preparación, esterilización, almacenamiento y distribución.

Misión Corporativa

Somos una Institución fundacional, prestadora de servicios integrales de salud con calidad, calidez y talento humano comprometido, apoyada en la investigación, docencia y moderna tecnología.

Visión Corporativa

Líderes en Salud con Sentido Social.

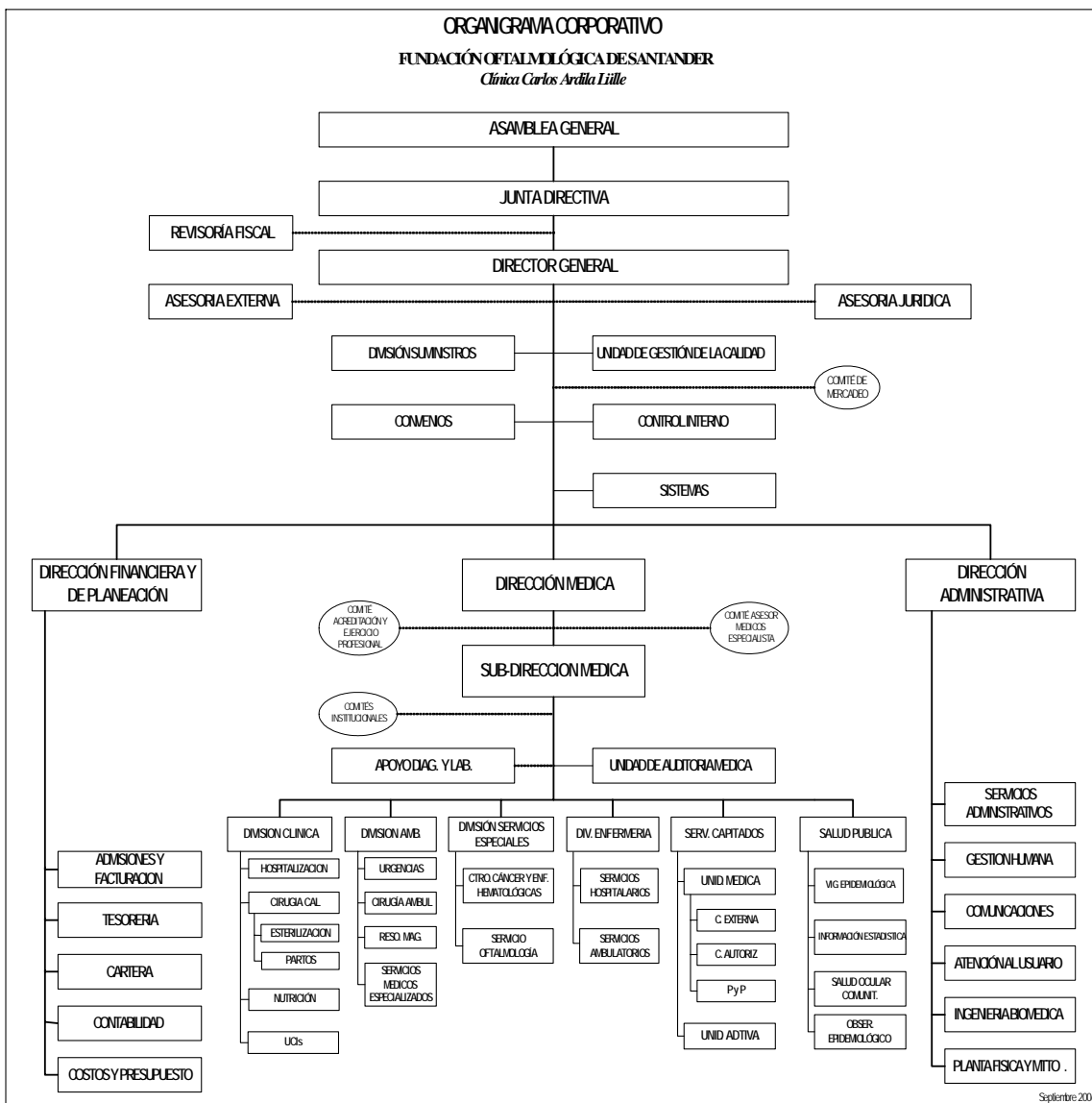
Principios y Valores Corporativos

- Respeto.
- Desarrollo e Innovación Científica.
- Calidad con Calidez.
- Prestación de Servicios Integrales de Salud.
- Desarrollo Humano.
- Pertenencia.
- Liderazgo.

¹ Plan del sistema de gestión de la calidad, Fundación Oftalmológica de Santander- Clínica y Centro Médico Carlos Ardila Lülle, FOSCAL, 2004.

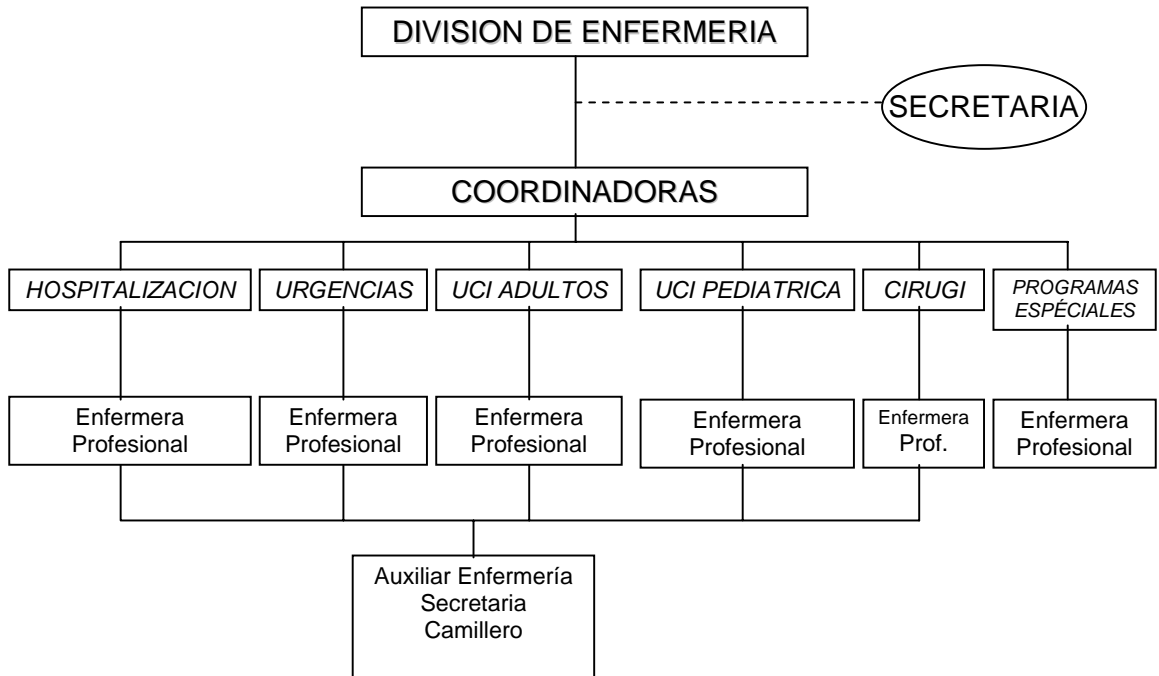
Estructura Organizacional

FIGURA N°1 ORGANIGRAMA CORPORATIVO DE LA INSTITUCIÓN



Fuente: Plan del sistema de gestión de la calidad, Fundación Oftalmológica de Santander- Clínica y Centro Médico Carlos Ardila Lülle, FOSCAL, 2004.

FIGURA Nº 2 ORGANIGRAMA DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DE LA INSTITUCIÓN



Fuente: Plan del sistema de gestión de la calidad, Fundación Oftalmológica de Santander- Clínica y Centro Médico Carlos Ardila Lülle, FOSCAL, 2004.

Portafolio de Productos y Servicios de Urgencias

- Salas de Cirugía.
- Cirugía Oftalmología.
- Sala de Partos.
- Cirugía Ambulatoria.
- Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.
- Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica.
- Hospitalización.
- Servicio de Urgencias.
- Salud Pública.
- Servicios VIP.
- Laboratorio Clínico.

Área física del servicio de urgencias de la clínica

El servicio de urgencias de la Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lülle, se encuentra localizado en el quinto piso de la torre "A" de la institución con entrada directa y exclusiva para el usuario por el lado posterior; el personal de urgencias puede acceder también a través de la torre "Milton Salazar".

En esta área se atienden a usuarios que presentan alteración de la integridad física causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, durante las 24 horas del día y cuenta con todos los recursos tecnológicos, administrativos y humanos para garantizar una atención oportuna y eficiente, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o muerte.

Cuenta con un área de 640 metros cuadrados distribuidos de la siguiente manera:

Para consultorios médicos 182 mts²: así: Uno para pediatría.

Uno para ginecología.

Uno para trauma y ortopedia.

Una para sala de yeso.

Dos para medicina general.

En observación y estación de enfermería 138 mts²: distribuidos en:

Sala de observación para hombres.

Sala de observación para mujeres.

Sala de observación para niños.

Sala de observación para niñas.

Pequeña cirugía 54 mts².

Trabajo limpio y sucio 20 mts².

Recepción 92.9 mts².

Otros 126.1 mts².

Cuenta además con un consultorio de TRIAGE ubicado en la recepción del servicio, en el cual una enfermera profesional realiza una clasificación del grado de urgencia del usuario, hoy en día este proceso se realiza en un consultorio localizado al lado de consulta externa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 DEFINICIONES DE PROCESO.

Según Harrington², un proceso es cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregué valor a éste y suministre un producto a un cliente externo o interno. Los procesos utilizan los recursos de una organización para suministrar resultados definitivos.

Otra definición sería: “El mejoramiento de un proceso al igual que de un producto, es un proceso de nunca acabar, donde se van consiguiendo pequeñas victorias”³.

FIGURA Nº 3. Definición de proceso



Fuente: HARRINGTON, James. Mejoramiento de los procesos de la empresa

Podemos decir que no existe producto o servicio sin que exista un proceso. Igualmente no hay procesos sin producto o servicio.

El proceso siempre tendrá un objetivo. No es posible pensar que la gente trabaja por trabajar, puesto que se pretende lograr algo, ya sea: atender un paciente en consulta externa, elaborar una factura, despachar una fórmula, etc. En síntesis todas las actividades por eventos buscan un objetivo y el conjunto interrelacionado de los mismos es lo que constituye el proceso.

3.1.1 Componentes de los procesos.

Todo proceso incorpora un conjunto de actividades que buscan satisfacer las necesidades del cliente.

² HARRINGTON, James. Mejoramiento de los procesos de la empresa; McGraw Hill, 1993

³ CHASE, Richard. AQUILANO, Nicolás. JACOBS, Robert. Administración de producción y operaciones. Santa Fe de Bogota: 2001. Pág: 211

Los procesos deben tener un comienzo y un final. Es preciso determinar estos elementos, puesto que permitirán fijar responsabilidades en la ejecución del trabajo y definir acertadamente el proceso.

Para el éxito de los procesos se requiere contar con el talento humano, su participación, definir la calidad de su diseño, ejecución, evaluación y control. Así mismo, en todo proceso debe existir una secuencia, un orden determinado, lo que es fundamental en la racionalización de los procesos.

Los procesos deben ser abordados completamente a través del análisis de los diferentes componentes, no se trata de reducir trámites, de mejorar los formatos o de disminuir costos. Estos objetivos son importantes y no se puede mirar en forma aislada sino dentro de un contexto que permitan la satisfacción del cliente interno y externo, mejorando así la organización y desarrollo de la institución.

3.1.2 Características del proceso.

Toda empresa o institución es un conjunto de procesos que de manera encadenada comienza y termina en el cliente.

Es frecuente encontrar en los hospitales grupos de trabajadores que individualmente realizan una buena labor. Hacen muy bien su trabajo, pero sin comprender ni preocuparse por la forma como su trabajo afecta a otras personas de mayor o menor nivel.

Son múltiples los problemas que acosan al gerente de salud hoy en día, situaciones que surgen de la falta de definición, diseño, implementación y control de los correspondientes procesos.

Cuanto más comprendamos los procesos de la empresa, con mayor éxito podemos mejorarlos. Para lograrlo debemos comprender claramente varias características de los procesos de la empresa:

Flujo: los métodos para transformar el input en output.

Efectividad: Cuán bien se satisfacen las expectativas del cliente.

Eficiencia: Cuán acertadamente se utilizan los recursos para generar un output.

Tiempo de ciclo: el lapso necesario para transformar el input en output.

Costo: los gastos correspondientes a la totalidad del proceso.

Comprender estas características del proceso es esencial por tres razones. En primer lugar, ésta información proporcionará la base para identificar y modernizar los procesos. En segundo lugar, ésta nos suministra la base de datos indispensable para que podamos tomar decisiones con información acerca de los mejoramientos. Necesitamos ver el impacto que los cambios generan, no solo en las actividades individuales, sino también en el proceso como un todo y en los departamentos involucrados. En tercer lugar, ésta es el fundamento para fijar objetivos de mejoramiento y evaluar los resultados.

❖ **Diagrama de flujo.**

Un Diagrama de Flujo es una representación pictórica de los pasos en un proceso, útil para determinar cómo funciona realmente el proceso para producir un resultado. El resultado puede ser un producto, un servicio, información o una combinación de los tres. Al examinar cómo los diferentes pasos en un proceso se relacionan entre sí, se puede descubrir con frecuencia las fuentes de problemas potenciales.

Los Diagramas de Flujo se pueden aplicar a cualquier aspecto del proceso desde el flujo de materiales hasta los pasos para hacer la venta u ofrecer un producto. Los Diagramas de Flujo detallados describen la mayoría de los pasos en un proceso. Con frecuencia este nivel de detalle no es necesario, pero cuando se necesita, el equipo completo normalmente desarrollará una versión de arriba hacia abajo; luego grupos de trabajo más pequeños pueden agregar niveles de detalle según sea necesario durante el proyecto.

El diagrama de flujo cumple un propósito importante: documentar un proceso con el fin de identificar áreas que necesitan mejoramiento.

• **Ventajas del diagrama de flujo:**

- Facilita ejecutar los trabajos.
- Describe los diferentes pasos del proceso.
- Impide las improvisaciones.
- Permite visualizar todos los procesos.
- Identifica las debilidades y fortalezas del proceso.
- Permite un equilibrio de las cargas laborales.
- Genera un sentido de responsabilidad.

- Establece los límites del proceso.
 - Plantea la diferencia de lo que se hace contra lo que debería hacerse.
 - Genera calidad y productividad.
- **Diseño del flujograma:** para la correcta elaboración del flujo gramas se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:
 - Emplear el mínimo de símbolos, para simplificar el flujo grama.
 - En lo posible se debe utilizar una sola hoja con el fin de facilitar su manejo.
 - El tamaño de los símbolos debe ser uniforme.
 - Las líneas de unión se representan por líneas rectas.
 - El texto dentro del símbolo debe ser breve.
 - La presentación debe ser clara, explícita y no dando lugar a confusión.

❖ **Efectividad del proceso.**

Se refiere a la forma acertada en que éste cumple los requerimientos de sus clientes finales. Este evalúa la calidad del proceso:

- ¿Las salidas del proceso cumple con los requerimientos de los clientes?
- ¿Las salidas de cada subprocesso cumple con los requerimientos de entrada de los clientes internos?
- ¿Las entradas de los proveedores cumplen con los requerimientos del proceso?

La efectividad de todo proceso genera mayor satisfacción en el cliente, mayores ventas y mejor participación de mercado.

Son indicadores de la efectividad con la que funciona el proceso:

- Productos y/o servicios inaceptables.
- Queja de los clientes.
- Altos costos de garantía.
- Disminución de la participación en el mercado.
- Acumulación de trabajo.
- Repetición por el trabajo terminado.
- Salidas retrasadas.
- Salidas incompletas.
- Reunir información (datos históricos) sobre las características de efectividad.

- Identificar los problemas (repetición del trabajo, demoras, calidad de entradas).
- Identificar las causas (entradas, métodos, entrenamiento).

❖ ***Eficiencia del proceso.***

Características propias de la eficiencia:

- Tiempo de ciclo por unidad o por transacción.
- Recursos (pesos, personas, espacio) por unidad de salida.
- Porcentaje de costo del valor agregado real del costo total del proceso.
- Costo de mala calidad por unidad de salida.
- Tiempo de espera por unidad o transacción.

A medida que se realiza la revisión, es necesario buscar y registrar los procedimientos para medir la eficiencia de actividades y/o grupo de actividades.

❖ ***Tiempo de ciclo del proceso***

El tiempo del ciclo se considera como una medida de eficiencia, éste genera un gran impacto sobre los clientes por cuanto afectan los aspectos de despacho y costo.

El tiempo de ciclo es la cantidad total de tiempo que se requiere para completar el proceso. Este incluye el tiempo dedicado a trasladar documentos, esperar, almacenar, revisar y repetir el trabajo.

Características propias del tiempo ciclo:

- La reducción del tiempo de ciclo genera: liberación de recursos, reduce costos, mejora la calidad de la salida y puede incrementar las ventas.
- El tiempo de ciclo puede establecer las diferencias entre el éxito y el fracaso.
- Tiempo real de ciclo es el tiempo de procesamiento. Este es menor al tiempo de ciclo.

Existen cuatro formas de reunir esta información:

- Medidas finales (procesos repetitivos).
- Experimentos controlados (Selección de una muestra, introducción de la muestra controlada dentro del proceso y recolección de datos relacionados con la muestra).
- Investigación histórica.
- Análisis científico.

❖ **Costo del proceso**

El costo puede estimarse por los registros financieros mensuales y luego determinar el costo del proceso utilizando los tiempos calculados.

Características de los costos del proceso:

- El costo más alto nos permite centrar la atención en los métodos y proceso que se utilizan.
- Identificar los tiempos de espera largos para ampliar el diagrama de flujo de la actividad.
- Calcular los costos de almacenamiento.

3.2 MEJORAMIENTO DE PROCESOS

El desarrollo del mejoramiento de procesos es una metodología sistemática que se implementa con el fin de ayudar a una organización a realizar avances significativos en la manera de dirigir sus procesos. A continuación se presenta un análisis a la teoría que se va a aplicar haciendo referencia a las respectivas fuentes, teniendo en cuenta la aplicabilidad que ésta tiene en los procesos asistenciales y administrativos.

Según Harrington⁴, mejorar un proceso, significa cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable, qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del empresario y del proceso.

El mejoramiento de los procesos es un factor de gran importancia, para poder ser competitivos dentro de las organizaciones de salud.

Algunas de las razones que obligan a mejorar los procesos asistenciales y administrativos son:

- Le permite a la Institución controlar los cambios.
- Posibilita que la organización se centre en el cliente.
- Aumenta la capacidad para competir.
- Previene errores.
- Mejora el uso de los recursos.
- Permite mejorar las interpelaciones al interior de la empresa.

⁴ HARRINGTON, James. Mejoramiento de los procesos de la empresa; Mc Graw Hill, 1993

- Ofrece una visión sistemática de las actividades de la institución.
- Visualiza los errores y la manera de corregirlos.
- Desarrolla un sistema completo de evaluación.
- Permite que la organización cumpla con los objetivos.

El principal objetivo del mejoramiento de procesos consiste en garantizar que la organización tenga procesos que elimine los errores, minimicen las demoras, maximicen el uso de los activos, promuevan el entendimiento, sean fáciles de emplear, sean amistosos con el cliente, sean adaptables a las necesidades cambiantes de los clientes, proporcionen a la organización ventajas competitivas, reduzcan el exceso de personal.

3.2.1 Fases del mejoramiento de los procesos de la empresa

FASE 1: Organización para el mejoramiento.

Revisar la estrategia de la empresa y los requerimientos del cliente: para iniciar la elaboración o rediseño de cualquier programa de mejoramiento de procesos es importante que todas las personas de la organización se sientan comprometidas con este y que comprendan claramente su propósito con el fin de visualizar el objetivo a cumplir y las herramientas con que se cuentan para llevar a cabo la consecución de dichos objetivos.

Con el fin de plantear los lineamientos y objetivos del trabajo, se realiza la identificación del área sobre la cual se realiza el programa de mejoramiento definiendo la misión, objetivos y estrategias de la misma.

La selección de un proceso para trabajar en él, es un paso muy importante en todo el ciclo del mejoramiento. Puede desperdiciarse gran cantidad de esfuerzo y el programa puede fracasar por falta de interés y retribución si se seleccionan los procesos equivocados. Los procesos seleccionados deben ser aquellos en los cuales la gerencia y/o clientes no estén satisfechos con el statu quo. Normalmente, uno o más de los siguientes síntomas será la razón para seleccionar un proceso para el mejoramiento:

- ❖ Problemas y/o quejas de los proveedores.

- ❖ Problemas y/o quejas de clientes externos.
- ❖ Problemas y/o quejas de clientes internos.
- ❖ Procesos de alto costo.
- ❖ Procesos con tiempo de ciclo prolongados.
- ❖ Existe una mejor forma conocida.
- ❖ Existen nuevas tecnologías.

El proveedor es toda persona o ente que proporciona entradas: gente, información, solicitudes de órdenes, papeleo, suministros necesarios para servir a los clientes.

El cliente es toda persona, institución o proceso que recibe, compra o utiliza un producto o servicio; los clientes pueden ser:

- ❖ **Clientes externos:** son personas que no están empleadas por la institución: médicos, clientes, familiares o empresas promotoras de salud.
- ❖ **Clientes internos:** son empleados o departamentos de la organización que contribuyen al logro de la misión y que dependen de los servicios de enfermería, de los productos o de los resultados de éste, para atender a los clientes externos.

La selección de estos procesos críticos es una de las responsabilidades más importantes de los equipos de mejoramiento. Al seleccionar el proceso sobre el cual se va trabajar, existen cinco aspectos que deben tenerse en cuenta:

- 1) Impacto en el cliente.
- 2) Índice de cambio.
- 3) Condición de rendimiento.
- 4) Impacto sobre la empresa.
- 5) Impacto sobre el trabajo.

❖ **Manual de procesos.**

Es importante contar con un instrumento que recopile los procesos, las normas las rutinas y los formularios necesarios para el adecuado manejo de la institución. Esto justifica la elaboración de manuales de procesos, de forma especial cuando el conjunto de actividades y tareas se

tornan complejas y se dificulta para los equipos de mejoramiento y el equipo staff de mejoramiento su adecuado registro, seguimiento y control.

- **Objetivos del manual de procesos:**
 - Servir de guía para la correcta ejecución de actividades y tareas para los funcionarios de la institución.
 - Ayudar a brindar un servicio más eficiente.
 - Mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos, físicos y financieros.
 - Generar uniformidad en el trabajo por parte de los diferentes funcionarios.
 - Evitar la improvisación en las labores.
 - Ayudar en la orientación del personal nuevo.
 - Facilitar la supervisión y evaluación de las labores.
 - Proporcionar información a la institución acerca de la marcha de los procesos.
 - Evitar discusiones sobre normas, procedimientos y actividades.
 - Facilitar la orientación y atención al cliente externo.
 - Establecer elementos de consulta, orientación y entrenamiento al personal.
 - Servir como punto de referencia para las actividades de control interno y auditoría.
 - Ser la memoria de la institución.

- **Características del manual:** los manuales de procesos deben reunir algunas características, que se pueden resumir así:
 - Satisfacer las necesidades reales de la institución.
 - Contar con instrumentos apropiados de uso, manejo y conservación de procesos.
 - Facilitar los trámites, mediante una adecuada diagramación.
 - Redacción breve, simplificada y comprensible.
 - Facilitar su uso al cliente interno y externo.
 - Ser lo suficientemente flexible para cubrir diversas situaciones.
 - Tener una revisión y actualización continua.

Es importante recalcar que un manual de procesos representa el paso a paso de las actividades y tareas que debe realizar un funcionario o una organización.

El manual de procesos no debe confundirse con el manual de funciones, que es el conjunto de actividades propias al cargo para determinar niveles de autoridad y responsabilidad.

- ***Aprobación y difusión del manual:*** Una vez elaborado el manual de procesos, se somete a revisión de las áreas comprometidas o responsables de los procesos; posteriormente se aprobará por los equipos de mejoramiento y finalmente por el equipo staff de mejoramiento.

FASE 2: Análisis del proceso.

Definir el alcance y los límites del proceso: para que cualquier esfuerzo de mejoramiento pueda tener éxito, se debe enunciar y comprenderse claramente su misión y su alcance.

En las actividades orientadas al mejoramiento de los procesos, abarca la comprensión y/o la definición de lo siguiente; los objetivos del mejoramiento de procesos de la empresa, los supuestos operacionales, los límites preliminares (es decir, dónde comienza y dónde termina) del proceso, definición de la misión del proceso y límites finales del proceso.

Elaborar el diagrama de flujo del proceso: para ayudar a identificar los departamentos claves en el proceso de la empresa en evaluación, se debe elaborar un diagrama de bloque del proceso e identificar quién realiza las operaciones claves. Los diagramas de flujo representan gráficamente las actividades que conforman un proceso, así como un mapa representa un área determinada. Elaborar un diagrama de flujo para la totalidad del proceso hasta llegar al nivel de tareas, es la base para analizar y mejorar el proceso.

El diagrama de flujo es el primer paso para cambiar un proceso. Sin embargo, es posible que la documentación del proceso no siempre refleje los hechos de la vida real debido a errores o malentendidos presentados. Por tanto, se debe verificar la exactitud de la comunicación del proceso. También es importante comprender y reunir información sobre otras características del proceso (por ejemplo, calidad, tiempo de ciclo y costo). Esto nos proporciona información valiosa acerca de la ubicación de los problemas existentes.

Realizar los repastos del proceso: consiste en la verificación de la elaboración de los diversos diagramas de flujo que se realizan para determinar los procesos administrativos y asistenciales realizados. A lo largo de la revisión del proceso se tendrá la oportunidad de elaborar una lista de las tareas que se requieren para sustentar cada actividad.

❖ **El cambio de los procesos.**

El concepto más frecuente en la organización de salud hoy, es el cambio. Es tal la dinámica que el sector salud continuamente se tiene que estar cambiando frente a las disposiciones legales, las demandas, las expectativas de los usuarios, la tecnología y las normas provenientes de las empresas promotoras de salud.

Los procesos de la empresa jamás se mantienen estáticos. Estos se mejoran o se deterioran. El mejoramiento no implica un incremento en la carga de trabajo. Se trata de eliminar de los empleos las actividades carentes de significado, así como los obstáculos que se oponen al buen desempeño y algunas de las frustraciones. El mejoramiento supone realizar el trabajo con una mayor facilidad, seguridad, eficiencia y con un mínimo de errores. Significa tener una mayor comprensión del proceso y sus resultados.

- **Resistencia al cambio:** En muchas personas, el cambio genera toda una serie de comportamientos de oposición, casi instintivos. Es un repertorio de respuestas negativas al cambio, producto de las rutinas que se han convertido en principios y valores institucionales.
- **Estrategias para el cambio:** Con el fin de poner en marcha innovaciones en los procesos institucionales, es necesario utilizar diversas estrategias, como:
 - Explicación acerca de la necesidad y razones del cambio.
 - Entrenamiento al personal frente a los nuevos procesos.
 - Capacidad para analizar las circunstancias del personal involucrado.
 - Participación y compromiso de toda la organización.
 - Facilitar la implantación y dar apoyo permanente.

Lo anterior posibilitará contar con herramientas gerenciales que no sólo faciliten el cambio, sino que permitan el crecimiento institucional y el de las personas que lo harán posible.

❖ **Revisión del proceso.**

En ocasiones es posible que un proceso documentado por los equipos de mejoramiento de procesos no corresponda a lo que realmente acontece en la organización. Los empleados pueden desviarse del proceso por varias razones:

1. Los empleados malinterpreta los procedimientos.
2. No conocen los procedimientos.
3. Descubren una manera mejor de hacer las cosas.
4. Les falta entrenamiento.
5. No disponen de tiempo suficiente.
6. Se les entrenó para realizar la actividad en forma diferente.
7. Alguien les dijo que lo hicieran en forma diferente.

También es posible que los equipos de mejoramiento hayan elaborado en forma incorrecta el diagrama de flujo de proceso. La única manera de comprender realmente lo que sucede en los procesos de la empresa es a través de un seguimiento personal del flujo de trabajo, analizándolo y observando su desarrollo; esto se conoce como *Revisión del proceso*.

Para realizar una revisión, los equipos de mejoramiento deben hacer un seguimiento físico del proceso como se ha documentado en el diagrama de flujo, desde el inicio hasta el fin. Los equipos de mejoramiento deben observar el proceso a nivel de tareas, pues necesita saber y comprender qué se hace y por qué se hace. A medida que los equipos de mejoramiento efectúan la revisión, puede reunir información adicional acerca de los problemas y los obstáculos existentes para cambiar y realizar sugerencias de mejoramiento.

A fin de prepararse para la revisión del proceso, los equipos de mejoramiento deben reunir las descripciones de tareas, documentadas y detalladas, en lo concerniente a las actividades que se van a estudiar. Cada miembro del equipo debe estar muy familiarizado con estas descripciones de tareas. Si éstas no se tienen, será necesario registrar una mayor información durante la revisión.

FASE 3: Modernización.

La palabra modernización es la que describe apropiadamente el concepto fundamental de mejorar el proceso de la institución e identifica los métodos que generan un cambio positivo en lo que se refiere a efectividad, eficiencia y adaptabilidad

La modernización implica reducción de despilfarros y excesos, atención a cada uno de los detalles que pueden conducirnos al mejoramiento del rendimiento y de la calidad; Algunas de las herramientas básicas de la modernización que se manejan son:

- **Eliminación de la burocratización:** este término se relaciona con las largas demoras en el procesamiento, mientras los documentos pasan por múltiples canales y niveles de revisión, que requieren innumerables firmas de personas que jamás se encuentran disponibles cuando se les necesita. Suprimir tareas administrativas, aprobaciones y papeleos innecesarios.

Los efectos malignos de la burocracia son innumerables y profundamente dañinos para toda la organización y en especial para el mejoramiento de procesos de la empresa. Por lo tanto, deben evaluarse y minimizarse todas las demoras, tramitaciones, documentaciones, revisiones y aprobaciones. Si se encuentra que estos pasos no son absolutamente necesarios, se procede a eliminarlos.

El ataque contra la burocracia puede tropezar con resistencias debido a las diversas opiniones y políticas organizacionales. La superación de estas barreras para eliminar la burocracia requiere capacidad, tacto y considerable planeación. Debe calcularse el impacto de la burocracia sobre el tiempo de ciclo y los costos. Una vez que todas las personas involucradas comprendan el impacto pleno de la burocracia. Es difícil justificar la permanencia de la actividad.

- **Eliminación de la duplicación:** Si se realiza la misma actividad en diferentes partes del proceso o si es ejecutada por diferentes individuos dentro de éste, debemos analizar si ambas actividades son necesarias. Suprimir actividades idénticas que se realizan en partes diferentes del proceso.
- **Evaluación del valor agregado:** Consiste en estimar cada actividad del proceso de la empresa para determinar su contribución a la satisfacción de las necesidades del cliente. Las actividades del valor agregado real son aquellas por las cuales los clientes le pagan a usted.

La evaluación del valor agregado es un análisis de cada una de las actividades en el proceso de la empresa para determinar su aporte a la satisfacción de las expectativas que tiene el cliente final.

- **Simplificación:** Significa reducir la complejidad cada vez que sea posible. Esto nos conduce a menos etapas, a menos tareas, a menos interdependencias, etc. Es hacer todo más fácil de aprender y de comprender. Reducir la complejidad del proceso.
- **Prueba de errores:** Dificultar la realización incorrecta de la actividad. Elabore una lista de las cosas que podría hacer mal y utilice luego métodos de prueba de errores para eliminar o minimizar la posibilidad de cometer un error.
- **Estandarización:** Elegir una forma sencilla de realizar una actividad y hacer que todos los colaboradores lleven a cabo esa actividad, del mismo modo todas las veces. Es importante para verificar que todos los trabajadores actuales y futuros utilicen las mejores formas de llevar a cabo las actividades relacionadas con el proceso.

La estandarización de los procedimientos de trabajo es importante para verificar que todo el personal, actual y futuro, utilice las mejores formas para llevar a cabo actividades relacionadas con el proceso. Cuando cada persona lo realiza en forma diferente, es muy difícil, sino imposible, efectuar mejoramientos importantes dentro del proceso. La estandarización es uno de los primeros pasos para mejorar cualquier proceso. Esto se logra mediante el uso de procedimientos acertados.

Una vez analizado y modernizado el proceso, se generarán beneficios en lo referente al mejoramiento de la eficiencia, efectividad y adaptabilidad.

FASE 4: Mediciones y controles.

Desarrollar mediciones y objetivos del proceso: la medición es importante para el mejoramiento de los procesos administrativos y asistenciales por que nos permitirá centrar nuestra atención en los factores que contribuyan a lograr la misión de la organización, nos muestra la efectividad con la cual se emplean los recursos, nos ayuda a identificar oportunidades de mejoramiento progresivo, nos proporciona los medios para saber si estamos perdiendo o ganando.

Establecer un sistema de retroalimentación: los sistemas de retroalimentación son importantes, por que la medición sin retroalimentación es inútil por que se realiza el esfuerzo de apreciación, pero no se le da al individuo una oportunidad de superación.

Para establecer los ciclos de retroalimentación tendremos en cuenta los siguientes puntos:

- Las relaciones de los ciclos de retroalimentación con los individuos.
- Establecer la retroalimentación como una obligación.
- Estimular la retroalimentación positiva y negativa.
- Utilizar la retroalimentación continua para mejoramientos continuos.
- La estimulación de los reclamos por parte de los usuarios.
- La delegación de responsabilidades para que se tomen acciones inmediatas.

FASE 5: Mejoramiento continuo.

El proceso de mejoramiento continuo⁵, también conocido con la palabra japonesa KAIZEN, consiste en la aplicación secuencial de cada una de las actividades que hacen parte del ciclo de control (planear, hacer, verificar y actuar) en la empresa.

Planear: es aquella actividad mediante la cual se decide por anticipado lo que se tiene que hacer con el propósito de reducir incertidumbre. Es aquí donde se establecen los objetivos específicos, las metas alcanzables y cuantificables y se determinan los procedimientos y estrategias para su posterior ejecución.

Hacer: consiste en implementar paso a paso lo planeado en la actividad anterior. Es posible que en esta etapa, surjan situaciones inesperadas; si este es el caso, se deben aplicar acciones correctivas.

Verificar: una vez ejecutado el plan, se hace necesario comparar los resultados obtenidos con los objetivos específicos que se plantearon a fin de analizar las posibles fuentes de variación.

Actuar: si no tenemos en cuenta esta última actividad, no tendrá sentido el proceso de control, ya que, basados en los resultados, podemos tomar las decisiones que nos permiten alcanzar mejores niveles de desempeño e iniciar nuevamente este ciclo de actividades.

Este ciclo de actividades que se repiten una y otra vez, guía el camino para el proceso de mejoramiento continuo y es conocido como el ciclo DEMING.

⁵ ORTIZ PIMIENTO, Néstor Raúl. Principios de la Calidad. 2° Edición. Bucaramanga, Colombia. 1999. 159 p

Pasos del ciclo Deming

Los pasos que sugiere Deming para lograr éxitos en la búsqueda de calidad son los siguientes⁶:

1. Crear constancia en el propósito para la mejora de productos y servicios.
2. Adoptar una nueva filosofía.
3. Dejar de confiar en la inspección masiva.
4. Poner fin a la práctica de conceder negocios con base en el precio únicamente.
5. Mejorar constantemente y por siempre el sistema de producción y servicios.
6. Instituir la capacitación.
7. Instituir el liderazgo.
8. Eliminar el temor.
9. Derribar las barreras que hay entre las áreas.
10. Eliminar los lemas, las exhortaciones y las metas de reproducción para la fuerza laboral.
11. Eliminar las cuotas numéricas.
12. Remover las barreras que impiden el orgullo por un trabajo bien hecho.
13. Instituir un programa vigoroso de educación y capacitación.
14. Tomar medidas para llevar a cabo la transformación.

Se supone, que si recorre por primera vez el ciclo de control, se logra mejorar un poco con relación al estado inicial; lo que se busca con el proceso de mejoramiento continuo es que la situación alcanzada hoy, debe ser ahora el estado inicial susceptible de ser mejorado una y otra vez.

Lo expresado anteriormente significa que se debe rotar el ciclo de control permanentemente buscando la excelencia (aún cuando sabemos que no existirá un estado final).

FIGURA N° 4. El proceso de mejoramiento continuo



Fuente: ORTIZ PIMIENTO, Néstor Raúl.
Principios de la Calidad. 2ª Edición.

