

“DISEÑO DE UN MODELO DE AUTOEVALUACIÓN Y COEVALUACIÓN
EN CALIDAD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL PROCESO DE
ATENCIÓN DE URGENCIAS HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA
ESE POPAYAN”

OLGA CECILIA ERAZO RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA
SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA
POPAYAN CAUCA

2011

“DISEÑO DE UN MODELO DE AUTOEVALUACIÓN Y COEVALUACIÓN
EN CALIDAD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL PROCESO DE
ATENCIÓN DE URGENCIAS HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA
ESE POPAYAN”

OLGA CECILIA ERAZO RODRIGUEZ

Informe Final de Investigación presentado como requisito parcial para optar
el título de Especialista en auditoría y garantía de la calidad de la salud con
énfasis en epidemiología

Asesor:
Magister ZAMANDA CORREA

UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA
SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA
POPAYAN CAUCA
2011

INDICE GENERAL

	pág.
Resumen	ix
Abstract	xi
INTRODUCCION	1
1. JUSTIFICACION	4
2. DEFINICION DEL PROBLEMA	7
2.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	7
2.2. FORMULACION DEL PROBLEMA	12
3. OBJETIVOS	13
3.1. OBJETIVO GENERAL	13
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
4. MARCO REFERENCIAL	14
4.1. MARCO CONTEXTUAL	14
4.2. MARCO LEGAL	16
5. MARCO TEORICO	18
5.1. CONCEPTO DE CALIDAD	18
5.2. CALIDAD Y ACREDITACION	22
6. DISEÑO METODOLOGICO	29
6.1 TIPO DE ESTUDIO	29

7.	RESULTADOS ESPERADOS	33
7.1.	IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD	33
7.2.	CONSTRUCCIÓN DE LA HERRAMIENTA	34
7.3.	DETERMINACIÓN DE INDICADORES	35
7.4.	ADAPTACION	43
7.5.	VALIDACIÓN	48
7.6.	CONSTRUCCIÓN DE LA HERRAMIENTA	49
7.6.1.	Estructura de la herramienta	50
8.	CONCLUSIONES	55
	BIBLIOGRAFIA	57
	ANEXOS	60

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Resumen de los indicadores que contempla la resolución 1446 del 2006.	27
Cuadro 2. Indicadores de calidad según referencia con los hospitales nacionales acreditados.	36
Cuadro 3. Calificación en el cumplimiento de los cinco indicadores por semáforo.	37
Cuadro 4. Definición Operacional de la Oportunidad de atención desde el ingreso en portería hasta la clasificación medica en Triage.	38
Cuadro 5. Definición Operacional de la Oportunidad de atención desde la realización del ingreso en facturación hasta la valoración en el consultorio.	40
Cuadro 6. Compromisos del profesional evaluado según el cumplimiento en el indicador establecido	47

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Promedio de atención mensual por especialidades en el servicio de Urgencias del Hospital Susana López de Valencia E.S.E para el año 2009.	7
Tabla 2. Consolidación de Procesos según Autoevaluación del Año 2010 en el Hospital Susana López de Valencia E. S.E. Popayán.	10
Tabla 3. Total de indicadores de calidad medibles en el proceso de atención de urgencias H.S.L.V 2011 según la Resolución Ministerial 1446, obtenidos del Observatorio de Calidad Nacional	35
Tabla 4. Comparación de los Resultados Semaforizados de los indicadores del Proceso de atención de Urgencias con sus respectivas metas y los resultados individuales después de la autoevaluación con sus respectivas metas	45

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 1. Mapa de Procesos del Hospital Susana López de Valencia.	15
Grafico 2. Organigrama del Hospital Susana López de Valencia.	16
Grafico3. Fases para obtener la herramienta del modelo de evaluación y Autoevaluación de calidad en los profesionales de la salud del Proceso de atención de Urgencias H.S.L.V ESE Popayán	32
Grafico 4. Ciclo PHVA	33
Grafico 5. Estructura de la Herramienta del modelo de evaluación y Autoevaluación de calidad en los profesionales de la salud del Proceso de atención de Urgencias H.S.L.V ESE Popayán.	50

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Datos sobre existencia de criterios de Calidad en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E Popayán, según la asesora de Calidad y sus dos colaboradores.	60
ANEXO B. Dentro de los indicadores que marcan la calidad en el proceso en el dominio de Gerencia del Riesgo, se encuentra la tasa de Infección Intrahospitalaria.	61
ANEXO C. Ficha técnica de los indicadores de calidad según Resolución 1446 del 2006 en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E Popayán.	68
ANEXO D. Ilustración de la Herramienta de autoevaluación y coevaluación en calidad de los profesionales de salud del proceso de atención de urgencias hospital Susana López de Valencia ESE Popayán	74

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es diseñar un modelo basado en indicadores que permita la autoevaluación y coevaluación en calidad de los profesionales del proceso de urgencias del Hospital Susana López de Valencia E.S.E de Popayán, para lo cual fue necesario identificar los criterios de calidad presentes en la institución, determinar los indicadores de calidad a evaluar y construir una herramienta que permita empezar a medir y a visibilizar los aportes que en términos de calidad, se producen en los profesionales del proceso de urgencias del Hospital Susana López de Valencia E.S.E Popayán.

El modelo de autoevaluación y coevaluación en calidad de los profesionales de la salud se considera como uno de los aportes importantes al proceso de calidad institucional y busca favorecer el mejoramiento continuo en el proceso de atención de urgencias, donde se conozca las fortalezas y las oportunidades de mejora individuales y se comparen con las globales, facilitando los procesos de cambio, y la satisfacción del usuario.

El modelo incluye un proceso de feedback desde los agentes facilitadores como los líderes de calidad de la institución, la cultura de calidad ya sentida en el proceso, la comunicación oportuna y fiable de los indicadores de calidad, los planes de acción enfocados hacia la calidad, complementándolo con la aplicación de la herramienta diseñada para la autoevaluación y coevaluación de los profesionales de la salud del proceso de atención de urgencias, hacia los resultados en el mejoramiento individual, en los planes de acción para el equipo de trabajo, en la satisfacción del usuario, favoreciendo el mejoramiento continuo del proceso y por lo tanto en la institución.

La herramienta tiene en cuenta los indicadores de calidad determinados en el observatorio de calidad y adoptados por la oficina asesora de calidad del Hospital Susana López de Valencia E.S.E de Popayán, según la resolución 1446 del 2006 del decreto 1122 del Sistema Obligatorio de Garantía para la Calidad SOGCS; la oportunidad de atención en la consulta de urgencias, la proporción de eventos adversos gestionados, la proporción de quejas gestionadas, la satisfacción del usuario, las infecciones intrahospitalarias, acogiendo los mismos criterios de calificación institucional en el cumplimiento de los estándares como lo es la semaforización por procesos adaptándola en forma individual, comparándolas con el resultado global

semaforizado del proceso de atención de urgencias permitiendo conocer las fortalezas y oportunidades de mejora en forma específica, individual de cada profesional del servicio de urgencias, recibiendo la retroalimentación respectiva cada cuatrimestre del año, favoreciendo el mejoramiento continuo.

Este trabajo contribuye al desarrollo de la calidad de la salud en el proceso de atención de urgencias mediante una evaluación realizada por cada uno de los colaboradores médicos del proceso, acerca de sus conocimientos sobre las acciones de mejora relacionadas con aspectos de calidad institucionales y su desempeño según las metas esperadas en la oportunidad de atención, lo cual determinara las fortalezas y oportunidades de mejora en cada uno de los colaboradores permitiendo que adquiriera un compromiso para continuar sus fortalezas o para buscarlas en las oportunidades, logrando indirectamente beneficio para el paciente en la calidad de la atención y la satisfacción del mismo.

ABSTRACT

The aim of this paper is to design a model based on indicators of autoevaluation and co - evaluation in the quality of the professionals in the process of the service of urgencies in the susana lopez de valencia hospital that Popayan, for which it was necessary to identify the quality criteria present in the institution, to determine quality indicators to evaluate and build a tool to begin to measure and make visible the contributions in terms of quality, produced in the process of emergency professionals Susana López de Valencia ESE Popayan Hospital.

The model of autoevaluation and co - evaluation in the quality of the professionals is considered one of the important contributions to the process of institutional quality and aims to encourage continuous improvement in the process of emergency care, where they know the strengths and opportunities individual improvement and compared with global, facilitating change processes, and user satisfaction.

The model includes a feedback process from the enablers such as quality leaders of the institution, the culture of quality and felt in the process, timely communication and reliable quality indicators, action plans focused on quality, complemented with the application of the tool of autoevaluation and co - evaluation in the quality of the professionals in the process of the service of urgencies, towards improving the results individual, plans of action for the team, in customer satisfaction , promoting the continuous improvement process and therefore in the institution.

The tool takes into account quality indicators identified in the observatory of quality office and adopted by the Hospital Quality adviser Susana López de Valencia ESE of Popayan, as resolution 1446 of 2006 Decree 1122 of Mandatory System for Quality Assurance SOGCS, the opportunity to care on emergency consultation, the proportion of adverse events managed, the proportion of complaints handled, customer satisfaction, nosocomial infections, receiving the same rating criteria institutional compliance with standards such as the traffic lights by adapting processes individually and comparing with the overall result of the process signalized emergency care possible to know the strengths and opportunities for improvement specifically, Individual emergency service professional, receiving feedback on each quarter of the year , promoting continuous improvement.

This work contributes to the quality of health in the process of emergency care through an assessment by each of the medical staff of the process, about their knowledge of the improvement actions related to aspects of institutional quality and performance as the expected goals in the opportunity to care, which determine the strengths and opportunities for improvement in each of the partners allowing acquire a commitment to continue their strengths or to look for the opportunities, making indirect benefit to the patient in the quality care and satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La calidad en salud en ha evolucionado desde la revolución industrial, siendo los trabajadores los primeros responsables de la calidad. Alrededor de los años sesenta nacen los auditores médicos como ejes de control interno en la institución, permitiendo verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. La OMS en los años ochenta comienza a utilizar las filosofías del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo, la acreditación en hospitales amplía su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

En Colombia, se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con el decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996, que contiene los parámetros mínimos de Calidad de la Atención en salud, como punto de partida en el proceso de mejoramiento continuo de los servicios de salud, promoviendo el desarrollo de una cultura de la calidad entre las personas y entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estimulando el desarrollo de un sistema de Información sobre la calidad, que facilite la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuya a una mayor información de los usuarios, creando condiciones propicias para el fortalecimiento de la participación de los usuarios en el mejoramiento de los servicios de salud.

Con el Decreto 1011 del 2006, se define “ la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” ,y se enuncian los cuatro componentes básicos de la calidad ;la habilitación, el sistema de información para la calidad , el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, y la acreditación , dentro de los cuales una vez habilitadas las instituciones, adoptan los indicadores de calidad emanados del sistema de información para la calidad, incorporan un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, con el objetivo de permitir la evaluación externa y evaluarse internamente (autoevaluación institucional) logrando la certificación en el componente de la acreditación cuando se presta servicios con excelencia que propenden por la satisfacción del usuario.

Según el cumplimiento de la resolución 1043 de 2006, la secretaria de Salud departamental del Cauca, hace 7 años declara habilitado en todos sus procesos al hospital Susana López E.S.E de Popayán, desde entonces la institución incluye en su visión, ser el primer hospital acreditado en el Cauca razón por la que se ha enfocado en cumplir los diferentes estándares que exige la certificación y la visualiza como un medio para continuar mejorando a través de las consecutivas autoevaluaciones institucionales.

El proceso de atención de urgencias de la institución se ha vinculado a esta visión. Su equipo de trabajo es evaluado por la oficina asesora de calidad cada trimestre del año bajo las metas de los indicadores de calidad como la oportunidad de atención en la consulta de urgencias, la proporción de eventos adversos gestionados, la proporción de infecciones intrahospitalarias de los egresos hospitalarios, la proporción de quejas gestionadas en menos de 15 días, el porcentaje de satisfacción del usuario según la encuesta realizada a los usuarios del proceso de atención de urgencias, sin embargo, no existe en la evaluación del proceso una calificación individual de cada profesional de la salud, asumiéndose el resultado global, desconociéndose la participación individual de cada profesional en el proceso.

Teniendo en cuenta lo anterior, es deseable que la institución cuente con un modelo autoevaluación y coevaluación en calidad de los profesionales de la salud en el proceso de atención de urgencia, que profundice en el conocimiento de cada uno de los indicadores de calidad en su propia estructura, procesos y resultados, en forma individual, permitiendo un sistema de retroalimentación entre los agentes facilitadores de la institución como los líderes de los procesos, la medición de los indicadores de calidad, el mejoramiento global, los planes de acción por procesos, la cultura de calidad percibida actualmente; con los resultados en el mejoramiento global, y la satisfacción del usuario.

Por lo anterior este trabajo presenta el diseño de un modelo de autoevaluación y coevaluación en calidad de los profesionales de la salud en el proceso de atención de urgencias, que profundiza en el conocimiento de cada uno de los indicadores de calidad en forma individual y para su elaboración, en el primer apartado se expone toda la contextualización del trabajo, el cual incluye tópicos como la descripción y definición del problema y se justifica la importancia de su realización para la Entidad, finalmente se definen los objetivos que se persiguen con el desarrollo del presente trabajo.

En el segundo apartado se desarrolla todo lo relacionado con el marco referencial, presentado en primer lugar el marco contextual, en el cual se detalla una descripción de los antecedentes de la Entidad, los servicios que ofrece y su organización y en segundo lugar el marco teórico, donde se dan conceptos básicos para la realización del trabajo.

Por otra parte, en el apartado tres se realiza la descripción de la metodología, que se utiliza para elaborar el Modelo y la herramienta de autoevaluación y evaluación y finalmente se detalla las etapas para llevar a cabo el desarrollo del trabajo, especificando como se realizó cada una de ellas.

1. JUSTIFICACION

La calidad en salud a nivel mundial, requiere compromiso de todos los actores que intervienen en la prestación de los servicios, siendo la inequidad uno de los desafíos que el sector salud deberá enfrentar en América Latina y el Caribe en las próximas décadas, por el proceso de globalización de la economía, la reforma del estado, y en consecuencia la reforma del sector, que no ha conseguido responder a las demandas de la población en lograr mejores servicios de salud y mejor calidad de vida¹. En Colombia, la reforma del sector salud planteó en forma teórica como principios de seguridad social los de universalidad, equidad, eficiencia, integridad y participación, pero en la práctica ha sido imposible cumplirlos².

El Modelo que se presenta, por si mismo no pretende cambiar la estructura misma del actual SGSSS (Sistema general de Seguridad Social en Salud) ni mucho menos la del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud (SOGCS) que forma parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud del país, y esta reglamentado por el Decreto 1011 de 2006, pero si brindar una herramienta de análisis de los indicadores de calidad creada expresamente para el Hospital Susana López de Valencia, que si es empleada sistemáticamente, permite a la institución iniciarse en un proceso de mejora continua que repercutirá en su beneficio y por ende en la satisfacción de los usuarios. Su utilización permitirá conocer los puntos fuertes y áreas de mejora de cada uno de los colaboradores, obtener una mayor implicación de todos los colaboradores, facilitar procesos de cambio y fortalecer la cultura de la calidad. Adicionalmente este trabajo aportara a la comprensión y a la generación de reflexiones en torno al aporte del individuo al sistema de calidad y al papel de la autoevaluación.

Para ello y con el ánimo de continuar a la vanguardia con la política de calidad, ha diseñado una herramienta que permita al colaborador autoevaluarse respecto a su aporte a los indicadores de calidad y a la vez establecer una comparación con la evaluación global del proceso de atención de urgencias, así como aproximarse a conocer sus debilidades y fortalezas

¹ Organización Panamericana de la salud y Federación Panamericana de Profesionales de enfermería. Calidad de los servicios de salud en América latina y el Caribe: Desafíos para la enfermería. Agosto de 2001.

² Ibid

para establecer un plan de mejora. La comparación del resultado específico con el resultado global permite obtener una mejora máxima, al proporcionar una retroalimentación específica o individual, conociendo sus fortalezas y oportunidades como aporte al proceso con sus respectivos compromisos de mejora.

Este modelo es importante porque aportara una herramienta como complemento a los agentes facilitadores presentes en la institución como los Líderes de calidad, la cultura de calidad percibida actualmente, la comunicación oportuna, fiable de los indicadores de calidad reflejándose en los resultados de la autoevaluación Institucional, el mejoramiento individual, los planes de acción para mejorar el equipo de trabajo, el mejoramiento global, la satisfacción del usuario, valorando la participación de cada uno de los actores con las siguientes características que declara el SOGCS : Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad. Se aborda la autoevaluación individual desde la óptica del sistema general de calidad que hace referencia a estándares en la oportunidad de atención, satisfacción del usuario y seguridad inicialmente, porque a medida que el sistema y las políticas institucionales se consoliden, el proceso de autoevaluación incluirá las características como accesibilidad, pertinencia, y continuidad.

Con este proyecto se pretende favorecer el proceso de Acreditación de la institución, dado que el mismo puede sentar bases del desarrollo de procesos de autoevaluación, que permitan el control de los indicadores de calidad en beneficio del bienestar de los usuarios, de los profesionales y de las entidades; diseñando, implementando y adoptando las acciones correctivas que favorezcan el proceso como parte del autocontrol del sistema de calidad. Es importante en la evaluación la prontitud en la que el evaluado sepa su resultado, teniendo en cuenta que la condición humana acepta mejorar mas fácilmente cuando se autoevalúa y verifica su aporte, retroalimentándose y probándose continuamente.

Este puede beneficiar el desarrollo de procesos de gestión de calidad no solo en el proceso de urgencias sino en la institución, que permitan el cumplimiento de sus principios, características e indicadores en beneficio del bienestar de los usuarios, de los profesionales y de las entidades; diseñando, implementando y adaptando procesos de mejora individuales, de equipo y globales, que favorezcan la identificación y manejo de los indicadores de calidad y su repercusión en la salud general para garantizar la mas efectiva prestación de servicios de salud a la población.

Con este proyecto se puede dar bases para orientar estrategias de autoevaluación y coevaluación de indicadores de calidad y habrá una gran mayoría de profesionales y de procesos de alto cumplimiento de las metas institucionales de calidad generadoras de productividad y competitividad, además los usuarios serán excelentemente bien atendidos. Así mismo una vez la institución obtenga la certificación como la de la Acreditación, este programa permitirá el mantenimiento de la misma a lo largo del tiempo contribuyendo al mejoramiento continuo.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El hospital Susana López de Valencia, presta servicios ambulatorios, de hospitalización y de urgencias. El departamento del Cauca mediante la ordenanza No.001 de enero de 1995 declara la entidad como establecimiento público descentralizado con la función de prestar servicios de salud en el segundo nivel de atención en el Departamento del Cauca y empieza a funcionar como tal, desde el 7 de marzo. En diciembre de 1999 se implementó el proceso de atención de urgencias con el fin de estabilizar la salud de los usuarios que tengan en riesgo su vida. Los servicios van dirigidos a la población de la cabecera municipal de Popayán, y a los referidos por los municipios del centro, sur - occidente del departamento del Cauca. En promedio se atienden mensualmente 4000 pacientes.

Tabla 1. Promedio de atención mensual por especialidades en el servicio de Urgencias del Hospital Susana López de Valencia E.S.E para el año 2009.

Áreas de atención	Promedio de Número de pacientes por mes
Medicina interna y cirugía	1100
Gineco- obstetricia	700
Pediatría	600
Relacionados trauma	700
Clasificados No urgentes	900
TOTAL	4000

Fuente: Indicadores Dinámica Gerencial Versión 3.5

El proceso de atención de urgencias tiene la siguiente distribución para dar cumplimiento a la atención de los 4.000 usuarios mensualmente así:

1. Área de Triage: Donde se clasifican los pacientes según la prioridad de atención, este se considera el punto clave donde se determina uno de los atributos de calidad en el proceso como es el de la oportunidad de atención.
2. Área de consultorios para pacientes con patologías NO relacionadas con trauma.

3. Área de consultorios para pacientes con patologías relacionadas con trauma.
4. Área de consultorios para pacientes con patologías relacionadas con Ginecoobstetricia.
5. Edificio específico para Atención pediátrica
6. Existe una sala de cuidado especial para adultos
7. Área de observación con un cupo de 20 camillas para adultos

Para cumplir la misión institucional el servicio de urgencias cuenta con 5 áreas de apoyo, como rayos x, laboratorio, sistemas de información, servicios generales y de vigilancia.

Las actividades realizadas en el proceso incluyen clasificación del paciente en el área de triage, atención de consulta de urgencia en las diferentes áreas seleccionadas como ginecología, pediatría, adultos, un servicio de observación, un servicio de cuidado especial. Se realizan procedimientos de segundo nivel como suturas, inmovilizaciones con férulas, además se participa en el proceso de referencia y contra referencia con el fin de brindar el servicio conveniente en forma oportuna y pertinente.

Cuenta con una historia clínica sistematizada, implementada desde el año 2008, que favorece el proceso de obtener en forma veraz, confiable y oportuna los indicadores de calidad. El 90% del personal que labora en el proceso de atención de urgencias es contratado a través de la Asociaciones Sindicales y cooperativas de trabajo. Un 10%, está contratado como personal de planta³.

El máximo cliente de la institución es el ente territorial departamental con un 56% del total del recaudo, seguido de las aseguradoras del régimen subsidiado ocasionando en conjunto los vinculados y los subsidiados un 82% del recaudo total. El 11% del recaudo corresponde al régimen contributivo y un 6% a las aseguradoras de Accidentes de Tránsito (SOAT).