⁶ HOYOS TORRES, William. Un libro de calidad. 1ª Edición. Bucaramanga, Colombia. 2006. 330 p

El proceso de mejoramiento continuo ayuda a la empresa a mejorar su nivel de competitividad, sin embargo, en muchos casos la empresa sólo logra mantenerse en su mercado, es aquí donde el proceso de mejoramiento continuo debe acompañarse del proceso de innovación a fin de lograr la ventaja competitiva.

❖ **Calificar el proceso**

Esto involucra la evaluación de un proceso completo, compuesto por muchas actividades individualmente certificadas, en donde se determinará si el proceso puede funcionar en el nivel apropiado cuando las actividades están encadenadas. Además, el proceso debe demostrar que repetidamente puede producir, a tiempo y a un costo apropiado, productos y servicios o ambos que satisfagan las expectativas del cliente en forma progresiva.

La calificación del proceso respalda las metas establecidas al comienzo del esfuerzo del mejoramiento de procesos. La calificación del proceso motivará al cliente interno y mantendrá esa motivación en alto.

En la realización de este sistema de calificación se tendrá en cuenta los diferentes niveles que se propongan, los cuales proporcionarán una estructura y una guía para las actividades de mejoramiento; para determinar si el proceso ha evolucionado hasta el nivel siguiente se deben abordar cinco áreas principales de cambio: *mediciones y/o desempeño del proceso, documentación, entrenamiento, adaptabilidad del proceso y mejoramiento continuo.*

3.3 INDICADORES DE GESTIÓN

Los indicadores de gestión, se definen como “la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto de objetivos y metas previstos en influencias esperadas”⁷.

Los indicadores son necesarios para poder mejorar. Lo que no se mide no se puede controlar, y lo que no se controla no se puede gestionar.

⁷ BELTRAN J., Jesús Mauricio. Indicadores de Gestión. Capítulo 2, p. 36

Para medir el desempeño de una organización en cuanto a calidad y productividad, se debe disponer de indicadores que permitan interpretar en un momento dado las fortalezas, las debilidades, las oportunidades y las amenazas; por lo tanto es importante clarificar y precisar las condiciones necesarias para construir aquellos realmente útiles para el mejoramiento de las organizaciones.

Según Goldratt⁸, para que un indicador pueda ser información y no sólo datos, es necesario que tenga los siguientes atributos:

- *Exactitud*: La información debe presentar la situación o el estado como realmente es.
- *Forma*: Debe elegirse según la situación; puede ser cuantitativa o cualitativa, numérica o gráfica, impresa o visualizada, etc.
- *Frecuencia*: Medida de cuán a menudo se requiere.
- *Extensión*: Alcance en términos de cobertura del área de interés.
- *Origen*: Su fuente, dentro o fuera de la organización, debe ser correcta.
- *Temporalidad*: La información que se presente puede referirse a datos del pasado, presente o futuro.
- *Relevancia*: La información que se requiera debe ser necesaria para una situación en particular.
- *Integridad*: Que brinde un panorama integral de la situación.
- *Oportunidad*: La medición, como información que es, debe darse en el momento y en el espacio mismo en que se requiere.

El diseño de indicadores, trae consigo muchas ventajas; algunas de ellas se listan a continuación:

- Motivar a los miembros de la organización para alcanzar metas retadoras.
- Generar un proceso de mejoramiento continuo e innovación.
- Contribuir al desarrollo y crecimiento tanto del talento humano como de la organización.
- Disponer de una herramienta de información para el control y gestión de los objetivos y metas propuestas.
- Identificar oportunidades de mejoramiento y fortalezas en actividades a mejorarse.
- Contar con información que permita priorizar actividades.
- Evaluar y visualizar periódicamente el comportamiento de las actividades clave.

⁸ GOLDRATT, Eliyahu M. El Síndrome del Pajar. p. 6.

- Reorientar políticas y estrategias, con respecto a la cultura.
- Reducir drásticamente la incertidumbre, angustia y subjetividad, por el desconocimiento de la situación real y actual de la organización.

3.3.1 Naturaleza de los indicadores de gestión.

Los indicadores pueden ser clasificados de acuerdo con el mecanismo de control para el cual obtiene información del sistema. Así los indicadores pueden ser de eficiencia, si se enfocan en el control de los recursos o las entradas del sistema, o de eficacia, si se enfocan en el control de los resultados del sistema.

3.3.2 Clasificación de los indicadores de gestión.

Indicadores de eficiencia: los indicadores de eficiencia son aquellos que evalúan la relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento por parte de los procesos o actividades del sistema.

Indicadores de eficacia: los indicadores de eficacia son aquellos que evalúan la relación entre la salida del sistema y el valor esperado (meta) del sistema.

3.3.3 Características de los indicadores de gestión.

Son seis las características que deben tener los indicadores de gestión, estas son:

- a. Participativos:* deben ser contruidos o diseñados por los responsables de los procesos o actividades, con la asesoría de las unidades de apoyo pertinentes de la empresa.
- b. Claros:* es indispensable que sean concretos y de fácil comprensión.
- c. Representativos:* deben expresar lo que se quiere medir y deben guardar relación con los principales procesos de la empresa.
- d. Flexibles:* que se puedan modificar en el tiempo de acuerdo con los cambios de la empresa.
- e. Cuantificables:* los resultados de los indicadores deben poder convertirse en cifras, números o porcentajes.

- f. *Que agreguen valor*: los resultados de los indicadores deben permitir identificar debilidades para implantar correctivos.

3.3.4 Formulación y medición de los indicadores.

Finalmente para la construcción y posterior cálculo de cada indicador, es necesario conocer las características que permiten delimitar la estructura de éstos, las cuales se recopilan en una ficha u hoja metodológica de indicadores, que a su vez facilita la comprensión de los mismos.

La hoja metodológica de indicadores de gestión, también conocida como hoja de vida del indicador, contiene toda la información básica que permite la aplicación inmediata del mismo. Dicha hoja o ficha contiene los siguientes elementos tal como se muestran en el cuadro:

VER TABLA Nº 1

TABLA Nº 1. Hoja metodológica de un indicador.

HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR		
1	Nombre del indicador	
2	Objetivo o finalidad del indicador	
3	Fórmula o forma de cálculo del indicador	
4	Variables que intervienen para construir el indicador	
5	Fuentes de información	
6	Unidad de medida	
7	Meta del indicador	
8	Interpretación del indicador	
9	Fecha de elaboración del indicador	
10	Fecha de revisión y/o ajuste	
11	Periodicidad	

Fuente: BELTRAN JARAMILLO, Jesús Mauricio. Indicadores de Gestión, Herramientas para lograr la competitividad.

- 1. Nombre del indicador:** establece la identidad del indicador, por lo tanto, debe hacerse en la forma más sencilla posible y de acuerdo con la utilidad que le reporta a la dependencia o la empresa.

2. **Objetivo o finalidad del indicador:** en este espacio se debe definir claramente qué se pretende medir; es decir, reconozca la utilidad, finalidad o uso del indicador.
3. **Fórmula o forma de cálculo del indicador:** es la forma del cómo se medirán o compararán las variables definidas del indicador en relación con la unidad de medida establecida.
4. **Variables que intervienen para construir el indicador:** se deben especificar la variable o variables indispensables a tener en cuenta para su cálculo. Es en este espacio donde se deben determinar los parámetros o aspectos que intervienen en el logro del propósito del indicador y que son necesarios para su posterior relación y composición. Por otra parte debe entenderse que el concepto de variable, hace referencia a la información básica y necesaria sin la cual no es posible construir el indicador.
5. **Fuentes de información:** constituye el origen o punto de partida de la información básica en que se fundamentan las variables y parámetros que componen el indicador. En otros términos, son los responsables de suministrar los datos de las variables componentes del indicador.
6. **Unidad de medida:** se refiere a la determinación concreta de la forma como se quiere expresar el resultado al aplicar el indicador. Ésta puede ser expresada en porcentaje o número.
7. **Meta del indicador:** representa el valor mínimo que se espera alcance y mantenga el indicador, es decir, el punto en el cual el indicador refleja excelentes condiciones del proceso.
8. **Interpretación del indicador:** en este punto se debe incluir la interpretación del resultado que arroja el indicador una vez aplicada la fórmula establecida para el mismo. Se deben determinar los posibles resultados que arroje el indicador y el significado de cada uno de ellos, teniendo en cuenta el objetivo del indicador y su fórmula.

- 9. Fecha de elaboración del indicador:** en esta casilla se indicarán la fecha (día, mes, año) en que se elaboró la hoja metodológica del indicador.
- 10. Fecha de revisión y/o ajuste:** cuando por razones de revisión o de ajuste al indicador se haya modificado en algún aspecto la ficha metodológica u hoja de vida, en esta casilla se registra la fecha de dicho evento.
- 11. Periodicidad:** se refiere a la frecuencia en el tiempo, en que debe calcularse el indicador. La periodicidad puede ser anual, semestral, trimestral, mensual u otra.

4. GENERALIDADES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA CARLOS ARDILA LÜLLE

El servicio de urgencias de la Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lülle, es de vital importancia para la misma debido a las siguientes características:

- ❖ Es el área que tiene mayor interacción con los pacientes.
- ❖ Integra y “activa” los diferentes servicios del Hospital, alrededor del paciente y del médico tratante.
- ❖ Es responsable por el cuidado directo del paciente.
- ❖ Presta servicio las 24 horas del día; los 365 días del año.

Para mejorar el manejo integral del paciente tanto en la parte asistencial como administrativa, la clínica determinó que se incluyeran nuevos procesos, obteniendo así mejores resultados en la calidad y eficiencia del servicio; para ello se trabajará de manera integrada con la Jefe del servicio de Enfermería y la Jefe del servicio de urgencias de la clínica.

Con la identificación del área y teniendo en cuenta los recursos tecnológicos, administrativos y humanos para garantizar una atención oportuna y eficiente; se definen los equipos de trabajo al iniciar el diagnóstico de la situación actual del servicio de urgencias, de estos equipos depende la realización del programa de mejoramiento.

4.1 DIAGNOSTICO DE LOS PROCESOS

Para llevar a cabo el reconocimiento de los procesos del servicio de urgencias de la clínica identificando para cada uno todos sus elementos tales como: las entradas, salidas, secuencia, ejecución, etc., se parte de la información de soporte que suministró la clínica. Iniciando por el conocimiento del mapa de procesos de la misma, en general (**Ver Figura N° 5**).

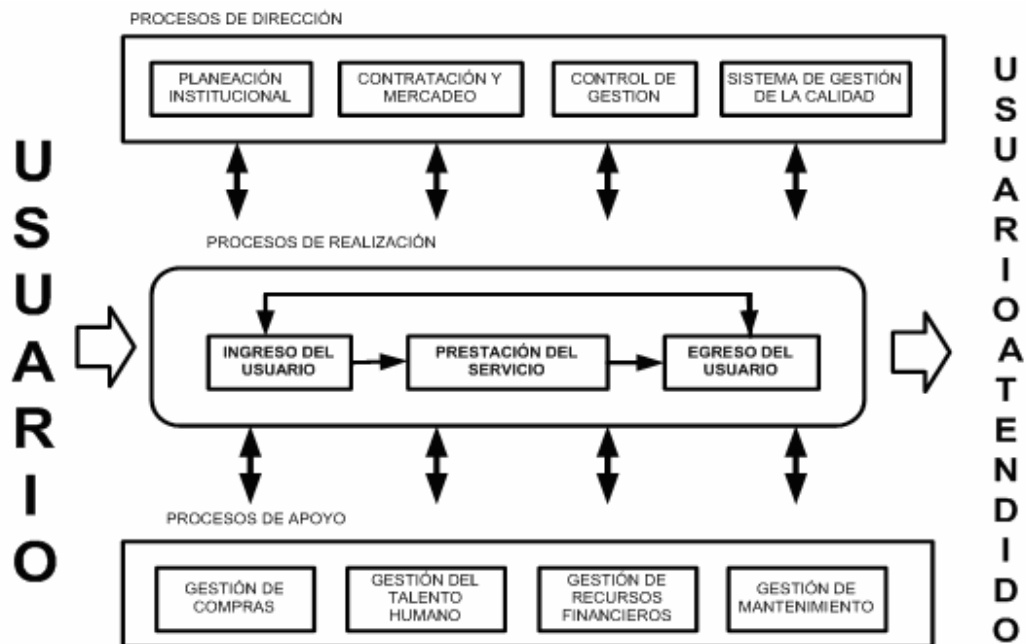
Dentro del mapa de procesos de la clínica se distinguen tres tipos de macroprocesos:

PROCESO DE DIRECCIÓN: Procesos de direccionamiento.

PROCESO DE APOYO: Procesos que soportan la ejecución de los servicios ofrecidos.

PROCESO DE REALIZACIÓN: Procesos de generación de valor, integran los servicios ofrecidos por la clínica.

FIGURA Nº 5. MAPA DE PROCESOS DE LA CLÍNICA



Fuente: Plan del sistema de gestión de la calidad, Fundación Oftalmológica de Santander- Clínica y Centro Médico Carlos Ardila Lülle, FOSCAL, 2004.

Dentro del **proceso de realización** se encontró:

- El proceso de **ingreso del usuario**, comprende todos los procesos administrativos y asistenciales utilizados para el ingreso del usuario al servicio de urgencias.
- El proceso de **prestación del servicio**, se caracteriza por su complejidad y por tener un alto grado de contacto con el usuario; también es uno de los procesos más importantes por que en él se trata toda la parte clínica del usuario acorde con los lineamientos médicos, cumpliendo con las condiciones de calidad técnica.

En él se brinda al usuario toda la información clara, suficiente y confiable acerca del diagnóstico, el tratamiento y sus consecuencias.

- Y por último el proceso de **egreso del usuario**, son todos aquellos procesos que involucre el cobro de la prestación del servicio de urgencias y también controla que a los usuarios se les haya aplicado un tratamiento médico asistencial oportuno.

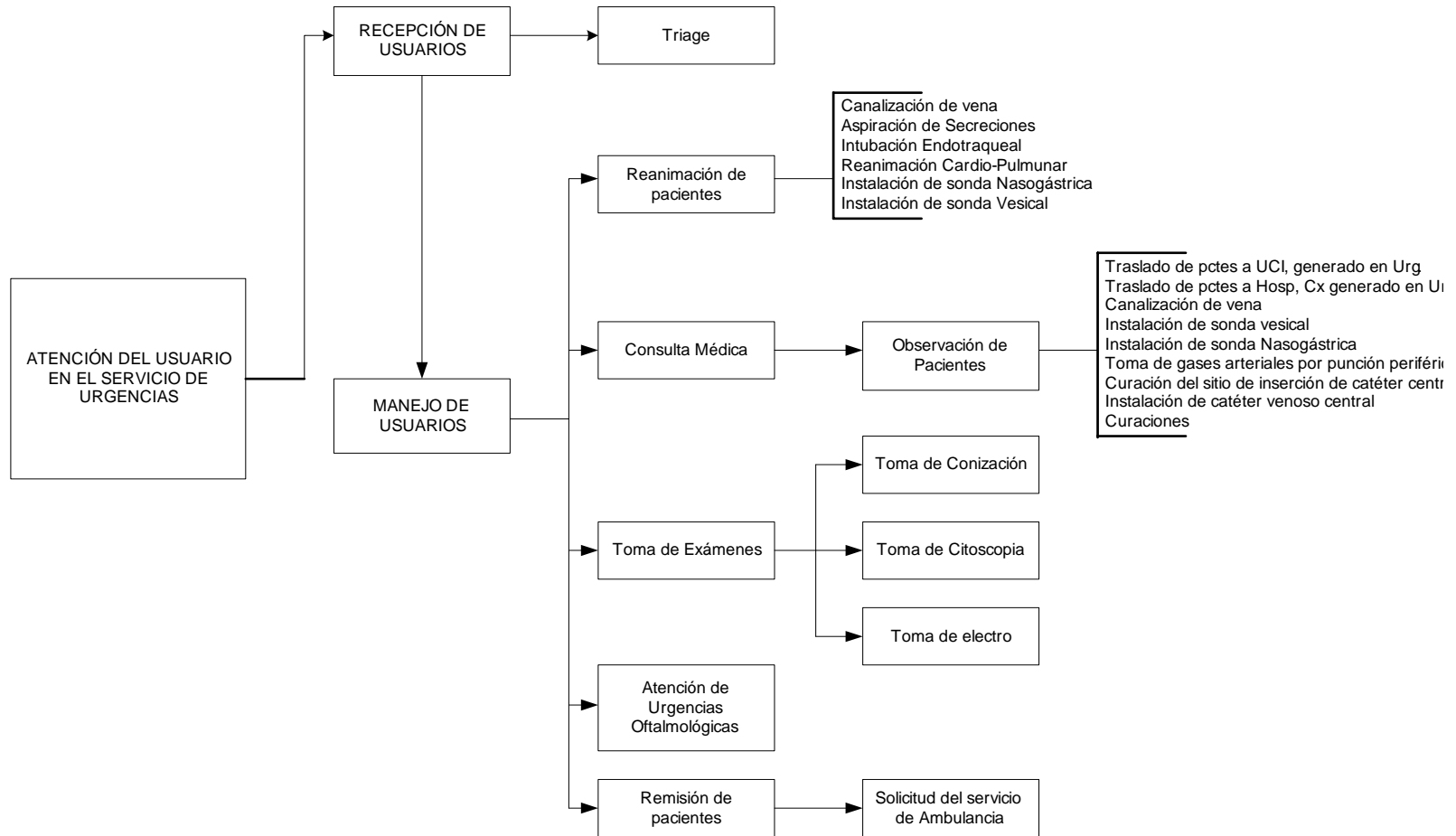
De acuerdo a lo anterior, los procesos del servicio de urgencias son los procesos relacionados con el usuario, que en el gráfico anterior se engloban dentro de lo que se denomina procesos de realización.

De acuerdo a la información suministrada por la clínica acerca del servicio de urgencias no se puede evidenciar qué procesos son administrativos o asistenciales, ni identificar claramente cuales son generales o específicos; además tampoco se encuentra una relación con los procesos de ingreso del usuario, prestación del servicio y egreso del usuario. Sin embargo se encuentran determinados como procesos del servicio de urgencias los referidos en la **FIGURA Nº 6**.

A continuación se presentan la descripción y el estado actual (**TABLA Nº 2**) de los procesos del servicio de urgencias. Para el análisis de esta información se tomó como base de comparación el total de usuarios atendidos en el servicio de urgencias que fue de 7870 durante el mes de mayo del 2007.

- ❖ **TRIAGE:** Es un proceso crítico por su alta frecuencia de realización dentro del servicio de urgencias además es un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, para dar prioridad en la atención.
- ❖ **CANALIZACIÓN DE VENA PERIFÉRICA:** Proceso que consiste en la introducción de un catéter o branula en una vena periférica.
- ❖ **REANIMACION CARDIO – PULMONAR:** Proceso en donde se utiliza la combinación de maniobras técnicas para restablecer la función cerebro cardiopulmonar.
- ❖ **INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL:** Es una técnica que consiste en introducir a través de la uretra un catéter ó sonda uretral.

FIGURA Nº 6. PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS



Fuente: Manual de procesos, Fundación Oftalmológica de Santander- Clínica y Centro Médico Carlos Ardila Lülle, FOSCA

TABLA Nº 2. ESTADO ACTUAL DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

PROCESOS	Frecuencia de Realización*	Porcentaje de Realización**	Estado dentro del Manual			Actualizado	
			Completo	Incompleto	No se encuentra	Si	No
Remisión de pacientes	39	0.49 %		X			X
Solicitud del servicio de Ambulancia	48	0.60 %		X			X
Traslado de pctes a Hosp, Cx generado en Urgencias	518	6.58 %		X			X
Triage	4223	53.66		X			X
Reanimación de Pacientes	420	5.33			X		X
Consulta Médica	6138	77.99			X		X
Observación de Pacientes	887	11.27			X		X
Canalización de Vena	930	11.81		X			X
Reanimación Cardio – Pulmonar	200	2.54		X			X
Instalación de Sonda Vesical	125	1.59		X			X
Curación del sitio de inserción de catéter central	62	0.78		X			X
Curaciones	415	5.27		X			X

* Número de usuarios atendidos en el servicio de urgencias en el mes de mayo del 2007.

** Valor base para el calculo del porcentaje de realización es 7870.

- ❖ **CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS:** Consiste en brindar al usuario una excelente atención médica general y pediátrica las 24 horas del día en el servicio de urgencias.
- ❖ **OBSERVACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS:** Se caracteriza por su atención oportuna al usuario para colaborar en su recuperación y disminuyendo la presencia de riesgos.
- ❖ **CURACION DEL SITIO DE INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL:** Consiste en limpiar y desinfectar el sitio de inserción de un catéter central.
- ❖ **CURACIONES:** Proceso por el cual se dejan libre de infecciones, todo aquello que directa o indirectamente tenga contacto con el usuario.
- ❖ **TRASLADO PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA GENERADO EN URGENCIAS:** Proceso por el cual traslada al usuario a hospitalización ó cirugía, dando a conocer su estado y tratamiento realizado en el servicio de urgencias.
- ❖ **REMISION DE PACIENTES:** Consiste en la aplicación de procedimientos administrativos, que permite prestar adecuadamente el servicio de salud al usuario.
- ❖ **SOLICITUD DEL SERVICIO DE AMBULANCIA:** Se caracteriza por el traslado del usuario de la FOSCAL al sitio de destino designado.

5. ANALISIS DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

Para llevar a cabo cada una de las etapas del mejoramiento de procesos en el servicio de urgencias se crearon dos equipos de trabajo, los cuales serán los encargados de realizar las diferentes acciones para la ejecución correcta del programa.

Estos equipos son:

Equipo de mejoramiento de los procesos: Está integrada por la jefe de departamento de enfermería y por la coordinadora del servicio de urgencias de la FOSCAL. Las funciones de este equipo son:

- Liderar el proceso de mejoramiento en el servicio de urgencias de la institución.
- Materializar la necesidad de realizar el programa de mejoramiento dentro del departamento, al realizar el direccionamiento estratégico del mismo.
- Formular los objetivos del proceso de mejoramiento en el departamento de enfermería.
- Dirigir la puesta en marcha de cada una de las fases del programa de mejoramiento y transmitir al personal a su cargo la motivación e información necesaria para llevar a cabo cada una de estas fases.

Equipo Staff de mejoramiento: esta integrado por el personal de departamento de calidad que cumple las siguientes funciones:

- Asesorar y capacitar al equipo de mejoramiento en todo lo relacionado con los procesos (Elaboración de los manuales de procesos administrativos y asistenciales, manejo de los programas a utilizar, instrucción en cuanto a manejo del personal a su cargo para facilitar el mejoramiento, etc.)
- Guiar, promover y facilitar el programa de mejoramiento en el servicio de urgencias.

Los miembros de los equipos de mejoramiento y de manera especial el equipo Staff de mejoramiento deben estar motivados y sentir que al realizar esta tarea no sólo aprenderán algo, sino que también estarán desempeñando una parte esencial de su cargo: manejar los procesos del servicio de urgencias.

Los equipos de mejoramiento deben fijar el esfuerzo del mejoramiento de procesos sobre una base sólida, abordando los siguientes problemas gerenciales:

- ❖ Revisar los planes de ejecución.
- ❖ Trazar los parámetros del programa de mejoramiento para la organización.
- ❖ Definir la estrategia de la empresa y los requerimientos de los clientes.
- ❖ Identificar los procesos críticos de la empresa.
- ❖ Elegir los procesos a los cuales se les aplicarán los conceptos de mejoramiento.
- ❖ Seleccionar a los responsables del proceso.
- ❖ Aprobar los criterios para registrar el programa de mejoramiento.
- ❖ Aprobar los criterios de calificación.

Los equipos de mejoramiento y el equipo staff de mejoramiento, tienen varias decisiones importantes que tomar antes de dar inicio a las actividades de mejoramiento de procesos; por lo tanto es esencial la planeación y tener la documentación adecuada.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estado actual del proceso, no nos permite ver cómo se encuentran los procesos dentro del servicio de urgencias, por tal motivo a través de las reuniones con el equipo de mejoramiento se realiza una clasificación de los servicios de urgencias donde se determina: **(TABLA N° 3)**

- Cuáles de los procesos del servicio de urgencias hacen parte de ***ingreso del usuario, prestación del servicio y/o egreso del usuario.***
- Qué procesos del servicio son administrativos, asistenciales, generales y específicos.
- Y si el proceso determinado, se ejecuta dentro del servicio o no.

De acuerdo al análisis, ninguno de los procesos administrativos y asistenciales del servicio de urgencias de la Clínica Carlos Ardila Lülle se encuentra actualizado, además la información consignada en los manuales de procesos se encuentra incompleta o no se encuentran en él, debido a que su última revisión se realizó en el año de 1999.

También se puede observar cuales son los procesos del servicio de urgencias que tiene una mayor incidencia dentro de éste como es el caso del procesos de triage y consulta médica, estos dos procesos tienen un alto porcentaje de realización dentro del servicio, aunque los procesos de observación de pacientes, canalización de vena y curaciones no tienen ese alto porcentaje de realización, su incidencia dentro del servicio es muy importante para el buen manejo clínico del usuario.

Teniendo en cuenta lo anterior se puede identificar cuales son los procesos críticos del servicio de urgencias, como es el caso del proceso de triage, consulta médica, observación de pacientes, traslado de pacientes a hospitalización generado en urgencias, canalización de vena y curaciones.

Para la ejecución de esta fase es importante aclarar que se debe comenzar por la revisión de los manuales de procedimientos con los que cuenta el servicio de urgencias en ese momento, con el fin de detectar posibles fallas o inconsistencias en los procesos, como consecuencia de su desactualización, ó de incluir en el manual aquellos procesos que son de gran importancia y que aún no han sido documentados. Esta revisión se realiza de manera detallada y contando con la colaboración de la jefe del departamento de enfermería.

TABLA Nº 3. CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

PROCESO	VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS								
	Ingreso del usuario	Prestación del servicio	Egreso del usuario	Generales	Específicos	Administrativo	Asistencial	Se ejecuta dentro del servicio	
								Si	No
Triage	X			X			X	X	
Reanimación de Pacientes		X		X			X	X	
Canalización de Vena		X			X		X	X	
Aspiración de Secreciones		X			X		X		X
Intubación Endotraqueal		X			X		X		X
Reanimación Cardió – Pulmonar		X			X		X	X	
Instalación de Sonda Nasogástrica		X			X		X		X
Instalación de Sonda Vesical		X			X		X	X	
Consulta Médica		X		X			X	X	
Observación de Pacientes		X		X			X	X	
Traslado de ptes a UCI, generado en Urgencias			X		X	X			X
Traslado de ptes a Hosp, Cx generado en Urgencias			X		X	X		X	
Toma de gases arteriales por punción periférica		X			X		X		X
Curación del sitio de inserción de catéter central		X			X		X	X	
Curaciones		X			X		X	X	

**TABLA Nº 3. CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE
(CONTINUACIÓN)**

PROCESO	VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS								
	Ingreso del usuario	Prestación del servicio	Egreso del usuario	Generales	Específicos	Administrativo	Asistencial	Se ejecuta dentro del servicio	
								Si	No
Toma de Exámenes		X		X			X		X
Toma de Conización		X					X		X
Toma de Citoscopia		X					X		X
Toma de electro		X					X		X
Atención de Urgencias Oftalmológicas		X		X			X		X
Remisión de pacientes	X		X	X		X		X	
Solicitud del servicio de Ambulancia			X	X		X		X	

Durante la ejecución de esta etapa se observa:

- Los procesos pertenecientes al servicio de urgencias se clasifican en 4 tipos:
 - Procesos Generales Administrativos y Generales Asistenciales: Aquellos que se emplean a 2 o más servicios de la institución.
 - Procesos Específicos Administrativos y Específicos Asistenciales: Aquellos que se emplean en un solo servicio.
- Para mejorar el manejo integral del paciente tanto en la parte asistencial, la clínica determinó que se incluyeran nuevos procesos específicos, obteniendo así mejores resultados en la calidad y eficiencia del servicio; estos procesos fueron:
 - Plan de cuidados de enfermería.
 - Administración de productos farmacéuticos.
 - Control de líquidos.
 - Cuidado de enfermería al usuario con toracentesis.
 - Cuidado de enfermería al usuario con paracentesis.
 - Inmovilización de usuarios.
 - Cuidados de enfermería al paciente con anticoagulación profiláctica

Ahora los procesos del servicio de urgencias se pueden agrupar en asistenciales y administrativos.

5.1 PROCESOS ASISTENCIALES.

TRIAGE:

Análisis

El triage es un proceso crítico por su alta frecuencia de realización dentro del servicio de urgencias además es un método de selección y clasificación de usuarios, basado en sus requerimientos terapéuticos y en los recursos disponibles, para dar prioridad en la atención.

Dentro de este proceso se encontró que el personal de enfermería encargada de la clasificación del triage no lo realiza de acuerdo a los lineamientos descritos en el manual de

procesos, como tampoco ejecuta las actividades de este a plenitud por desconocimiento de las mismas y por falta de información consignada dentro del manual; además de no llenar totalmente el formato correspondiente al proceso.

Propuesta de mejora

Completar la información consignada en el manual de procesos del servicio de urgencias, dar a conocer a plenitud las actividades registradas en él al personal de enfermería por medio del proceso de socialización.

La jefe del servicio de urgencias debe realizar el seguimiento respectivo al formato del triage verificando el diligenciamiento completo de este.

CANALIZACIÓN DE VENA PERIFÉRICA:

Análisis

Proceso que consiste en la introducción de un catéter o bránula en una vena periférica. Dentro de este proceso se observó que el personal de enfermería realiza la canalización de la vena de diferentes formas, sin tener en cuenta lo indicado en el manual de procesos del servicio de urgencias. Este proceso dentro del manual se encuentra incompleto.

Propuesta de mejora

Unificar y complementar los criterios de desarrollo del proceso en todos los servicios de la institución, teniendo en cuenta los protocolos de referencia para usuarios pediátricos y/o adultos.

REANIMACION CARDÍO – PULMONAR:

Análisis

Proceso importante donde se utiliza la combinación de maniobras y técnicas como masaje cardiaco externo, respiración artificial y la administración de productos farmacéuticos especializados para restablecer la función cerebro cardió - pulmonar. La información consignada dentro del manual se encuentra incompleta y desactualizada.

Propuesta de mejora

De acuerdo a las actividades que se desarrollan en este proceso se ve la necesidad de cambiar su nombre a REANIMACIÓN CEREBRO CARDIÓ – PULMONAR, además se hace necesario su complementación y actualización.

INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL:

Análisis

Es una técnica que consiste en introducir de forma permanente o temporal a través de la uretra un catéter (sonda uretral) que alcanza la vejiga urinaria para favorecer la eliminación de su contenido o bien para estudio, diagnóstico ó administración de medicamentos, etc.

Este proceso es realizado por la auxiliar de enfermería. La información consignada dentro del manual se encuentra incompleta y desactualizada. El personal de enfermería realiza este proceso de varias formas de acuerdo a sus conocimientos y no con respecto a lo consignado dentro del manual.

Propuesta de mejora

El procedimiento de paso de sonda vesical debe ser realizado por dos personas, la enfermera profesional con asistencia del auxiliar de enfermería. De acuerdo a la forma de ejecución del proceso se ve la necesidad de cambiar su nombre a COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL.

Se debe registrar el procedimiento en las notas de enfermería especificando fecha, tipo de sonda, características de la orina, complicaciones, etc. Se hace indispensable marcar con letra clara y legible la fecha de colocación de la bolsa de drenaje para su respectivo control.

CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS:

Análisis

La consulta médica de urgencias es un proceso crítico por su alta frecuencia de realización dentro del servicio de urgencias, se caracteriza por brindar una atención médica general y pediátrica las 24 horas del día, por su alta frecuencia presenta fallas a la hora de realizar las actividades respectivas como el registro completo y legible de la historia clínica, los soportes de la misma para ser entregada luego a facturación. Para realizar la facturación al usuario se

llena el formato de HOJA DE GASTOS del servicio de urgencias, pero este formato no proporciona la suficiente información para realizar la facturación respectiva.

Para realizar el egreso del usuario se debe tener la autorización de salida pero desafortunadamente algunas veces no la puede diligenciar el médico tratante en espera de las ayudas diagnósticas y el paciente debe esperar al médico de turno aumentando así su estancia en el servicio.

Propuesta de mejora

La supervisión del diligenciamiento completo de la historia clínica estará a cargo de la jefa del servicio de urgencias verificando así los diferentes soportes que se utilizan para el desarrollo del proceso. Rediseñar el formato hoja de gastos en el cual se registran los diversos procedimientos que le realizan y/o medicamentos aplicados al usuario.

OBSERVACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS:

Análisis

Este proceso se caracteriza por brindar atención integral y oportuna al paciente para colaborar en su recuperación y disminuyendo la presencia de secuelas. La información consignada dentro del manual se encuentra incompleta y desactualizada. El tiempo máximo de observación del paciente en el servicio de Urgencias es de 6 horas después de las cuales se le debe valorar para definir la conducta a seguir. De acuerdo a su alta frecuencia de realización es considerado un proceso crítico dentro del servicio de urgencias.

Propuesta de mejora

Las historias clínicas de pacientes en observación deben ser revisadas por la enfermera profesional. Cualquier anomalía que se presente durante el desarrollo del proceso debe comunicarse inmediatamente a la persona responsable del área en que sucede el imprevisto y a la persona dueña del proceso.

Cuando se preparan los medicamentos y administran estos al paciente según indicaciones ordenadas por el Médico se debe realizar las pruebas a reacciones de medicamentos.

Registrar los medicamentos suministrados en la Historia Clínica del paciente y en la Hoja de Gastos y hoja de droga al aplicarlos.

CURACIÓN DEL SITIO DE INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL:

Análisis

Limpieza y desinfección que se realiza en sitio de inserción de un catéter central. El cambio de la curación del catéter se realizara según las condiciones del sitio de inserción. . La información consignada dentro del manual se encuentra incompleta y desactualizada.

Propuesta de mejora

De acuerdo a la forma de ejecución del proceso se ve la necesidad de cambiar su nombre a CURACION DE CATETER CENTRAL. Realiza el registro completo del proceso en el formato de notas de enfermería del servicio de urgencias.

CURACIONES:

Análisis

Método por medio del cual se dejan libres de gérmenes, todo aquello que directa o indirectamente tenga contacto con el paciente, Previniendo posibles infecciones donde exista la pérdida de continuidad de la piel, facilitando, además, el proceso de cicatrización y disminuyendo posibles secuelas funcionales y/o estéticas. La información consignada dentro del manual se encuentra incompleta y desactualizada.

Propuesta de mejora

Rotular la curación en forma clara y legible con fecha, hora y responsable de la curación. Realizar el proceso teniendo en cuenta el manejo de las técnicas asépticas de la institución.

5.1.1 Procesos asistenciales nuevos

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Análisis

El plan de cuidados de enfermería es el proceso mediante el cual las enfermeras profesionales determinan las prioridades en la atención, mediante la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución de actividades que aseguren una oportunidad eficaz y efectiva prestación del servicio, conservando ante todo los estándares de calidad de la institución.

ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS:

Análisis

Es el proceso mediante el cual se preparan y administran productos farmacéuticos a los usuarios con fines profilácticos y/o terapéuticos, según prescripción médica utilizando para ello las vías de administración oral, endovenosa, intramuscular, subcutánea, tópica y enteral (gastrostomía o sonda nasoyeyunal).

CONTROL DE LIQUIDOS:

Análisis

Es la medición de los líquidos administrados y eliminados que indican el balance hídrico del paciente en 24 horas.

CUIDADO DE ENFERMERIA AL USUARIO CON TORACENTESIS:

Análisis

Es el proceso por medio del cual se realiza inserción de una aguja, trocar o catéter en la cavidad pleural con el fin de evacuar aire o líquido de la misma, utilizando técnica aséptica.

CUIDADO DE ENFERMERIA AL USUARIO CON PARACENTESIS:

Análisis

La paracentesis es un proceso utilizado para extraer líquido del espacio peritoneal, utilizando una aguja de grueso calibre y un sistema de drenaje cerrado, puede realizarse para obtener muestras que se utilizan para el diagnóstico de afecciones o para la preparación para otros procesos.

INMOVILIZACION DE USUARIOS:

Análisis

La inmovilización es un proceso por medio del cual se trata de disminuir en los usuarios el riesgo de sufrir lesiones accidentales, durante la estancia de los mismos en los diferentes servicios de la institución. Estos factores de riesgo están relacionados directamente con el usuario o con el medio ambiente.

**CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ANTICOAGULACION PROFILACTICA:
Análisis**

Evitar complicaciones tromboembólicas de los pacientes sometidos a reposos en cama.