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E de Popayán, se encuentra en proceso de Acreditación desde hace aproximadamente 7 años, componente del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención en Salud

³ Fuente de Talento Humano del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

SOGCS⁴ que exige mejoramiento continuo en cada uno de los procesos de la organización.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas⁵.

El proceso de atención de urgencias que se encuentra certificado como habilitado desde hace 7 años, no es ajeno a este proceso de acreditación, teniendo en cuenta, que por las características del servicio que allí se presta es un punto neurálgico para la institución. Los componentes que permiten enlazar la habilitación con la Acreditación, son el sistema de información y el programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, donde la base es permitir la evaluación interna y externa con el objetivo primordial del mejoramiento continuo, siendo la autoevaluación la parte inicial de la ruta crítica de la acreditación.

El proceso de autoevaluación en este servicio, se realiza comparándose con parámetros establecidos con referencia a los estándares de Acreditación. La oficina asesora de calidad de la institución se reúne con los líderes de los procesos para autoevaluarse siguiendo la guía del Ministerio de la Protección Social, obteniéndose una calificación cualitativa y otra cuantitativa. Mediante la primera se clasifican las fortalezas y las oportunidades. Posteriormente a las oportunidades se les realiza la evaluación cuantitativa donde se determina una calificación numérica que nos lleva a priorizar las oportunidades de mejora. Esa información se cruza con los procesos de atención de la institución, siendo el servicio de Urgencias prioridad número uno a nivel institucional como lo muestra la figura de consolidación de la priorización de procesos del Hospital Susana.

⁴ El Sistema Obligatorio de Garantía De La Calidad De La Atención De Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país

⁵ Ibid

Tabla 2. Consolidación de Procesos según Autoevaluación del Año 2010 en el Hospital Susana López de Valencia E. S.E. Popayán.

PROCESO	HOSPITALIZACIÓN	AMBULATORIOS	URGENCIAS	CIRUGÍA	APOYO DIAGNÓSTICO	TOTAL
Acceso	6	6	9	9	8	38
Seguridad del Paciente	9	5	9	9	7	39
Salida y Seguimiento	8	5	8	8	3	32
Planeación del Cuidado y tratamiento	9	5	9	9	5	37
Registro de Ingreso	9	5	9	9	5	37
Total	41	26	44	44	28	

Fuente: Oficina Asesora de Calidad H.S.L.V Popayán 2010

Dentro de los niveles de operación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad PAMEC, según la guía de preparación para la acreditación emanada por el ministerio de la protección social, se encuentran el autocontrol, la auditoria interna y la auditoria Externa para lograr mejorar las oportunidades de mejora y aumentar las fortalezas institucionales que benefician la seguridad y calidad de los usuarios y su familia.

Teniendo en cuenta lo anterior, el personal del servicio de urgencias es informado de la tendencia de los indicadores de calidad en reuniones

trimestrales, organizadas por el grupo de Calidad institucional en conjunto con el líder del proceso. Durante las reuniones se percibe la generalidad del proceso, es decir se hace referencia al resultado obtenido o a la calidad observada por las actividades de todo el equipo de trabajo, donde existe personal comprometido y otro alejado del desarrollo de calidad en el proceso, sin embargo, no se da a conocer la participación de cada uno en la misma, es decir, de acuerdo a su desempeño cual es su aporte individual en cada indicador; así mismo se narran las acciones de mejora tomadas a lo largo del trimestre según los incidentes o eventos presentados. De igual manera, la ausencia de aproximadamente el 50% de los integrantes del equipo a las reuniones de calidad, conlleva al desconocimiento y falta de entendimiento de las tendencias de los indicadores con el posterior incumplimiento de toma de las acciones de mejora.

En este mismo sentido, se les informa a lo largo de los tres meses, a través de correos electrónicos las diferentes acciones de mejora que van surgiendo, cuando se analizan los autoreportes de incidentes, de eventos adversos, las quejas de los usuarios, dejando constancia en el correo, y en el consolidado de análisis del libro de eventos e incidentes del proceso de atención de urgencias, y en las respuestas por oficios a las quejas de los usuarios, existe el inconveniente de que no todas los profesionales leen los correos, o no le prestan la importancia debida a los cambios sugeridos, ocasionando un avance lento, que impide mejorar en forma global o estandarizada en el proceso de calidad. El personal se entera de las tendencias de los indicadores de calidad, por lo encontrado y expresado por el equipo de Calidad en una forma global y generalizada.

Teniendo en cuenta, que la política de calidad y seguridad exigen conocimiento de causa y efecto para determinar las acciones de mejora y lograr la satisfacción del usuario interno y externo, se hace necesario en el proceso de urgencias del Hospital Susana, generar mecanismos de retroalimentación para lograr el convencimiento personalizado del aporte individual al proceso de calidad y seguridad institucional como pilar fundamental para lograr la Acreditación. Se trata de fomentar un proceso de autoevaluación individual, donde el colaborador valoriza su propia actuación, de tal manera, que pueda reconocer sus posibilidades, limitaciones y cambios necesarios para aportar a la calidad. Mediante esta Autoevaluación se puede efectuar un diagnóstico del aporte individual a cada indicador de calidad de la organización y saber cuál es su comportamiento con respecto a

los criterios globales que componen el modelo, constituyendo una herramienta de gran valor para su mejora continua.

La autoevaluación individual es un extraordinario punto de partida para el proceso de Calidad, ya que la detección de las Fortalezas y Oportunidades de Mejora de cada colaborador, permite identificar los planes de mejora que serán parte integral de la Acreditación Institucional, la cual llevara a la organización a ser más competitiva y a trabajar sistemáticamente con una cultura de excelencia.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo diseñar un sistema de autoevaluación que permita a cada colaborador conocer su aporte individual al proceso de calidad y seguridad institucional y establecer las acciones de mejora?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un modelo basado en indicadores que permita la autoevaluación y coevaluación en calidad de los profesionales del proceso de urgencias del Hospital Susana López de Valencia E.S.E de Popayán.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los criterios de calidad presentes en la institución y clasificarlos en dos grupos: agentes facilitadores y agentes de resultados
2. Determinar los indicadores de calidad a evaluar dentro del cuadro de mando de la institución
3. Identificar a través de indicadores de resultados, una herramienta que permita empezar a medir y a visibilizar los aportes que en términos de calidad, se producen en los profesionales del proceso de urgencias del Hospital Susana López de Valencia E.S.E Popayán.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO CONTEXTUAL

El hospital Susana López de Valencia como Empresa social del Estado en el municipio de Popayán, tiene como Misión prestar la mejor atención en salud, en la diversidad y con responsabilidad social.

En su visión el Hospital Susana será el primer hospital acreditado en el Departamento del Cauca y líder en la prestación de servicios de salud con énfasis materno infantil.

Dentro de sus valores se incluye la COMPASION, la HONESTIDAD, EL RESPETO Y LA TERNURA hacia sí mismo, reflejado en los demás.

La organización desde hace 6 años, está enfocada en el logro de la acreditación como un medio de mejoramiento continuo, en este momento existen líderes en cada uno de los procesos que han implementado la política institucional de calidad y seguridad permitiendo sentir una cultura de calidad en sus colaboradores, con un gran porcentaje de profesionales de la salud involucrados que son evaluados en forma global. El mejoramiento es un pilar fundamental en el proceso de la acreditación, es necesario aplicar herramientas que favorezcan la evaluación del aporte individual para avanzar con mayor madurez y continuidad al recibir la retroalimentación respectiva de nuestra participación.

El esquema organizativo del Hospital esta bajo el modelo de procesos, en el que se explica a cada uno de los integrantes, que el producto de su trabajo es el insumo para el siguiente proceso

Este mapa de procesos está construido en cuatro grandes macroprocesos: Direccionamiento Estratégico, de la cadena de valor, procesos de apoyo y uno de evaluación que corresponde al de Gestión del sistema de control interno.

Grafico 1. Mapa de Procesos del Hospital Susana López de Valencia.

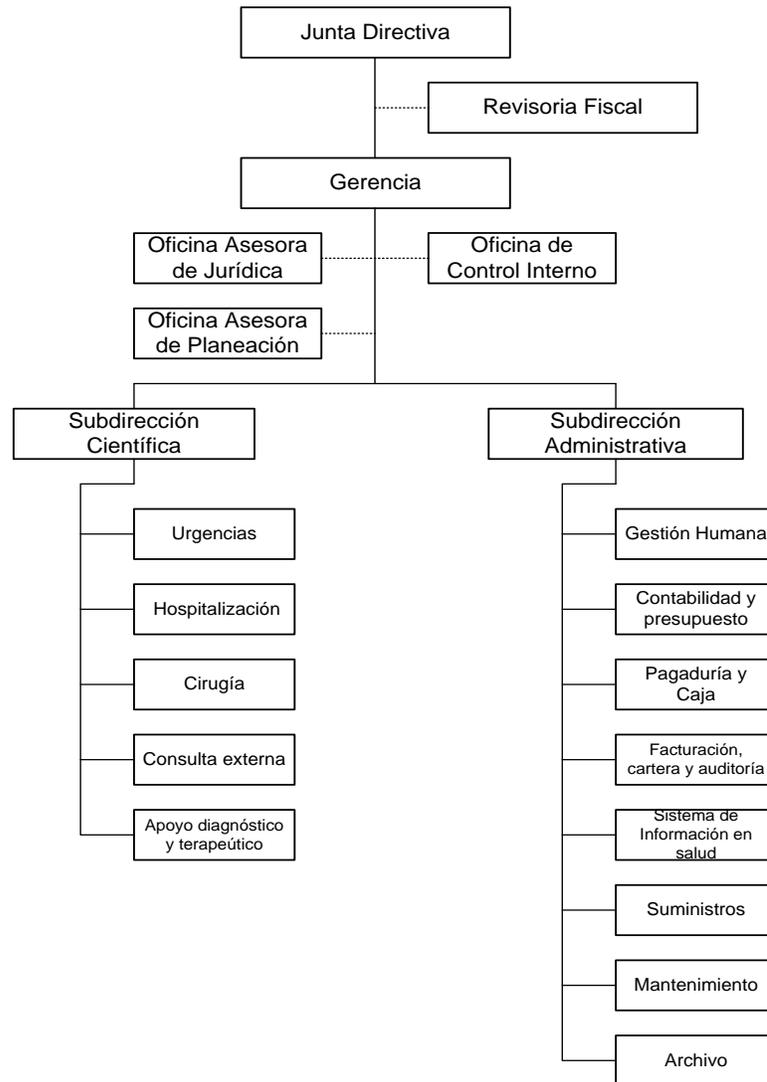


Fuente: Oficina asesora de Calidad H.S.L.V. ESE Popayán

El hospital cuenta con 115 empleados de planta y 534 de contrato, en el proceso de atención de urgencias existen 90 funcionarios de los cuales 16 personas son de planta. Del total de funcionarios 70 son asistenciales, de los 40 médicos generales solamente 6 son de planta.