5.2 PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

**TRASLADO PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA GENERADO EN URGENCIAS:
Análisis**

Dar continuidad al cuidado del paciente al ser trasladado del servicio dando a conocer el estado del paciente, el manejo y el tratamiento realizado en el servicio de Urgencias. Diligenciar la Hoja de Gastos, registrando los gastos ocasionados por el paciente en el servicio de urgencias, dos de las copias son para el servicio que recibe al paciente y la otra para facturación. La información consignada dentro del manual se encuentra incompleta y desactualizada.

Propuesta de mejora

Todo paciente que se traslade a otro servicio debe ser entregado por la Enfermera Profesional al servicio receptor. Registrar en el formato de Notas de Enfermería, las actividades realizadas al paciente con la descripción del estado del paciente y el procedimiento. Registrar las actividades de preparación prequirúrgica realizadas al paciente en las notas de Enfermería

**REMISION DE PACIENTES:
Análisis**

Aplicar el conjunto de normas técnicas y administrativas, que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y el grado de complejidad de los organismos de salud, con la debida oportunidad y eficacia. La información consignada dentro del manual se encuentra incompleta y desactualizada. Se registrar en el libro de remisión el traslado realizado y se diligencia el formato de remisión–contraremisión.

Propuesta de mejora

Otro proceso general que sufrió cambios fue el de Remisión de pacientes, el cual solo se presentaba cuando se remitía un paciente a otro centro de salud pero no se tenía en cuenta cuando llegaba un paciente de un centro de salud a la clínica, por tal motivo el proceso se tuvo que cambiar a Remisión – Contraremisión para que se contemplaran todas las partes de este.

Registrar el motivo por el cual se realiza la remisión-contraremisión en la Historia Clínica. Informa a la enfermera profesional del servicio las condiciones de traslado. Registrar en las notas de enfermería los pasos realizados para la remisión, nombre de personas con quienes se establece comunicación y conducta a seguir.

Registra en el libro de registro de usuarios el destino del paciente, consignando la fecha, hora, nombre de este, motivo de la remisión-contraremisión, médico que la autoriza, entidad receptora y nombre de la persona a quien se le entrega el usuario

SOLICITUD DEL SERVICIO DE AMBULANCIA:

Análisis

Solicitar el servicio de ambulancia a un usuario que requiere ser trasladado de la FOSCAL al sitio de destino según objetivo del traslado. La información consignada dentro del manual se encuentra incompleta y desactualizada. Se diligencia el formato de Solicitud de Servicio de Ambulancia, con la firma del médico tratante del paciente, cuando el servicio requerido es por indicación médica y solicita autorización de la EPS.

Propuesta de mejora

El enfermera jefe del servicio se encargará de verificar el diligenciamiento completo del formato y lo archiva junto a la planilla de servicios, también debe verificar que cuando es un paciente particular tenga la copia del recibo de caja y cuando el servicio lo reconoce la EPS que tenga el formato con el sello de facturación y si es el servicio es autorizado por la FOSCAL el formato tendrá el nombre de la persona que autoriza el traslado.

Confirmar instrucciones e indicaciones del traslado con la enfermera profesional del servicio. Presentar orden de salida al vigilante ó paz y salvo.

5.2.1 Procesos administrativos nuevos

ATENCIÓN DE USUARIOS CAPITADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS:

Análisis

Factura los servicios recibidos por los usuarios que son atendidos en el servicio de urgencias. Este proceso es considerado crítico por su alta incidencia dentro de la prestación del servicio de urgencia y su alta frecuencia de realización.

5.3 PROCESOS ELIMINADOS DEL SERVICIO

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES.

INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL.

Los procesos asistenciales de aspiración de secreciones e intubación endotraqueal fueron revalidados por la clínica y se determinó que estos procesos deberían catalogarse como instructivos para el buen manejo asistencial del usuario en el servicio.

INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA.

TRASLADO DE PCTES A UCI, GENERADO EN URGENCIAS.

TOMA DE GASES ARTERIALES POR PUNCIÓN PERIFÉRICA.

Los procesos asistenciales de instalación de sonda nasogástrica y toma de gases arteriales por punción periférica, al igual que el proceso administrativo traslado de pacientes a UCI generado en urgencias, fueron eliminados del servicio por que el procedimiento a seguir de estos procesos específicos ya no se realiza en el servicio de urgencia.

TOMA DE EXÁMENES.

Se determinó a través de las reuniones con el equipo de mejoramiento y con la aprobación de la división de enfermería de la clínica eliminar el proceso asistencial toma de examen del servicio urgencias por considerarse una urgencia no crítica; además este proceso es realizado por el laboratorio Clínico Higuera Escalante.

ATENCIÓN DE URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS.

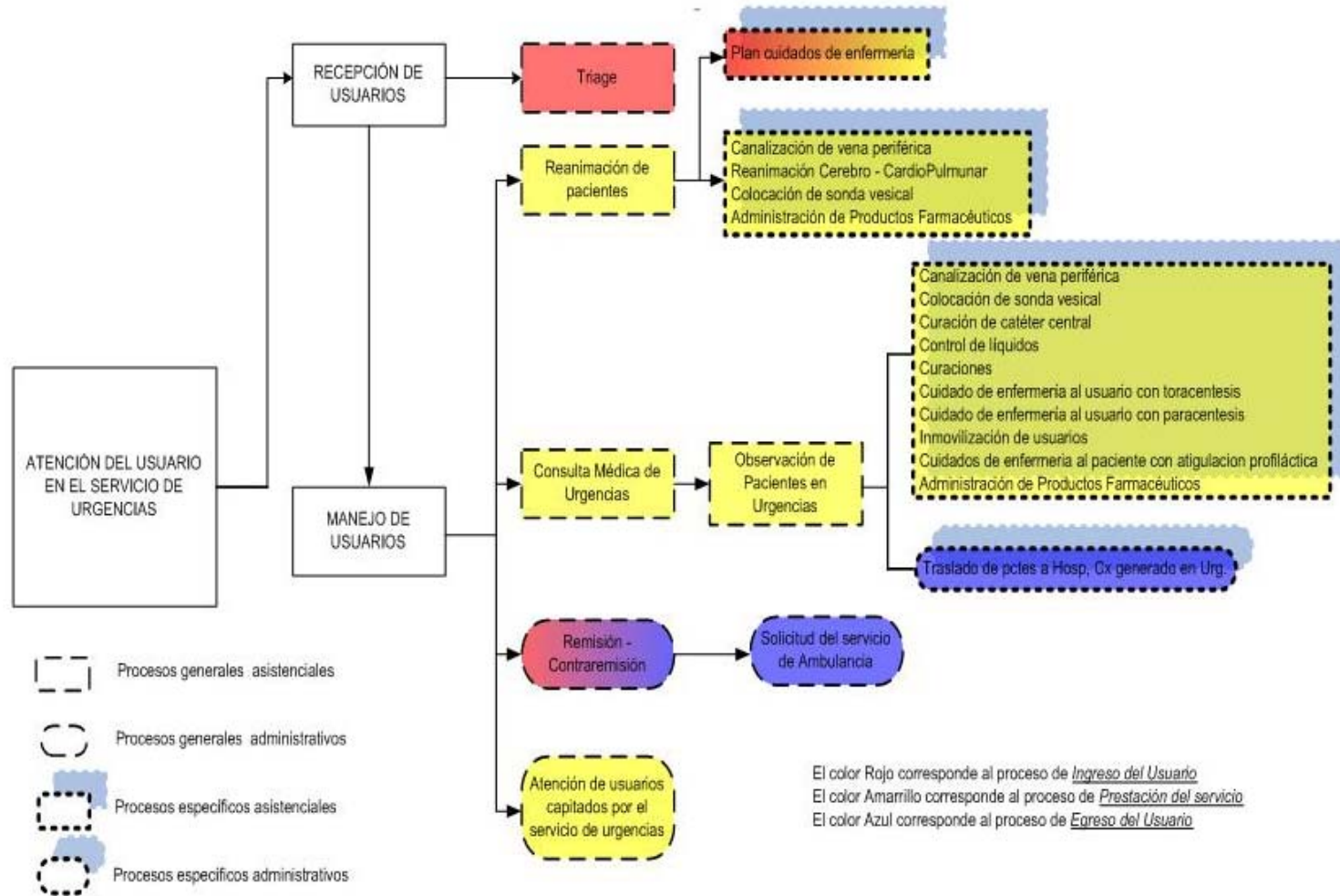
El proceso asistencial de atención de urgencias oftalmológicas también fue eliminado del servicio de urgencias por la clínica y se determinó que se manejara este proceso por consulta externa, logrando así una mejor atención al usuario en la parte oftalmológica con lo último en avances tecnológicos y el mejor personal médico disponible

Debido a la eliminación de algunos de los procesos del servicio de urgencias y a la inclusión de nuevos procesos se vio la necesidad de revisar la secuencia del cliente dentro de cada área y el producto que ofrece el servicio, con fin de identificar los macro procesos, los procesos y finalmente los subprocesos del servicio, para poder organizar los manuales y definir los flujos en pro del cliente y el producto ofrecido; en la **FIGURA N° 7** se define los macro procesos para el servicio de urgencias.

La revisión del manual de procesos existente en el servicio no se había realizado según la periodicidad establecida en el mismo.

Como se puede apreciar al comparar la figura N° 6 y figura N° 7, se percibe que ha habido una importante variedad de cambios en el servicio de urgencias.

FIGURA Nº 7. PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS ACTUALIZADO



6. IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS DE PROCESOS.

La principal importancia de la estandarización para la empresa radica en el adecuado control de costos por concepto de los materiales usados en la realización de los procesos. Por lo tanto la definición clara y veraz de los equipos y materiales a utilizar constituye la piedra angular de la estandarización de los procesos.

Los plazos de implantación contaron con evaluaciones periódicas que permitieron detectar problemas, debilidades y limitaciones e iniciar procesos formales para su corrección a tiempo.

Para la realización de la implementación de los procesos del servicio de urgencias se tuvo en cuenta el estudio realizado para el análisis de los procesos de la clínica; además se definió el criterio de priorización a través de las reuniones con el equipo de mejoramiento.

En el servicio de urgencias permanece el manual de procesos correspondiente y contiene los flujogramas y la descripción de todos los procesos del servicio. El manual cumple la función de contribuir en el desempeño del trabajo diario sirviendo como guía para el cumplimiento de las normas y estándares a las cuales se debe conducir, además de ser una herramienta de trabajo por su constante consulta. **(VER ANEXO N° 4)**

Además, el personal de enfermería puede acceder a la información sobre los manuales de procesos a través de los servicios que ofrece la red interna (intranet), con la que cuentan los computadores de la institución, por medio de la cual la persona interesada puede establecer comunicación con el departamento de calidad.

El criterio de priorización que se utiliza para llevar a cabo la estandarización e implantación de los procesos es el siguiente:

6.1 PROCESOS ASISTENCIALES

Se inicia con los procesos de tipo general ya que éstos son los de mayor importancia para el servicio de urgencias, por que:

- ❖ Se presenta gran diversidad en la forma de realización de éstos en el servicio de urgencias.
- ❖ La frecuencia de ejecución de éstos es alta, constituyéndose en vitales para la institución.
- ❖ Son relevantes para poder garantizar la calidad en el servicio prestado.

La estandarización se lleva a cabo mediante reuniones realizadas en el departamento de enfermería, a las cuales asisten los equipos de mejoramiento de los procesos y el equipo staff de mejoramiento.

En las reuniones entre los equipos se comienza a elaborar un nuevo flujograma para los procesos en estudio teniendo en cuenta que las actividades que se vayan registrando y su secuencia correspondan a la forma correcta de realizar el proceso en el servicio.

Luego de haber definido en forma clara y precisa la secuencia de actividades de los nuevos procesos estandarizados, se procede a describir sus actividades. Es en este momento, en el cual, se deben definir las variaciones que se presentan, registrándolas en el formato de descripción del proceso del manual correspondiente, si las hubo, teniendo en cuenta que en el etapa de la implantación se debe explicar como quedó definida la ejecución de la actividad en el servicio.

Es importante tener en cuenta en todo el proceso de estandarización que la institución cuenta con comités como: el comité de infecciones y el de manejo técnicas asépticas, quienes definen unas normas que deben ser cumplidas por los procesos.

El equipo staff de mejoramiento, asesoró durante la estandarización al equipo de mejoramiento, con el fin de brindar apoyo en la correcta elaboración de un proceso estándar y su revisión posterior, evitando así posibles inconsistencias en el nivel de calidad que deben garantizar los procesos tanto para los clientes externos, como para los clientes internos de la institución.

La división de enfermería determinó que los procesos asistenciales seleccionados para realizar una primera estandarización y posteriormente implantar, fueron:

- ❖ **TRIAGE:** Para la estandarización de este proceso se completó la información consignada dentro del manual de procesos del servicio a través de la reuniones con el equipo de mejoramiento, dentro de estas reuniones se redefinieron las actividades que se realizan en este proceso, también se determinó los responsables del seguimiento del formato del

proceso y su revisión. Para este seguimiento se determinó que la jefe del servicio supervisara las anomalías que se encuentren.

- ❖ **CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS:** Con el equipo de mejoramiento se determinó que la jefe del servicio de urgencias es la responsable del seguimiento y supervisión de este proceso; teniendo en cuenta los procedimientos que se solicitan y/o algunos medicamentos que son suministrados al usuario se modifica el formato de hoja de gastos con el fin de realizar la respectiva cuenta de cobro en la facturación.
- ❖ **OBSERVACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS:** Se redefine las actividades que se realizan en la ejecución de este proceso, dentro de estas actividades tenemos la realización de la prueba a reacciones de medicamentos la cual se ejecuta antes de la aplicación de algún medicamento al usuario con el fin de evitar alguna complicación médica. Dentro de las reuniones con el equipo de mejoramiento se determinó que la enfermera debe consignar todos los medicamentos aplicados durante la estadía del usuario dentro del servicio, evitando así problemas al diagnosticar nuevamente el usuario por parte del personal médico.

La selección de los anteriores procesos se debió principalmente a su alta frecuencia de ejecución dentro del servicio de urgencias. Luego se inició el proceso de implementación con el resto de procesos generales que se manejan en el servicio de urgencias.

En la jefatura del departamento de enfermería se hizo entrega del proceso general estandarizado en forma escrita para ser incluido en cada uno de los manuales del servicio, en el cual se incluye la representación gráfica o diagrama del proceso, la descripción de la ejecución, los materiales utilizados, los formatos diligenciados en cada una de las actividades, las políticas, las recomendaciones, los encargados de efectuar la auditoria y seguimiento al proceso.

Una vez realizada la estandarización de los procesos de tipo general se procede a continuar con los procesos específicos del servicio. Esta etapa se lleva a cabo mediante reuniones entre la coordinadora y la enfermera jefe del servicio.

Los procesos específicos seleccionados para realizar una primera estandarización y posteriormente implantar de acuerdo a las necesidades de la división de enfermería fueron:

- ❖ **CURACIONES:** La jefe del servicio con ayuda de las enfermeras profesionales supervisan el manejo de las técnicas asépticas utilizadas por la institución, esto se hizo a través de la capacitación correspondiente. Con el equipo de mejoramiento se estableció que dentro de las actividades realizadas dentro de este proceso se rotulara la curación realizada en forma clara y legible con fecha, hora y responsable

- ❖ **CUIDADO DE ENFERMERIA AL USUARIO CON PARACENTESIS:** Dentro del manual de procesos se incorporó la información obtenida en las reuniones con el equipo de mejoramiento sobre este proceso teniendo en cuenta el manejo de las técnicas asépticas de la institución, se determinan las actividades que se desarrollan.

- ❖ **CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ANTICOAGULACION PROFILACTICA:** Se recopiló la información pertinente acerca de los cuidados de enfermería al usuario y se consigno dentro del manual de procesos con sus respectivas actividades y requisitos necesario para el desarrollo este proceso.

Esta selección se debe también a la alta frecuencia de ejecución de estos dentro del servicio de urgencias. Después de esta implementación se trabajó con el resto de procesos específicos del servicio de urgencias.

En las reuniones entre la coordinadora y la jefe del servicio se presenta el proceso a estandarizar y se analiza la documentación que tiene el proceso en el manual de procedimientos.

Una vez analizado el proceso, se realiza las modificaciones pertinentes en el flujograma y en el formato de descripción del proceso, definiéndose así el estándar.

6.2 PROCESOS ADMINISTRATIVOS

Los procesos administrativos seleccionados para realizar una primera estandarización y posteriormente implantar fueron:

- ❖ **REMISION – CONTRAREMISION:** Se incluyeron las actividades correspondientes a la contra – remisión, la cual incluye el registro de este en la historia clínica del usuario, el diligenciamiento de las notas de enfermería especificando el motivo y el responsable de la remisión.

- ❖ **ATENCIÓN DE USUARIOS CAPITADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS:** Se realizó la inclusión de este importante proceso dentro del manual de procesos del servicio de urgencias teniendo en cuenta los requisitos de las diferentes EPS para la facturación de los servicios aplicados al usuario.
- ❖ **SOLICITUD DEL SERVICIO DE AMBULANCIA:** Para la correcta ejecución de este proceso se instauraron los diversos requerimientos de verificación de la EPS y la autorización de salida por parte del personal de la FOSCAL, también se modifica su formato para incluir todos estos nuevos requerimientos.
- ❖ **TRASLADO PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA GENERADO EN URGENCIAS:** Dentro de las actividades que se realizan en el proceso se incluyó el diligenciamiento del formato de notas de enfermería especificando el estado de salud del usuario y se completó la información de los requerimientos de este.

La forma de implantación la realiza la coordinadora del servicio en las reuniones del servicio primario que se organizan mensualmente en el servicio, haciendo uso del manual de procedimientos y de diapositivas en las que se presenta el flujo grama del proceso a implantar. Luego se procede a definir las políticas, recomendaciones, responsables y dueños de los procesos. También se definen los formatos utilizados en la ejecución de estos procesos, cada uno de los cuales deben contar con su respectiva ficha técnica en la cual se explica detalladamente la forma correcta de diligenciamiento. El proceso se deja expuesto en la cartelera del servicio durante el mes de la implantación con el objeto de que el personal lo analice y estudie para la correcta ejecución de éste. Finalizado esta primera implementación se trabajan con el resto de procesos del servicio de urgencias para luego implantarlos

6.3 DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS

Los procesos estandarizados se documentan con el fin de elaborar un manual de procedimientos tanto de servicios administrativos como asistenciales, los cuales sirven de guía para la correcta ejecución de actividades y tareas, evitando la improvisación en las labores y en la orientación del personal nuevo, además facilitará la supervisión y proporcionará información acerca del desempeño de los procesos.

También se elabora un manual para el diligenciamiento de formatos en el servicio de urgencias y su relación con otras dependencias o áreas de salud de la clínica.

Se evalúan y se analizan, los procedimientos actuales y los formatos utilizados, con el propósito de detectar los puntos donde se pueden realizar mejoras o reestructuraciones correspondientes tanto de los procesos del servicio de urgencias como de los formatos. Una vez analizado el flujograma inicial, se procede a diligenciar el “Formato de Descripción del Proceso”, con el fin de definir los principios que rigen dicho proceso.

Dentro del manual del servicio de urgencias se encuentra la hoja de vida del formato de descripción del proceso el cual se describe a continuación: **Ver FIGURA Nº 8 y FIGURA 9.**

Políticas: son las normas o parámetros de la institución que rigen cada proceso o procedimiento.

Propósito: es el objetivo o razón de ser del proceso.

Alcance: son los resultados esperados con la realización del proceso, procedimiento u objetivos complementarios al propósito fundamental.

Responsabilidades: define las personas que interactúan y de las cuales depende la realización del proceso.

Definiciones: se aclaran los términos utilizados dentro del proceso.

Formato: identifica los formatos que se utilizan en la realización del proceso.

Seguimiento: establece a quien le corresponde las funciones de seguimiento y evaluación de los procesos una vez se estandaricen e implanten.


Auditoria: define quien realiza la auditoria desde el punto de vista de evaluación de los resultados y las acciones correctivas que se tomaron.

Recomendaciones: son las sugerencias y apoyos que se deben tener en cuenta para el correcto desarrollo de los procesos. También se dan indicaciones en caso de que ocurran anomalías en el desarrollo de los mismos.

Descripción de las actividades: explica en forma detallada cada una de las actividades que se realizan en el desarrollo del proceso siguiendo la numeración que se asigna a cada una de éstas en el flujo grama.

Dichas actividades se organizan en forma secuencial, definiendo en cada una la persona responsable de la realización de la misma e indicando los formatos que se deben diligenciar.

FIGURA Nº 8. FORMATO DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

	MANUAL DE PROCESOS	FUNDACION OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER		Código
		CLINICA CARLOS ARDILA LULLE		Hoja
DEPARTAMENTO:		SECCIÓN:		
ELABORADO POR:		FECHA ELABORADO:		
REVISIÓN Nº:		FECHA ÚLTIMA REVISION:		
RESPONSABLE DEL PROCESO:				
PROCESO:				
POLITCAS				
PROPOSITO DEL PROCESO:				
ALCANCE:				
RESPONSABILIDADES:				
DEFINICION:				
FORMATO:				
SEGUIMIENTO:				
AUDITORIA:				
RECOMENDACIONES:				

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO

ACTIVIDAD No.	PERSONAS RESPONSABLE	DOCUMENTO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	CONTROL

Fuente: Manual de procesos, Fundación Oftalmológica de Santander- Clínica y Centro Médico Carlos Ardila Lülle, FOSCAL

FIGURA Nº 9. GUIA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

 <p>FOSCAL</p>	<p>MANUAL DE PROCESOS</p>	<p>FUNDACION OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER</p> <p>CLINICA CARLOS ARDILA LULLE</p>	<p>Código No diligenciar</p> <p>Hoja Registrar en número la cantidad de hojas utilizadas</p>	
<p>DEPARTAMENTO: Registrar el nombre del departamento al cual pertenece el proceso que estamos documentado.</p>		<p>SECCIÓN: Registrar el nombre de la sección al cual pertenece el proceso que esta documentado</p>		
<p>ELABORADO POR: Registrar el nombre o grupo quién documento el proceso</p>		<p>FECHA ELABORADO: Registrar en número el día, mes y año en el que se documento el proceso</p>		
<p>REVISIÓN Nº: Registrar en número el orden de revisión a la que corresponda</p>		<p>FECHA ÚLTIMA REVISION: Registrar en número el día, mes y año de la última revisión.</p>		
<p>RESPONSABLE DEL PROCESO: Registrar el nombre del cargo de la persona responsable del proceso</p>				
<p>PROCESO: Registrar el nombre del proceso que esta relacionado</p>				
<p>POLITCAS Registrar las políticas o normas que van a regir el proceso.</p> <p>PROPOSITO DEL PROCESO: Registrar los objetivos o razón de ser del proceso.</p> <p>ALCANCE: Registrar que se quiere conseguir con el proceso.</p> <p>RESPONSABILIDADES: Registrar quienes y cuales son las responsabilidades de los participantes del proceso.</p> <p>DEFINICION: Registrar las palabras utilizadas en el proceso que requiere unificar el significado que se le quiere dar dentro de las actividades del proceso.</p> <p>FORMATO: Registrar el nombre de los formatos que son utilizados y/o diligenciados en el desarrollo del proceso.</p> <p>SEGUIMIENTO: Registrar la periodicidad con que se va a revisar el proceso</p> <p>AUDITORIA: No se diligencia.</p> <p>RECOMENDACIONES: Registrar las recomendaciones importantes a las que deben tener en cuenta los responsables de realizar las actividades del proceso.</p>				
DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO				
ACTIVIDAD No.	PERSONAS RESPONSABLE	DOCUMENTO NECESARIO	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	CONTROL
Registrar en número el orden de secuencia	Registrar el nombre del cargo de la persona que realiza la actividad o tarea	Registrar el nombre del formato por consultar o por diligenciar en esta actividad o tarea	Registrar en forma detallada, secuencial y clara como se realiza la actividad o tarea a la que se refiere	No diligenciar

Fuente: Manual de procesos, Fundación Oftalmológica de Santander- Clínica y Centro Médico Carlos Ardila Lülle, FOSCAL

Una vez analizado esta hoja de vida con el equipo de mejoramiento se decidió realizar los ajustes respectivos para la estandarización de los nuevos procesos; la nueva hoja de vida del formato de descripción del proceso es la siguiente: Ver **FIGURA Nº 10 y FIGURA 11**.

Definiciones: se aclaran los términos utilizados dentro del proceso.

Alcance: son los resultados esperados con la realización del proceso, procedimiento u objetivos complementarios al propósito fundamental.

Indicaciones: son los parámetros o guías tenidos en cuenta para el desarrollo del proceso.

Contraindicaciones: son los problemas que ocurren al realizar los procedimientos de una forma errónea.

Complicaciones: son los diferentes problemas o situaciones médico asistenciales que se presentan al desarrollar el proceso.

Insumos requeridos: son todos los elementos, material y equipo quirúrgico utilizados durante el proceso.

Políticas: son las normas o parámetros de la institución que rigen cada proceso o procedimiento

Recomendaciones: son las sugerencias y apoyos que se deben tener en cuenta para el correcto desarrollo de los procesos. También se dan indicaciones en caso de que ocurran anomalías en el desarrollo de los mismos.

Descripción de las actividades: explica en forma detallada cada una de las actividades que se realizan en el desarrollo del proceso siguiendo la numeración que se asigna a cada una de éstas en el flujograma.

Dichas actividades se organizan en forma secuencial, definiendo en cada una la persona responsable de la realización de la misma e indicando los formatos que se deben diligenciar.

Al definir los anteriores ítems se da respuesta a las 5W's – 1 H a las que debe expresar todo proceso:

TABLA Nº 4. 5W'S – 1 H EN LOS PROCESOS

Qué	Quién	Por Qué	Cuándo	Dónde	Cómo
Es el proceso en sí, se define por medio del Flujo grama	Son las personas responsables de la realización del proceso	Es el propósito y el alcance del proceso	Los procesos de tipo asistencial se realizan cada vez que se presente un usuario que lo requiera	Dentro del servicio de urgencias de la institución	En la descripción de actividades se explica como se realiza cada una de las actividades del proceso. Además se complementa con los demás ítems que se incluyen en el formato de descripción del proceso

FIGURA Nº 10. FORMATO DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO



 <p>FOSCAL</p>	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS PROCESO:			Código	
					Hojas 2 de 2
DIRECCION:		DIVISION:	DEPARTAMENTO:	SERVICIO:	
COORDINACIÓN:		RESPONSABLE:		VERSIÓN:	
DEFINICIONES ALCANCE INDICACIONES CONTRAINDICACIONES COMPLICACIONES INSUMOS REQUERIDOS POLÍTICAS RECOMENDACIONES					
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES		
ELABORADO POR:		REVISADO POR:		APROBADO POR:	
FECHA DE ELABORACIÓN:		FECHA DE REVISIÓN:		FECHA DE APROBACIÓN:	

FIGURA N° 11. GUIA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DESCRIPCION DEL PROCESO

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS PROCESO: Registrar el nombre del proceso que esta relacionando			Código: No diligenciar Hojas: Registrar en número la cantidad de hojas utilizadas
	DIRECCION: Registrar el nombre de la dirección al cual pertenece el proceso que estamos documentado	DIVISION: Registrar el nombre de la división administrativa a la cual pertenece el proceso que estamos documentado	DEPARTAMENTO: Registrar el nombre del departamento al cual pertenece el proceso que estamos documentado	SERVICIO: Registrar el nombre del área al pertenece el proceso que estamos documentado
COORDINACIÓN: Registrar el nombre de la coordinación médica a la cual pertenece el proceso que estamos documentado	RESPONSABLE: Registrar el nombre del cargo de la persona responsable del proceso	VERSIÓN: Registrar la versión del proceso actual		
DEFINICIONES Registrar las palabras utilizadas en el proceso que requieren unificar el significado que se le quiere dar dentro de las actividades del proceso. ALCANCE Registrar que se quiere conseguir con el proceso. Resultados esperados. INDICACIONES Registrar parámetros tenidos en cuenta para el desarrollo del proceso. CONTRAINDICACIONES Registrar los parámetros que puedan interferir con el buen desarrollo del proceso. COMPLICACIONES Registrar los diferentes percances o anomalías cuando se realiza el proceso. INSUMOS REQUERIDOS Registrar los diferentes equipos o instrumental médico que se utilizan en el proceso. POLÍTICAS Registrar las políticas o normas que van a regir el proceso. RECOMENDACIONES Registrar las recomendaciones importantes a las que deben tener en cuenta los responsables de realizar las actividades del proceso.				
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	
Registrar en número el orden de secuencia de la actividad.	Registrar el nombre a cargo de la persona que realiza la actividad o tarea.	Registrar el nombre del formato por consultar o por diligenciar en esta actividad.	Registrar en forma detallada, secuencial y clara como se realiza la actividad o tarea a la que se refiere.	
ELABORADO POR: Registrar el nombre o el grupo de quien documento el proceso FECHA DE ELABORACIÓN: Registrar en número el día, mes y año la fecha de la elaboración del proceso		REVISADO POR: Registrar el nombre o el grupo de quien reviso la documentación del proceso. FECHA DE REVISIÓN: Registrar en número el día, mes y año la fecha de la última revisión	APROBADO POR: Registrar el nombre o el grupo de quien aprobó el proceso FECHA DE APROBACIÓN: Registrar en número el día, mes y año de la fecha de aprobación del proceso	

6.3.1 Codificación de los manuales

La nomenclatura utilizada para codificar los manuales de procesos tiene 7 dígitos que corresponde a:

Indica la subdirección a la cual pertenece el proceso. Por ejemplo:

- **M** Subdirección Médica
- **A** Subdirección Administrativa

Corresponde al departamento dentro de esa subdirección. Por ejemplo:

- **E** Departamento de Enfermería
- **A** Admisiones

Identifica el tipo de proceso.

- **G** Proceso de tipo general
- **E** Proceso de tipo específico

Identifica el servicio o área dentro del departamento al cual pertenece el proceso. En el caso del departamento de enfermería:

- 0** Todos los servicios
- 1** Hospitalización
- 2** Cirugía
- 3** Oftalmología
- 4** Unidad de cuidado intensivo adulto
- 5** Unidad de cuidado intensivo pediátrico
- 6** Urgencias
- 7** Centro de cáncer

Identifica el área o sección dentro del servicio:

En cirugía

- 0** Salas de cirugía
- 1** Unidad de cuidados Post- Anestésicos
- 2** Cirugía ambulatoria
- 3** Central de Esterilización

Para una mejor interpretación de la codificación presentada, se muestra el siguiente ejemplo:

MEE 7001 Consulta médica de urgencias.

MEE 7007 Triage.

MEE 7004 Observación de pacientes en urgencias.

MEE 7010 Atención de usuarios capitados por el servicio de urgencias

MEE 7011 Remisión – Contraremisión.

MEE 7012 Solicitud del servicio de ambulancia.

7. DESARROLLO DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN Y SOCIALIZACIÓN.

Al comprender los diferentes procesos administrativos y asistenciales de la clínica, se hace necesario desarrollar una metodología que se adapte a las necesidades propias de la organización, para que contribuyan de una forma significativa al mejoramiento del servicio de urgencias.

Se capacitó a los empleados que forman parte del proceso, para que valoren la importancia de las actividades que realizan, además de conocer sus sugerencias y propuestas de mejora a los procesos y al diligenciamientos de los formatos del servicio de urgencias; el desarrollo de la capacitación se realizó después del mejoramiento de los procesos administrativos y asistenciales del servicio de urgencias, teniendo en cuenta los resultados obtenidos por los indicadores planteados en el proyecto.

Una vez se programó el trabajo se inició la capacitación en cuanto al programa de mejoramiento de los procesos por parte del ejecutor del proyecto y del equipo de mejoramiento. La fecha de inicio del programa fue el 27 de agosto del 2007 y tuvo una duración de 11 semanas: **VER TABLA Nº 5.**

Dentro de este programa de capacitación incluyó:

- La definición de los conceptos básicos utilizados en el desarrollo de dicho programa: lo que es un sistema, un proceso, una actividad, clientes, proveedores, etc.
- La demarcación sobre la utilidad de los procesos dentro de una organización y la importancia de su mejoramiento.
- La instrucción sobre la forma de identificación los procesos dentro del área dependiendo de los servicios que se ofrezcan.
- El aprendizaje sobre el diseño de un proceso: definir el inicio y el fin de cada proceso, identificar los clientes tanto internos como externos y los proveedores para cada proceso,

TABLA Nº 5. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.

ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLES	DURACIÓN - SEMANAS												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Planeación del programa de capacitación	Introducción al programa de mejoramiento de procesos.	Líder del programa	■												
	Definición las herramientas didácticas para la capacitación del personal de enfermería.	Líder del programa y equipo de mejoramiento		■											
	Elaboración de la documentación para la capacitación del personal de enfermería.	Líder del programa			■										
	Elaboración de la documentación para el diseño de un proceso.	Líder del programa				■									
Implementación del programa de capacitación	Definición de los conceptos básicos utilizados para el desarrollo del mejoramiento de procesos.	Líder del programa					■								
	Realización del proceso de inducción al mejoramiento de procesos.	Líder del programa y equipo de mejoramiento					■	■	■						
	Sensibilización al personal de enfermería.	Líder del programa y equipo de mejoramiento							■	■	■				
Revisión de programa de capacitación	Evaluación de los resultados obtenidos mediante la utilización de los indicadores de gestión.	Líder del programa										■	■	■	

- enumerar consecutivamente las actividades de los procesos identificados y forma de documentación de los mismos.
- La simbología utilizada en el flujograma de los procesos.

La forma de realizar la capacitación fue por medio de charlas con el personal a instruir, haciendo uso de medios audiovisuales y dinámicas de grupo; se promovió inicialmente con los equipos de mejoramiento de los procesos ya que son ellos los que lideran el programa de mejoramiento en el departamento.

8. DISEÑO DE INDICADORES DE GESTION.

Al iniciar el proyecto, la clínica cuenta con los siguientes indicadores de gestión, **TABLA N° 6**, pero como se puede observar el objetivo de estos indicadores es brindar al usuario la atención médica requerida según su estado de salud de manera oportuna, confiable y segura; aún cuando estos indicadores sean importantes para el desempeño del servicio de urgencias, realmente no pueden medir el desempeño de los procesos que se manejan dentro del servicio por tal motivo se vió la necesidad de crear unos indicadores de gestión que permitiría evaluar el desempeño de realización, implantación y ejecución de los procesos del servicio de urgencias de la clínica.

8.1 GENERALIDADES DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN

Teniendo una mayor perspectiva de los procesos administrativos y asistenciales de la sección de urgencias de la clínica, se procedió a diseñar los indicadores para el control y evaluación de la eficiencia, efectividad y eficacia del servicio de urgencias.

Se proponen 6 indicadores para medir y controlar los procesos del servicio de urgencias, a los cuales se les diseña una ficha técnica con el objeto de analizar la utilidad de cada uno en relación a los objetivos propuestos en la medición. Los indicadores fueron:

1. Índice de cumplimiento de protocolo de manejo (lista de chequeo)
2. Índice de frecuencias del proceso.
3. Índice de infecciones hospitalarias, intrahospitalarias o nosomiales.
4. Porcentaje de quejas pacientes-médico.
5. Índice de capacitación.
6. Índice de cumplimiento de responsabilidades del proceso.

Dentro del servicio de urgencias la fuente de datos para realizar el diseño de indicadores de gestión fue obtenida de la coordinación del servicio; el tiempo que se manejó para ejecutar y analizar cada indicador fue inicialmente de un mes, hasta que se consideró que el proceso estuviera bajo control o hasta que se estableciera una prioridad en el mejoramiento de los procesos, esto es cuando se cumple la meta esperada. Una vez bajo control se hará el monitoreo anualmente. El responsable del sistema de indicadores es la coordinación de servicio de urgencias.

TABLA N° 6. INDICADORES DE GESTION DE LA CLÍNICA.

PROCESO	OBJETIVO	PARÁMETRO A CONTROLAR	PROC. CALCULO	UNIDAD	FRECUENCIA	SENTIDO	META	FUENTES DE INFORMACIÓN
PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN URGENCIAS	Brindar al usuario la atención médica requerida según su estado de salud de manera oportuna, confiable y segura.	Reingresos	(N° Usuarios que consultan nuevamente en menos de 24 horas * el mismo Dx / Total usuarios atendidos en el mes) * 100	%	Mensual	-	<= 5%	Hoja de Admisiones (Reingresos), Historia clínica de urgencias
		Tiempo en observación	(N° Usuarios que duraron en observación menos 8 horas) / N° Usuarios de la muestra que estuvieron en observación) * 100 Tiempo de cada paciente sobre el	%	Mensual	-	8 Horas / 80 % promedio < 12 horas	Registro de mediciones
		Oportunidad	(N° Usuarios atendidos oportunamente / Total usuarios atendidos) * 100	%	Según programa de medición	+	>=80%	Registro de mediciones
		Índice de satisfacción	% Usuarios que califican satisfacción con el servicio	%	Trimestral	+	>= 85%	Encuestas

PROCESO	OBJETIVO	PARÁMETRO A CONTROLAR	PROC. CALCULO	UNIDAD	FRECUENCIA	SENTIDO	META	FUENTES DE INFORMACIÓN
	Realizar Planeación en el proceso de urgencias	Total de consultas Mensuales	N° de Consultas realizadas en el mes	#	Mensual			Estadísticas
		Total de Usuarios Fallecidos	N° de Usuarios Fallecidos en el mes	#	Mensual	-		Estadísticas

Fuente: Plan del sistema de gestión de la calidad, Fundación Oftalmológica de Santander- Clínica y Centro Médico Carlos Ardila Lülle, FOSCAL, 2004.

8.1.1 Estructura del sistema de indicadores

En las **Tablas Nº 7** a la **Tabla Nº 12**, se encuentran las hojas metodológicas de los indicadores propuestos; En reuniones con la coordinadora del servicio de urgencias, se analizó la factibilidad de la aplicación de cada uno de éstos indicadores de gestión para la evaluación de la correcta aplicación de los procesos estandarizados. Es importante aclarar que la medición de cualquier indicador está a cargo de las coordinadoras del servicio o las enfermeras profesionales que presenten un grado de autoridad mayor dentro del mismo.

TABLA Nº 7 Hoja metodológica del indicador – Índice de cumplimiento de protocolo de manejo

HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR		
1	Nombre del indicador	Índice de cumplimiento de protocolo de manejo
2	Objetivo o finalidad del indicador	Determinar si el personal de enfermería esta llevando a cabo las actividades de los procesos de manera correcta. Establecer la frecuencia de ejecución del proceso.
3	Fórmula o forma de cálculo del indicador	$(\# \text{ De usuarios en quienes se cumplió el protocolo de manejo de una patología en el periodo } * 100) / (\# \text{ Total de usuarios que consultaron por esa patología en el periodo})$
4	Variables que intervienen para construir el indicador	a. Usuarios a quienes se cumplió el protocolo de manejo de una patología en el mes. b. Total de usuarios atendidos por esa patología en el mes.
5	Fuentes de información	Coordinación del servicio
6	Unidad de medida	Porcentaje (%)
7	Meta del indicador	100 %
8	Interpretación del indicador	Se interpreta como el porcentaje de usuarios sobre los cuales se cumplió correctamente el protocolo establecido, durante la aplicación del proceso en un periodo determinado. La interpretación de la aplicación correcta del protocolo se hace con base en el cumplimiento de unos ítems de control previamente establecidos. Ítems de control: <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la técnica aséptica. • Normas de Bioseguridad. • Preparación del equipo adecuado. • Diligenciamiento de los registro de enfermería. • Actuación de los responsables del proceso.
9	Fecha de elaboración del indicador	Septiembre 1 del 2007
10	Fecha de revisión y/o ajuste	Septiembre 15 del 2007
11	Periodicidad	Mensual

TABLA N° 8 Hoja metodológica del indicador – Índice de frecuencias del proceso.

HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR		
1	Nombre del indicador	Índice de frecuencias del proceso.
2	Objetivo o finalidad del indicador	Determinar la repetitividad del proceso con relación al número de usuarios. Establecer una prioridad en el mejoramiento de los procesos; iniciando por los más repetitivos.
3	Fórmula o forma de cálculo del indicador	$(\# \text{ De usuarios a los que se le realizo un proceso en el periodo } * 100) / (\# \text{ Total de usuarios a quienes se les realizo el proceso})$
4	Variables que intervienen para construir el indicador	a. Usuarios a los que se realizo un proceso en el mes. b. Total de usuarios a quienes se realizaron los procesos en el mes.
5	Fuentes de información	Coordinación del servicio
6	Unidad de medida	Porcentaje (%)
7	Meta del indicador	Los procesos que obtengan porcentajes iguales o superiores al 50% son considerados repetitivos.
8	Interpretación del indicador	Se interpreta como el porcentaje de usuarios a los que se les realizo un proceso determinado en un periodo dado.
9	Fecha de elaboración del indicador	Septiembre 1 del 2007
10	Fecha de revisión y/o ajuste	Septiembre 15 del 2007
11	Periodicidad	Mensual

TABLA Nº 9 Hoja metodológica del indicador – Índice de infecciones hospitalarias, intra hospitalarias o nosocomiales.

HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR		
1	Nombre del indicador	Índice de infecciones hospitalarias, intra hospitalarias o nosocomiales.
2	Objetivo o finalidad del indicador	Determinar la generación de infecciones en los usuarios, como consecuencia de deficiencias en el manejo hospitalario e intra hospitalario. Establecer el impacto que tiene el mejoramiento de los procesos, sobre las infecciones que se dan en la institución.
3	Fórmula o forma de cálculo del indicador	$(\# \text{ De infecciones presentadas por manejos inadecuados durante el periodo} * 100) / (\# \text{ Total de procesos presentados en el periodo})$
4	Variables que intervienen para construir el indicador	a. Número de infecciones presentadas por manejos inadecuados en el mes. b. Total de procesos presentados en el mes.
5	Fuentes de información	Coordinación del servicio
6	Unidad de medida	Porcentaje (%)
7	Meta del indicador	La meta es reducir el valor de este índice a un mínimo, cercano a cero
8	Interpretación del indicador	Se interpreta como el porcentaje de infecciones desarrolladas, durante el tiempo de Hospitalización, pues no se estaban incubando, ni existía evidencia clínica o paraclínica en el momento de la admisión. Dentro de este porcentaje también se incluyen aquellas infecciones que se hacen evidentes luego de la salida de la institución, pero que están directamente relacionadas con procedimientos o tratamientos llevados a cabo durante la hospitalización, en un periodo de tiempo determinado.
9	Fecha de elaboración del indicador	Septiembre 1 del 2007
10	Fecha de revisión y/o ajuste	Septiembre 15 del 2007
11	Periodicidad	Mensual

TABLA Nº 10 Hoja metodológica del indicador – Porcentaje de quejas pacientes-médico

HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR		
1	Nombre del indicador	Porcentaje de quejas pacientes-médico
2	Objetivo o finalidad del indicador	Determinar el grado de no satisfacción de los usuarios con respecto a la atención recibida por parte del personal de enfermería. Determinar la calidad del servicio que ofrece el personal de enfermería a los usuarios y médicos.
3	Fórmula o forma de cálculo del indicador	# De quejas presentadas en un periodo de tiempo determinado
4	VARIABLES QUE INTERVIENEN PARA CONSTRUIR EL INDICADOR	Número de quejas presentadas en el mes
5	Fuentes de información	Coordinación del servicio
6	Unidad de medida	Número
7	Meta del indicador	La meta es lograr reducir este índice a un valor mínimo, cercano a cero.
8	Interpretación del indicador	Se interpreta como el número de quejas efectuadas por parte de los usuarios, incluidos los médicos, con respecto a la atención ofrecida por el personal de enfermería. Este índice, sin embargo, no es muy efectivo para controlar el cumplimiento de los procesos asistenciales estandarizados e implantados, pues el conocimiento que tiene los usuarios con respecto a ellos, es muy poco y el médico poca veces interviene en su ejecución.
9	Fecha de elaboración del indicador	Septiembre 1 del 2007
10	Fecha de revisión y/o ajuste	Septiembre 15 del 2007
11	Periodicidad	Mensual

TABLA Nº 11 Hoja metodológica del indicador – Índice de capacitación

HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR		
1	Nombre del indicador	Índice de capacitación
2	Objetivo o finalidad del indicador	Determinar la intensidad de las jornadas de capacitación, dedicadas a la presentación de los procesos implantados, al personal de enfermería. Establecer nuevos parámetros que nos permitan evaluar la efectividad de dicha capacitación.
3	Fórmula o forma de cálculo del indicador	$(\# \text{ De horas de capacitación al personal de enfermería en procesos, en el periodo } * 100) / (\# \text{ Total de horas de capacitación en general al personal de enfermería, en el periodo})$
4	Variables que intervienen para construir el indicador	a. Número de horas del personal de enfermería en procesos en el mes. b. Total de horas de capacitación del personal de enfermería en el mes.
5	Fuentes de información	Coordinación del servicio
6	Unidad de medida	Porcentaje (%)
7	Meta del indicador	100 %
8	Interpretación del indicador	Se interpreta como el porcentaje de horas dedicadas a la capacitación del personal de enfermería en procesos. Sin embargo este índice, no nos permite evaluar la efectividad de dicha capacitación.
9	Fecha de elaboración del indicador	Septiembre 1 del 2007
10	Fecha de revisión y/o ajuste	Septiembre 15 del 2007
11	Periodicidad	Mensual

TABLA Nº 12 Hoja metodológica del indicador – Índice de cumplimiento de responsabilidades del proceso

HOJA METODOLÓGICA DEL INDICADOR		
1	Nombre del indicador	Índice de cumplimiento de responsabilidades del proceso
2	Objetivo o finalidad del indicador	Determinar el grado de cumplimiento por parte de los autores del proceso, de las funciones que le fueron definidas en cada proceso
3	Fórmula o forma de cálculo del indicador	(# De usuarios en quienes se cumplieron las responsabilidades del proceso en el periodo * 100) / (# Total de usuarios a quienes se les realizó el proceso)
4	Variables que intervienen para construir el indicador	a. Usuarios a los cuales se cumplieron las responsabilidades del proceso en el mes. b. Total de usuarios a quienes se les realizó los procesos.
5	Fuentes de información	Coordinación del servicio
6	Unidad de medida	Porcentaje (%)
7	Meta del indicador	100 %
8	Interpretación del indicador	Se interpreta como el porcentaje de usuarios sobre los cuales los autores definidos para cada proceso, cumplieron con la responsabilidad asignada, durante su ejecución.
9	Fecha de elaboración del indicador	Septiembre 1 del 2007
10	Fecha de revisión y/o ajuste	Septiembre 15 del 2007
11	Periodicidad	Mensual

Del estudio se concluye la importancia de escoger los indicadores más representativos para tomar la muestra teniendo en cuenta la efectividad del índice y la facilidad para la toma de la muestra. Teniendo en cuenta los factores considerados anteriormente, se definen los índices a utilizar, durante la etapa de control y evaluación de los procesos; la interpretación de estos índices es importante para la correcta ejecución de los indicadores, cumplimiento de protocolo de manejo y el indicador de infecciones hospitalarias, intrahospitalarias o nosomiales.

Los índices a utilizar son los siguientes:

a. Índices de infecciones hospitalarias, intrahospitalarias o nosocomiales

El registro histórico de éste índice permite evaluar el impacto que tiene el mejoramiento de los procesos sobre las infecciones que se dan en la institución.

Se calcula mediante la utilización de varios indicadores que permiten cuantificar y tratar detalladamente las infecciones presentadas en la institución.

Estos indicadores son:

- **Infecciones Intrahospitalarias (IIH)/ Egreso**

$$\frac{\text{Número IIH}}{\text{(Egresos /mes)}} * 100$$

Evalúa el porcentaje de infecciones mensuales con base en el número de egresos o salidas.

- **Infecciones Intrahospitalarias (IIH) / Días – Estancia**

$$\frac{\text{Número IIH}}{\text{(Días – Estancia/mes)}} * 100$$

Mide las infecciones mensualmente con relación a la duración del paciente en la institución. Es importante calcularlo debido a la relación directa existente entre éste tiempo de duración y la presencia de infecciones.

b. Índice de cumplimiento del protocolo del proceso

Permite evaluar la efectividad de los procesos en cuanto al cumplimiento de unos ítems definidos con anterioridad. Con el objeto de que esta medición no sea algo dispendioso, lo importante es evaluar las actividades críticas del proceso, o sea aquellas en las cuales se presentan mayores problemas para su cumplimiento o que son importantes dentro del proceso.

En esta lista se definen unas características a medir (ítems de Control), las cuales se determinaron tomando en cuenta las actividades críticas de los procesos implantados y considerando su aplicabilidad a cualquier proceso asistencial del departamento de enfermería. Lo anterior es muy

importante, para evitar el manejo de muchos formatos y facilitar así la precisión en la toma de las mediciones.

Los ítems de control utilizados son los siguientes:

- **Manejo de la técnica aséptica:** Conocimiento y cumplimiento de un conjunto de normas tendientes a evitar la contaminación y posible infección
- **Normas de Bioseguridad:** Conocimiento y cumplimiento de las normas de Bioseguridad establecidas y manejo de desechos establecidos por la institución.
- **Preparación del equipo adecuado:** utilización racional de los electos y materiales contemplados dentro del procedimiento y la oportunidad y organización en la preparación del equipo.
- **Diligenciamiento de los registro de enfermería:** evaluación de la pertinencia de los registro, claridad, coherencia, fecha y nombre de la persona que realiza el procedimiento.
- **Actuación de los responsables del proceso:** evaluación del cumplimiento de la función de cada uno de los responsables del proceso.

Cada uno de estos ítems se define con el objeto de lograr un acuerdo en la percepción de éste por parte de todo el personal.

A continuación se presenta la aplicación de los 5Ws, 1H a los índices de gestión (Tabla N° 13).

TABLA Nº 13 APLICACIÓN 5WS, 1H A LOS ÍNDICES DE GESTIÓN SELECCIONADOS

Qué?	Quién?	Cuándo?	Dónde?	Cómo?	Para qué?
Índice de cumplimiento del protocolo	En la etapa inicial de la implantación: las enfermeras coordinadoras del servicio y posteriormente la enfermera jefe delegada	Cada vez que se presente el proceso y que sea posible tomar la muestra.	En el servicio de urgencias	Diligenciando la Hoja de Control de Procesos Implantados; Hoja de vida del formato	Para controlar el correcto cumplimiento de los protocolos en los aspectos más importantes para la institución.
Índice de infecciones	Auxiliar de Enfermería del Comité de Vigilancia Epidemiológica en cuanto a la detección y recolección de los datos para el registro individual de las infecciones intrahospitalarias	Todos los días de la semana en el horario de 7:00 a.m. – 12:00 y 2:00 p.m. – 5:30 p.m. y los sábados 8:00 a.m. – 12:00 m	En todos los servicios	Mediante un formato que se diligencia	Para medir la calidad de la atención de la institución.
	Enfermera jefe de vigilancia Epidemiológica en cuanto al procesamiento y registro de toda la información recolectada previo análisis con el Grupo Operativo del Comité de Infecciones (jefe de vigilancia Epidemiológica, Asesor Comité de Infecciones, Jefe Dpto. Medicina Preventiva y Jefe Microbiología)	Mensual	En el departamento de Medicina Preventiva	Por medio de los indicadores que se definieron anteriormente	Es una exigencia de las autoridades de salud

9. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN.

La actualización de los procedimientos está a cargo del departamento de calidad en coordinación con la jefe de departamento de enfermería y la coordinadora del servicio. Cuando se hace una modificación, se emite un nuevo documento con el procedimiento corregido, el cual se cambia por el anterior proceso que se encontraba en los manuales del servicio de urgencias.

Esta actividad se realiza por solicitud del equipo de mejoramiento, como consecuencia del seguimiento que se realiza periódicamente. También la actualización puede ser consecuencia de cambios en las políticas que rigen la administración. Las funciones de seguimiento y evaluación están a cargo de los equipos de mejoramiento y el equipo staff de mejoramiento.

Para ello se toman mediciones mensuales y al cabo de este tiempo se inicia el análisis de los resultados de dichas mediciones.

En este proyecto se tomaron los siguientes procesos generales y específicos, Triage, Consulta médica de urgencias, observación de pacientes en urgencias, remisión - contraremisión, atención de usuarios capitados por el servicio de urgencias, solicitud del servicio de ambulancia, curaciones, cuidado de enfermería al usuario con pacientes con paracentesis, cuidado de enfermería al usuario con anticoagulación profiláctica, Traslado paciente a hospitalización y cirugía generado en urgencias, como trasadores del estudio y en ellos se aplico el análisis correspondiente.

Se inicia el estudio con la información recolectada durante un mes de observación de los usuarios del servicio de urgencias atendidos en los procesos citados anteriormente para analizar; los resultados se encuentran en la **TABLA Nº 14.**

TABLA Nº 14. USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIA EN LOS DIFERENTES PROCESOS

PROCESO	NÚMERO DE USUARIOS
TRIAGE	4223
CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS	6138
OBSERVACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS	887
REMISION – CONTRAREMISION	39
ATENCION DE USUARIOS CAPITADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS	7350
SOLICITUD DEL SERVICIO DE AMBULANCIA	48
CURACIONES	415
CUIDADO DE ENFERMERIA AL USUARIO CON PARACENTESIS	3
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL USUARIO CON ANTICOAGULACION PROFILACTICA	4
TRASLADO PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA GENERADO EN URGENCIAS	518

Para el análisis de estos resultados se procede a realizar un procedimiento muestral probabilístico. Para determinar el tamaño de la muestra se tiene en cuenta los siguientes aspectos:

- La independencia que existe entre los procesos.
- La frecuencia de realización de algunos que es tan imprevisible, hasta el punto que es posible que algunos no se realicen durante un mes.

Para compensar esta variabilidad entre los procesos se procede a estratificarlos según la frecuencia de realización con que se presentan, en los siguientes estratos:

Estrato I; Procesos que se han realizados más de 1.000 veces al mes.

Estrato II; Procesos que se han realizado entre 1.000 y 100 veces al mes.

Estrato III; Procesos que se han realizado menos de 100 veces al mes.

Trabajando con un coeficiente de confianza del 95% y un grado de precisión (error) del 6.5%, se obtiene un tamaño de muestra de 227 procesos.

Teniendo en cuenta el tamaño de los estratos y la homogeneidad que existen entre cada uno de ellos; se decide calcular la razón de muestreo para los estratos I y II y tomar todos los procesos del

estrato III, de esta manera se seleccionan 121 procesos del estrato I, 12 del estrato II y los 94 procesos del estrato III.

La submuestra de los estratos I y II se hace por el método sistemático con intervalo de muestreo de 2 para el estrato I y de 11 para el estrato II.

La distribución del número de procesos analizados se encuentra en la **TABLA N° 15**.

TABLA N° 15. PROCESOS ANALIZADOS

PROCESO	NÚMERO
TRIAGE	29
CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS	42
OBSERVACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS	6
REMISION – CONTRAREMISION	39
ATENCION DE USUARIOS CAPITADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS	49
SOLICITUD DEL SERVICIO DE AMBULANCIA	48
CURACIONES	3
CUIDADO DE ENFERMERIA AL USUARIO CON PARACENTESIS	3
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ANTICOAGULACION PROFILACTICA	4
TRASLADO PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA GENERADO EN URGENCIAS	4

Cada proceso seleccionado se estudió con el equipo de mejoramiento de procesos en las reuniones de evaluación. La base para el análisis de los resultados fue el ciclo de mejoramiento: Planear – Hacer – Verificar - Actuar.

Los pasos a seguir para realizar el ciclo de mejoramiento fueron los siguientes:

1. Identificación de los problemas que se presentan con la evolución del resultado.

Con base en los resultados obtenidos mediante las listas de chequeo y el cuestionamiento a las personas que realizan las mediciones sobre los inconvenientes presentados, se detectan los problemas que impiden la correcta ejecución de los procesos según los estándares establecidos.

En los resultados de la distribución de procesos analizados, en las muestras aplicadas a los 10 procesos inicialmente estandarizados, se reconoce 2 problemas principales:

- Dificultad para determinar el tamaño del grupo.
- No cumplimiento de los ítems de control en su totalidad.

2. Análisis de las posibles causas.

Se realiza una lluvia de ideas con el equipo de mejoramiento para lograr determinar las causas principales y secundarias de los problemas en cuestión. Para este fin se aplica la herramienta del “Diagrama de Ishikawa” a los dos problemas planteados anteriormente, pues permite una mejor visualización de la relación existente entre las diferentes causas y sus respectivos efectos. **VER FIGURA Nº 12 y FIGURA 13.**

Los problemas detectados por el equipo de mejoramiento y el equipo staff de mejoramiento son:

- Cuando el paciente ingresa en horario nocturno, se dificulta la toma del tamaño del grupo.
- Si la persona encargada de la muestra tiene turno asistencial y se presenta alguno de los procesos a medir, es difícil tomar la muestra al estar ocupada en otras cosas.
- Dentro del servicio, la asignación de la cita prioritaria del proceso de atención de usuario capitados por el servicio de urgencias, no se realiza en su totalidad por que el usuario no se siente cómodo con el personal médico que lo atiende o por que el día y la hora asignada para la cita no es de su conveniencia.

FIGURA Nº 12. DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA EL PROBLEMA DE LA DIFICULTAD PARA DETERMINAR EL TAMAÑO DEL GRUPO

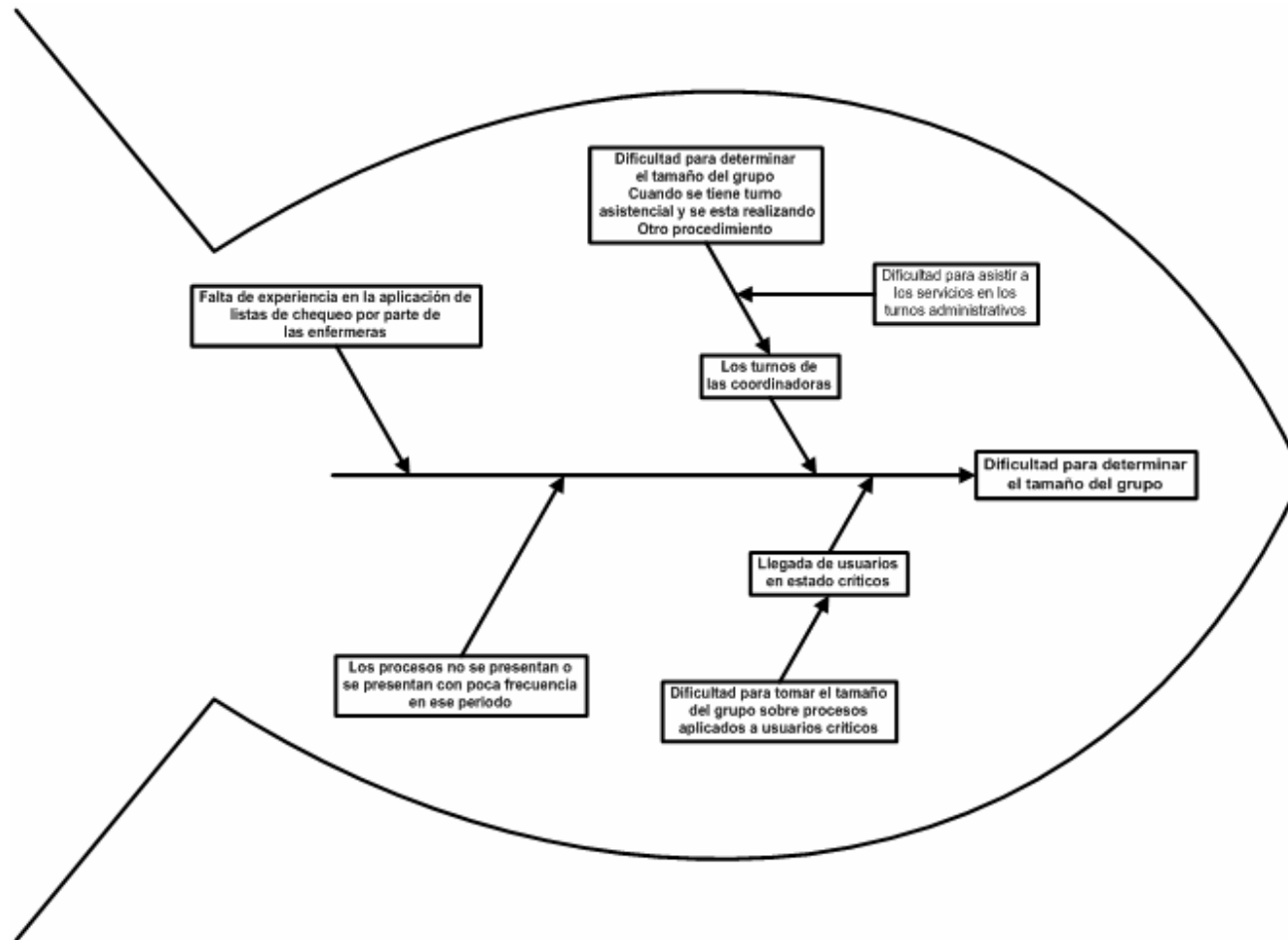
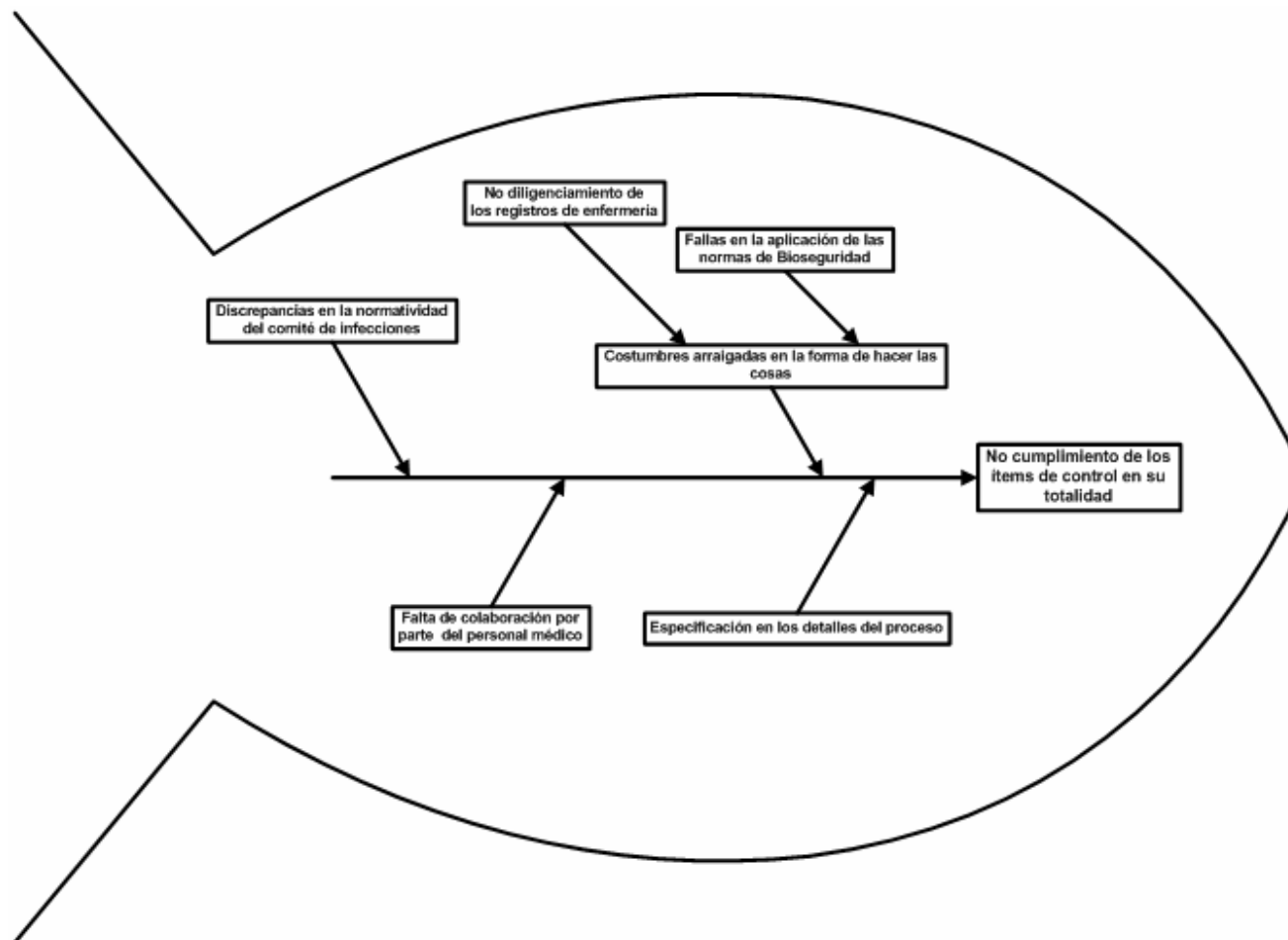


FIGURA Nº 13. DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA EL PROBLEMA DEL NO CUMPLIMIENTO DE LOS ITEMS DE CONTROL EN SU TOTALIDAD.



- Falta de colaboración del personal médico.
- En el proceso de remisión – contraremisión no se esta registrando en el formato de notas de enfermería las actividades realizadas para la remisión y el estado actual del usuario en el momento de la remisión, tratamiento e indicaciones y últimos signos vitales.
- La mayoría de los procesos se presentaban en horarios en los cuales no se podía tomar la muestra.
- Durante el proceso de consulta médica la auxiliar de enfermería pocas veces lleva al usuario a facturación para la legalización de su cuenta de los servicios prestados. Además de dar las instrucciones del tratamiento a seguir en casa.

3. Plan de acción

Se plantearon las acciones correctivas necesarias para dar solución a los inconvenientes presentados y evitar la presencia de las causas que los estaban generando. Se pusieron en marcha estas acciones correctivas para verificar su efectividad. Las acciones correctivas planteadas se listaron en la hoja estándar del proceso, con el fin de ejercer control sobre el proceso de mejoramiento.

Para los problemas detectados gracias al diagrama de Ishikawa se plantean las siguientes acciones correctivas:

- El personal del servicio al cliente del servicio de urgencia debe tener un mayor compromiso y responsabilidad con los usuarios que se presenten, así cuando se presente problemas por descontento o por inconformidad del servicio prestado, el personal de servicio al cliente efectuara los procedimientos respectivos para subsanar dichas inconformidades.

- Involucrar en el programa de mejoramiento a los médicos para que reconozca la importancia de éste para la institución y brinden su apoyo en pro del desarrollo exitoso del mismo.
- La realización del proceso de remisión – contraremisión, debe estar acorde según los lineamientos propuestos dentro del manual de procesos asistenciales del servicio de urgencias y el responsable de la supervisión del proceso es quien debe velar por que el personal de urgencias lo realice a cabalidad y según lo propuesto en el manual.
- Reforzar la importancia del correcto diligenciamiento de los registros de enfermería como parte fundamental de la ejecución de cualquier proceso ya que actúa como respaldo de los servicios prestados por la institución frente a los usuarios.
- El personal de servicio al cliente debe mantener una mayor supervisión en el proceso de salida del usuario de la institución para evitar los diferentes inconvenientes al efectuar la legalización de su cuenta por los servicios prestados.
- Recalcar que lo importante es analizar la aplicación y resultados de los cinco ítems de control que se miden y la secuencia general del proceso, y no centrarse en la perfecta ejecución de cada una de las actividades del proceso, ya que estas pueden variar dependiendo de las condiciones del paciente y de las instalaciones físicas del servicio de urgencias.

4. Retroalimentación

Al mes siguiente de haber instaurado las acciones correctivas se aplicaron nuevamente las listas de chequeo sobre los procesos con sus respectivas acciones correctivas, con el fin de evaluar si éstas realmente fueron efectivas e identificar la aparición de nuevos problemas, en este caso se encontró:

- El personal médico no se encuentra motivado para realizar el programa de mejoramiento, desconociendo así la importancia de este para la institución.
- Las actividades del proceso de remisión – contraremisión, se realizó sin inconvenientes siguiendo los lineamientos del manual de procesos del servicio de urgencias.
- El personal de enfermería se hizo responsable del buen diligenciamiento de los formatos utilizados dentro del servicio.
- El control del proceso de salida del usuario estuvo bien supervisado por el personal de servicio al cliente incidiendo en la disminución de los diferentes inconvenientes al efectuar la legalización de la cuenta del usuario por los servicios prestados.
- El personal de enfermería comprendió que una buena supervisión de los ítems de control del servicio incidía favorable en una buena prestación de los servicios al usuario.

10. CONCLUSIONES

Se identificaron las diferentes fallas presentes en la ejecución de los procesos administrativos y asistenciales del servicio de urgencias las cuales impedían el buen desarrollo de éste. Dentro de estas fallas se encontró que los procesos carecían de la información necesaria para la ejecución del mismo. Además se identificaron los procesos que en el momento del diagnóstico no se realizan dentro del servicio de urgencias.

Fue un factor determinante la motivación del personal de enfermería en el proceso de mejoramiento, facilitando así su aplicación; gracias a esa motivación se pudo analizar detenidamente la ejecución de los procesos administrativos y asistenciales del servicio,

Dentro del análisis del proyecto se encontró que el personal de enfermería desarrollaba las actividades de los diferentes procesos de acuerdo a su educación profesional, sin tener en cuenta lo consignado en el manual de procesos.

El personal médico mostró muy poco interés en el programa de mejoramiento de procesos, posiblemente por no ser empleados de la institución convirtiéndose así en un obstáculo para su desarrollo.

Se realizó una renovación de los diversos formatos utilizados en los procesos del servicio de urgencias para este fin se usó la documentación consignada en el manual de procesos y la información obtenida a través de las reuniones con el equipo de mejoramiento.

El personal de enfermería no maneja adecuadamente los ítems de control a los procesos, presentándose cierta resistencia a la ejecución de las mediciones de éstos. Esto se debe a la concepción que tiene el personal de urgencias sobre la evaluación como un medio de estudiar la permanencia de los empleados en la institución.

11. RECOMENDACIONES

Los equipos de mejoramiento son los directos responsables de la continuidad y permanencia del desarrollo del programa de mejoramiento, por lo tanto debe expresar el compromiso y motivación que los lleva a realizar dicho programa a todo el personal a su cargo con el fin que se logren los objetivos planteados al inicio de este proceso.

Es importante que se independice la evaluación del funcionamiento de los procesos del servicio de urgencias implantados de la evaluación del personal de enfermería con respecto a su permanencia dentro de la institución.

Se recomienda la instauración de un cronograma para la revisión y ajuste de los procesos del servicio de urgencias.

Con la instauración del programa de mejoramiento de los procesos asistenciales y administrativos, el servicio de urgencias se encuentra en condiciones de realizar el proceso de acreditación institucional.

BIBLIOGRAFÍA

HARRINGTON, James. Mejoramiento de los procesos de la empresa; Mc Graw Hill, 1993

BELTRAN JARAMILLO, Jesús Mauricio. Indicadores de Gestión, Herramientas para lograr la competitividad. 2° Edición, Bogotá, D.C., Colombia. 2005. 147 p.

GOLDRATT, Eliyahu M. El Síndrome del Pajar. 5 Edición. Monterrey, México: Ediciones Castillo, 2002. 283 p.

ORTIZ PIMIENTO, Néstor Raúl. Principios de la Calidad. 2° Edición. Bucaramanga, Colombia. 1999. 159 p

BERENSON, Mark L., LEVINE, David M. Estadística básica en Administración, Conceptos y Aplicaciones. México, México. Prentice Hall Hispanamerica, S.A. 1996. 943 p.

NTC- ISO 10013; Directrices para elaborar manuales de calidad

CHASE, Richard. AQUILANO, Nicolás. JACOBS, Robert. Administración de producción y operaciones. Santa Fe de Bogota, Colombia. 2001.

ORTIZ PIMIENTO, Néstor Raúl. Análisis y mejoramiento de los procesos de la empresa. Bucaramanga, Colombia. 1999. 189 p.

MONTOGOMERY, Douglas C., RUNGER. G.C. Probabilidad y Estadística para la Ingeniería. México, México. Mc Graw Hill, México. 2001 895 p.

LERMA, Héctor Daniel. Metodología de la investigación: Propuesta, Anteproyecto y proyecto. 2° edición, Santa Fe de Bogota, Colombia. 2004. 165 p.

HOYOS TORRES, William. Un libro de calidad. 1° Edición. Bucaramanga, Colombia. 2006. 330 p.

ANEXOS

ANEXO N° 1.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

DEFINICIONES BÁSICAS

- **Procesos:** conjunto de actividades organizadas lógicamente que utiliza ciertos insumos y acciones que adicionan valor agregado con miras a obtener los resultados deseados.
- **Sistema:** red de procesos interconectados, diseñados para satisfacer las expectativas de los clientes.
- **Producto:** resultado o respuesta de las actividades ejecutadas. Este producto puede ser tangible o intangible.
- **Insumos, materiales, información:** recursos necesarios para realizar cualquier actividad dentro del proceso.. estos insumos provienen de los proveedores internos o externos.
- **Cliente:** toda persona o institución que requiera el producto o servicio generado por el proceso para satisfacer sus necesidades. Este cliente puede ser interno o externo.

PARA QUE SIRVEN LOS PROCESOS.