La institución cuenta con el siguiente organigrama.

Grafico 2. Organigrama del Hospital Susana López de Valencia.



Fuente: Oficina asesora de calidad H.S.L.V ESE Popayán

4.2 MARCO LEGAL

Ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud.

Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002 con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de

Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Resolución 1474 del 7 de noviembre del 2002 y en su anexo técnico. Los estándares que se aplicarán evalúan procesos tales como respeto a los derechos de los pacientes, acceso al servicio, atención clínica y soporte administrativo y gerencial, en las instituciones que prestan servicios de salud y que quieran participar en el proceso de acreditación.

Resolución 3557 del 19 de noviembre de 2003 del Ministerio de la Protección Social, a través de la cual adjudicó el concurso de Méritos MPS-03-2003 que designa al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, **ICONTEC**, como entidad acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA).

Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Protección Social, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina pre pagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación.

Resolución 1043 del Ministerio de Protección Social, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Resolución 2680 del Ministerio de Protección Social por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1445 del Ministerio de Protección Social, Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora.

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

5 MARCO TEÓRICO

El Sistema Único de Acreditación hace parte del Sistema de Garantía de Calidad que está a disposición de los prestadores de servicios de salud, que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación en Colombia.

En el desarrollo de este trabajo se presentarán diferentes conceptos y reglamentaciones, entorno a la Calidad, desde la perspectiva de múltiples autores, con el objetivo de hacer que el documento, sea amplio en su argumentación.

5.1 CONCEPTO DE CALIDAD

Dar una definición de "calidad" no es fácil, dada la perspectiva multidimensional que este concepto tiene. Así, sólo en el ámbito lingüístico, la Real Academia Española, en el Diccionario de la Lengua Española de 1984, Tomo I, página 242, define calidad como una "cualidad", una "manera de ser", "alguien que goza de la estimación general", o "lo mejor dentro de su especie".

En medicina y educación, como en otras áreas del conocimiento, el término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento. Sin embargo, aun dentro de este particular ámbito del concepto, no existe una sola definición para la calidad.

Crosbi (1979), por ejemplo, en sus diferentes obras menciona frases alusivas a la calidad como: " Su lema mejor conocido es la exhortación a lograr cero defectos", "la calidad no cuesta nada", "La calidad empieza en la gente no en las cosas" y los cuatro absolutos de la calidad como la definición, el sistema, estándar de desempeño y la medición.

Para el mismo autor, los catorce pasos de la administración en calidad, son establecer el compromiso en la dirección o en la calidad, formar el equipo para la mejora de la calidad ,capacitar al personal de la calidad, establecer

mediciones de calidad, evaluar los costos de la calidad, crear conciencia de la calidad, tomar acciones correctivas, planificar el día cero defectos, festejar el día cero defectos, establecer metas, eliminar las causas del error, dar reconocimientos, formar consejos de calidad, repetir el proceso hasta mejorar.

De igual manera Crosby (1979) menciona que las seis C de calidad son la comprensión, la competencia, el compromiso, la comunicación, la corrección, y la continuidad.

De acuerdo a Urquiza (2004)⁶ no hay una definición de calidad en los servicios de salud universalmente válida, existiendo, hasta la fecha dos líneas de pensamiento:

1) La que propone el Instituto de Medicina de EEUU y que considera a la calidad como: "...el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual...". Se trata de una visión maximalista e ideal cuyo límite es el máximo conocimiento científico-técnico y tiene una visión centrada en la calidad científica técnica del prestador.

2) la que propone el programa español: "...la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario...". Esta última incorpora a los receptores del servicio (pacientes, clientes y usuarios) direccionando hacia donde deben orientarse los servicios de salud, sin olvidar sus necesidades y expectativas.

Según el mismo autor, la mejoría de la calidad se puede analizar como punto de partida desde tres situaciones claramente diferenciables: el diseño de la calidad, el ciclo de mejora y el monitoreo.

Se habla de diseño de la calidad, básicamente, cuando antes de ponerlo en funcionamiento se definen los criterios de calidad a cumplir orientados hacia las necesidades y expectativas de la población. Los criterios de resultado

⁶ Urquiza, R. Conceptos de Calidad en Salud. Evidencia –Actualización en la práctica ambulatoria. 2004;7:152-155

describen las metas que esperamos conseguir con la estructura que diseñamos.

Los ciclos de mejora de la calidad se implementan en los servicios que están funcionando, considerándose a las situaciones problemas como oportunidades de mejora. A estas situaciones se las somete al análisis (¿qué funciona mal? ¿Por qué funciona mal?) con el objetivo de intervenir para mejorarlas. Este constituye el núcleo central de los programas de gestión de la calidad y requiere imprescindiblemente del compromiso y la participación de todos los actores implicados en la mejora.

El ciclo de mejoría de la calidad PHVA, se inicia cuando se identifica un problema dentro de un proceso y tiene como objetivo el diseño P (plan), la implementación en pequeña escala de una alternativa para solucionarlo o minimizar su impacto H (Hacer), el análisis y la evaluación posterior V (Verificación) y la extensión de la intervención a mayor escala A (Actuar).

Las intervenciones suelen perder efectividad con el paso del tiempo, especialmente si no se implementan estrategias de refuerzo. Se denomina monitorización a la medición periódica, planificada y rutinaria de una serie de indicadores de calidad. La monitorización tiene el fin de controlar que los procesos se mantienen dentro de los niveles de desempeño deseables y sirve para identificar oportunidades de mejora cuando no se alcanzan los mismos.

Para Trifus (1994) la calidad "es dar al cliente aquello que espera" y para Taguchi (1994) es "producir los bienes y servicios demandados, al menor costo posible para la sociedad"⁷. De acuerdo a Crosby, Trifus y Taguchi, la calidad no es más que desarrollar un producto, bien o servicio que se demanda con el menor costo posible, conforme a las especificaciones establecidas para dar al cliente aquello que solicita.

DEMING (1950) se basó en que la calidad es un continuo mejoramiento a través de la reducción de la variación. Propuso los 7 males mortales. Deming pensaba que la calidad se podía expresar de la mejor manera como una cooperación positiva, hablaba acerca del nuevo clima o cultura

⁷ Galán M. "El Reto de la Mejora en la Educación Superior: Una Perspectiva Europea", Programa de Doctorado: "Evaluación, Mejora y Calidad de la Educación Superior", Universidad de Cádiz, España, enero 2000

organizacional, la cual consistía en estos tres elementos: unirse al trabajo, innovación y cooperación. También propuso el círculo de la calidad o mejor conocido como círculo de calidad de Deming, donde se involucra el Planear, el Hacer, el Verificar y el Controlar.

Otra forma de "asegurar" calidad es a través de la confección de normas, pautas o guías, que contienen afirmaciones, desarrolladas sistemáticamente, basadas en los conocimientos profesionales vigentes, tendientes a ayudar a los prestadores de los servicios en la toma de decisiones, facilitando así el desarrollo de un proceso de prestación de servicio "de calidad". Esta norma es creada por un comité de expertos, que definen lo que es la calidad para un determinado servicio o procedimiento. Un ejemplo de ello son las normas creadas por el Organismo Internacional de Estandarización, conocidas como normas ISO (International Standard Organization) cuyo origen y finalidad se encuentra en el ámbito empresarial, o las DOQI (Dialysis Outcomes Quality Initiative), publicadas en 1997, en un esfuerzo para mejorar la calidad .

No obstante, la norma así generada puede no ser la herramienta más adecuada para asegurar la calidad, puesto que ésta representa sólo un consenso general de un grupo particular de expertos, frente a un proceso determinado y no necesariamente representa un estándar de calidad para ese proceso, en una institución específica.

Dicho de otra manera, los procesos de acreditación así realizados, no certifican que las instituciones acreditadas estén entregando un producto de calidad. Por lo tanto, en este contexto una acreditación no constituye ni debe constituir una meta de calidad para ninguna institución. No obstante lo anterior y con las salvedades anotadas, la acreditación mediante el uso de normas es un buen inicio para aproximarse al tema de la calidad, especialmente donde no existe una cultura de autoevaluación.

Finalmente, en lo que a calidad en salud respecta, una definición que ha ido ganando adeptos es la dada por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica y que se refirió a calidad como "el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual"⁸.

⁸ Revista médica de Chile ISSN 0034-9887 versión impresa Rev. méd. Chile v.129 n.7 Santiago jul. 2001 Roberto E García Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.

Sin embargo, es muy poco probable que una sola definición de calidad en salud sea aplicable en todas las situaciones. En todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos el concepto de la excelencia, esto es, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder. En otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente". Adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad.

5.2 CALIDAD Y ACREDITACIÓN

En Colombia, en el año 2006 con el decreto 1011 del Sistema Obligatorio para la Garantía de la calidad en salud (SOGCS), define como calidad de la atención de salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios y se reglamenta la forma de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud; el SOGCS contempla cumplir con características como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. En el artículo 4o. define como COMPONENTES el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

Una vez las instituciones cumplen el proceso de habilitación pueden voluntariamente inscribirse en el proceso de la acreditación el cual exige resultados que impacten en la satisfacción del usuario y su familia. El proceso de acreditación se logra mediante el programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad PAMEC, donde se realizan planes de mejoramiento a las oportunidades de mejora encontradas durante la autoevaluación institucional al relacionarse con los estándares de acreditación, teniendo en cuenta los indicadores que muestran la calidad observada con referentes de la calidad esperada de instituciones referentes que tienen buenas prácticas en el proceso de atención.

El decreto define además, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como lo es el Hospital Susana López de Valencia, deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros

de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Así entonces se complementa en el artículo 37 que los procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud PAMEC, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3o del presente decreto.
2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

En este mismo sentido, La Resolución 1446 del 8 de mayo del 2006 , define el sistema de información para la calidad, con el objeto de estimular la competencia por la calidad entre los agentes del sector, al mismo tiempo orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud ,de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer su derecho de escoger la institución que desee le preste su atención en salud. El Ministerio de la Protección Social incluye en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

En el artículo 46 del decreto 1011 se definen como objetivos del sistema de información para la calidad:

1. Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB (Entidad Administradora de

Planes de Beneficios) y/o la IPS (Institución Prestadora de Servicios), por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.

3. Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las IPS.

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

En el artículo 33° del mismo decreto se define en cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, tres niveles, primero el Autocontrol, donde Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización; segundo, Auditoría Interna que Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna. Y tercero, Auditoría Externa que consiste en la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Así mismo, define que el modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

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

2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la

organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia. (Artículo 34)

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, según la guía del Ministerio de Protección social, determina que una vez se obtienen determinados indicadores para mejorarlos se debe realizar el PHVA, que significa la P de planear, luego Hacer, verificar ese hacer o realizar seguimiento y volver a actuar o determinando acciones correctivas que nuevamente llevaran un plan y así continuamente.