- Determinar objetivos.
- Identificar fácilmente quienes realizan cada actividad.
- Elegir responsables.
- Capacitación del personal nuevo.
- Reducir la frustración del personal habilitándolo para que sea efectivo.
- Tener un procedimiento bien documentado que permita establecer mejoras para facilitar la ejecución del trabajo.

PORQUE ES NECESARIO MEJORAR PROCESOS.

- Mejora la calidad del servicio.
- Aumenta la satisfacción del cliente interno y externo.
- Reduce el tiempo invertido en el servicio de entrega.
- Clarificar y mejorar los procesos para obtener resultados deseados.
- Simplificar la forma de hacer las actividades.
- Unificar las actividades para garantizar el producto deseado por el proceso.

COMO DISEÑAR UN PROCESO.

1. Establecer dónde empieza y dónde termina su proceso.
2. Identifique los proveedores, materias primas, insumos, etc., necesarios para iniciar cualquier actividad.
3. Determine los clientes internos o externos a quienes van a satisfacer y cuáles son los productos o producto a recibir.
4. Enumerar consecutiva o lógicamente todas las actividades que se realizan para obtener un resultado o producto deseado por nuestros clientes.
5. Realice el flujo grama del proceso actual.
6. Analice el proceso realizado.
7. Plantee mejoras.
8. Realice el diagrama de flujo o flujo grama mejorado.
9. Describa detalladamente cada una de las actividades del proceso mejorado y las condiciones para que éste pueda llevarse a cabo.

DIAGRAMA DE FLUJO.

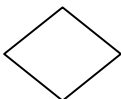
Representación gráfica del proceso, método para describir gráficamente un proceso existente o una nueva propuesta.

Representa gráficamente las actividades que conforman un proceso.

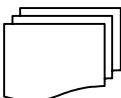
SÍMBOLOS UTILIZADOS.



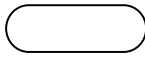
Operación: se usa para denotar cualquier actividad o tarea.



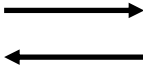
Decisión: se usa en aquel punto del proceso en el cual deba tomarse una decisión. Tiene dos opciones: Si y No.



Documento: se utiliza para identificar que la salida de una actividad incluye información registrada en un papel.



Limites: se usa para indicar el principio y el final del proceso, dentro del símbolo se escribe la palabra INICIO o FIN.



Sentido del flujo: indican la dirección y el orden que corresponde a las actividades del proceso.



Conector: utilizado para unir un diagrama de flujo con otro.

COMO DEFINIR UN ESTÁNDAR DEL PROCESO.

1. Definir todos los procesos del área o servicio.
2. Definir cuales de todos los procesos del área o servicio son catalogados como críticos y ordenarlos en orden de prioridad.
3. Elaborar el flujo grama del proceso, iniciar con uno.
4. Validar el flujo grama del proceso con todas las personas que intervienen.
5. Elaborar la descripción de las actividades y las políticas del proceso.
6. Colocar en consenso el estándar, con el fin de divulgarlo, educar y entrenar al personal que lo va a utilizar.
7. Definir y elaborar los indicadores que nos permita evaluar la evolución del proceso.

PARA EL CORRECTO DILIGENCIMIENTO DE TODOS LOS FORMATOS Y DOCUMENTOS QUE SE UTILIZAN EN LA REALIZACIÓN DE LOS PROCESOS ES INDISPENSABLE QUE EL PERSONAL ESTUDIE EL MANUAL DE “HOJA DE VIDA DE FORMATOS” DEL SERVICIO.

ANEXO Nº 2

NORMAS DE TÉCNICA ASÉPTICA DE LA INSTITUCIÓN

TÉCNICA ASÉPTICA

Definición

Son todos los esfuerzos realizados para mantener la esterilidad y prevenir ingreso de microorganismos hasta zonas críticas (heridas, incisiones).

Intervienen acciones de las personas:

- + Lavado de Manos.
- + Lavado Quirúrgico.
- + Uso de barreras: Gorro, tapabocas, mascarillas, guantes, bata.
- + Vigilancia y manejo en el área estéril (Campo de la instrumentadora)
- + Precauciones Universales.

Intervienen acciones en el medio ambiente:

- + Limpieza profunda de áreas.
- + Procesos de Lavado y desinfección de:
 1. Instrumental Quirúrgico.
 2. Equipos médicos.
 3. Lencería.
 4. Sistemas de Aire Acondicionado
- + Uso de envolvederas y empaques.
- + Restricción de área.
- + Control de Tráfico.

ANEXO N° 3

NORMAS DE BIOSEGURIDAD DE LA INSTITUCIÓN

NORMAS DE BIOSEGURIDAD

Definición:

Se aplican no sólo para el contacto con sangre y líquidos, sino que se incluyen secreciones y excreciones, estén o no contaminadas con sangre. Se excluye sudor.

PRECAUCIONES ESTÁNDAR:

+ **Bata:** Si hay riesgo de ensuciarse con sangre y líquidos corporales: Peritoneal, cefalorraquídeo, pleural, articular, semen, secreciones vaginales, amniótico y pericardio.

+ **Gafas – Máscara facial:** Si hay riesgo de salpicaduras por sangre o por líquidos corporales.

+ **Lavado de Manos:** Después de tener contacto con sangre o líquido corporal, excreciones y secreciones. Antes y después del contacto con cada paciente.

+ **Guantes:** Usar guantes limpios para manejo del material contaminado.

MATERIAL CORTOPUNZANTE:

+ Evitar colocar protector a la aguja.

+ Ubicar material cortopunzante (agujas, bisturí, etc.) en recipientes de paredes rígidas.

+ Ubicar émbolos, equipos venoclisis, etc., en la bolsa roja dispuesta para su desecho.


+ Los artículos contaminados con material infeccioso deben colocarse en bolsa plástica, rotulados y enviados para desinfección – esterilizados y/o desecho.

CUANDO SE REQUIEREN PRECUACIONES ESTANDAR?

En la atención de pacientes con los q se va a tener contacto con sangre, líquidos corporales, secreciones y excreciones estén o no contaminadas con sangre.

ANEXO N° 4

PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES ESTANDRIZADOS

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES TRIAGE			Código DE-002-MP
DIRECCION: Medica	DIVISION: Enfermería	DEPARTAMENTO: No aplica	SERVICIO: Todos los Servicios	
COORDINACIÓN: No aplica	RESPONSABLE: Enfermera Profesional		VERSIÓN: Uno	
DEFINICIÓN <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles. , para dar prioridad en la atención. Clasificación: <ul style="list-style-type: none"> <u>TRIAGE 1: EMERGENCIA:</u> Pacientes con severa anormalidad hemodinámica, ventilatoria .o del sistema nervioso central. Es necesario una atención inmediata. Se define como URGENCIA CRITICA, el sitio de atención es reanimación. <u>TRIAGE 2: AGUDO:</u> Paciente con estabilidad hemodinámica, ventilatoria y neurológica, cuyo problema presenta un riesgo de inestabilidad o complicación. Es necesaria una atención en menos de 45 minutos. Se define como URGENCIA NO CRITICA, el sitio de atención es observación o consultorios. <u>TRIAGE 3: VIA RAPIDA:</u> Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación. Requiere atención en menos de 4 horas. Se define com0 CONSULTA PRIORITARIA, el sitio de atención es CONSULTA PRIORITARIA. <u>TRIAGE 4: NO AGUDO:</u> Paciente con patología, que no pone en riesgo su vida. Requiere atención en 24 horas. Se define como CONSULTA EXTERNA, el sitio de atención es CONSULTA EXTERNA. 				
ALCANCE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Este procedimiento aplica a todos los usuarios que consultan en el servicio de Urgencias y Consulta Externa en los horarios establecidos por el TRIAGE. 				
INDICACIONES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de contratación con las empresas. ▪ Todo usuario que consulte en el servicio. 				
CONTRAINDICACIONES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Según sistema de contratación con las empresas. 				
COMPLICACIONES <ul style="list-style-type: none"> ▪ No aplica. 				



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE
MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES
TRIAGE

Hoja
2 de 3

INSUMOS REQUERIDOS

- Consultorio
- Equipo Biomédico
- Papelería
- Computador
- Fichero

POLÍTICA

- La enfermera de triage debe tener un entrenamiento para evaluar y tomar decisiones con la información objetiva y subjetiva obtenida durante el procedimiento.
- El ingreso de los pacientes para su atención, se realizara según prioridad y recursos físicos y humanos disponibles.
- La enfermera debe mantener comunicación con el equipo medico del servicio.
- Se debe diligenciar en forma completa el formato del Triage.
- El formato del Triage debe quedar archivado en la historia clínica, al momento de realizar la atención.
- El formato de Triage de usuarios que no son atendidos en la FOSCAL se debe diligenciar en original y copia, entregando el original al usuario y archivando la copia.

RECOMENDACIONES

- A todo usuario que consulte se le debe realizar Triage. Ver anexo clasificación.

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTO NECESARIO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Enfermera	Carne, cedula de ciudadanía	Solicita documento de identificación, carne del usuario.
2	Enfermera Profesional		Valora el estado de salud del paciente mediante el interrogatorio (nombre, edad, motivo de consulta), observación y toma de signos vitales.
3	Enfermera	Formato de Triage	Diligencia Formato de Triage y realiza clasificación de atención al usuario.
4	Enfermera Profesional		Explicar al usuario y sus familiares el procedimiento que se va a seguir.
5	Enfermera Profesional		Si es prioridad I ingresa el paciente a reanimación inmediatamente. Inicia atención, informa al equipo interdisciplinario.
6	Enfermera Profesional		Si es prioridad II direcciona al usuario al área de admisiones para que realicen ingreso administrativo inmediato y se ubique el usuario en el servicio.



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE
MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES
TRIAGE

Hoja
3 de 3

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTO NECESARIO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
7	Enfermera Profesional	Boleta de Cita	Si es prioridad III, se verifica en el sistema derechos del usuario y se asigna cita prioritaria, se da información sobre ubicación del consultorio y procedimiento a seguir.
8	Enfermera Profesional		Si es prioridad IV, se informa al usuario, el sitio donde solicitara consulta externa
9	Enfermera Profesional		Si el usuario presenta inconsistencias administrativas, se da original del clasificación y se deriva al área de admisiones para solucionar inconveniente. Si al usuario no le corresponde atención en la institución se deriva al sitio prestador de servicio informado por la entidad prestadora de servicios.
10	Enfermera Profesional	Planilla de Triage	Diligencia registro con datos del paciente. FIN

ELABORADO POR:

Maribel Esparza Bohórquez

FECHA DE ELABORACIÓN:

Febrero de 1999

REVISADO POR:

Coordinadora de Enfermería Urgencias, Janeth C. Moreno

Coordinadora Asistencial de Acreditación, Enf. Maribel Esparza B.

Jefe Unidad de Gestión de Calidad, Dra. Alix Porras

FECHA DE REVISIÓN:

Julio de 2005

APROBADO POR:

Jefe División Enfermería – Enf. Olga Lucia Gómez Díaz

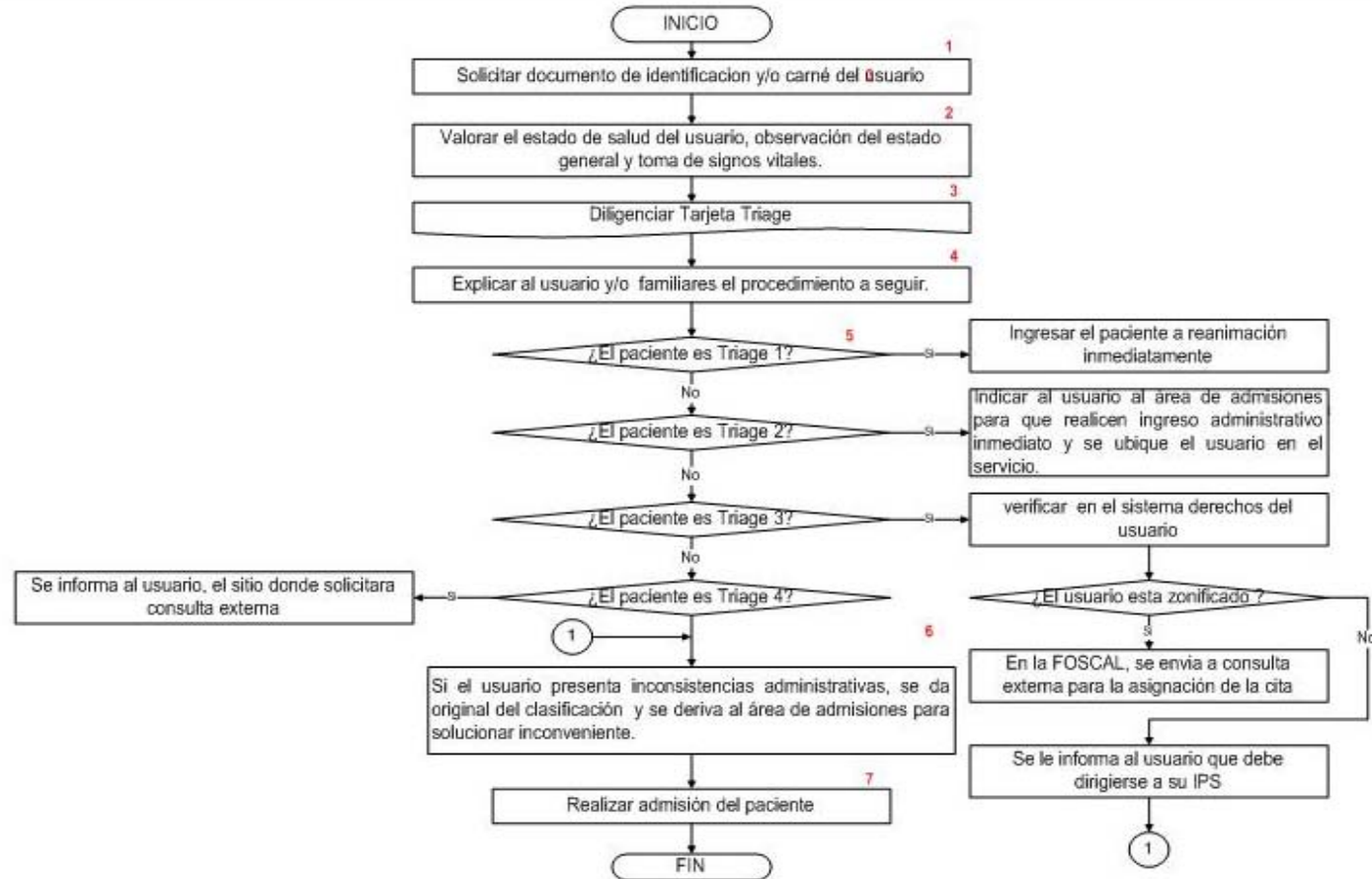
FECHA DE APROBACIÓN:


Julio de 2007



PROCESO: TRIAGE

ENFERMERA TRIAGE



	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS REMISIÓN-CONTRAREMISIÓN			Código MEG 017
DIRECCION: Medica	DIVISION: Enfermería	DEPARTAMENTO: No Aplica	SERVICIO: Asistenciales	
COORDINACIÓN: No aplica	RESPONSABLE: Enfermería		VERSIÓN:	
<p>DEFINICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Remisión: procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo (decreto 2759, Dic. 11/91). Procedimiento que consiste en aplicar el conjunto de normas técnicas y administrativas, que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y el grado de complejidad de los organismos de salud, con la debida oportunidad y eficacia. <p>ALCANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> Todo usuario que requiera ser remitido-contraremitido para su atención. <p>INDICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitud de traslado por parte del usuario y familia. No autorización de empresa o aseguradora para continuar la atención en la institución. No disponibilidad de los servicios requeridos para continuar el manejo del usuario en la institución <p>COMPLICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuando el paciente se encuentra hemodinámicamente inestable, y el traslado represente riesgo de empeorar condiciones. Cuando no se haya logrado la coordinación con institución receptora. Cuando el usuario se encuentre solo y sea menor de edad, mayor de 60 años, o cuando su estado de conciencia este alterado. <p>INSUMOS REQUERIDOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Formato Solicitud del Servicio de Ambulancia Historia Clínica Formato remisión-Contraremisión 				



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE
MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS
REMISIÓN-CONTRAREMISIÓN

Código
MEG 017

Hojas
2 de 4

POLÍTICAS

- Todo usuario debe tener consignado en la historia clínica el motivo de la remisión-contraremisión.
- Los familiares del usuario deben estar informados sobre los motivos de la remisión-contraremisión.
- Las remisiones-contraremisión deben ser coordinadas con la institución receptora y dejar constancia de lo coordinado en la historia clínica.
- Se debe registrar en el libro de remisión el traslado realizado.
- Toda remisión-contraremisión debe ser autorizada por el jefe medico del servicio y el medico tratante.
- La responsabilidad del cuidado del usuario es del organismo referente hasta que sea recibido por la institución.
- El acompañamiento de personal medico y paramédico del traslado debe ser definido por el medico tratante teniendo en cuenta las condiciones clinicas del usuario.

RECOMENDACIONES

- Todo usuario que se deriva a la red publica debe ser coordinado con el Centro Regulador de Urgencias, para la red privada se realiza la coordinación interinstitucional.
- Ante remisión por no autorización de la empresa contratante, el usuario será remitido a la IPS adscrita o con contratación vigente con con la aseguradora.
- Ante la no disponibilidad de seguridad social en el usuario, será remitido a la red publica según nivel de complejidad así: 3er nivel Hospital Universitario de Santander, 2do nivel Hospital de Floridablanca y 1er nivel hospital de Piedecuesta o Girón

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
1	Admisiones	Hoja de solicitud de Hospitalización	Informar a la enfermera profesional sobre la necesidad de remitir-contraremitir al usuario y la causa.
2	Enfermera		Informar al medico tratante, y médico Administrativo de turno sobre necesidad de remision-contraremisión.
3	Medico		Valorar nuevamente al usuario y evaluada la posibilidad de ser remitido-contraremitido .
4	Medico	Historia Clínica Formato de Remisión y Contraremisión	Registrar el motivo por el cual se realiza la remisión-contraremisión en la Historia Clínica. Diligencia formato de remisión-contraremisión. Informa a la enfermera profesional del servicio las condiciones de traslado.
5	Medico		Informar al usuario y a la familia la causa del traslado y estado actual del paciente



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE
MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS
REMISIÓN-CONTRAREMISIÓN

Código
MEG 017

Hojas
3 de 4

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
6	Admisiones	Formato Remisión y Contraremisión	Identificar el tipo de seguridad social. Si tiene seguridad social; establece comunicación con la IPS correspondiente según el tipo de contratación para coordinar la autorización del traslado. No tiene seguridad social; establece comunicación con el CRU y definen sitio de traslado.
7	Admisiones		Si hay disponibilidad y autorización de la EPS, tramitar documentos necesarios para realizar remisión-contraremisión del usuario a la entidad receptora Informa a la enfermera la gestión realizada. Pasar a la actividad 9. No hay disponibilidad, Informar al médico remitente, a la enfermera y al médico administrativo de turno. Continuar la atención del usuario en espera de realizar mas adelante este procedimiento.
8	Enfermera	Historia Clínica	Registrar en las notas de enfermería los pasos realizados para la remisión, nombre de personas con quienes se establece comunicación y conducta a seguir.
9	Medico	Historia Clínica	Entregar el usuario telefónicamente al médico responsable de la institución receptora
10	Enfermera	Solicitud Servicio de Ambulancia Formato Remisión y Contrarremisión	Realizar el procedimiento SOLICITUD TRASLADO EN AMBULACIA. Verificar y ejecutar nuevas órdenes medicas, evalúa paciente.
11	Enfermera	Historia Clínica	Registra en formato notas de enfermería las actividades realizadas para la remisión y el estado actual del usuario en el momento de la remisión, tratamiento e indicaciones y últimos signos vitales.
12	Enfermera	Libro Registro de Usuarios	Registra el destino del usuario consignando fecha, hora, nombre del usuario, motivo de la remisión-contraremisión, médico que la autoriza, entidad receptora y nombre de la persona a quien se le entrega el usuario
13	Enfermera	Solicitud Servicio de Ambulancia Formato Remisión y Contrarremisión	Entrega al personal que transporta al usuario documentos, fotocopia de exámenes, imágenes diagnosticas y da indicaciones de traslado.
ELABORADO POR: Maribel Esparza Bohórquez		REVISADO POR: Coordinadora de Enfermería Urgencias, Janeth C. Moreno Coordinadora Asistencial de Acreditación, Enf. Maribel Esparza B. Jefe Unidad de Gestión de Calidad, Dra. Alix Porras	APROBADO POR: Jefe División Enfermería – Enf. Olga Lucia Gómez Díaz
FECHA DE ELABORACIÓN: Febrero de 1999		FECHA DE REVISIÓN: Julio de 2005	FECHA DE APROBACIÓN: Julio de 2007



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER - CLINICA CARLOS ARDILA LÜLLE

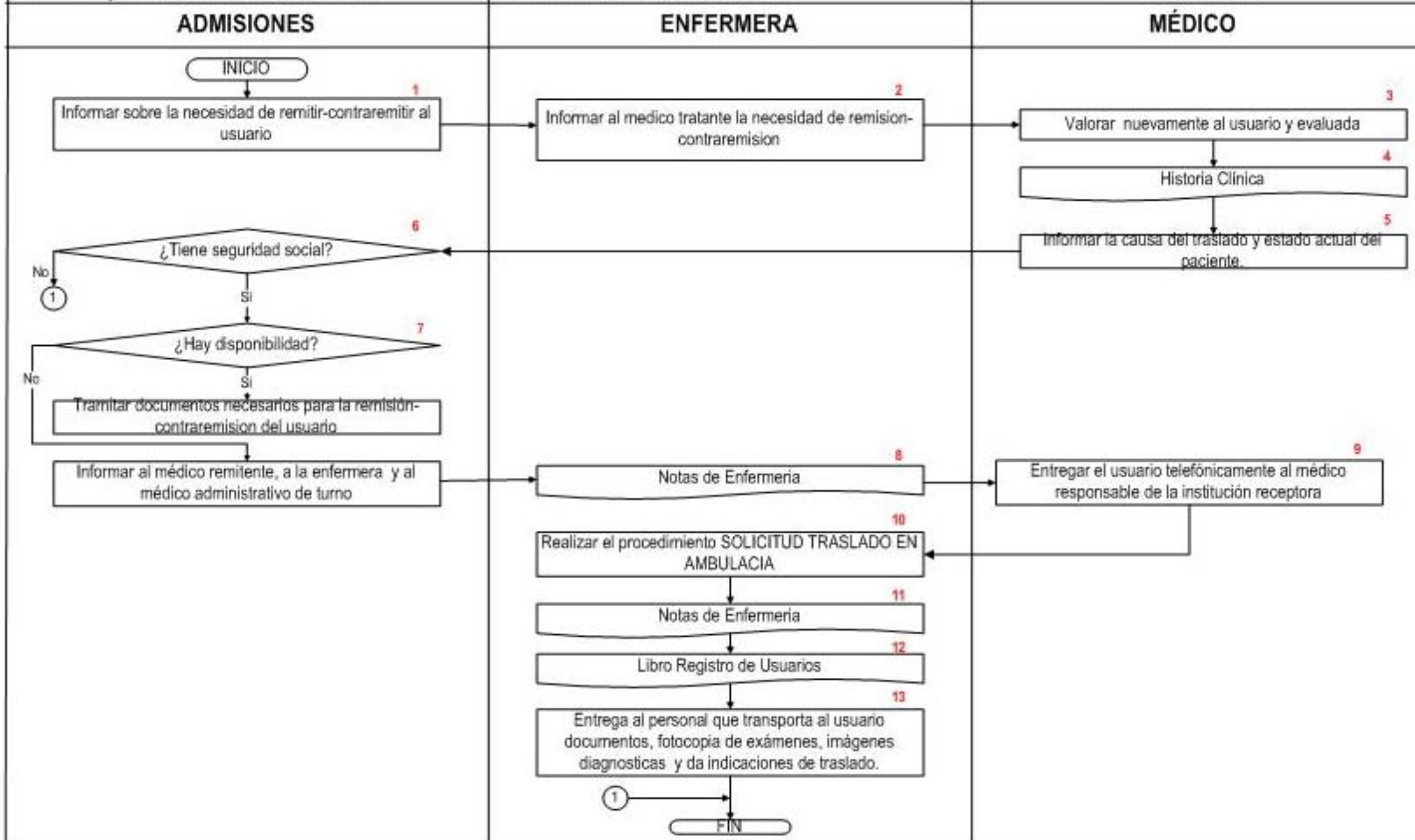
PROCESO: REMISIÓN Y CONTRAREMISIÓN DE PACIENTES


Hoja 1 de 1

Fecha Elaboración: Febrero 2003

Fecha Modificación: Septiembre 2007

Código: MEG 017



	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE			Código MEG 016
	MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS SOLICITUD DEL SERVICIO DE AMBULANCIA			Hojas 1 de 3
DIRECCION: Medica	DIVISION: Enfermería	DEPARTAMENTO:	SERVICIO: Todos los Servicios – General	
COORDINACIÓN:	RESPONSABLE: Enfermera Profesional de Urgencias		VERSIÓN:	
<p>DEFINICIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • La ambulancia: es una unidad móvil acondicionada de manera especial para el transporte de pacientes críticos o limitados, con la disponibilidad de recursos humano y técnico. • Salida: mecanismo por medio del cual se realiza egreso hospitalario del paciente <p>ALCANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad en la realización de servicios de ambulancia. • Atención de enfermería con calidad de manera integral • Control administrativo de los servicios de ambulancia realizados. <p>PROPÓSITO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar el servicio de ambulancia a un usuario que requiere ser trasladado de la FOSCAL al sitio de destino según objetivo del traslado (pasa la casa ó a tomar un examen). <p>POLÍTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo servicio de ambulancia debe ser solicitado con anticipación. • Al solicitar el servicio de ambulancia se debe realizar previamente la autorización administrativa del mismo. • En caso de traslado de pacientes a la Fundación Cardiovascular, el camillero del servicio se debe quedar con el paciente. • Todo paciente que por su patología requiera asistencia y apoyo para su traslado. • Cada vez que se traslade paciente para realización de exámenes o procedimientos que no se realicen en la institución. • En la eventualidad de complicación clínica del paciente, se debe suspender el traslado hasta el momento de estabilizar el paciente, y evaluar la necesidad del traslado del paciente. <p>COMPLICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las relacionadas con la movilización para el traslado del paciente. • Cualquier alteración del estado de salud del paciente que se presente durante el traslado en la ambulancia. <p>INSUMOS REQUERIDOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo lo relacionado con la dotación básica de la ambulancia. 				



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

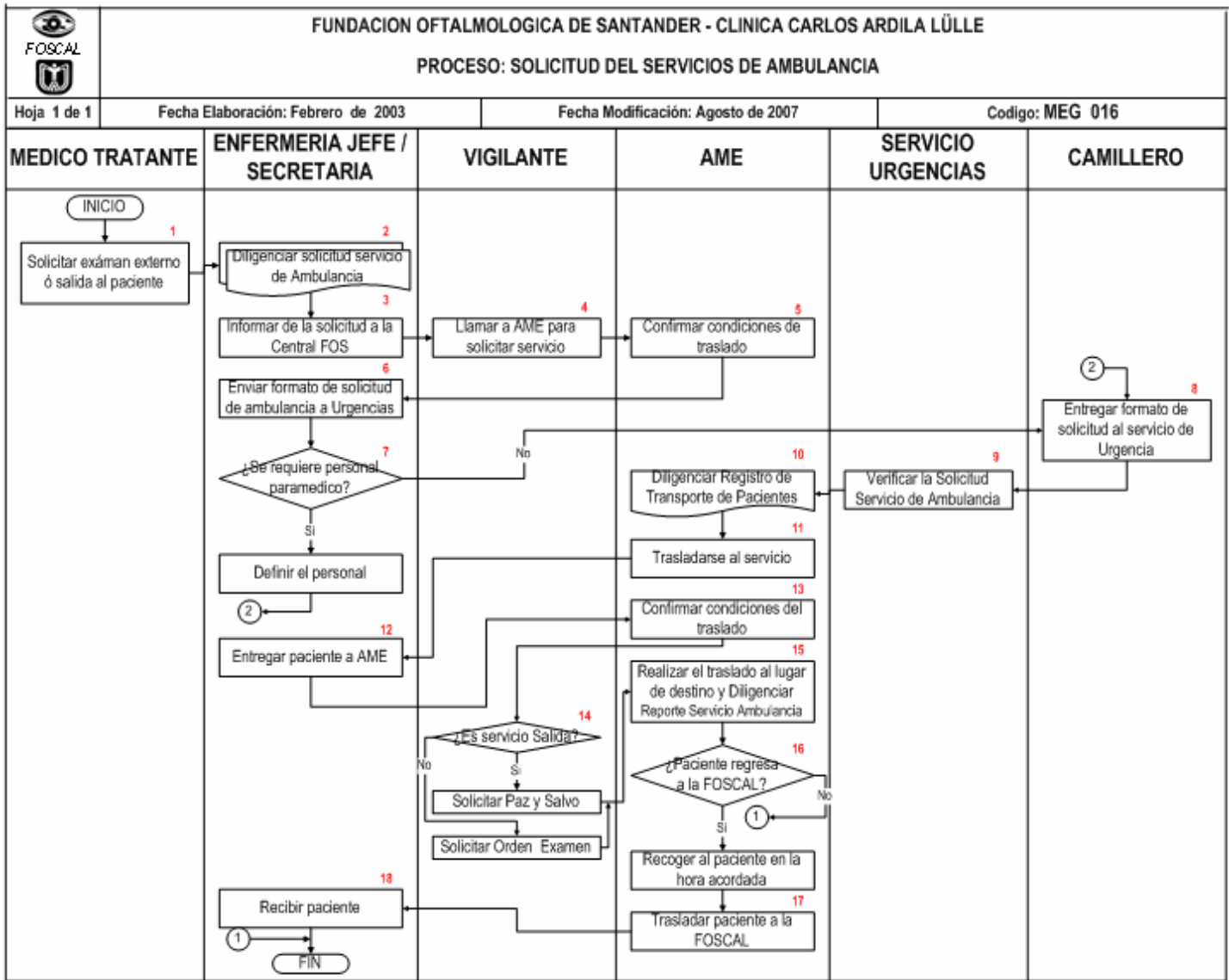
SOLICITUD DEL SERVICIO DE AMBULANCIA

Código
MEG 016

Hojas
2 de 3

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
1	Medico	Orden Medica	Solicitar traslado del paciente en ambulancia o solicita ayuda diagnostica a realizar en otra institución. Informa a enfermera profesional
2	Enfermera Jefe o Secretaria	Solicitud de Ambulancia Admisiones coordina la facturación del servicio	Diligenciar formato de Solicitud de Servicio de Ambulancia, solicita firma del medico tratante del paciente cuando el servicio requerido es por indicación medica, y solicita autorización de la EPS o seguro del paciente para la facturación del mismo, coloca código de autorización o anexa la facturación del servicio. En caso de ser servicio de ambulancia de salida y paciente particular, se le informa que lo debe cancelar en caja de urgencias, este recibo se anexa a la solicitud.
3	Enfermera Jefe – Secretaria		Informar a la central Fos ext. 2990, la solicitud del servicio, la hora en que se requiere y la habitación del paciente o servicio.
4	Vigilante Fos		Informar por radioteléfono a la central AME la solicitud del servicio, informa datos.
5	AME		Se comunica con enfermera profesional del servicio en que es requerida para coordinar traslado.
6	Enfermera Jefe o Secretaria		Entregar formato a camillero para que sea llevado al servicio de urgencias. Cuando es un paciente particular anexar copia del recibo de caja y cuando el servicio de ambulancia lo reconoce la EPS que tiene el paciente el formato la copia de solicitud debe ir con sello de facturación y cuando es el servicio es autorizado por la FOSCAL el formato Solicitud de Servicio de Ambulancia debe tener el nombre de la persona que autoriza que traslado es NP.
7	Enfermera Profesional		Si, ¿Paciente requiere Personal Paramédico? Coordinar el personal paramédico reorganizando el personal del servicio. Pasar a la actividad No. 8 No, ¿Paciente NO requiere Personal Paramédico? Pasar a la actividad No. 8
8	Camillero		Entregar solicitud de servicio de ambulancia a la enfermera jefe o secretaria del servicio de urgencias.
9	Servicio de Urgencias		Verifica diligenciamiento completo, lo archiva junto a la planilla de servicios. Verificar que cuando es un paciente particular tenga la copia del recibo de caja y cuando el servicio lo reconoce la EPS que tenga el formato sello de facturación y cuando es el servicio es autorizado por la FOSCAL el formato tenga nombre de la persona que autoriza el traslado es NP.
10	AME		Registra el servicio solicitado en el Formato Registro de Transporte de Paciente, Verificar telefónicamente con la FOSCCAL para confirmar la realización del servicio.
11	AME		Desplazarse con los elementos necesarios al servicio medico donde esta el paciente que debe ser traslado.
12	Enfermera Jefe	Orden de Salida	Entregar al paciente, dar las recomendaciones necesaria según el estado de salud del paciente, firmar la orden de salida del paciente ó paz y salvo

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS SOLICITUD DEL SERVICIO DE AMBULANCIA		Código MEG 016
			Hojas 3 de 3
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
13	AME		Confirmar instrucciones e indicaciones del traslado con la enfermera profesional del servicio. Presentar orden de salida al vigilante ó paz y salvo.
14	Vigilante		Solicita paz y salvo ó verificar orden de solicitud de examen
15	AME		Ubicar y acomodar el paciente en la ambulancia. Trasládarse al sitio de destino. Entregar paciente a la persona responsable de recibirlo. Diligenciar el Formato de Reporte de servicio de Ambulancia.
16	AME	Planilla de traslado	Si, ¿Paciente Regresa a la FOSCAL? Averiguar hora de regreso del paciente a la institución. Trasládarse al sitio y la hora acordada para recoger al paciente. Ubicar el paciente en la ambulancia. Pasara a la actividad No. 15 No, ¿Paciente NO Regresa a la FOSCAL? Hacer firmar el Formato de Reporte de Servicio de Ambulancia por la persona que recibe el paciente.. FIN
17	AME		Trasládarse a la FOSCAL. Entregar a la enfermera jefe el paciente. Diligenciar el Formato de Reporte de servicio de Ambulancia..
18	Enfermera Jefe	Planilla de traslado	Recibir el paciente, firmar el Formato de Reporte de Servicio de Ambulancia, ubicar al paciente en la habitación asignada, continuar con el tratamiento médico ordenado. FIN
ELABORADO POR: Maribel Esparza Bohórquez FECHA DE ELABORACIÓN: Febrero de 2000			REVISADO POR: Coordinadora de Enfermería Urgencias, Janeth C. Moreno Coordinadora Asistencial de Acreditación, Enf. Maribel Esparza B. Jefe Unidad de Gestión de Calidad, Dra. Alix Porras FECHA DE REVISIÓN: Mayo de 2005
			APROBADO POR: Jefe División Enfermería – Enf. Olga Lucia Gómez Díaz FECHA DE APROBACIÓN: Julio de 2007



Planeación Corporativa FOSCAL



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE
MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES
CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS

Código
ME777

Hojas
1 de 4

DIRECCION: Médica

DIVISION: Enfermería

DEPARTAMENTO:

SERVICIO: Urgencias

COORDINACIÓN:

RESPONSABLE: Coordinador Medico del Servicio de Urgencias

VERSIÓN:

DEFINICIONES

- Es un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles. , para dar prioridad en la atención. Clasificación:

TRIAGE 1: EMERGENCIA: Pacientes con severa anomalía hemodinámica, ventilatoria .o del sistema nervioso central. Es necesario una atención inmediata. Se define como URGENCIA CRITICA, el sitio de atención es reanimación.

TRIAGE 2: AGUDO: Paciente con estabilidad hemodinámica, ventilatoria y neurológica, cuyo problema presenta un riesgo de inestabilidad o complicación. Es necesaria una atención en menos de 45 minutos. Se define como URGENCIA NO CRITICA, el sitio de atención es observación o consultorios.

TRIAGE 3: VIA RAPIDA: Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación. Requiere atención en menos de 4 horas. Se define com0 CONSULTA PRIORITARIA, el sitio de atención es CONSULTA PRIORITARIA.

TRIAGE 4: NO AGUDO: Paciente con patología, que no pone en riesgo su vida. Requiere atención en 24 horas. Se define como CONSULTA EXTERNA, el sitio de atención es CONSULTA EXTERNA.

ALCANCE

- Organizar la atención médica desde el ingreso del paciente a la Institución.
- Brindar una atención oportuna.
- Crear cultura de atención en el servicio de urgencias.

PROPÓSITO

- Brindar una excelente atención médica General y Pediátrica las 24 horas del día en el servicio de Urgencias.

POLÍTICAS

- Todo paciente que solicite atención médica en el servicio de Urgencias se le debe abrir Historia Clínica.
- Los pacientes capitados ingresan al triage para ser clasificados.
- Todo paciente clasificado como 1 y 2 ingresa al servicio de urgencias.
- La atención de pediatría en Urgencias se debe realizar según especificaciones del convenio existente entre la institución y la EPS a la cual está adscrito el paciente.
- Todo menor de 1 año que solicite atención en el servicio de urgencias será valorado por pediatra sin importar su clasificación.
- Cuando no se disponga de consulta prioritaria el usuario será valorado en el servicio.



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES

CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS

Código
MEE 7001

Hojas
2 de 4

INDICACIONES

- Sistema de contratación con las empresas.
- Todo usuario que consulte en el servicio.

CONTRAINDICACIONES

- Según sistema de contratación con las empresas.

COMPLICACIONES

- No aplica.


INSUMOS REQUERIDOS


- Consultorio
- Equipo Biomédico
- Papelería
- Computador

RECOMENDACIONES

- La Historia Clínica debe ser diligenciada en forma completa, con letra clara y firma legible.
- La historia clínica y los soportes deben ser diligenciados en forma completa, con letra clara y firma legible.
- La historia clínica y los soportes serán entregados al servicio de facturación al finalizar la atención.

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
1	Auxiliar de Enfermería	Historia clínica	Seleccionar la historia clínica de turno; Llamar y hacer seguir al usuario al consultorio, tomarle los signos vitales, registrarlos en historia clínica e informarle al médico que paciente esta en consultorio.
2	Médico	Historia clínica	Iniciar valoración médica identificando al usuario, revisando signos vitales y registrando en historia clínica los hallazgos.
3	Médico	Historia Clínica	Interrogar al usuario, realizar anamnesis. Realizar examen físico.
4	Médico	Historia Clínica	Definir conducta, diagnóstico y manejo del paciente. Registrar en historia clínica el diagnóstico y el manejo del usuario.
5	Médico	Historia Clínica Orden medica	Si, ¿El usuario necesita Medicamentos?. Registrar en la Historia Clínica las órdenes médicas a seguir. Diligenciar Formula médica. Entregar e informar a la auxiliar la formula para que solicite los medicamentos y aplique el tratamiento. Pasar a la actividad No. 6 No, ¿El Paciente NO necesita Medicamentos?. Pasara a la actividad No. 8.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER – CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS			Código MEE 7001
				Hojas 3 de 4
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	
6	Auxiliar de Enfermería	Orden medica	Revisar las órdenes médicas, verificar la autorización del tratamiento, solicitar los medicamentos a farmacia ó sacar del stock, revisar el tratamiento establecido e iniciar la aplicación de los medicamentos.	
7	Auxiliar de Enfermería	Control de Medicamentos Hoja de Gastos y procedimientos	Registrar la aplicación del tratamiento y medicamentos en hoja de control de medicamentos. Diligenciar la hoja de gastos de urgencias	
8	Médico	Historia Clínica Solicitud de Exámenes	<p><i>Si, ¿El usuario necesita Exámenes de Diagnóstico?</i> Diligenciar la Orden de Exámenes de Diagnóstico, entregar e informar a la auxiliar del consultorio para su solicitud. Pasar a la actividad No. 9</p> <p><i>No ¿El usuario NO necesita Exámenes de Diagnóstico?.</i> Pasar a la actividad No. 13</p>	
9	Auxiliar de Enfermería	Solicitud de Exámenes	<p>Recibir formato, validar que este correctamente diligenciado, solicitar autorización, solicitar por radio al laboratorio para la toma de muestras.</p> <p>Para solicitar la toma de una radiografía se envía la orden con el camillero a radiología y se coordina el sitio de toma.</p>	
10	Auxiliar de Enfermería		Explicar al usuario sobre los exámenes o procedimientos a realizar y ubicarlo para la toma e informar tiempo de espera para los resultados.	
11	Auxiliar de Enfermería	Reporte Examen	<p>Recibir e Informar inmediatamente al médico respectivo sobre los resultados.</p> <p>Revisar en la pantalla del ROP () la imagen radiográfica recibida e informar al médico.</p>	
12	Médico	Reporte Examen	Analizar los resultados y registrar en historia clínica los hallazgos correspondientes.	
13	Médico	Historia clínica	<p>Valorar nuevamente las condiciones de salud del usuario, definir conducta a seguir con el paciente, registrar e informar al usuario el tratamiento a seguir, e informar a la enfermera el tratamiento a realizar al paciente.</p>	
14	Médico	Historia Clínica	<p><i>Si, ¿Autorizar salida del usuario ?</i> Diligenciar en la historia clínica las indicaciones del tratamiento a seguir en casa y registrar la autorización de salida del paciente e Informar a la enfermera jefe para que inicie la gestión para la salida del paciente. Pasar a la actividad No. 16</p> <p><i>No, ¿Autorizar salida del usuario?.</i> Pasar a la actividad No. 15</p>	
15	Auxiliar de Enfermería	Historia Clínica	Realizar Proceso de Observación de usuario en Urgencias: Revisar Historia Clínica, realizar órdenes médicas, aplicar tratamiento en caso necesario, informar al medico la evolución del paciente. FIN	
16	Médico		<p>Informar al usuario los pasos a realizar para la salida, Dar las instrucciones de manejo y de tratamiento a seguir en casa por el paciente. Entregar documento a la enfermera jefe.</p>	
17	Auxiliar de Enfermería	Historia Clínica	<p>Recibir documentos e indicaciones del medico para el tratamiento a seguir del paciente en casa, revisar soportes de la historia clínica</p>	

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER – CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS			Código MEE 7001
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	
18	Auxiliar de Enfermería	Hoja de Gastos y procedimientos Tarjeta de salida. Historia clínica	Realizar el soporte de hoja de Gastos, Organizar soportes de historia clínica, soportes de facturación y diligenciar la tarjeta de salida de Salida.	
19	Auxiliar de Enfermería	Ordenes medicas Tarjeta de salida Hoja de Gastos y procedimientos Historia clínica	Entregar fórmula médica e instrucciones de salida al usuario. Entregar soportes a facturación. Llevar el paciente a facturación para su legalización de la cuenta de los servicios prestados. Dar instrucciones del tratamiento a seguir en casa. FIN	
<u>ELABORADO POR:</u> Maribel Esparza Bohórquez <u>FECHA DE ELABORACIÓN:</u> Febrero de 1998		<u>REVISADO POR:</u> Coordinadora de Enfermería Urgencias, Janeth C. Moreno Coordinadora Asistencial de Acreditación, Enf. Maribel Esparza B Jefe Unidad de Gestión de Calidad, Dra. Alix Porras <u>FECHA DE REVISIÓN:</u> Febrero de 2005		<u>APROBADO POR:</u> Jefe División Enfermería – Enf. Olga Lucia Gómez Díaz <u>FECHA DE APROBACIÓN:</u> Agosto de 2007



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER - CLINICA CARLOS ARDILA LÜLLE

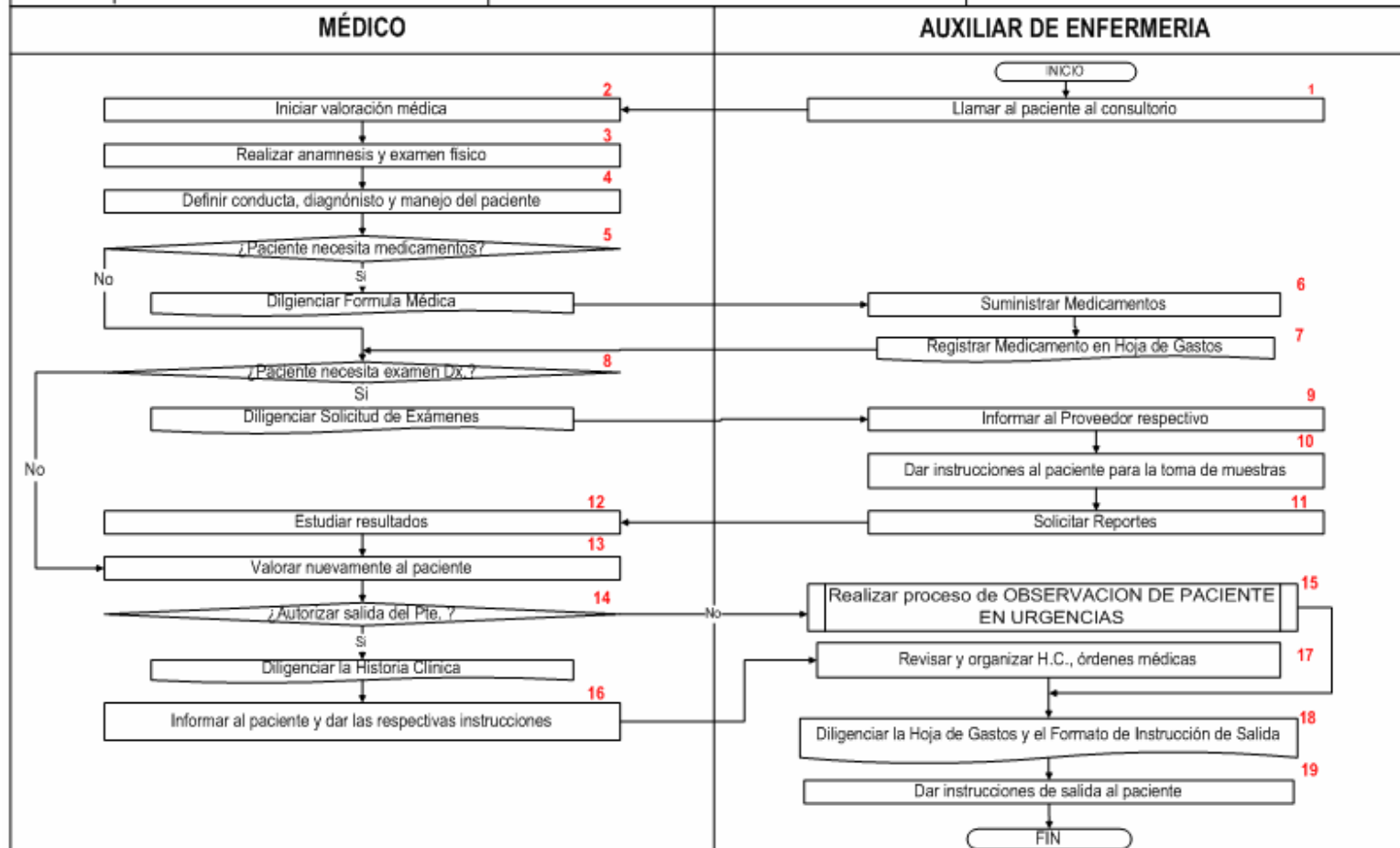
PROCESO: CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS

Hoja 1 de 1


Fecha Elaboración: Junio 1999

Fecha Modificación: Septiembre 2007

Código: MEE 7001



Planeación Corporativa FOSCAL

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE			Código MEE 7004
	MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES OBSERVACION DE PACIENTES EN URGENCIAS			Hojas 1 de 4
DIRECCION: Médica	DIVISION: Enfermería	DEPARTAMENTO:	SERVICIO: Urgencias	
COORDINACIÓN:	RESPONSABLE: Enfermera profesional de Urgencias		VERSIÓN:	
<p>DEFINICIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No aplica <p>ALCANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecer una atención de enfermería al usuario con calidad. ▪ Brindar un manejo integral al paciente. ▪ Disminuir las secuelas y las complicaciones en el paciente. <p>PROPÓSITO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Brindar atención integral y oportuna al paciente para colaborar en su recuperación y disminuyendo la presencia de secuelas. <p>POLÍTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El tiempo máximo de observación del paciente en el servicio de Urgencias en de 6 horas después de las cuales se le debe valorar para definir la conducta a seguir. ▪ Las historias clínicas de pacientes en observación deben ser revisadas por la enfermera profesional. ▪ Todo paciente en observación se le debe iniciar manejo y tratamiento inmediatamente ingresa a éste servicio. <p>INDICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A todos los pacientes que ingresan al servicio de urgencias independiente de la patología <p>CONTRAINDICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente sin posibilidad de acceso vascular o infección el sitio de inserción. ▪ Discrasia sanguínea severa con trastorno. ▪ Inestabilidad hemodinámica. ▪ Insuficiencia hepática. <p>COMPLICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arritmias cardíacas. • Calambres musculares. • Hemorragia. • Hematomas • Hemólisis. • Desequilibrio hidroeléctrico. 				



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES
OBSERVACION DE PACIENTES EN URGENCIAS

Código
MEE 7004

Hojas
2 de 4


INSUMOS REQUERIDOS

- Elementos de protección personal (tapabocas, gafas).
- Guantes estériles.
- Guantes limpios.
- Solución salina al 0.9 % x 100 cc
- Gasas estériles.
- Cinta adhesiva microporosa.
- Aguja estéril # 18.
- Aplicadores estériles.

RECOMENDACIONES

- Cualquier anomalía que se presente durante el desarrollo del proceso debe comunicarse inmediatamente a la persona responsable del área en que sucede el imprevisto y la persona dueña del proceso.
- La enfermera profesional del servicio debe conocer todos los contratos y/o convenios realizados por la Institución.
- Se le debe informar al médico tratante o de turno los cambios o novedades en el paciente.

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
1	Médico Urgencias	Historia Clínica	Realizar la valoración medica del estado de salud de paciente (Proceso de Consulta Medica de Urgencias)
2	Médico Urgencias	Orden Médica Historia Clínica	Si, ¿Se ordena dejar paciente en Observación? Se debe registrar la Orden Médica de observación y tratamiento e informa a la auxiliar de enfermería del consultorio. La auxiliar de enfermería del consultorio entrega el paciente al servicio de observación e informa a la enfermera profesional. Además da las instrucciones médicas recibidas y entrega la historia clínica del paciente. Pasar a la actividad No. 3 No, ¿Se ordena dejar paciente en Observación? FIN
3	Enfermera Jefe y/o Enfermera Auxiliar	Ordenes Médicas	Recibir paciente y ordenes dejadas por el medico tratante. Revisar las órdenes médicas para iniciar tratamiento ordenado.
4	Enfermera Jefe y/o Enfermera Auxiliar	Orden Exámenes	Si, ¿Paciente necesita exámenes de laboratorio o Rx? Se debe revisar el tipo de examen, cuidados y recomendaciones que se deben tener, informa al paciente y da las instrucciones. Revisar que la orden de examen esté completa y correctamente diligenciada. Pasar a la actividad No. 5 No, ¿Paciente NO necesita exámenes de laboratorio o Rx?, Pasar a la actividad No. 12
5	Enfermera Jefe y/o Enfermera Auxiliar		Llamar al laboratorio clínico o Rx e informar sobre la toma de muestras o exámenes.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES OBSERVACION DE PACIENTES EN URGENCIAS			Código MEE 7004
				Hojas 3 de 4
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	
6	Auxiliar de Laboratorio o Rx	Orden Exámenes	Tomar las muestras o Rx solicitados. Si queda algún pendiente deja copia de la solicitud e informa en el servicio.	
7	Secretaria y/o Enfermera Auxiliar	Reportes de las muestras	Revisar la disponibilidad de los reportes solicitados al laboratorio. Verificar la disponibilidad de las imágenes radiológicas en la pantalla del ROP. La enfermera profesional debe revisarlas.	
8	Enfermera Jefe	Reportes de las muestras	Informa al medico de urgencias los reportes de laboratorio y Comentar inmediatamente al médico los resultados alterados, o esperar a que éste finalice la consulta.	
9	Médico Urgencias		Hacer nueva valoración de las condiciones del paciente con los resultados del laboratorio o Rx para definir conducta y tratamiento.	
10	Médico Urgencias	Registro de Urgencias SIS 181	Si, ¿Paciente necesita observación?, Pasar a la actividad No. 12 No, ¿Paciente No necesita observación?, Autorizar la salida del paciente, diligenciando el Registro de Urgencias SIS 181. Pasar a la actividad No. 11	
11	Enfermera Jefe	Historia Clínica	Organizar la historia clínica, informar a los familiares sobre la salida, da las instrucciones necesarias al paciente sobre su cuidado y manejo y pasa los respectivos soportes a Facturación donde tramitan la salida del paciente. FIN	
12	Enfermera Jefe y/o Enfermera Auxiliar	Formato FOS 024	Si, ¿Paciente necesita Medicamentos?, Verificar que los medicamentos están en el stock de Urgencias Pasar a la actividad No. 13 No, ¿Paciente NO necesita Medicamentos?, Pasar a la actividad No. 18	
13	Enfermera Jefe y/o Enfermera Auxiliar	Hoja de Gastos	Si, ¿Medicamentos están en Urgencias? Seleccionar los medicamentos solicitados del stop de urgencias, diligenciar formato de hoja de gastos de urgencias. Pasar a la actividad No. 15 No, ¿Medicamentos NO están en Urgencias?, se deben solicitar a farmacia en el formato FOS 024 en la cantidad que corresponde a 1 dosis. Pasar a la actividad No. 14	
14	Enfermera Jefe y/o Enfermera Auxiliar	FOS 024	Verificar los medicamentos recibidos de Farmacia en cantidad y nombre, devolver en caso de inconsistencias,	
15	Enfermera Jefe y/o Enfermera Auxiliar	Orden Médica	Preparar los medicamentos y Administrar estos al paciente según indicaciones ordenadas por el Médico. No olvide hacer las pruebas a reacciones de medicamentos.	
16	Enfermera Jefe y/o Enfermera Auxiliar	Historia Clínica Hoja de Gastos	Registrar los medicamentos suministrados en la Historia Clínica del paciente y en la Hoja de Gastos y hoja de droga al aplicarlos.	
17	Médico Urgencias y Enfermera Jefe		Revisar nuevamente el estado de salud del paciente después de administración de la primera dosis de los medicamentos con el fin verificar que la sintomatología y el tiempo de observación ha sido prudente.	



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE
MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES
OBSERVACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS

Código
MEE 7004

Hojas
4 de 4

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
18	Médico Urgencias	Orden de solicitud de especialista	Si, <i>¿El estado de Salud del Paciente Mejora?</i> Elaborar Ordena salida. Y registrar en el SIS 181. Pasar a la actividad No. 10 No, <i>¿El estado de Salud del Paciente NO Mejora?</i> Solicitar interconsulta con el especialista para continuar con el manejo, diligenciando la orden de solicitud de especialista. Pasar a la actividad No. 19
19	Enfermera Jefe y/o Enfermera Auxiliar		Enviar el mensaje el médico especialista requerido solicitando la inter consulta. Diligenciar la solicitud en el Registro de Control de Especialista de Turno de Urgencias
20	Médico Especialista		Presentarse al servicio de urgencias, revisar la HCl y paraclínicos y valorar y evaluar el estado de salud del paciente para definir conducta a seguir.
21	Médico Especialista		Si, <i>¿Paciente necesita Hospitalización e Intervención?</i> Elaborar solicitud de Hospitalización ó Intervención, informar a la jefe para que realicen trámites administrativos de consecución de Autorización. Pasar a la actividad No. 23 No, <i>¿Paciente NO necesita Hospitalización e Intervención?</i> Verificar que el Paciente necesita UIC. Pasar a la actividad No. 22
22	Médico Especialista		Si, <i>¿Paciente necesita UCI?</i> Elaborar solicitud de UCI, informar a la jefe para que realicen trámites administrativos de consecución de Autorización. Pasar a la actividad No. 24 No, <i>¿Paciente NO necesita Hospitalización e Intervención?</i> Registrar y ordenar salida del paciente, Elaborar documento de salida e informar a la enfermera jefe la salida y las indicaciones de manejo en casa. Pasar a la actividad No. 10
23	Enfermera Jefe		Realizar el Proceso TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA. FIN
24	Enfermera Jefe		Realizar el Proceso TRASLADO DE PACIENTE A UCI, FIN

ELABORADO POR:

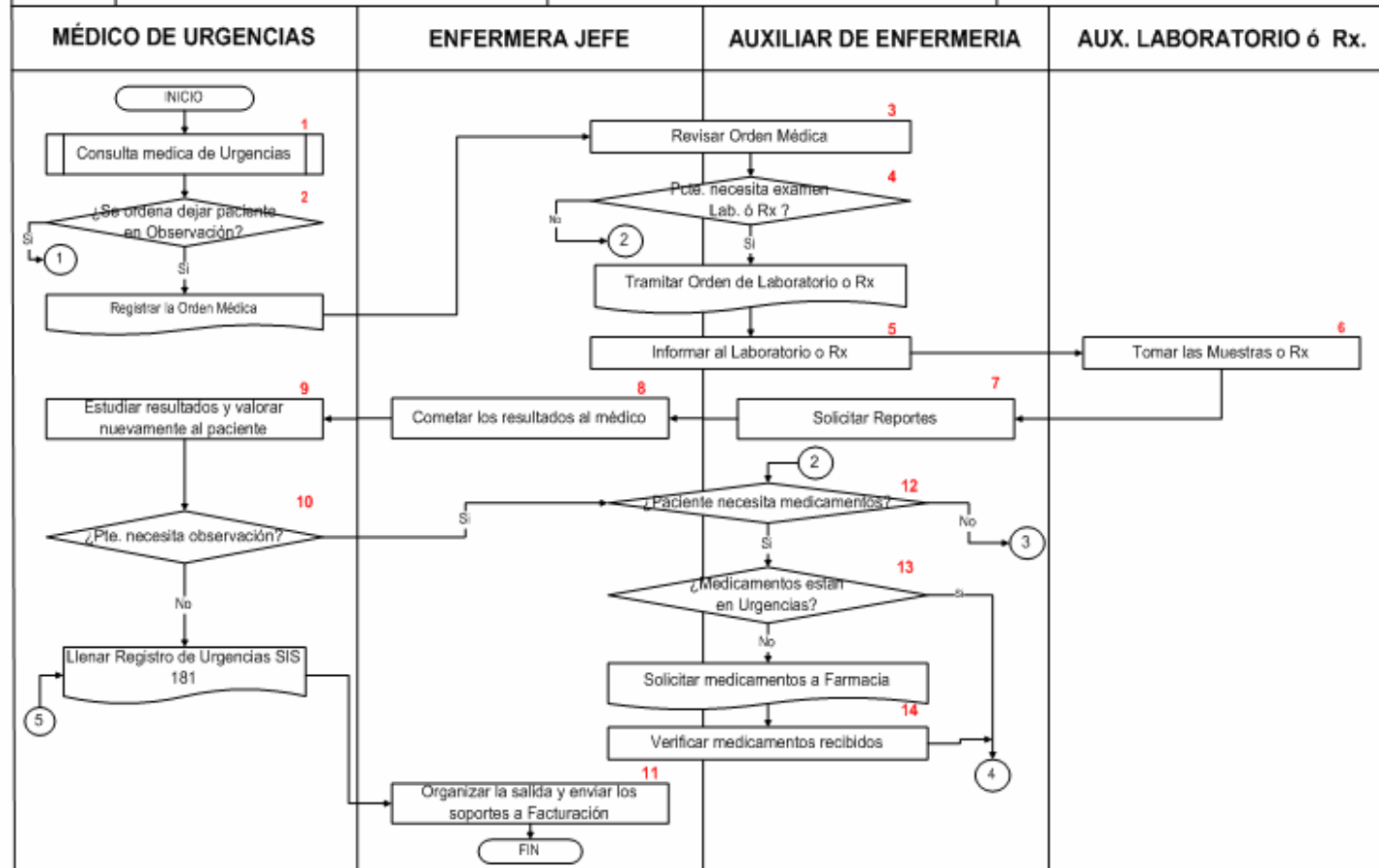
Maribel Esparza Bohórquez
FECHA DE ELABORACIÓN:
 Julio de 1999

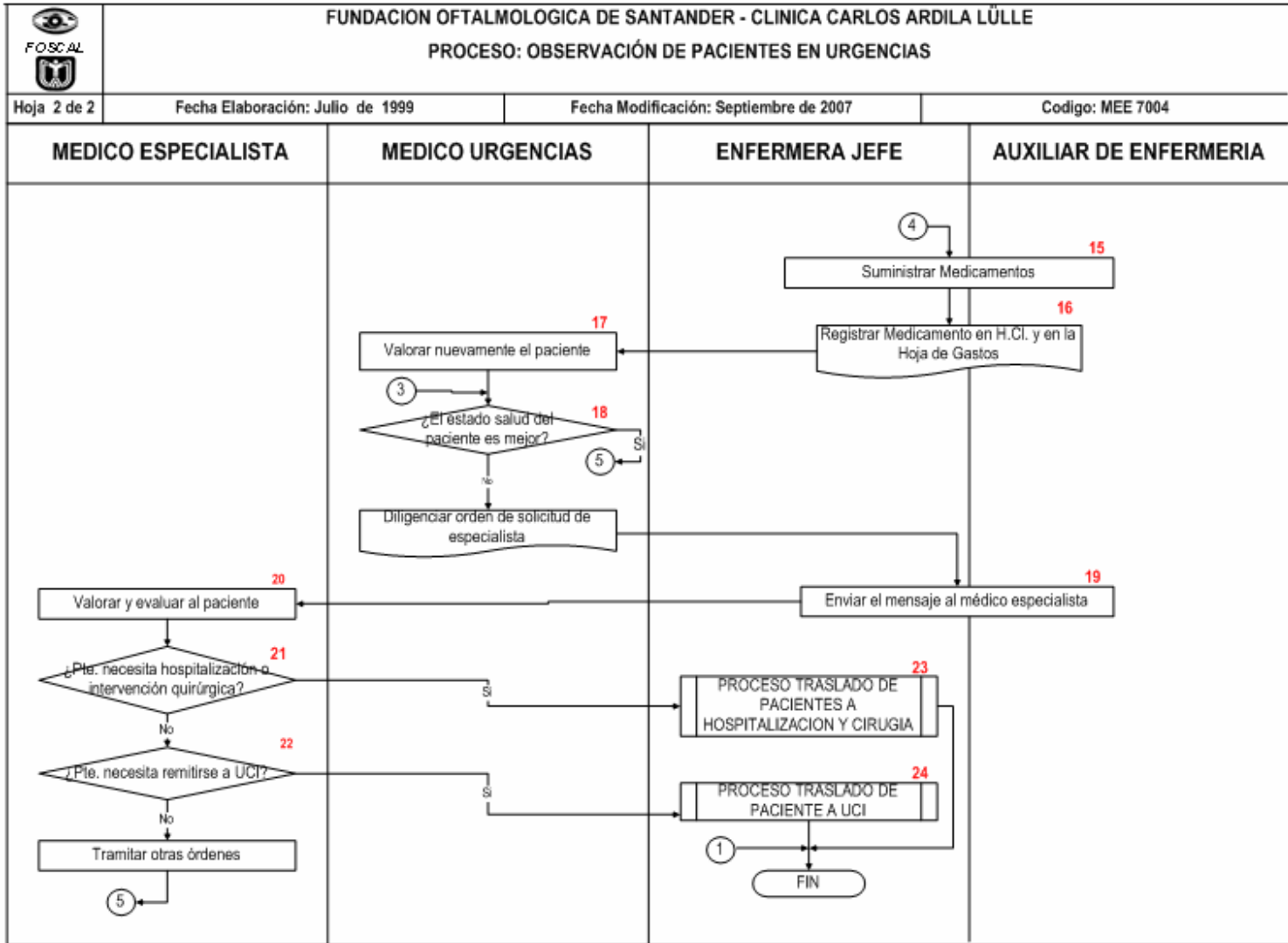
REVISADO POR:

Coordinadora de Enfermería Urgencias, Janeth C. Moreno
 Coordinadora Asistencial de Acreditación, Enf. Maribel Esparza B.
 Jefe Unidad de Gestión de Calidad, Dra. Alix Porras
FECHA DE REVISIÓN:
 Marzo de 2003

APROBADO POR:

Jefe División Enfermería – Enf. Olga Lucia Gómez Díaz
FECHA DE APROBACIÓN:
 Septiembre de 2007





Planeación Corporativa FOSCAL



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

Código
DA 09 001 MP

MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

Hojas
1 de 6

ATENCIÓN DE USUARIOS CAPITADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

DIRECCIÓN: Medica

DIVISIÓN: Enfermería

DEPARTAMENTO: No aplica

SERVICIO: Urgencias

COORDINACIÓN: No aplica

RESPONSABLE: Enfermera Profesional

VERSIÓN: Dos

DEFINICIONES

- **TRIAGE I, TRIAGE II, TRIAGE III, TRIAGE IV:** Ver anexo de Definición de acuerdo al concepto y las patologías incluidas
- **CUOTA MODERADORA:** Es un pago que realiza el usuario con el fin de racionalizar la utilización de los servicios de salud y estimular su buen uso por las actividades contempladas según la norma acuerdo 30 de 1996.
- **COPAGO:** Son los aportes en dinero que corresponden a una parte del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema de Seguridad Social
- **CONTINGENCIA:** Son los motivos por los cuales el usuario solicita el servicio de urgencias: Esta debe ser definida y registrada en la historia clínica por el Médico de Urgencias.

ALCANCE

- Hacer uso racional del servicio de urgencias con el fin de optimizar la oportunidad y la calidad de la atención.
- Mejorar la Oportunidad en el servicio de Urgencias para aumentar los niveles de satisfacción en los usuarios atendidos en el servicio de urgencias.
- Educar al usuario en la utilización de los servicios.
- Facturar los servicios efectivamente recibidos por los usuarios que son atendidos en el servicio de urgencias.

INDICACIONES

- Sistema de contratación con las empresas.
- Todo usuario que consulte en el servicio.

CONTRAINDICACIONES

- Según sistema de contratación con las empresas.

COMPLICACIONES

- No aplica

INSUMOS REQUERIDOS

- Consultorio
- Equipo Biomédico
- Papelería
- Computador
- Fichero



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

ATENCIÓN DE USUARIOS CAPITADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

Código
DA 09 001 MP


Hojas
2 de 6


POLÍTICAS


- Cuando la solicitud de la atención por el Servicio de Urgencias corresponda a clasificación III y IV debe ser derivada a consulta Prioritaria o Consulta Externa respectivamente.
- Solo se atenderá la consulta prioritaria por el Servicio de urgencias cuando No haya oportunidad en la atención en el servicio de Consulta Externa.
- En los usuarios identificados con SELLO DE ATENCION INICIAL DE URGENCIAS se realizará la atención médica hasta la estabilización de signos vitales, definición del diagnóstico y solicitud de remisión y/o autorización por la EPS.
- En el horario de Triage todo usuario debe ser valorado para acceder al servicio de Urgencias.
- Todo Usuario Capitado Inactivo se debe solicitar código de autorización para la ATENCION en el Servicio de Urgencias.
- Usuario Capitado con ATENCION INICIAL DE URGENCIA y clasificación Triage III genera el cobro del total de los servicios prestados.
- Usuario Capitado con clasificación Triage IV genera el cobro del total de servicios prestados en la atención por Urgencias, previa información suministrada por el Triage y firma del usuario con la aceptación.
- Usuario Capitado con clasificación Triage III genera el cobro de cuota moderadora por cada uno de los servicios prestados en la atención realizada, previa información suministrada por el Triage y firma del usuario con la aceptación.
- Los usuarios Capitados de COLMENA atendidos por urgencias con ordenes de medicamentos ambulatorios, para su entrega, en horarios hábil se deben dirigir al centro autorizador para su autorización, y en horarios no hábiles se deben dirigir a farmacia, previa verificación en base de datos de FOSCAL por admisiones de urgencias. Cuando no pertenezca colocar en la admisión sello de atención Inicial de urgencias e identificar como usuario de SILCO para los usuarios clasificados con Triage I, para triage II, III y IV remitir a su IPS respectiva.
- La calidad de la Información de los registros en formatos e historia clínica son responsabilidad del Médico Tratante.
- *El Médico tratante tiene la responsabilidad de calificar y registrar en la Historia Clínica el origen del evento y la clasificación del Triage por el cual consulta el Usuario Capitado.*

RECOMENDACIONES

- Se deriva a Consultas Externa todo aquello que no sea patología de Urgencia, previa coordinación de la atención.
- Actualización y retroalimentación permanente de los contratos de capitación.
- Los cobros derivados de la prestación de servicios se realizarán antes de la atención, se sugiere separar contablemente estos ingresos.
- En horario de atención al público la droga de salida del paciente atendido por el servicio de urgencias será solicitada por el paciente. En horario diferente la solicitará el servicio.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS ATENCION DE USUARIOS CAPITADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS			Código DA 09 001 MP
				Hojas 3 de 6
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	
1	Atención al Cliente ó Admisiones		<p>Si, <i>¿Hay Triage?</i> Informar al usuario que recoge el ficho de turno para ser atendido y ubicarlo donde queda la oficina del Triage. Pasar a la actividad No. 2</p> <p>No, <i>¿Hay Triage?</i> Ubicar el usuario donde queda la oficina de admisiones. Pasar al actividad No. 11</p>	
2	Enfermera del Triage	Informe de TRIAGE Doc. Identidad y Carné de EPS.	<p>Solicita los documentos de ingreso (carné y Documento de Identidad). Interrogar al usuario ó familiar los motivos de consulta, tomar signos vitales, según la valoración realizada emitir una clasificación, Diligencia formato de TRIAGE, de la valoración y datos solicitados al usuario, Explica al usuario el motivo de su resultado y los pasos a seguir para recibir ó no la atención.</p>	
3	Enfermera del Triage	Carné Doc. Identidad Informe Triage.	<p>Si, <i>¿Clasificación del Triage es 1 y 2?</i> Entrar al usuario al servicio para que el médico realice la atención médica. Informar a la Enfermera jefe del Servicio. Pasar a la actividad No. 4</p> <p>No, <i>¿clasificación del Triage es 1 y 2?</i> Consultar con el Centro Autorizador según EPS respectivo para verificar la existencia de cita prioritaria. Pasar a la actividad No. 6</p>	
4	Enfermera del Triage		<p>Informar a Admisiones el nombre del usuario que ingresó a la atención de urgencia, y solicitar al familiar del usuario que suministre los datos y documentos necesarios para registrar el ingreso.</p>	
5	Enfermera del Triage	Carné Doc. Identidad Informe Triage.	<p>SI, <i>¿Hay consulta Prioritaria?</i> Recibir documentos (carné y Documentos de identidad y Formato de Triage), Asignar cita prioritaria en el sistema de cita y emitir la orden de autorización para la consulta prioritaria, Informar al usuario el lugar y con quien recibirá la consulta prioritaria y donde debe cancelar el valor de la cuota moderado. Entregar documentos (carné y Documentos de identidad y Formato de Triage), Informar al usuario el lugar donde debe se presentarse para que le asignen la cita PRIORITARIA según la EPS. Pasar a la actividad No. 9</p> <p>No, <i>¿Hay Consulta Prioritaria?</i> Enviar el usuario a caja de urgencias para cancelar la cuota moderadora con el documento respectivo. Pasar a la actividad No. 10</p>	
6	Enfermera del Triage		<p>Informar el lugar donde debe presentarse para cancelar la cuota moderadora.</p>	
7	Auxiliar de Caja	Informe de Triage	<p>Solicitar al usuario documentos (carné y Doc. Identidad, informe del triage) y verificar en el sistema de si el usuario tiene derechos, verificar el valor de la cuota moderadora según a pagar por concepto de consulta Médica. Solicitar el dinero de la cuota moderadora según EPS, elaborar recibo de caja, entregar al recibo de pago con los sellos que garantizan la prestación del servicio y su respectivo pago.</p>	
8	Auxiliar de Caja	Documento de identidad y carné de EPS.	<p>Informar al usuario el lugar donde debe se presentarse para que le asignen la cita PRIORITARIA según la EPS.</p>	
9	Médico de Consulta Externa.	Hoja de Triage y la Historia Clínica.	<p>Solicitar Historia clínica y Formato de TRIAGE, Valorar estado de salud del paciente. Registrar Historia Clínica valoración y hallazgos, ordenar Medicamento ó laboratorios, Rx, etc. Informar al usuario donde debe autorizar y donde le entregan lo ordenado por el medico de consulta externa. FIN</p>	