De tal manera que debemos empezar por la A de actuar o socializar los resultados de la Auditoría, los procesos que deben generar Plan de Mejora y recursos, soportar al equipo en la formulación del plan de Mejoramiento, hacer seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejora y monitorear a través de los indicadores definidos con este fin, si el Plan de Mejora es efectivo.

Posteriormente la P de planeación, realizando una autoevaluación, seleccionando los procesos por mejorar, para luego priorizarlos y monitorizarlos, definiendo la calidad esperada de los procesos priorizados (guías, normas, manuales, etc.). Luego se compara con la calidad observada, se analizan los factores de riesgo que impacten el SOGG en el logro de las características de calidad en la atención en salud como oportunidad, seguridad, pertinencia, accesibilidad, y continuidad.

Luego se realiza la estandarización vista dentro del ciclo PHVA, busca las mejores formas de conseguir los resultados. En la medida que se ejecuta un proceso de una misma manera y se hace consciente, se puede mejorar más fácilmente. La estandarización es como el motor de la innovación y como incentivo para la creatividad de las personas que están al frente del proceso. Un buen estándar es aquel que es modificado por lo menos una vez cada 6 meses. Esta premisa obliga a estar buscando mejores maneras de hacer las cosas y con el desarrollo de las personas.

Es el primer paso para la realización de mejoras y se promueve el trabajo en equipo ya que se requiere la participación de todos los individuos relacionados con el área para analizar los problemas, obtener información y llevar a cabo acciones para su solución.

Crear un modelo para evaluarnos en forma permanente exige el compromiso entre los directivos de los niveles medio y alto desde el comienzo. Con el transcurso del tiempo, este compromiso tiene que compartirse con todo el personal y reflejarse en el plan, el propósito y los procedimientos de la organización. El proceso de promoción y desarrollo del compromiso no es una actividad que se hace una sola vez; y debe seguir en forma continua por la duración de un proyecto.

Con referencia a los indicadores en la literatura especializada se encuentran diferentes clasificaciones de indicadores dado la gran diversidad de temas y aéreas que incluyen. Entre las clasificaciones más difundidas encontramos la económica, que determina indicadores de eficacia, eficiencia e impacto. Se trata entonces de medir la relación que existe entre los objetivos planteados y los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los costos originados y el efecto del proyecto sobre los/as beneficiarios/as (impacto directo) y sobre el resto de la población (impacto indirecto). Otra clasificación depende de la naturaleza del objeto a medir, relaciona indicadores de ejecución, resultados e impacto, que miden el uso que se da a los recursos del proyecto, los resultados logrados, los beneficios inmediatos de la implantación del proyecto y cómo los éxitos del proyecto, se relacionan con los objetivos del mismo⁹.

Zumelzu (2001) menciona que los indicadores de evaluación utilizan principalmente indicadores de tipo cuantitativo y que para la ciencia y la tecnología, se mide la eficiencia de los recursos humanos y financieros otorgados en la investigación científica y tecnología a nivel macro.

Un indicador es entonces un instrumento que permite a los/as actores de un proyecto observar y medir resultados y/o desempeño, constituyen una señal

⁹ Conde, Y. Medición a través de indicadores para determinar niveles y condiciones de aprendizaje organizacional en el capital humano dedicado a la investigación en la universidad del cauca. Tesis para optar el título de Maestría en Psicología. Universidad del Valle. Cali. 2010

de cambio de una situación, condición o fenómenos y muestran diferentes aspectos concretos de ese cambio (Bravo 2004)..

Bueno (1974), plantea que un sistema de indicadores satisface plenamente las funciones de información y gestión si se concibe como un conjunto de flujos de información, que circula mediante redes y procesos específicos, con miras a la obtención de unos resultados aptos para la toma de decisiones y a todos sus niveles.

La OCED (2002) define *Indicador* como un parámetro, el cual apunta y provee información sobre el estado de un fenómeno y que tiene un significado que se extiende más allá del que se asocia directamente con el valor del parámetro.

Delgado (2007) menciona que un indicador corresponde a la identificación de una magnitud numérica referida a un evento, que pone en evidencia la intensidad, situación o evolución del mismo. Constituye un instrumento que puede permitir evaluar de manera objetiva aspectos particulares del proceso de ejecución o de los resultados de un programa ó proyecto a través de mediciones de carácter cualitativo o cuantitativo.

Los indicadores entonces, son factores que permiten evaluar un resultado obtenido en términos del objetivo propuesto, proporciona, por una parte, una visión sobre un proceso o estado de mayor significado, y por otra parte, puede hacer perceptible una tendencia o fenómeno que no sea inmediatamente o evidentemente detectable.

Teniendo como base la resolución 1446 del 2006, un sistema de información en calidad incluye según su dominio, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud IPS, los indicadores que se describen en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Resumen de los indicadores que contempla la resolución 1446 del 2006 del Decreto 1011 del Ministerio de la Protección social

Dominio	Indicadores de calidad en las IPS
Accesibilidad / Oportunidad	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General
	(2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada

Cuadro 1. (Continuación).

Dominio	Indicadores de calidad en las IPS
Accesibilidad / Oportunidad	(3) Proporción de cancelación de cirugía programada
	(4) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias
	(5) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología
	(6) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General
	(7) Oportunidad en la realización de cirugía programada
2. Calidad Técnica	(1) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados
	(2) Proporción Hipertensión Arterial Controlada
3. Gerencia del Riesgo	(1) Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
	(2) Tasa de Infección Intrahospitalaria
	(3) Proporción de Vigilancia de Eventos adversos
4. Satisfacción / Lealtad	(1) Tasa de Satisfacción Global
	(2) Proporción de Quejas gestionadas antes de los 15 días

Fuente: Observatorio de Calidad Ministerio Protección Social 2010

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El diseño de un modelo basado en indicadores que permita la autoevaluación y coevaluación en calidad de los profesionales del proceso de urgencias del Hospital Susana López de Valencia E.S.E de Popayán, es un estudio de tipo cualitativo, analítico, de carácter transversal, con datos primarios y secundarios retrospectivos y concurrentes. Se recolectan los datos y se resume la información de manera cuidadosa y luego se analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento. Este tipo de investigación se apoya en fuentes de carácter documental, como bases de datos del programa dinámica gerencial, informes escritos de calidad del hospital, documentos de nivel nacional del observatorio de calidad del Ministerio de Protección Social, que servirán como punto de apoyo a esta.

En primer lugar, Se procede al diseño del modelo basado en indicadores de autoevaluación y coevaluación en calidad de los profesionales de salud del proceso de atención de urgencias, utilizando como base el modelo EFQM de excelencia instrumento al mismo tiempo de autoevaluación y de gestión.

“El modelo EFQM de excelencia plantea que la gestión debe realizarse apoyada en 9 criterios: 5 criterios agentes y 4 criterios resultados, que reflejan dicha gestión. Los criterios agentes: liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas, recursos y procesos, abordan **qué hace la organización** para gestionar y funcionar y cómo lo hace, aportando para ello las evidencias oportunas; mientras que los criterios resultados: resultados en los clientes, en las personas, en la sociedad y resultados clave, se encargan de medir **qué resultados obtiene la organización** como consecuencia de las acciones llevadas a cabo y la gestión desarrollada en todos los ámbitos de actuación”

¹⁰

¹⁰ Tomado de **Expertos en la aplicación del Modelo Europeo de la EFQM a la mejora de la gestión empresarial, Madrid-España 1999**

En la gestión el modelo proporciona a la organización un marco de trabajo dinámico que le permite medir en qué punto se encuentra dentro del CAMINO HACIA LA EXCELENCIA y le orienta sobre qué hacer para salvar las diferencias encontradas, estimula a la organización a buscar soluciones de un modo flexible, según sus capacidades y recursos, porque hay diferentes modos de hacer “bien” las cosas.

En la autoevaluación el modelo permite hacer un diagnóstico del estado actual en función de los aspectos básicos que contempla dentro de los criterios que lo componen.

Adaptando el modelo mencionado se realiza la identificación de las actividades y elementos del área de calidad que se ejecutan actualmente en la institución encaminada a cumplir con los criterios de calidad del Sistema único de Acreditación. El levantamiento de toda la información se ejecutó a través de visitas a la oficina de calidad, donde se desarrollaron entrevistas con la líder y dos colaboradores de la oficina, con el objetivo de determinar en primera instancia, si existen agentes facilitadores de la calidad, si se cuenta con herramientas de medición de las características de la calidad, si existen planes de mejoramiento individual, por equipo y globales en torno a la calidad, y si existe la medición de la satisfacción de los usuarios. Las entrevistas se llevaron a cabo de una manera informal, donde a cada uno de los funcionarios se les preguntó sobre los puntos anteriores, para posteriormente plasmar conclusiones de sus respuestas en una hoja de control (anexo A). Se concluye que en la institución existen muchos criterios de calidad a nivel global pero no individual.

De igual forma, se visitó al proceso de urgencias, con el propósito de observar y verificar como se ejecutan estas actividades, para poder conseguir así que el Modelo de Autoevaluación y coevaluación de calidad en los profesionales de la salud en el proceso de atención de urgencias sea de gran utilidad contribuyendo al mejoramiento individual, del proceso y de la institución.

Para la elaboración del Modelo de autoevaluación y coevaluación de calidad en los profesionales de la salud en el proceso de atención de urgencias, se tuvo en cuenta el avance actual de la implementación del sistema de calidad de la institución, la normatividad al respecto, específicamente la que se refiere al PAMEC, del cual se pudo obtener un diagnóstico de la

implementación actual que se desarrolla en el proceso de urgencias. En dicho diagnóstico, se identificó la existencia de una autoevaluación institucional de las características de calidad a través de unos indicadores, que arroja un resultado en global del indicador en un proceso, pero no permite evidenciar la participación de cada funcionario en el mismo

Posteriormente, se hizo el análisis del conjunto de elementos de calidad y se discutieron algunos que se podían incluir en el modelo, según el Sistema de Gestión de la Calidad, para finalmente clasificarlos en criterios facilitadores, criterios de resultados y la herramienta representándolos gráficamente.

La recopilación de toda la información (datos), de las actividades de calidad de la institución y del proceso de urgencias, plasmados en el Modelo de Autoevaluación y coevaluación de calidad en los profesionales de la salud en el proceso de atención de urgencias se realiza con distintos instrumentos, como son la observación y las entrevistas anteriormente mencionadas. En segundo lugar se procede a la construcción de la herramienta del modelo, de acuerdo a una serie de fases, como se muestra en el gráfico 3.

Las fases del recorrido para obtener la herramienta del modelo de evaluación y autoevaluación en calidad de los profesionales de la salud en el proceso de atención de urgencias incluye:

- **Fase inicial:** Para establecer los indicadores de calidad del proceso de atención de urgencias que permiten evaluar y autoevaluar a nivel individual a los profesionales de la salud, se realiza:

Revisión de fuentes documentales del observatorio de calidad del ministerio de la protección social que contienen los indicadores de calidad que se cumplen a nivel institucional, revisión de fuentes documentales de la oficina asesora de calidad a nivel institucional, revisión de fuentes documentales en la historia clínica sistematizada institucional y se establecen los indicadores de calidad a tener en cuenta en el modelo de evaluación y autoevaluación en calidad para los profesionales de la salud en el proceso de atención de urgencias.

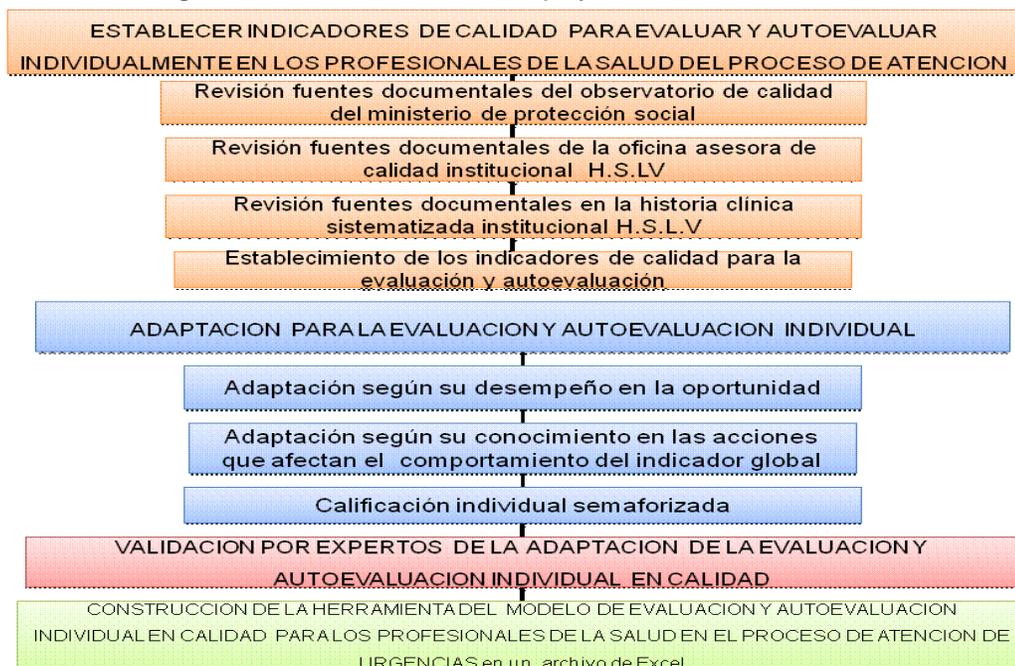
- **Segunda Fase:** se analizan los indicadores establecidos y se adaptan para su respectivo desarrollo en la evaluación y autoevaluación de cada uno de los colaboradores que interviene en el proceso de atención de urgencias.

Con el objetivo de obtener la evaluación y autoevaluación de cada uno de los profesionales de la salud, se adapta un desarrollo del indicador a nivel individual según su desempeño ó el conocimiento de diferentes acciones realizadas durante la atención que afectan el resultado del indicador global del proceso de atención de urgencias.

La calificación individual de los indicadores establecidos se determina en una forma equivalente a la calificación global del proceso dada por la oficina asesora de calidad institucional, obteniendo igualmente una calificación semaforizada en cada uno de los indicadores.

- **Fase de validación:** Una vez adaptados se realiza la validación de los indicadores de calidad establecidos para la evaluación y autoevaluación individual, con personas expertas en calidad a nivel institucional.
- **Fase de Resultados:** Finalizamos con la construcción de la herramienta del modelo para la autoevaluación y evaluación en calidad de los profesionales de la salud del proceso de atención de urgencias en un esquema en Excel.

Grafico 3. Fases para obtener la herramienta del modelo de evaluación y Autoevaluación de calidad en los profesionales de la salud del Proceso de atención de Urgencias H.S.L.V E.S.E Popayán



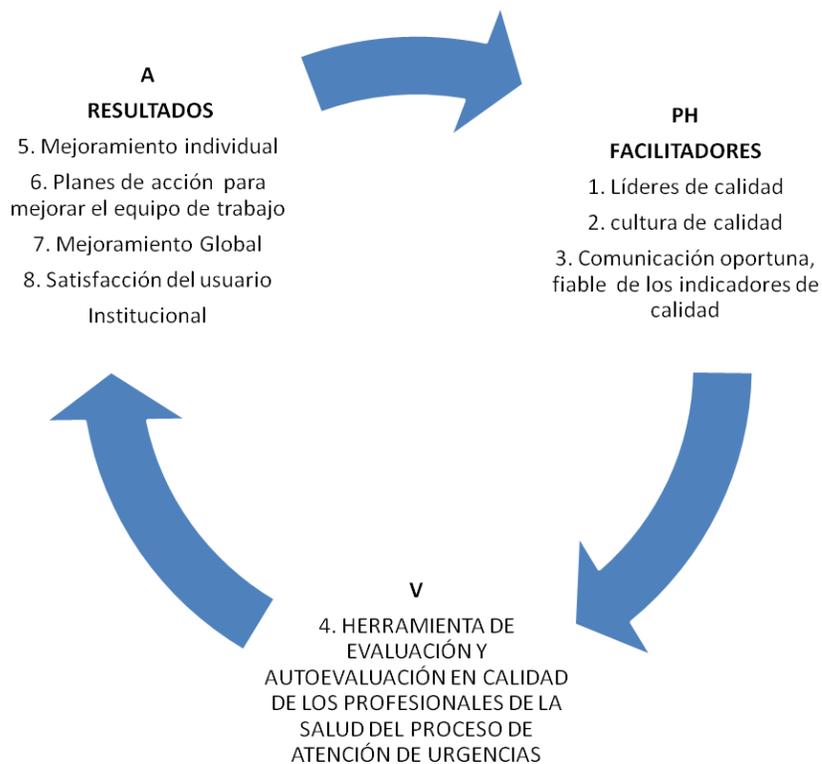
Fuente: Propiedad del Autor

7. RESULTADOS

7.1. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD

El Modelo de autoevaluación y coevaluación (ver cuadro 1) se compone de 8 criterios reunidos en tres grandes grupos: los criterios facilitadores, la herramienta de autoevaluación y coevaluación y los criterios resultados. Los primeros tratan sobre lo que la organización hace y aluden a factores causales cuyos efectos se materializan en los resultados. Los criterios que hacen referencia a "resultados" tratan sobre lo que la organización logra. Los "resultados" son consecuencia de los "criterios facilitadores", y los "criterios facilitadores" se mejoran utilizando el "feedback" de los "resultados".

Grafico 4. Ciclo PHVA



Fuente: Propiedad del Autor

Este esquema lógico reproduce el ciclo PHVA y establece lo que una organización necesita realizar para alcanzar la Excelencia:

En la institución el modelo inicia con la planeación P, que contiene criterios de existencia de líderes de calidad, una cultura de calidad, y una comunicación oportuna, fiable de los indicadores de calidad sólidamente fundamentados, con procesos bien definidos y desarrollados con una clara orientación de apoyo a la política y estrategia de calidad institucional, vinculando enfoques como la tecnología, y la innovación.

El hacer o el desarrollo de la planeación lo realizan todos los profesionales de la salud del proceso de atención de urgencias utilizando la tecnología que dispone el proceso, el programa dinámica, historias clínicas sistematizadas, servicio intranet y su conocimiento en el desarrollo de las actividades relacionadas con la política de calidad.

En el proceso de atención de urgencias la planeación y su desarrollo se complementa con mediciones periódicas mediante la herramienta de autoevaluación y coevaluación de calidad, produciendo resultados que permiten retroalimentar a los profesionales con el fin de obtener mejoramiento individual, planes de acción para mejorar globalmente, favoreciendo la satisfacción del usuario.

En conclusión los criterios facilitadores y los criterios resultados ya están planeados, implementados o desarrollados y en proceso de mejora desde hace aproximadamente 6 años cuando el hospital desde la directiva implementa la política de calidad unida a la de seguridad, con la finalidad de lograr la acreditación como un medio para el mejoramiento continuo. Lo anterior será complementado con una herramienta de coevaluación y autoevaluación desde el punto de vista individual de los profesionales de la salud del proceso de atención de urgencias para favorecer los resultados y el proceso de mejoramiento.

7.2. CONSTRUCCIÓN DE LA HERRAMIENTA

La Herramienta va dirigida a los médicos colaboradores del proceso de atención de urgencias quienes conocerán objetivamente su aporte en la oportunidad de atención en el triage y en los consultorios, comparándolo con el indicador global del equipo de urgencias, además se evaluará el conocimiento que aplican en las diferentes acciones de mejora tomadas por el equipo de trabajo, socializadas previamente mediante el correo electrónico y en reuniones cortas durante las horas laborales, relacionadas con los eventos adversos, incidentes, quejas de los usuarios, infecciones intrahospitalarias, y satisfacción del usuario.

Lo anterior promoverá el mejoramiento continuo, al conocer las fortalezas y oportunidades de mejora según el aporte específico, el conocimiento y aplicación en las acciones de mejora tomadas en el proceso de atención de urgencias, favoreciendo el proceso de calidad, y acreditación institucional.

7.3 DETERMINACIÓN DE INDICADORES

Para establecer los indicadores de calidad a tratar en la autoevaluación y coevaluación del proceso de atención de urgencias se realiza la revisión de fuentes documentales del observatorio de calidad del ministerio de la protección social que cumplen los indicadores referidos en la resolución 1446 del Ministerio de Protección Social, los cuales se cumplen a nivel institucional según la oficina asesora de calidad del hospital.

Tabla 3. Total de indicadores de calidad medibles en el proceso de atención de urgencias H.S.L.V 2011 según la Resolución Ministerial 1446, obtenidos del Observatorio de Calidad Nacional

	Indicador	Definición Operacional
1.	Oportunidad en la consulta de atención de urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico sobre el denominador del total de usuarios atendidos en consulta de urgencias
2.	Tasa de infecciones intrahospitalarias	Con el numerador de número de egresos hospitalarios de pacientes con diagnóstico secundario de una infección adquirida hospitalariamente, dividido en el denominador de todos los egresos hospitalarios médicos y quirúrgicos
3.	Satisfacción global	Con el numerador de número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS sobre el denominador de número total de pacientes encuestados por la IPS
4.	Proporción de eventos adversos	Con el numerador del número total de eventos adversos detectados y gestionados sobre el denominador de número total de eventos adversos detectados
5.	Proporción de quejas	Con el numerador de número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días sobre el denominador del número total de quejas recibidas

Fuente: Oficina Asesora de calidad H.S.L.V ESE Popayán

La resolución número 1446 de 8 mayo de 2006 “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud” contiene la ficha técnica de cada uno de los indicadores se encuentran relatados en el anexo B

En el dominio de la accesibilidad y la oportunidad se mide el indicador de la oportunidad de atención en urgencias. En el dominio de gerencia del riesgo se mide la tasa de infecciones intrahospitalarias y la proporción de vigilancia de eventos adversos. En el dominio de satisfacción/lealtad se mide la satisfacción global del paciente y la proporción de quejas gestionadas en menos de 15 días. En la oficina de Calidad del Hospital Susana se encuentran todos los indicadores con sus correspondientes fichas técnicas, según la resolución 1446 del 2006. (Ver anexo C)

En la institución se da a conocer la encuesta de satisfacción del usuario que realiza el personal de atención al usuario del hospital cada trimestre, en cada proceso, lo cual se analiza y socializa en la reunión trimestral de calidad, al igual que se expone en la página web del hospital. Esta es analizada con los colaboradores que asisten a la reunión exponiendo las diferentes acciones de mejora con la finalidad de mejorar el porcentaje de satisfacción del usuario.