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS ATENCION DE USUARIOS CAPITADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS			Código DA 09 001 MP
				Hojas 4 de 6
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	
10	Auxiliar de Caja		Solicitar al usuario documentos (carné y Doc. Identidad, informe del triage) y verificar en el sistema si el usuario tiene derechos, verificar el valor de la cuota moderadora según a pagar por concepto de consulta Médica. Solicitar el dinero de la cuota moderadora según EPS, elaborar recibo de caja, entregar al recibo de pago con los sellos que garantizan la prestación del servicio y su respectivo pago. Informar que donde queda admisiones.	
11	Auxiliar de Admisiones.	Documento de identidad y carné de EPS	Verificar e Imprimir comprobación de derechos. Solicitar documento de identidad y carné, verificar verbalmente los documentos. Ingresar a la base de datos, digitar el número de documento de identidad, verificar nombre y apellidos completos, verificar si está en la base de datos y si está activo, Verificar el tiempo de afiliación para comprobar los derechos de la atención. Verificar el tipo de Contingencia y el servicio solicitado. Cuando no esta en base de datos se solicita a la EPS la autorización del servicio y se imprime autorización emitida por la EPS. Con los documentos, verifica si tiene H.C antigua. Crear H.C. Digita datos personales: Nombre completo, lugar de nacimiento, dirección, teléfono, Empresa a la cual pertenece, No. De carné, médico que lo va atender. Imprime la H.C. Se coloca el formato de clasificación Triage y se pasa la H:C al médico. La comprobación de derechos junto con el carné se envía a facturación. Entregar al personal de enfermería de consulta de urgencias documentos para la atención.	
12	Médico de Urgencias.	Informe de Triage Historia Clínica RIPS, Solicitudes Médicas (formulas Medicas)	<p>Solicitar los documentos y verificar la información consignada, realizar la Atención Médica de Urgencias según esta tres Modalidad :</p> <p>Modalidad 1. Verifica el formato de Triage: Si es evidente que el resultado de la clasificación Triage es III, debe informar a la Enfermera para que el usuario pase a la caja y cancele la cuota moderadora por la atención que solicita. Si es evidente la clasificación IV, debe informar a la Enfermera para que le explique que la atención debe ser realizada por el servicio de consulta Externa.</p> <p>Modalidad 2. Registrar H.C de Atención Médica. Definir contingencia de la atención médica. identificar las ordenes de solicitudes de servicio que tienen contingencias AT ó TR ó EP ó EC . Registrar la contingencia según ATEP, SOAT, EC, EG. Registrar la clasificación Triage en la Historia Clínica. Emitir solicitudes de servicio.</p> <p>Modalidad 3. Cuando la atención es clasificación Triage III, las solicitudes generadas en el servicio de Urgencias se tramitarán en el Centro Autorizador y los resultados se presentarán por el servicio de consulta externa en la modalidad consulta Especial. (Presentar exámenes solicitados por Urgencias). Para las solicitudes de aplicación de medicamentos, deberá dirigirse a la caja para tramitar el pago de cuota moderadora y jeringa, según el horario, la atención se realizará por Consulta Externa ó por Urgencias. Cuando la atención es clasificada como Triage IV, es un servicio que se presta en consulta Externa. Si el usuario insiste en ser atendido: se le debe explicar que debe cancelar la atención del médico a tarifas POS y las solicitudes emitidas de laboratorios y formulas medicas son a cargo del usuario.</p>	

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS ATENCION DE USUARIOS CAPITADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS			Código DA 09 001 MP
				Hojas 5 de 6
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	
13	Personal de Enfermería	Historia Clínica, Orden Médicas (Medicamentos, Medios Dx.)	<p>SI, ¿Es clasificación 3 y 4? Verificar las órdenes médicas y explicar los pasos a realizar por el paciente según la modalidad 3 de la actividad No. 9. y luego se envía a facturación, Verificar que los usuarios de COLMENA – SILCO no deben recibir medicamentos ambulatorios, explicar que debe solicitarlos en su EPS. Pasar a la actividad No. 14</p> <p>NO, ¿Es clasificación 3 y 4? Verificar en sello y ordenes médica, cuando n tiene derechos de realizar los procedimiento ordenados informar a admisiones para que solicite autorización una vez confirmada la autorización por admisiones realizar la atención de enfermería y ejecutar las ordenes médicas. Pasar a la actividad No. 25</p>	
14	Personal de Facturación	Soportes de los servicios realizados.	<p>Recibir soportes de enfermería, verificar que tipos de clasificación tiene: si es tres debe cancelar cuota moderadora s y cuatro debe cancelar servicios de urgencias con tarifas POS plenas, Consultar los gastos cargados por historia clínica. Verificar los soportes entregados por enfermería. Cargar al sistema los gastos generados. Generar factura.</p>	
15	Personal de Facturación	Ordenes de medicamento	<p>Sí, ¿Ordenaron Medicamento? Enviar usuario a caja a cancelar cuota moderadora. Pasa a la actividad 18.</p> <p>No, ¿Ordenaron Medicamento? Pasar a la actividad No. 16.</p>	
16	Auxiliar de Facturación	Orden de Apoyo diagnóstico.	<p>Si, ¿Tiene orden de Ayudas Diagnósticos? Pasar a la actividad No. 17</p> <p>No, ¿Tiene orden de Ayudas Diagnósticos? Entregar Paz y Salvo. FIN.</p>	
17	Auxiliar de Facturación	Orden de Apoyo diagnóstico.	<p>SÍ, ¿Es usuario CAFI? Enviar Centro Autorizador de CAFI para que le autoricen las órdenes de Ayudas Diagnósticas. FIN</p> <p>No, ¿Es usuario CAFI? Enviar al centro Autorizador de capitación para que le autoricen las órdenes de Ayudas Diagnósticas. FIN</p>	
18	Auxiliar de Caja	Orden drogas Orden Servicio	<p>Realizar el proceso de Recaudo de Cuota Moderadora. Solicitar orden de Medicamentos, verificar valores de cuota moderadora, solicitar dinero, elaborar recibo de caja, entregar orden de servicio con lo sellos que garantizan que cancelo la cuota moderadora y que recibe dinero.</p>	
19	Auxiliar de Caja	Orden drogas Orden Servicio	<p>Ubicar el usuario el lugar donde queda la farmacia, informar cuales son documentos que debe presentar para reclamar los medicamentos.</p>	
20	Auxiliar de Farmacia	Orden drogas Orden Servicio	<p>SÍ, ¿Es usuario CAFI? Entregar según CAFI medicamentos y explicar donde reclamar el resto de la formula. Pasar actividad No. 21</p> <p>No, ¿Es usuario CAFI? Entregar medicamento según contrato de servicios capitados. Pasar a la actividad No. 21</p>	
21	Auxiliar de Farmacia	Orden drogas Orden Servicio	<p>Si, ¿Tiene inyectología?. Vender la jeringa que se requiere para inyectar los medicamentos ordenados, Conocer cual es la hora par determinar es horario hábil para colocar inyectología. Pasar actividad No. 22</p> <p>No, ¿Tiene inyectología? Entregar medicamentos solicitados y copia de la formula. FIN</p>	



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

ATENCIÓN DE USUARIOS CAPITADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

Código
DA 09 001 MP

Hojas
6 de 6

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
22	Auxiliar de Farmacia	Orden drogas Orden Servicio	Si, <i>¿Es hora hábil?</i> Entregar medicamentos, jeringas y ubicar al usuario donde es consulta externa y por quien preguntar para que le coloque los medicamentos inyectados. Pasar a la actividad No. 23 No, <i>¿Es hora hábil?</i> Entregar medicamentos y jeringas y Ubicar donde es Urgencias. Pasa a la actividad 25
23	Auxiliar de Enfermería de Consulta Externa.	Orden del medicamento.	Solicitar orden del servicio, Recibir medicamentos y jeringas, Realizar aplicación del medicamento. FIN
24	Auxiliar de Enfermería de Urgencias.	Orden del medicamento.	Solicitar recibo de caja del servicio de Inyectología, medicamentos y jeringa, Se realiza aplicación de medicamento. FIN
25	Auxiliar de Enfermería	Documento de identidad y carnet de EPS. Orden de hospitalización	Si, <i>¿Ordenan Hospitalizar al Usuario?</i> Informar a admisiones y facturación que el paciente queda hospitalizado para que se realicen los tramites administrativos necesario, Ingresar a la base de datos de PROGEINSA, FIN . No, <i>¿Ordenan Hospitalizar al Usuario?</i> Entregar los soportes de solicitudes de apoyo diagnóstico, procedimientos y medicamentos ordenados y realizados. Informar al auxiliar de Admisiones y Facturación el cierre de la cuenta. Pasar a la actividad 26.
26	Auxiliar de facturación	Soportes Facturación	Realizar Proceso de Facturación: Recibir soportes, validar información de soportes, liquidar factura, imprimir factura, organizar cuenta y hacer firmar soportes ó cancelar excedentes si los tiene. Entregar Paz y Salvo. FIN

ELABORADO POR:

Maribel Esparza Bohórquez

FECHA DE ELABORACIÓN:

Febrero de 1999

REVISADO POR:

Coordinadora de Enfermería Urgencias, Janeth C. Moreno
Coordinadora Asistencial de Acreditación, Enf. Maribel Esparza B.

Jefe Unidad de Gestión de Calidad, Dra. Alix Porras

FECHA DE REVISIÓN:

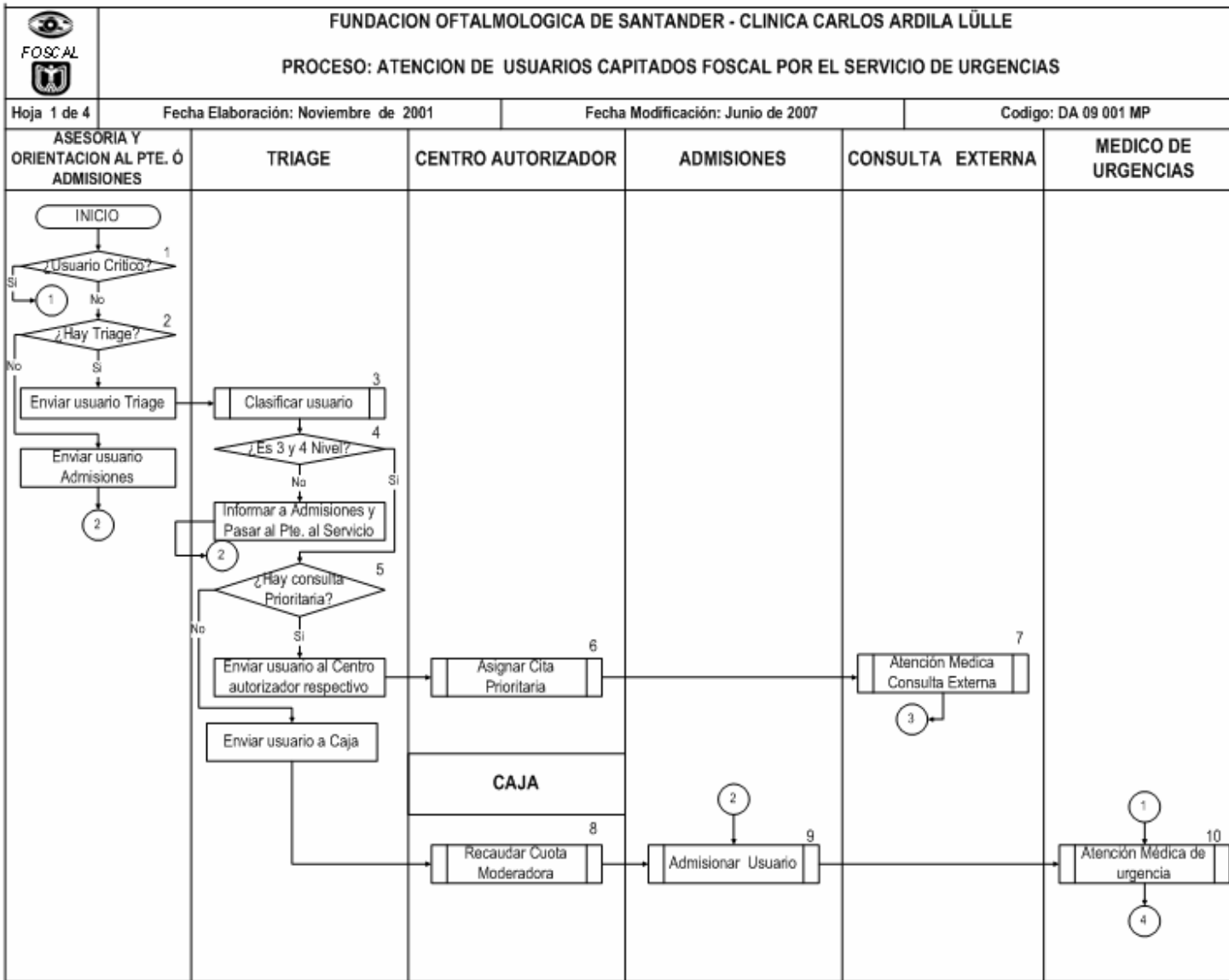
Julio de 2005

APROBADO POR:

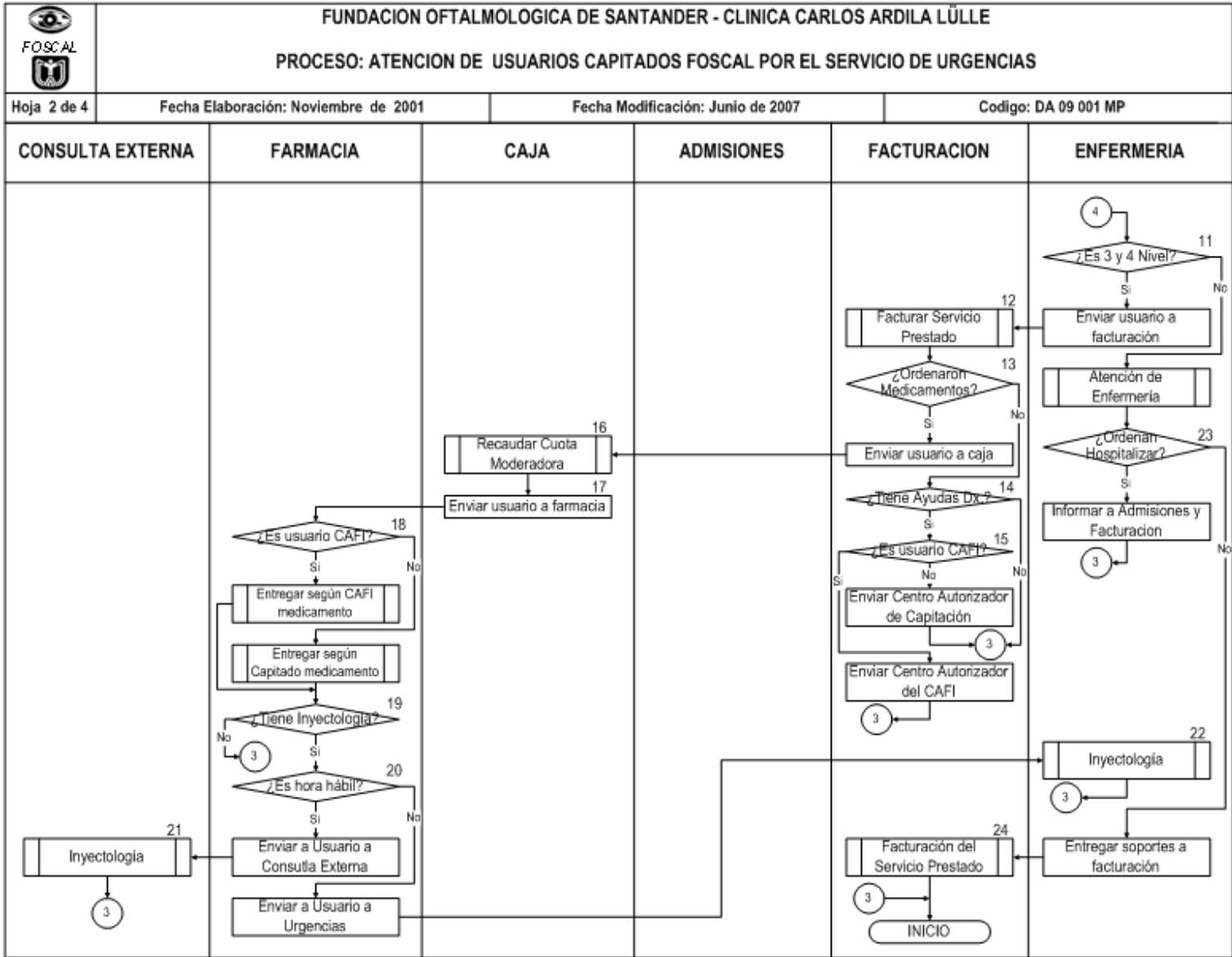
Jefe División Enfermería – Enf. Olga Lucia Gómez Díaz

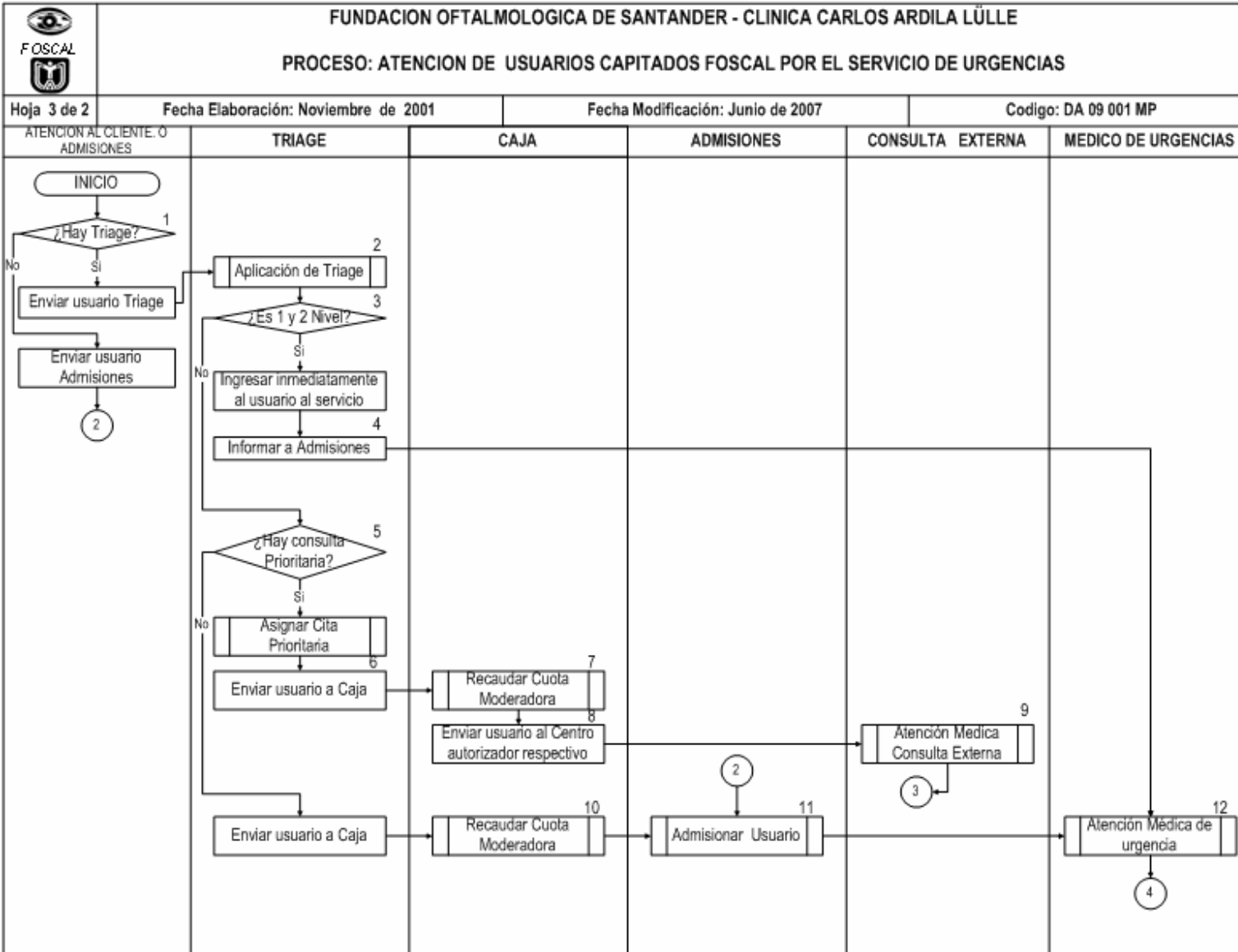
FECHA DE APROBACIÓN:

Diciembre de 2004

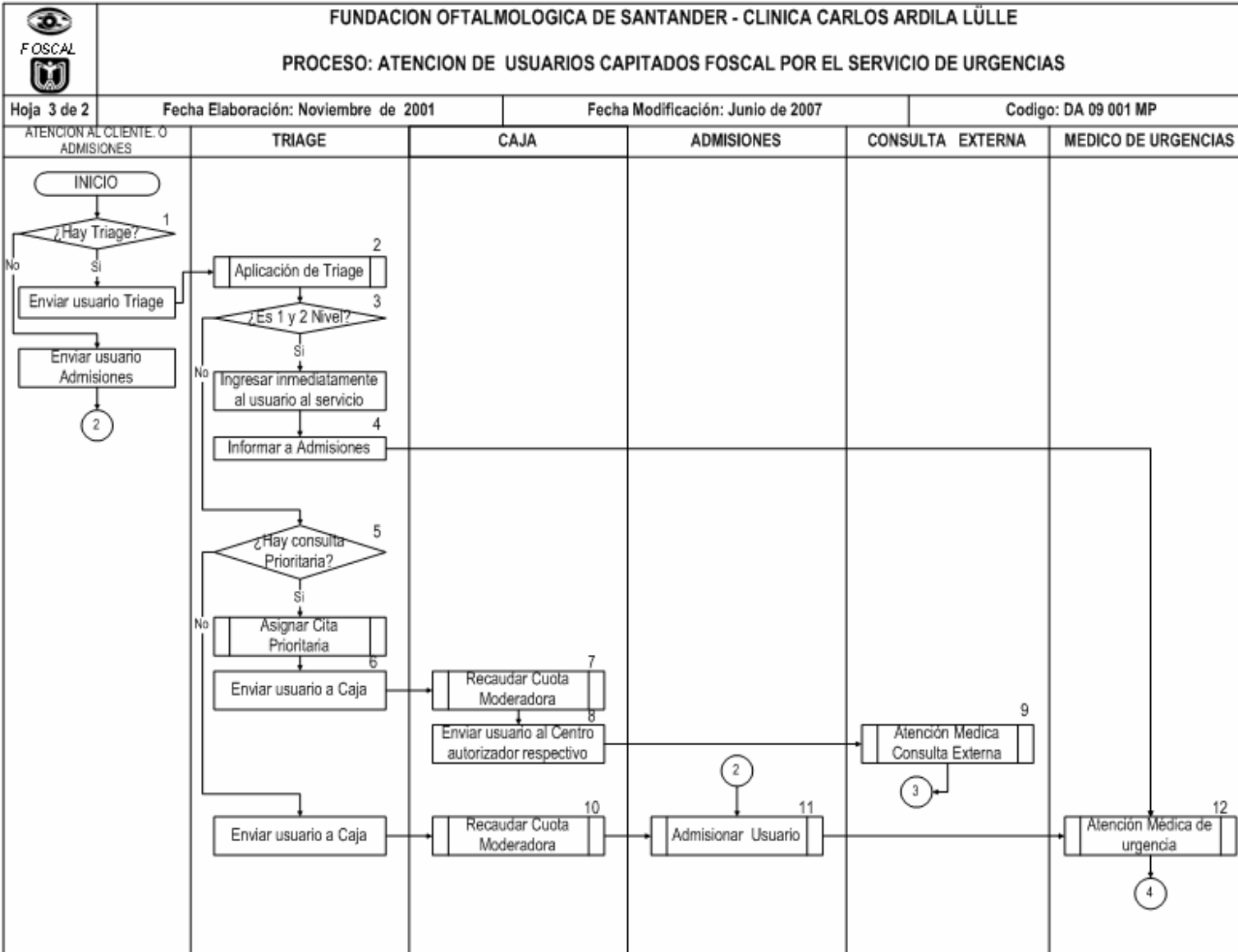


Planeación Corporativa






Planeación Corporativa 001-MF



Planeación Corporativa 001-MF

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE			Código MEG 020
	MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES CUIDADO DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON PARACENTESIS			Hojas 1 de 4
DIRECCION: Médica	DIVISION: Enfermería	DEPARTAMENTO:	SERVICIO: Todos los servicios	
COORDINACIÓN: No aplica	RESPONSABLE: Enfermera Jefe del Servicio		VERSIÓN: Dos	
<p>DEFINICIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> La paracentesis es un procedimiento utilizado para extraer líquido del espacio peritoneal, utilizando una aguja de grueso calibre y un sistema de drenaje cerrado, puede realizarse para obtener muestras que se utilizan para el diagnóstico de afecciones o para la preparación para otros procedimientos. <p>ALCANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar diagnóstico de patología de paciente para determinar conducta de manejo Mejorar el patrón respiratorio al disminuir la restricción que impone el líquido en el espacio pleural. Realizar cuidado de enfermería integral al paciente. <p>POLÍTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> La paracentesis es un procedimiento que requiere ser realizado con técnica aséptica estricta. Su realización es función única y exclusiva del médico especialista <p>INDICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> Acumulación de líquido a presión en la cavidad abdominal debido a traumatismo o procesos patológicos. Aspiración de líquido del espacio peritoneal para análisis: diagnóstico Preparación para otros procedimientos. <p>CONTRAINDICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> Debe corregirse previamente problemas de coagulación. Distensión intestinal grave Cirugía abdominal grave 				





COMPLICACIONES

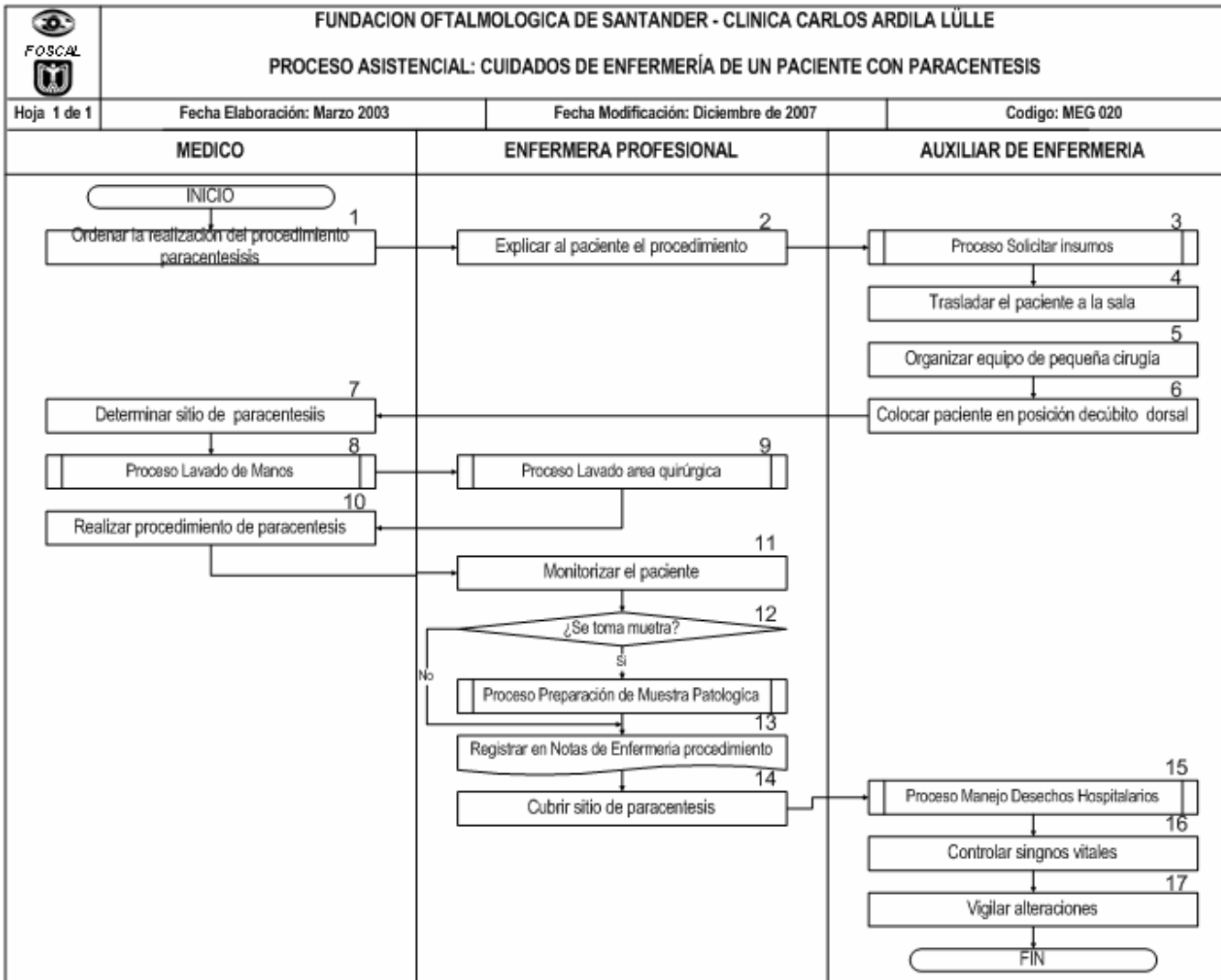
- Alto riesgo de infección

INSUMOS REQUERIDOS

- Campo estéril
- Equipo de pequeña cirugía
- Anestesia local (Lidocaina 1 %)
- Aguja hipodérmica, varios tamaños
- Jeringas
- Tubos para cultivos
- Micropore
- Branula 14 – 16 1 ½ pulgadas
- Llave de 3 vías
- Solución antiséptica (yodopovidona)
- Gasas
- Equipo de venoclisis
- Mascarilla
- Guantes estériles
- Bolsa para drenaje

 FOSCAL	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES CUIDADO DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON PARACENTESIS			Código MEG 020
				Hojas 3 de 4
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	
1	Enfermera profesional o auxiliar de enfermería	Historia Clínica	Explicación al paciente del procedimiento a realizar Solicitud de insumos, materiales, frascos para recolección de muestra Traslado del paciente a la sala de procedimientos Organizar equipo de pequeña cirugía, campos y materiales. Descubrir abdomen y colocarlo en decúbito dorsal	
2	Medico		Determinar sitio de paracentesis Realizar lavado de manos Realizar lavado del área donde se realizara la paracentesis Realizar procedimiento	
3	Enfermera profesional o auxiliar de enfermería	Notas Enfermería	Monitorizar el paciente, oxímetro, dynamap Acolitar medico durante el procedimiento En caso de tomar muestras, sellar, rotular y enviar a procesar. Realizar anotaciones en notas de enfermería, describiendo cantidad, apariencia y consistencia del liquido. Cubrir sitio de toracentesis ejerciendo presión Eliminar material de desecho según protocolo Ubicar el paciente en unidad Controlar signos vitales cada 15 minutos, frecuencia respiratoria, tensión arterial, luego cada media hora, luego cada 2 horas, hasta que el paciente este estable Vigilar aparición de dolor, desproporcional a la naturaleza del procedimiento, indagar datos. Informar al medico cualquier alteración presentada en el paciente Vigilar aparición de enrojecimiento o drenaje en sitio de la paracentesis	
4	Auxiliar de Enfermería		Traslado del paciente a la sala de procedimientos con historia clínica y Rx	
5	Auxiliar de Enfermería		Organizar equipo de pequeña cirugía, campos y materiales.	
6	Auxiliar de Enfermería		Colocar el paciente en posición: sentado, inclinado hacia delante	
7	Enfermera Profesional		Instruir al paciente para que no tosa durante el procedimiento. Ofrecer apoyo verbal y medidas de comodidad al paciente. Vigilar aparición de enrojecimiento o drenaje en sitio de la punción.	

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE		Código MEG 020
	MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES		Hojas 4 de 4
CUIDADO DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON PARACENTESIS			
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
10	Enfermera profesional		Realizar proceso de Lavado del área quirúrgica donde se realizara la toracentesis con la solución antiséptica.
11	Medico		Realizar procedimiento de medico.
12	Enfermera Profesional		Monitorizar el paciente, oxímetro, dynamap. Acolitar medico durante el procedimiento
13	Enfermera Profesional		Si. ¿Se Toma muestra de patología? Realizar proceso de Preparación de Muestras Patológicas: sellar, rotular y enviar a procesar. Pasar actividad No. 14 No. ¿Se Toma muestra de patología? Pasar actividad No. 14
14	Enfermera profesional	Notas Enfermería	Realizar anotaciones en notas de enfermería, describiendo cantidad, apariencia y consistencia del liquido.
15	Auxiliar de Enfermería		Eliminar material de desecho según protocolo
16	Auxiliar de Enfermería		Ubicar al paciente en unidad. Controlar signos vitales cada 15 minutos, frecuencia respiratoria, tensión arterial, luego cada media hora, luego cada hora, hasta que el paciente este estable, si la tensión arterial disminuye y la frecuencia cardiaca aumenta puede indicar hemotorax, informar al medico. Vigilar expansión de tórax Vigilar aparición de dolor, desproporcional a la naturaleza del procedimiento, indagar datos.
17	Auxiliar de Enfermería		Informar al medico cualquier alteración y reporte de Rx
ELABORADO POR: Maribel Esparza Bohórquez FECHA DE ELABORACIÓN: Febrero de 1999		REVISADO POR: Coordinadora de Enfermería Urgencias, Janeth C. Moreno Coordinadora Asistencial de Acreditación, Enf. Maribel Esparza B. Jefe Unidad de Gestión de Calidad, Dra. Alix Porras FECHA DE REVISIÓN: Julio de 2005	
		APROBADO POR: Jefe División Enfermería – Enf. Olga Lucia Gómez Díaz FECHA DE APROBACIÓN: Diciembre de 2007	





FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

Código
MEG 019

MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES

Hojas
1 de 4

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ANTICOAGULACION PROFILACTICA

DIRECCION: Médica

DIVISION: Enfermería

DEPARTAMENTO: No aplica

SERVICIO: Todos los Servicios

COORDINACIÓN: No aplica

RESPONSABLE: Enfermera Jefe del Servicio

VERSIÓN: Dos

DEFINICIONES

La terapia anticoagulante basada en la administración de fármacos que inhiben la coagulación sanguínea, ya sea durante periodos limitados cuando existen factores predisponentes, o bien durante periodos muy prolongados.

- La heparina es una mezcla heterogénea de mucopolisacaridos sulfatados con peso molecular 3.000 – 30.000 Daltons (media 15.000) cuyo efecto anticoagulante radica en la interacción con la antitrombina III a través de un pentasacarido de alta afinidad, contenido solamente en un tercio de las moléculas de heparina. Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), tienen un peso molecular alrededor de 5.000Kda, mientras la mayoría de las cadenas de la HNF tienen 18 o más sacaridos, menos de la mitad de las cadenas de las HBPM tienen longitud suficiente como para servir de molde aproximador entre la trombina y AT-II, por lo que el efecto inhibitor sobre trombina (factor II) y Xa.
- El efecto anticoagulante de la HNF después de su administración endovenosa es muy rápido, lo que la convierte en el anticoagulante de elección si se desea acción inmediata, la acción de las HBPM es máxima aproximadamente a las 4 horas de su administración subcutánea. La eliminación plasmática de las heparinas, va a depender de su peso molecular, es decir, las cadenas polisacáridas más largas van a ser eliminadas del plasma más rápidamente que las cortas.
- Funciones menos conocidas tanto de la HNF como de las HBPM, pero potencialmente interesantes, son su capacidad de aumentar su eficiencia endotelial para actuar como barrera semipermeable, la de potenciar la angiogénesis al estimular la proliferación de la célula endotelial, modular la síntesis de proteínas y prostaglandinas y de posible protección endotelial contra el daño inducido por radicales libres.

ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS:

- Inhibición reversible de tromboxano al bloquear la enzima ciclo oxigenasa en la pared vascular y plaquetas, proceso reversible en la pared vascular e irreversible en las plaquetas anucleadas.
- Inhibición reversible de la síntesis de prostaglandinas en la pared vascular.

WARFARINA SODICA:

- Este proceso fármaco actúa mediante la inhibición de la síntesis de los factores de la coagulación dependiente de la vitamina K (II-VII-IX y X), proteínas anticoagulantes C y S), de tal forma que el pico de su acción final anticoagulante, se alcanza después de las 72 horas. Sin embargo, su efecto procoagulante inicial, producido por el descenso de los niveles de proteína C, debe tenerse en cuenta, este es el fundamento, para usar heparina paralelamente al inicio de la warfarina, en pacientes agudos. Su vida media es de 40 horas y se elimina especialmente por la orina.
- Para manejo ambulatorio varía entre 1 y 15 mg/día, para mantener un control de laboratorio con INR de 2-3, y PT de 22-35 segundos.
- El uso de warfarina está contraindicado en el primer trimestre y la segunda mitad del tercer trimestre del embarazo.



ALCANCE

- Evitar complicaciones tromboembolicas de los pacientes sometidos a reposos en cama.
- Garantizar la correcta administración y dosificación de la heparina.