A continuación se resume los indicadores de calidad definidos por la oficina asesora de calidad con sus respectivas metas adoptadas institucionalmente según referencia con los hospitales nacionales acreditados que sirven de modelo.

Cuadro 2. Indicadores de calidad según referencia con los hospitales nacionales acreditados.

Indicador	Meta estándar
Oportunidad en la consulta de atención de urgencias	30 minutos
Tasa de infecciones intrahospitalarias	Menos del 5% del total de egresos
Satisfacción global	Igual o mayor que 85%
Proporción de eventos adversos	Gestión del 100%
Proporción de quejas	Gestión del 100%

Fuente: Oficina asesora de Calidad H.S.L.V E.S.E Popayán

En la institución se ha adoptado como herramienta de calificación en el cumplimiento de los indicadores de los diferentes procesos de atención la SEMAFORIZACION.

De tal manera que si se cumplen los 5 indicadores según los estándares se obtiene un 100% de cumplimiento, siendo calificado como semáforo VERDE y así sucesivamente si se cumplen cuatro, se obtendrá 80%, calificándolo también como VERDE, y si se presenta cumplimiento en 3 indicadores se obtiene un 60% lo cual lo determina como AMARILLO, y al cumplir solamente en dos o un indicador será calificado como ROJO.

Cuadro 3. Calificación en el cumplimiento de los cinco indicadores por semáforo.

DETERMINACION DEL SEMAFORO	NUMERO DE INDICADORES CUMPLIDOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
VERDE	4-5 INDICADORES	80-100
AMARILLO	3 INDICADORES	60
ROJO	1-2 INDICADORES	40 - 20

Fuente: Oficina Asesora de Calidad H.S.L.V ESE Popayán

Cada trimestre la oficina asesora de Planeación y Calidad, junto con los coordinadores de Procesos de la institución realizan la socialización y análisis de los indicadores de calidad, donde se evalúa el proceso desde el punto de vista global, teniendo en cuenta los indicadores mencionados anteriormente según la resolución 1446 del Ministerio de la Protección Social, y determina según el cumplimiento la calificación semaforizada para dicho trimestre.

Lo anterior contribuye al mejoramiento continuo, haciendo parte del autocontrol. La asistencia del 50% de los colaboradores del proceso de atención de urgencias a dichas socializaciones, y la motivación de un porcentaje de los mismos permite que se tomen acciones de mejora y se apliquen contribuyendo al mejoramiento continuo, existe un alto porcentaje que desconoce la evaluación o las acciones de mejora.

El hospital Susana López de Valencia desde Enero del año 2008, dispone del programa de Dinámica Gerencial para el registro de historia clínica sistematizada, en el cual se ha adaptado la adquisición de los indicadores de oportunidad de atención en el proceso de atención de urgencias según la necesidad para la valoración desde la oficina asesora de calidad institucional y según el requerimiento de la coordinación médica del proceso.

La oportunidad de atención para la consulta de urgencias está diseñada en el sistema para realizar la división entre la Sumatoria del número de minutos transcurridos entre el ingreso del paciente realizado por facturación hasta que es atendido el paciente en consulta por parte del médico, entre el total de usuarios atendidos en consulta de urgencias, la oficina asesora de calidad del hospital solicita este indicador cada trimestre para el análisis respectivo en forma global, donde se verifica el aporte de todo el equipo de trabajo.

Para la coordinación médica del proceso de atención de urgencias es muy importante discriminar el indicador en forma diaria, y según los dos momentos relacionados con la oportunidad de atención y accesibilidad.

El primer momento es la sumatoria de minutos desde el registro de ingreso en portería hasta que es clasificado como urgencia por el médico de triage dividido entre todos los pacientes ingresados a triage.

El segundo momento relacionado con la sumatoria de minutos desde que se realiza el ingreso en facturación a los pacientes ya clasificados como urgencias hasta que es valorado por el médico de consultorios, dividiéndolo entre el número de pacientes clasificados como urgencias.

Las anteriores actividades son realizadas en dicho momento por dos profesionales diferentes que intervienen en el acceso del paciente, lo cual permite especificar el profesional de la salud de cada actividad con la ayuda del programa de dinámica Gerencial Versión 3.5. Lo anterior se demuestra en la siguiente ficha técnica interna del proceso de atención de urgencias.

Cuadro 4. Definición Operacional de la Oportunidad de atención desde el ingreso en portería hasta la clasificación médica en Triage.

Numerador:	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre el registro de ingreso por el señor portero y el momento en el cual es clasificado el paciente por parte del médico de TRIAGE
-------------------	---

Cuadro 4. (Continuación)

Denominador:	Total de usuarios atendidos en Triage	
Unidad de medición:	Minutos	
Factor:	1	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador	
VARIABLES	Numerador:	Denominador:
Origen de la información	Programa de Dinámica Gerencial	Programa de Dinámica Gerencial
Fuente primaria	Registro de Atención en Urgencias en la historia clínica sistematizada	Registro de Atención en Urgencias en la historia clínica sistematizada
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual, diaria	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Trimestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Oficina de Sistemas de Información	
Vigilancia y control:	COORDINADOR DEL PROCESO	
ANÁLISIS		
Ajuste por riesgo:	No requiere ajuste por riesgo, ni sexo	

Cuadro 4. (Continuación)

Consideraciones para el análisis:	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.
Umbrales	
Desempeño Superior:	En el hospital Susana López se tiene el estándar de 5 minutos
Desempeño aceptable:	En el hospital Susana López se tiene el estándar entre 6 y 15 minutos
Desempeño mínimo:	En el hospital Susana López se tiene el estándar MAXIMO de 20 minutos
Referentes	
Nacionales:	Indicadores del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín
Bibliografía:	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
Fuente: Oficina de Gestión de Información H.S.L.V ESE Popayán	
Cuadro 5. Definición Operacional de la Oportunidad de atención desde la realización del ingreso en facturación hasta la valoración en el consultorio.	
Numerador:	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre el ingreso por facturación y el momento en el cual el paciente es valorado por el médico de CONSULTORIO
Denominador:	Total de usuarios clasificados como urgencias

Cuadro 5. (Continuación).

Unidad de medición:	Minutos	
Factor:	1	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador	
VARIABLES	Numerador:	Denominador:
Origen de la información	Programa de Dinámica Gerencial	Programa de Dinámica Gerencial
Fuente primaria	Registro de Atención en Urgencias en la historia clínica sistematizada	Registro de Atención en Urgencias en la historia clínica sistematizada
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual, diaria	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Trimestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Oficina de Sistemas de Información	
Vigilancia y control:	COORDINADOR DEL PROCESO	
ANÁLISIS		
Ajuste por riesgo:	No requiere ajuste por riesgo, ni sexo	

Cuadro 5. (Continuación).

Consideraciones para el análisis:	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.
Umbrales de pacientes clasificados como urgencias	
Clasificado como VERDE (es urgente pero no es una patología grave) :	En el hospital Susana López se tiene el estándar de atención en 60 minutos
Clasificado como AMARILLO (urgencia con patología grave pero no en riesgo la vida):	En el hospital Susana López se tiene el estándar de atención en 30 minutos
Clasificado como ROJO (urgencia que pone en riesgo la vida) :	En el hospital Susana López se tiene el estándar de atención inmediato
Referentes	
Nacionales:	Indicadores del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín
Bibliografía:	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.

Fuente: Oficina de Gestión de Información H.S.L.V ESE Popayán

Al analizar esta información se encuentra que los indicadores que mide la institución son los mismos de la norma; la satisfacción global del usuario, la

proporción de infecciones intrahospitalarias, la proporción de eventos adversos gestionados, la proporción de quejas gestionadas, sin embargo, la institución cuenta con una base de datos que permite obtener la medición de dos indicadores más en el dominio de accesibilidad y oportunidad, en forma individual de desempeño, como la oportunidad de atención desde el registro en portería hasta la clasificación en triage y la oportunidad de atención desde el ingreso administrativo hasta que el médico de consultorio lo valore, por lo tanto se seleccionan como indicadores a ser evaluados por la herramienta.

7.4. ADAPTACIÓN

La selección de los indicadores se planificó estratégicamente en función de los recursos disponibles. Con el objetivo de obtener la evaluación y autoevaluación de cada uno de los profesionales de la salud, se adapta la medición del indicador a nivel individual, según el desempeño del colaborador ó el conocimiento que tiene el mismo de diferentes acciones realizadas durante la atención que afectan el resultado del indicador global del proceso de atención de urgencias.

Para la adaptación del indicador oportunidad de atención, se utiliza la información del programa de Dinámica Gerencial, que permite obtener el indicador en forma individual por cada uno de los colaboradores en los dos momentos del acceso del paciente: desde que ingresa a portería hasta que es valorado por el médico de triage y luego desde que se realiza el ingreso en facturación hasta que lo valora el médico de consultorios.

En los resultados de los otros indicadores como la proporción de eventos adversos, las infecciones intrahospitalarias, la proporción de quejas y la satisfacción de los usuarios, interviene todo el equipo de trabajo, es decir,

la insatisfacción y las quejas generalmente son dirigidas a todo el proceso de atención de urgencias, los eventos adversos se producen por la falla en muchas barreras de seguridad que de cumplirlas producirían mínimos eventos adversos, al igual que las infecciones intrahospitalarias, se presentan por fallas en el cumplimiento de las guías de aislamiento, protocolos de profilaxis antibiótica, y de adherencia a guías de manejo, en una cascada de errores o fallas de todos los que intervienen en el proceso de atención, así las cosas, es necesario que el equipo de trabajo promueva individual y colectivamente realizar las cosas bien desde la primera vez, y para poder cumplir las metas, se requiere tener conocimiento de las mismas, por lo que se realiza la adaptación para medir estos indicadores en la herramienta, con un cuestionario relacionado con los diferentes tópicos, de tal manera que se conozca el nivel de conocimiento sobre los mismos, y permitiendo de esta manera, el proceso de evaluación y autoevaluación en calidad de los profesionales de la salud del proceso de atención de urgencias.

La herramienta para el modelo de evaluación y autoevaluación tendrá en cuenta los mismos indicadores de calidad que se evalúan en el proceso, y el resultado de los colaboradores a nivel individual con calificación semaforizada, permitiendo la comparación con la calificación global semaforizada finalizando con el consolidado. Un ejemplo a continuación:

Tabla 4. Comparación de los Resultados Semaforizados de los indicadores del Proceso de atención de Urgencias con sus respectivas metas y los resultados individuales después de la autoevaluación con sus respectivas metas.

Indicador global	meta	Resultado global	Semáforo Trimestral	Indicador particular	Resultado particular				Semáforo Trimestral
Oportunidad de atención por médico general que clasifica en triage	15 min	10 min	Verde	Oportunidad de atención por médico general de triage	20 min				amarillo
Oportunidad de atención por médico general que atiende en consultorio	De acuerdo a la clasificación, verde, amarillo y rojo	No aplica	No Aplica	Oportunidad de atención por médico general de consultorios	Clasificación de triage	meta	resultado	cumple	Rojo
					rojo	0-5 min	30	ROJO	
					amarillo	30min	40	ROJO	
					verde	1hora	40	VERDE	
Proporción de infecciones intrahospitalarias (IIH)	1%	0.7%	Verde	Porcentaje de Aciertos en conocimiento de 5 preguntas relacionadas con IIH	5 preguntas	100%	verde	Amarillo	
					4	80%	verde		
					3	60%	Amarillo		
					1-2	40-20%	rojo		
					5 preguntas	100%	verde		
Proporción de Eventos adversos gestionados de los reportados	100%	100%	Verde	Porcentaje de aciertos en conocimiento de 5 preguntas aleatorias de la política de seguridad institucional	5 preguntas	100%	verde	Amarillo	
					4	80%	verde		
					3	60%	Amarillo		
					1-2	40-20%	Rojo		
					5 preguntas	100%	verde		

Tabla 4. (Continuación)

Indicador global	meta	Resultado global	Semáforo Trimestral	Indicador particular	Resultado particular			Semáforo Trimestral
Proporción de Quejas del proceso	Gestión en el 100% de las quejas recibidas	100	Cumple	Porcentaje de aciertos en el conocimiento de 5 preguntas aleatorias relacionadas con las quejas de los usuarios durante el trimestre evaluado	5 preguntas	100%	verde	Verde
					4 preguntas	80%	verde	
					3 preguntas	60%	Amarillo	
					1-2 preguntas	40-20%	Rojo	
Porcentaje de satisfacción del usuario	Igual o mayor del 85%	86	cumple	Porcentaje de aciertos en el conocimiento de 5 preguntas relacionadas con la encuesta de satisfacción del usuario durante el trimestre evaluado	5 preguntas	100 %	verde	Amarillo
					4 preguntas	80%	Verde	
					3 preguntas	60%	Amarillo	
					1-2 preguntas	40-20%	Rojo	
Consolidado global	Cumple en 5-6 indicadores	86-100%	verde	Consolidado particular	Cumple en 5-6 indicadores	86-100%	verde	
	Cumple en 3-4 indicadores	69-85%	Amarillo		Cumple en 3-4 indicadores	69-85%	Amarillo	
	Cumple en 2 o 1 indicador	Menos del 68%	Rojo		Cumple en 2 o 1 indicador	Menos del 68%	Rojo	

Fuente: Propiedad del autor

En el ejemplo anterior, la tabla de comparación permite visualizar que el equipo de trabajo del proceso de atención de urgencias se encuentra en VERDE cumpliendo con 5-6 indicadores pero el consolidado del funcionario se encuentra en rojo porque solo cumplió con un indicador.

Posterior a la calificación se realizara una sección de compromisos predeterminada de acuerdo al cumplimiento o incumplimiento así: Tabla compromisos de acuerdo al resultado del Semáforo Trimestral Particular.

El Banco de preguntas incluidas en el cuestionario será actualizado cada trimestre por el coordinador del proceso de atención de urgencias y validado por el personal de la oficina asesora de planeación y del comité de infecciosas de la institución.

El resultado de la evaluación se obtendrá después de realizar la aplicación del programa diseñado, y del envío por correo electrónico a la coordinación del proceso de atención obteniendo la calificación y el ranking en el proceso 8 días después del envío.

Cuadro 6. Compromisos del profesional evaluado según el cumplimiento en el indicador establecido

Indicador particular	Semáforo Trimestral	Compromiso
Oportunidad de atención por médico general de triage	Verde	Fortalecer el buen desempeño
Oportunidad de atención por médico general de consultorios	Rojo	Tener en cuenta las acciones de mejora propuestas en el proceso
		Proponer mejoras para el mejoramiento continuo
		Reportar situaciones del proceso que impidan mejorar la oportunidad
Porcentaje de Aciertos en conocimiento de 5 preguntas relacionadas con IIH	Verde	Fortalecer el buen conocimiento
Porcentaje de Aciertos en conocimiento de 5 preguntas relacionadas con IIH	Rojo	Promover el cumplimiento de las guías de aislamiento, protocolos de profilaxis y manejo antibiótico, y adherencia a las guías de manejo.

Cuadro 6. (Continuación)

Indicador particular	Semáforo Trimestral	Compromiso
Porcentaje de aciertos en conocimiento de 5 preguntas relacionadas con incidentes y eventos adversos del proceso durante el trimestre evaluado	Verde	Fortalecer el buen conocimiento
Porcentaje de aciertos en conocimiento de 5 preguntas relacionadas con incidentes y eventos adversos del proceso durante el trimestre evaluado	Rojo	Promover el conocimiento y aplicación de todas las acciones realizadas para minimizar los incidentes y eventos adversos, disminuyendo el riesgo durante el proceso de atención. Lograr la meta de un equipo Seguro un Equipo Feliz.
Porcentaje de aciertos en el conocimiento de 5 preguntas relacionadas con las quejas de los usuarios durante el trimestre evaluado	Rojo	Motivarse por tener conocimiento de las quejas reportadas
		Motivarse por sugerir propuestas para mejorar las situaciones que producen quejas en los usuarios
Porcentaje de aciertos en el conocimiento de 5 preguntas relacionadas con la encuesta de satisfacción del usuario durante el trimestre evaluado	Rojo	Motivarse por tener conocimiento de los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario
		Motivarse por sugerir propuestas para mejorar las situaciones que producen insatisfacción en los usuarios
Consolidado particular	ROJO	Avanzar al Amarillo y Verde
Consolidado particular	AMARILLO	Mejorar la oportunidades, avanzar hacia las fortalezas
Consolidado Particular	Verde	Mantener, fortalecer y compartir ese conocimiento y manejo de la calidad con el resto del equipo de trabajo

Fuente: Propiedad del Autor.

7.5. VALIDACIÓN

Para la definición de la herramienta, se consultaron criterios de experto. Para ello, se seleccionaron 3 expertos que poseían categorías de asesores en calidad, más de 5 años en la labor de asesoría institucional en el programa de calidad, y pertenecen a la institución a la oficina asesora de planeación. Se les consultó respecto al objetivo de la herramienta dentro del modelo de

evaluación y autoevaluación de los profesionales de la salud como complemento a la gestión de calidad de la institución, donde este instrumento debía considerarse un aliado a los facilitadores del proceso y una fuente de información que permitirá tomar acciones de mejora, o fortalecer las ya tomadas impactando en los resultados relacionados con la satisfacción global del usuario y de la institución.

Esta herramienta proporciona información periódica y oportuna que permite tanto a profesionales de la salud, auditores internos, coordinadores de proceso, asesores de calidad involucrados en la política de calidad de la institución, adoptar medidas correctivas oportunas, evaluar el logro de los objetivos, resultados e impactos sobre los usuarios y el entorno laboral del equipo de trabajo.

Los cuestionarios relacionados con los temas de calidad serán validados cada 3 meses por personal experto en calidad como lo es el personal de la oficina asesora de calidad, y del comité de infecciosas de la institución para dar la certeza de que están estructuradas con base en la experiencia del proceso de atención de urgencias. Una vez validados se implementara la herramienta de evaluación y autoevaluación cada cuatro meses, es decir cada profesional de la salud se evaluara y autoevaluara 3 veces al año.

7.6. CONSTRUCCIÓN DE LA HERRAMIENTA

Finalizamos con la construcción de la herramienta para el modelo de autoevaluación y coevaluación en calidad de los profesionales de la salud del proceso de atención de urgencias con un archivo en Excel.

Este instrumento de autoevaluación y evaluación cumple requisitos esenciales como: objetividad, validez, fiabilidad, pertinencia y cuantificabilidad, factible de aplicar, y de comparar.

El instrumento se concibe después de definir los indicadores de calidad que se van a medir, con la finalidad de contribuir al mejoramiento continuo del proceso de atención de urgencias, establecer los procedimientos de la forma de calificación equivalente a la calificación global del proceso según los parámetros de la oficina asesora de calidad institucional.

7.6.1 Estructura de la herramienta

La herramienta se divide en tres elementos normalmente llamados “características fundamentales de la calidad” de acuerdo al decreto 1011 de 2006, determinantes a la hora de valorar la calidad en un proceso de atención en salud como son la oportunidad y accesibilidad de atención, la seguridad y la satisfacción del usuario, durante el proceso de atención.

Grafico 5. Estructura de la herramienta del modelo de evaluación y Autoevaluación de calidad en los profesionales de la salud del Proceso de atención de Urgencias H.S.L.V E.S.E



Fuente: Propiedad del Autor

Los indicadores relacionados con la oportunidad de atención en urgencias, incluyen la oportunidad de atención desde el registro en portería hasta el consultorio de Triage donde es clasificado como urgencia y la oportunidad de atención desde el ingreso administrativo hasta que es valorado por el médico de consultorios de urgencias. Estos indicadores permiten determinar además de la oportunidad, la accesibilidad al proceso.

Los indicadores relacionados con la característica de satisfacción del usuario, son proporción de quejas gestionadas y satisfacción global del usuario, evaluados a través de una encuesta y por el análisis de quejas. Los indicadores que miden la característica de seguridad, son el análisis de eventos adversos e incidentes y la proporción de infecciones intrahospitalarias en el proceso, reflejando el compromiso con la política de seguridad, y de calidad de la institución.

La herramienta tendrá los siguientes tópicos:

1. Inicialmente se dispondrá de una hoja de instrucciones y de un ítem donde el colaborador asigne un valor de cumplimiento subjetivo y lo compare con el obtenido objetivamente para así comprometerse a continuar fortaleciendo o mejorando las oportunidades que se le presentan y validar el concepto de autoevaluación.
2. Se dispone del ítem de la Oportunidad en minutos del tiempo de espera para la atención por el médico de Triage, al cual el colaborador le colocara el valor determinado por el programa de dinámica gerencial versión 3.5 con el parámetro del periodo trimestral a evaluar específicamente.
3. En seguida se encuentra el ítem de la Oportunidad en minutos del tiempo de espera para la atención por el médico de consultorio, donde