INDICACIONES

- Como profilaxis y tratamiento de trombosis venosa profunda y del embolismo pulmonar.
- Profiláctico cirugía arterial y cardiaca
- Profilaxis tromboembolismo
- Cuando el paciente se realiza hemodiálisis
- Cirugía de circulación extracorporea
- Ortopedia

CONTRAINDICACIONES

- **ABSOLUTAS:** Hemorragia mayor activa, neoplasia intracraneal, malformación vascular intracraneal, ACV isquémico o hemorrágico reciente.
- **RELATIVAS:** Cirugía mayor, biopsia cerrada, punción vascular, traumatismo mayor reciente (15 días), HTA severa, hemorragia gastrointestinal reciente, embarazo, edad mayor 70 años, endocarditis bacteriana.

COMPLICACIONES

- Riesgo de presentar hemorragias como en caso de: Endocarditis bacteriana, Hipertensión maligna, Discrasia sanguínea, Lesiones ulcerativas gastrointestinales, Menstruación, Cirugía ocular, espinal y cerebral, Enfermedad hepática con disminución hemostasia, Trauma craneoencefálico.
- Trombocitopenia.
- Eritema, presencia de hematomas.
- Hipersensibilidad: con fiebre y escalofrío, urticaria, asma y rinitis.
- Necrosis en piel.
- Osteoporosis por uso prolongado y dosis altas, es decir, en aquellos sitios donde el control de sangrado se dificulta.

POLÍTICAS

- La aplicación de heparina es una orden médica.
- Debe utilizarse la hoja control de anticoagulantes cada vez que se utilice la heparina, excepto cuando la administración es profiláctica.
- La aplicación de heparina en infusión requiere control de laboratorio, en aplicación profiláctica no.



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ANTICOAGULACION PROFILACTICA


Código
MEG 019

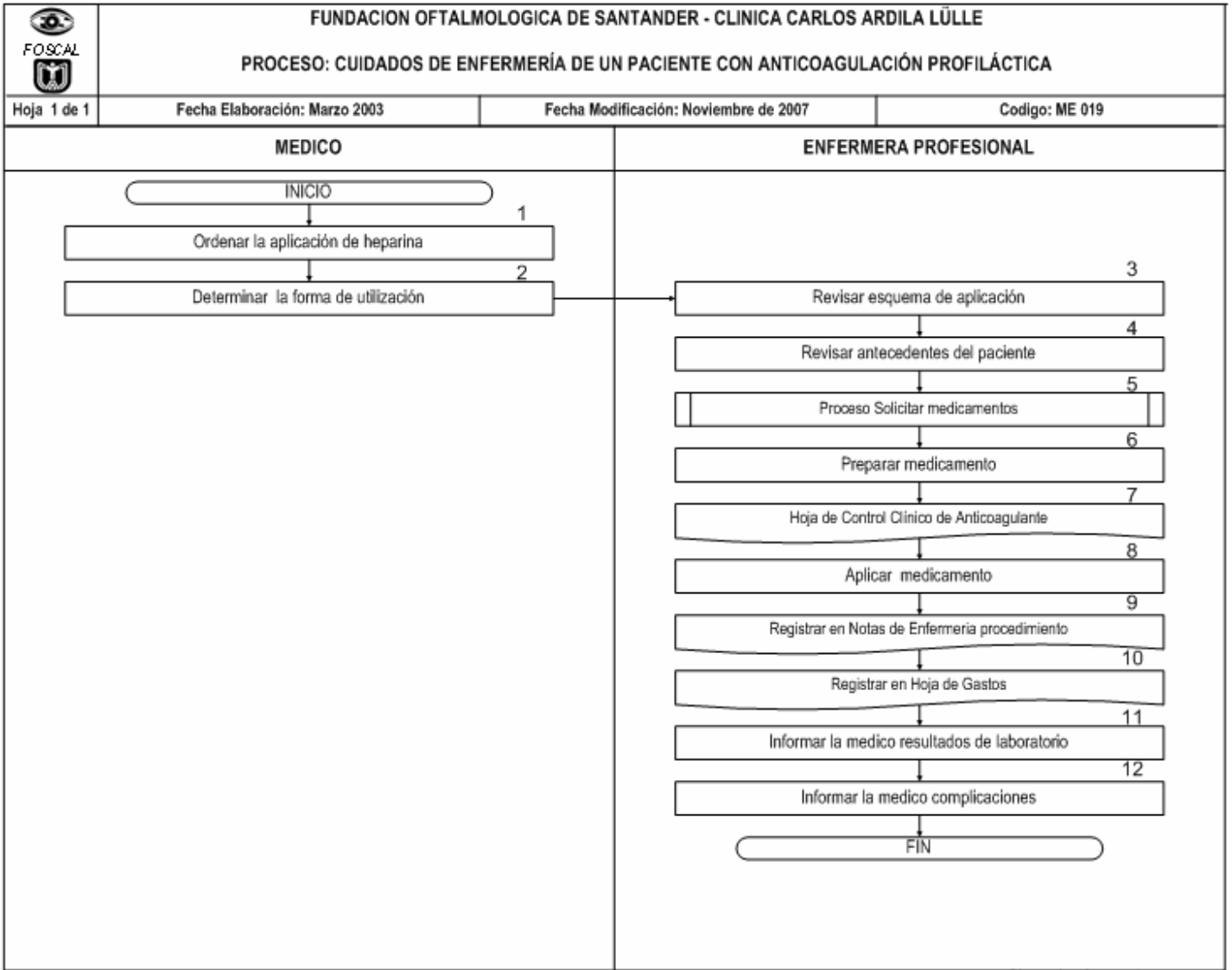
Hojas
3 de 4

INSUMOS REQUERIDOS

- Heparina
- Jeringa
- Solución salina
- Equipo de venoclisis
- Branula
- Torundas
- Micropore
- Hoja control de heparina
- Hoja de ordenes medicas

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
1	Medico		Orden medica de aplicación de heparina
2	Medico		Verificar si la utilización de heparina tiene como fin profilaxis o tratamiento patológico.
3	Enfermera Profesional		Revisión ordenes medicas, esquema de aplicación de heparina
4	Enfermera Profesional		Revisa antecedentes del paciente
5	Enfermera Profesional		Solicitud de medicamento a farmacia
6	Enfermera Profesional		Realiza calculo de dosis a aplicar de heparina ver protocolo administración de medicamentos), dosis única no control de PTT; antes de iniciar la infusión de heparina debe realizar una toma de muestra de sangre para determinar el PTT (tiempo de tromboplastina parcial), para tener como base un control, a fin de comprobar y controlar el efecto fármaco previo al inicio del tratamiento, verificar la orden de laboratorio de control.
7	Enfermera Profesional		Diligenciar la hoja de control clínico de anticoagulacion.
8	Enfermera Profesional		Inicia aplicación de medicamento por bomba de infusión, en caso de infusión continua. Los antiagregantes plaquetarios orales se inician antes de suspender la infusión de heparina con orden médica. Siempre que se retire una vía heparinizada, realizar presión fuerte al menos durante 5 minutos observando si no hay signos de hemorragia.

	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE		Código MEG 019
	MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES		Hojas 4 de 4
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ANTICOAGULACION PROFILACTICA			
ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
8	Enfermera Profesional		<p>En caso de aplicación de heparina de bajo peso molecular, se administra por vía subcutánea, no aplicar intramuscular por riesgo de formación de hematomas.</p> <p>En caso de aplicación subcutánea, evite realizar aspiraciones con jeringa o realizar masaje en la zona, realice presión firme en el sitio de la inyección.</p> <p>Se debe advertir al paciente que no se rasque la zona tras la aplicación.</p> <p>Paciente que sale de la Institución con anticoagulantes orales debe tener en cuenta que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No debe suspender el medicamento sin orden medica ▪ En toda visita medica debe informar que esta recibiendo fármacos anticoagulantes, al igual que en odontología.
9	Enfermera Profesional		Realiza notas de enfermería
10	Enfermera Profesional		Diligenciar Hoja de gastos de procedimiento
11	Enfermera Profesional		Informa al medico tratante resultado de laboratorio, continua manejo según clínica de anticoagulacion.
12	Enfermera Profesional		Verificar complicación de aplicación o presencia de reacciones adversas.
ELABORADO POR: Maribel Esparza Bohórquez FECHA DE ELABORACIÓN: Febrero de 2000		REVISADO POR: Coordinadora de Enfermería Urgencias, Janeth C. Moreno Coordinadora Asistencial de Acreditación, Enf. Maribel Esparza B. Jefe Unidad de Gestión de Calidad, Dra. Alix Porras FECHA DE REVISIÓN: Marzo de 2003	
		APROBADO POR: Jefe División Enfermería – Enf. Olga Lucia Gómez Díaz FECHA DE APROBACIÓN: Noviembre de 2007	



Planeación Corporativa



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

Código
MEE7003

MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

TRASLADO PACIENTE A HOSPITALIZACION Y CIRUGIA GENERADO EN URGENCIAS

Hojas
1 de 4

DIRECCION: Médica

DIVISION: Enfermería

DEPARTAMENTO: No aplica

SERVICIO: Urgencias

COORDINACIÓN: No aplica

RESPONSABLE: Enfermera Profesional del Servicio de Urgencias

VERSIÓN: Tres

DEFINICIONES

- No aplica

ALCANCE

- Mejorar la comunicación entre los servicios en aras de la continuidad del tratamiento para el manejo de la patología del paciente.
- Controlar los trámites administrativos de los pacientes que ingresan a la Institución por el servicio de Urgencias.
- Mantener la calidad de la atención de los servicios.

PROPÓSITO

- Dar continuidad al cuidado del paciente al ser trasladado del servicio dando a conocer el estado del paciente, el manejo y el tratamiento realizado en el servicio de Urgencias.

POLÍTICAS

- Todo paciente que se traslade a otro servicio debe ser entregado por la Enfermera Profesional al servicio receptor.
- Todo paciente que sea hospitalizado o que vaya a cirugía debe ser admitido.
- Todas las actividades realizadas en el servicio de urgencias deben estar escritas en la Historia Clínica.
- Todo paciente que se traslade debe tener asignado un médico tratante.
- Todo paciente que se traslade generado en el servicio de Urgencias se le debe iniciar tratamiento médico.

CONTRAINDICACIONES

- No aplica

COMPLICACIONES

- Las relacionadas con la movilización para el traslado del paciente.
- Cualquier alteración del estado de salud del paciente que se presente durante el traslado.

RECOMENDACIONES

- Cualquier anomalía que se presente durante el desarrollo del proceso debe comunicarse inmediatamente con la persona responsable del área en que sucede el imprevisto y la persona dueña del proceso.
- La disponibilidad de la habitación y realización del trámite administrativo del paciente, responsabiliza al servicio inmediato de hospitalización a su ingreso inmediato.



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

TRASLADO PACIENTE A HOSPITALIZACION Y CIRUGIA GENERADO EN URGENCIAS

Código
MEE7003

Hojas
2 de 4

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
1	Médico Tratante	Historia Clínica	Diligenciar la historia clínica del paciente.
2	Médico Tratante	Formato de Solicitud de cama	Diligenciar el formato de Solicitud de Cama y Solicitud de Procedimiento Quirúrgico
3	Enfermera Urgencias	Ordenes Médicas	se deben revisar las órdenes médicas para dar cumplimiento al tratamiento y solicitar los medicamentos y elementos que no se encuentren disponibles en el servicio. Verificar que el medico tratante da orden para iniciar tratamiento medico al paciente.
4	Enfermera Urgencias	Historia clinica Formato de Solicitud de Cama	Si, ¿Paciente requiere iniciar tratamiento? Verificar las ordenes que fueron dadas por el medico tratante y definir los requisitos administrativos para dar inicio a la ordenes medicas. Iniciar tratamiento según ordenes médicas manteniendo recomendaciones y precauciones en la aplicación del tratamiento y asignando funciones a la auxiliar de enfermería. Pasar a la actividad No. 5 No, ¿Paciente NO requiere iniciar tratamiento? Verificar que el formato de solicitud de cama esté diligenciado correctamente y enviarlo a admisiones. Pasar a la actividad No. 8
5	Enfermera Urgencias	Hojas de Gastos	Diligenciar la Hoja de Gastos, registrando los gastos ocasionados por el paciente en el servicio de urgencias, dos de las copias son para el servicio que recibe al paciente y la otra para facturación
6	Enfermera Urgencias	Notas de Enfermería	Registrar las Notas de Enfermería, anotando las actividades realizadas al paciente con la descripción del estado del paciente y el procedimiento.
7	Enfermera Urgencias	Formato de Solicitud de Cama	Recibir del medico la solicitud de cama, verificar que este correctamente diligenciado, enviar al servicio de admisiones para que realicen la consecución de la cama.
8	Admisiones	Formato de Solicitud de Cama	Recibir el formato de solicitud de cama con los datos del paciente. Consultar la lista de las camas disponibles en las noches o festivos, en días laborales y jornada de trabajo, solicitar la cama a la oficina de Admisiones del segundo piso de la clínica Cal
9	Admisiones	Formato de Solicitud de Cama	Si, ¿Hay disponibilidad de Camas? Asignar cama y realizar admisión de Hospitalización. Pasar a actividad No. 11 No, ¿Hay disponibilidad de Camas? Comunicar al servicio de enfermería que no hay disponibilidad de camas. Pasar a la actividad No. 10
10	Enfermera Urgencias		Informar el médico tratante para que decida sobre el manejo a realizar al paciente, ya sea remitirlo a otra institución (Ver proceso REMISION DE PACIENTES) y fin del proceso ó mantenerlo en observación mientras se le asigna cama y continuar con el tratamiento que se le estaba aplicando. Pasar a la actividad No. 9
11	Enfermera Urgencias	Permiso Quirúrgico	Si, ¿Paciente requiere Cirugía? Solicitar a admisiones el permiso Quirúrgico para el procedimiento, velando por la firma del paciente y/o familiar para formalizar la autorización. Pasar a la actividad N° 12 No, ¿Paciente NO requiere Cirugía? Verificar que se le hayan realizado todas las órdenes médicas solicitadas. Verificar que el paciente esta listo para trasladar. Pasar a la actividad N° 23



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

TRASLADO PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGIA GENERADO EN URGENCIAS

Código
MEE7003

Hojas
3 de 4

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
12	Admisiones	Solicitud Procedimiento quirúrgico	Si, <i>¿Autorizan realizar Procedimiento Quirúrgico?</i> Informar al servicio que ya se solicitó a la empresa respectiva la autorización para la hospitalización y/o la realización del procedimiento quirúrgico. Pasar a la actividad No. 13 No, <i>¿Autorizan realizar Procedimiento Quirúrgico?</i> Informar a la enfermera que el servicio solicitado a la empresa NO autoriza la realización del procedimiento quirúrgico. Pasar a la actividad No. 13
13	Admisiones		Informar a la jefe del servicio que el procedimiento solicitado a la empresa asegurados si fue ó no autorizado.
14	Enfermera Urgencias	Permiso Quirúrgico	Informar al médico tratante que el procedimiento solicitado NO fue autorizado para que él defina cual será el manejo que se dará al paciente. Igualmente cuando el procedimiento ha sido autorizado informar al medico tratante para que programe su tiempo para la realización del procedimiento al paciente. Verificar que el paciente firme el permiso quirúrgico.
15	Enfermera Urgencias	Solicitud Cupo de Cirugía	Solicitar cupo quirúrgico a Cirugía, suministrando datos necesarios del paciente y el diagnóstico, nombre del medico y requerimiento quirúrgicos.
16	Enfermera Urgencias	Historia Clínica	Revisar la Historia Clínica para verificar procedimientos especiales y realizar actividades de prequirúrgicas, asignando tareas a las auxiliares de enfermería necesarias para preparar el paciente.
17	Enfermera Urgencias	Notas de Enfermería	Realizar las actividades asignadas por la jefe para preparar el paciente. Registrar las actividades de preparación prequirúrgica realizadas al paciente en las notas de Enfermería
18	Enfermera Urgencias	Hoja de gastos	Consignar gastos incurridos en la preparación del paciente
19	Enfermera Urgencias	Historia Clínica	Organizar la historia clínica completa, llenar los registros, notas de enfermería, hoja de evolución médica, resultados de exámenes laboratorio, resultados de radiología, hoja de admisión
20	Enfermera Urgencias		Esperarla llamada del Servicio de Cirugía pidiendo al paciente. Entregarlo telefónicamente a la enfermera profesional del servicio que lo recibe dando información sobre el paciente y la atención que se le ha dado
21	Enfermera Urgencias		Si, <i>¿Paciente es Crítico</i> , Realizar el proceso TRASLADO DE PACIENTE CRITICO. FIN No, <i>¿Paciente NO es Crítico</i> , Entregar el paciente telefónicamente al servicio respectivo. Pasar a actividad No. 22
22	Camillero		Trasladar al paciente a la sala de Cirugía, revisando el estado del paciente y tomando las precauciones del caso para el traslado.
23	Enfermera Urgencias		Si, <i>¿Paciente esta listo para Traslado a Piso?</i> Llamar al piso donde le hayan asignado la cama al paciente y avisar que el paciente está listo para el traslado. Pasar a la actividad No. 24 No, <i>¿Paciente NO esta listo para Traslado a Piso?</i> Esperar que se cumplan con la ordenes medicas definidas para el paciente. Pasar a la actividad No. 23



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

MANUAL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

TRASLADO PACIENTE A HOSPITALIZACION Y CIRUGIA GENERADO EN URGENCIAS

Código
MEE7003

Hojas
4 de 4

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
24	Enfermera Piso		Recibir la llamada y confirmar la disponibilidad de la habitación.
25	Enfermera Urgencias	Historia Clínica Notas de Enfermería Hoja de Gastos Estadística del Servicio	Entregar el paciente a la enfermera jefe del piso telefónicamente dando información sobre éste y la atención que se le ha dado. Organizar la historia clínica completa, llenar los registros, notas de enfermería, hoja de evolución médica, exámenes, radiología, admisión. Cerrar las notas de enfermería y registros, consignando el estado y los procedimientos especializados realizados al paciente. Revisar gastos ocasionados en el servicio y los registra en la hoja de gastos. Enviar documentos y gastos honorarios. Consignar los datos del paciente en registro para estadística del servicio. Informar al paciente y familiares sobre el traslado. Dar las instrucciones necesarias al camillero sobre el traslado.
26	Camillero		Trasladar al paciente al servicio de hospitalización donde le asignaron la cama revisando el estado del paciente y tomando las precauciones del caso para el traslado. Entregar al paciente junto con la historia clínica a la Enfermera Jefe del Servicio. FIN
<u>ELABORADO POR:</u> Maribel Esparza Bohórquez <u>FECHA DE ELABORACIÓN:</u> Febrero de 1999		<u>REVISADO POR:</u> Coordinadora de Enfermería Urgencias, Janeth C. Moreno Coordinadora Asistencial de Acreditación, Enf. Maribel Esparza B. Jefe Unidad de Gestión de Calidad, Dra. Alix Porras <u>FECHA DE REVISIÓN:</u> Julio de 2005	
		<u>APROBADO POR:</u> Jefe División Enfermería – Enf. Olga Lucia Gómez Díaz <u>FECHA DE APROBACIÓN:</u> Diciembre de 2004	



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER - CLINICA CARLOS ARDILA LÜLLE

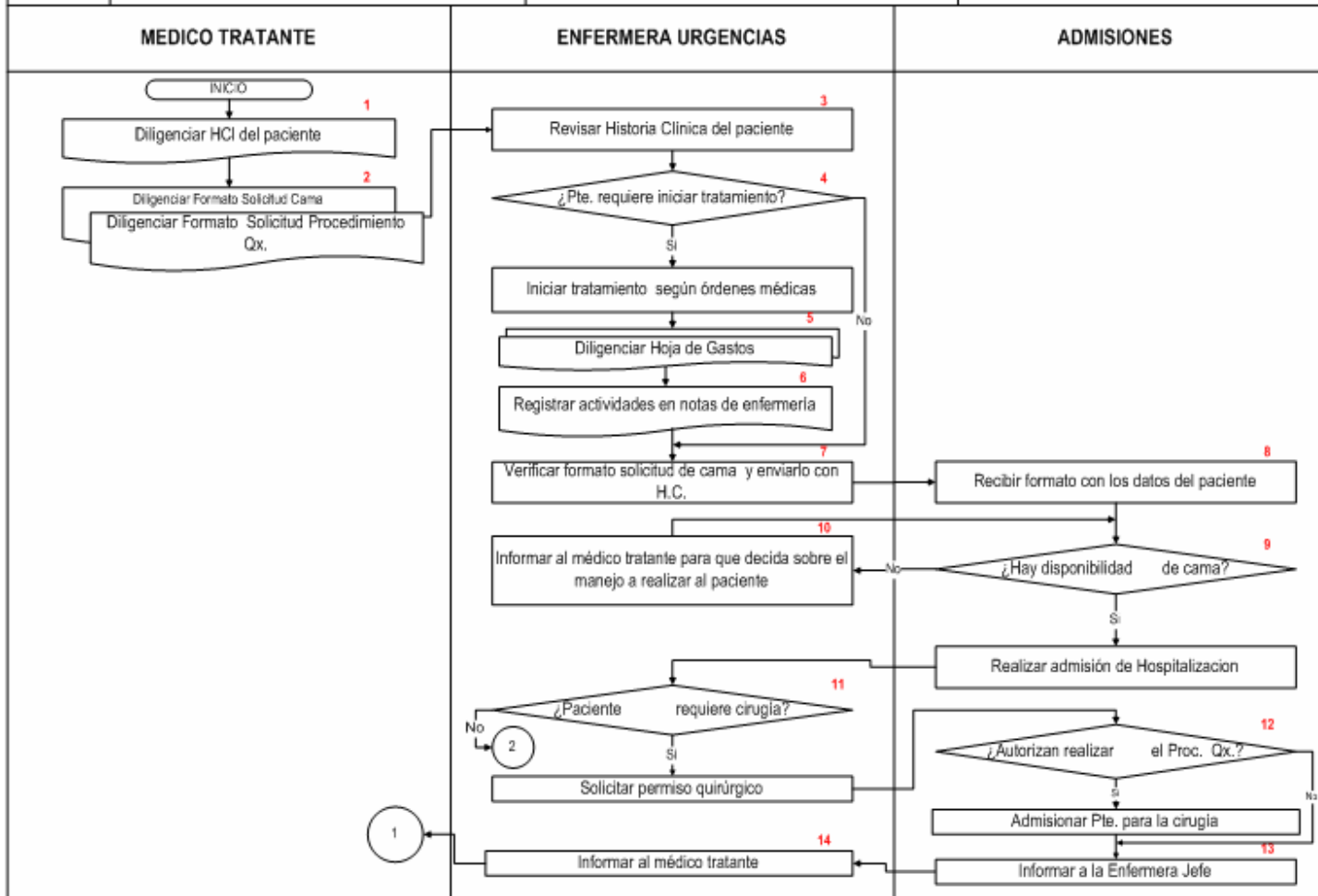
PROCESO: TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALIZACIÓN ó CIRUGÍA GENERADO EN URGENCIAS

Hoja 1 de 2

Fecha Elaboración: Junio de 1999

Fecha Modificación: Noviembre de 2007

Codigo: MEE 7003



Planeación Corporativa FOSCAL



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER - CLINICA CARLOS ARDILA LÜLLE

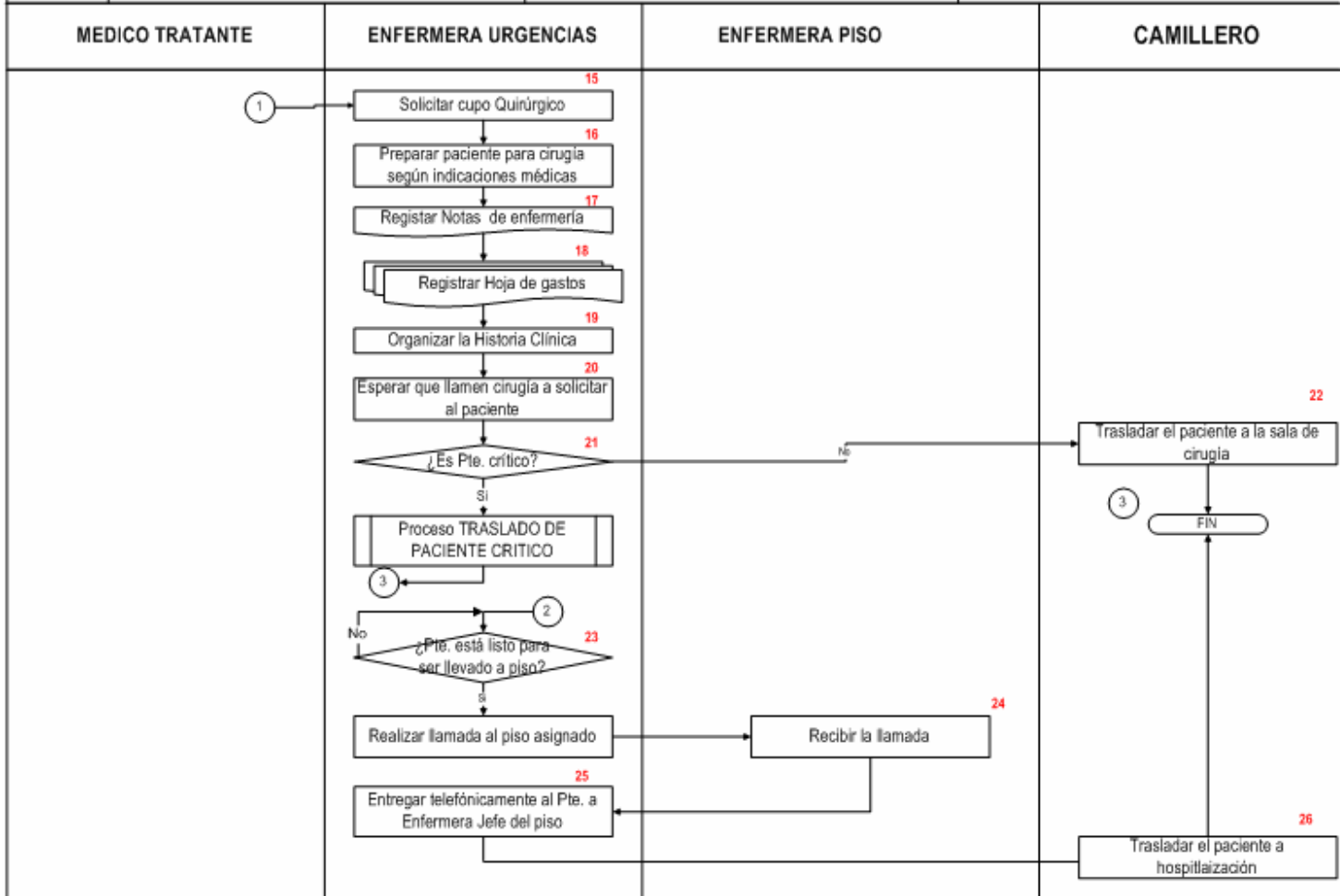
PROCESO: TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALIZACIÓN ó CIRUGÍA GENERADO EN URGENCIAS

Hoja 1 de 2

Fecha Elaboración: Junio de 1999

Fecha Modificación: Noviembre de 2007

Codigo: MEE 7003



Planeación Corporativa FOSCAL



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES

CURACIONES

Código
MEG 005

Hojas
1 de 3

DIRECCION: Médica **DIVISION:** Enfermería **DEPARTAMENTO:** No aplica **SERVICIO:** Todos los servicios- general

COORDINACIÓN: No aplica **RESPONSABLE:** Enfermera profesional del servicio **VERSIÓN:** Tres

DEFINICIONES

- **DETRITUS:** Tejido muerto ó lesionado, o cualquier cuerpo extraño que ha ser retirado de una herida.
- **MATERIAL NECROTICO:** Tejido muerto por falta de irrigación.
- **TECNICA ASEPTICA:** Método por medio del cual se dejan libres de gérmenes, todo aquello que directa o indirectamente tenga contacto con el paciente.
- **CURACION TIPO A:** Curación que se realiza a heridas quirúrgicas limpias sin exudado.
- **CURACION TIPO B:** Curación que se realiza a heridas quirúrgicas o no quirúrgicas limpias con presencia de exudado que requieren cubrimiento
- **CURACION TIPO C:** Curación que se realiza a heridas abiertas con exposición de tejido celular subcutáneo que requiere lavado y cubrimiento y presencia de drenes.
- **CURACION TIPO D:** Curación que se realiza a heridas abiertas infectadas con exposición de tejido necrótico, músculo, vísceras, etc. Pacientes quemados)

ALCANCE

- Todo usuario que se realice una curación

INDICACIONES

- Mantener limpio el sitio de la curación para disminuir el riesgo de infección.

CONTRAINDICACIONES

- Ninguna

COMPLICACIONES

- Infección asociada a la curación.
- Infección en el sitio de la curación.

INSUMOS REQUERIDOS

- Elementos de protección personal (tapabocas, gafas).
- Guantes estériles.
- Guantes limpios.
- Apósito transparente. 10 X 12 (para adultos)
- Solución salina al 0.9 %.x 100 cc
- Gasas estériles.
- Cinta adhesiva microporosa.



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE
MANUAL DE PROCESOS ASISTENCIALES
CURACIONES

Código
MEG 005
Hojas
2 de 3

INSUMOS REQUERIDOS (continuación)

- Jeringas de 5 cc
- Aguja estéril # 18.
- Aplicadores estériles.

POLÍTICAS

- El procedimiento de curación de catéter debe ser realizado por la enfermera profesional.
- La curación se realizara cada quinto día con apósito transparente y/o según necesidad siguiendo las indicaciones del proveedor.
- El material de desecho debe disponerse según normas del comité ambiental.

RECOMENDACIONES

- En usuarios adultos la primera curación se realiza con gasa y cinta adhesiva microporosa.
- Si el sitio de la curación se observa con signos de infección se informa al médico.
- Rotular con fecha, hora y responsable de la curación
- El cambio de la curación se realizara según las condiciones de esta.
- En caso de contaminación accidental con fluidos gástricos, nutrición enteral o secreciones bronquiales, realizar limpieza y desinfección con yodopovidona espuma y solución.
- Valorar diariamente la condición de la curación.

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
1	Enfermera profesional		Explicar al usuario el procedimiento a realizar.
2	Enfermera profesional		Lavado de manos según procedimiento establecido. Previa Colocación de elementos de protección personal
3	Enfermera profesional		Retirar con guante limpio la curación
4	Enfermera profesional		Valorar el sitio de la curación, piel adyacente y el estado de esta.
5	Enfermera profesional		Previa colocación de guantes estéril; retirar detritos y restos hemáticos del sitio de la curación
6	Enfermera profesional		Realizar limpieza del sitio de inserción y piel adyacente utilizando gasa húmeda con solución salina normal al 0.9 % de 100 c.c
7	Enfermera profesional		Secar con gasa estéril el sitio de inserción y piel adyacente.



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES

PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL: CURACIONES

Código
MEG 005

Hojas
3 de 3

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
8	Enfermera profesional		Aplicar tintura de benjuí con gasa en piel circundante dejar secar y cubrir con apósito transparente.
9	Enfermera profesional		Rotular la curación indicando fecha y nombre del responsable
10	Enfermera profesional		Disponer los desechos según disposiciones del comité ambiental
11	Enfermera profesional	Notas de enfermería	Realizar registro del procedimiento en el formato correspondiente

ELABORADO POR:

Maribel Esparza Bohórquez

FECHA DE ELABORACIÓN:

Febrero de 1999

REVISADO POR:

Coordinadora de Enfermería Urgencias, Janeth C. Moreno

Coordinadora Asistencial de Acreditación, Enf. Maribel Esparza B.

Jefe Unidad de Gestión de Calidad, Dra. Alix Porras

FECHA DE REVISIÓN:

Julio de 2005

APROBADO POR:

Jefe División Enfermería – Enf. Olga Lucia Gómez Díaz

FECHA DE APROBACIÓN:

Diciembre de 2007



PROCESO: CURACIONES

Hoja 1 de 1

Fecha Elaboración: Febrero de 1999

Fecha Modificación: Diciembre de 2007

Código: MEG 005

ENFERMERA PROFESIONAL



ANEXO Nº 5

**FORMATO DE LA LISTA DE CHEQUEO QUE SE UTILIZA EN EL CONTROL DE LOS
PROCESOS IMPLANTADOS**



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE
HOJA DE VIDA DE FORMATO
HOJA DE CONTROL DE PROCESOS IMPLANTADOS

Hoja
1 de 2

IDENTIFICACIÓN DEL FORMATO

Nombre: Hoja de control de procesos implantados	Servicio: Urgencias	Departamento: Enfermería
---	---------------------	--------------------------

INFORMACIÓN GENERAL DEL FORMATO

Objetivo del Formato:

- Controlar la correcta realización de los procesos implantados y dentro de mejoramiento que se lleva a cabo en el departamento de enfermería.
- Analizar el porcentaje de cumplimiento de los procesos implantados evaluando cinco ítems de control centrados en los puntos críticos de los procesos asistenciales del servicio de urgencias.

Responsable del formato:

Quien supervisa la información del formato: La coordinadora y las jefes del servicio de urgencias	Periodicidad de diligenciar En el momento en que se inicie la realización de alguno de los procesos a evaluar teniendo en cuenta que el número de mediciones esta determinado por la frecuencia con que se repite dicho proceso en el servicio	Periodicidad de entrega: Se entrega semanalmente los formatos diligenciados con la secretaria del servicio de urgencias
---	--	---

Destino del Original	No. Copias	Destino de las Copias
Departamento de enfermería	1	Ninguno

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Soportes del Formato:

- Ninguno

Otras Dependencias usuarias del Formato:

- Departamento de calidad de la institución.
- Auditoría de Servicios de Salud para la realización de funciones de auditoría.

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

- **Proceso:** Registrar en forma clara y completa el nombre del proceso a evaluar.
- **Área:** Registrar en forma clara y completa el nombre del área o servicio donde se realiza el proceso.
- **Evaluador:** Registrar en forma clara y completa el nombre de la persona que esta realizando la evaluación.

LISTA DE CHEQUEO.

Comprende:

- **Ítem de control:** Son las características sobre las cuales es necesario ejercer control. Para los procesos asistenciales del área de enfermería son: Manejo de la Técnica Aséptica, Normas de Bioseguridad, preparación del equipo adecuado, diligenciamiento de los registros de enfermería y actuación de los responsables del proceso. Cada uno de éstos tiene su definición lo que permite unificar el criterio de evaluación.
- **Cumplió – No cumplió:** Basándose en la definición de cada uno de los ítems de control, en el flujo grama y la definición del proceso que se encuentra en el manual de procedimientos del servicio de urgencias, se marca con una X en estas casillas dependiendo si la persona que se encuentra ejecutando el proceso realiza correctamente esa labor o no.



FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE
HOJA DE VIDA DE FORMATO
HOJA DE CONTROL DE PROCESOS IMPLANTADOS

Hoja
2 de 2

- **Observaciones importantes:** diligenciar los aspectos importantes que se deben tener en cuenta para la correcta realización del proceso dependiendo de las necesidades del servicio.
- **Persona evaluada:** Registrar en forma clara y completa el nombre de la persona que realiza el proceso y que es objeto de evaluación.

ELABORADO POR:

JAIME BALLESTEROS ZARATE

APROBADO POR:

Coordinadora de Enfermería Urgencias, Janeth C. Moreno
Coordinadora Asistencial de Acreditación, Enf. Maribel
Esparza B

FECHA DE IMPLEMENTACION:

Agosto 11 del 2007

 FOSCAL	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE HOJA DE CONTROL DE PROCESOS IMPLANTADOS	
LISTA DE CHEQUEO		
PROCESO:		
AREA:		
EVALUADOR:		
Marque con una X si la persona que realiza el proceso cumple o no cumple con cada uno de los ítems que se evalúan. Además anote las observaciones importantes que se observen en relación a la ejecución del proceso		
ÍTEM DE CONTROL	CUMPLIÓ	NO CUMPLIÓ
1. Manejo de la técnica aséptica: conocimiento y cumplimiento de un conjunto de normas tendientes a evitar la contaminación y posible infección.		
Observaciones Importantes:		
2. Normas de Bioseguridad: Conocimiento y cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de desechos establecidos por la institución.		
Observaciones Importantes:		
3. Preparación del equipo adecuado: Utilización racional de los elementos y materiales contemplados dentro del procedimiento y la oportunidad y organización en preparación del equipo		
Observaciones Importantes:		
4. Diligenciamiento de los registros de enfermería: Evaluación de la pertinencia de los registros, claridad, coherencia, fecha, y nombre de la persona que realiza el procedimiento.		
Observaciones Importantes:		
5. Actuación de los responsables del proceso: Evaluación del cumplimiento de la función de cada uno de los responsables del proceso.		
Observaciones Importantes:		

PERSONA EVALUADA:
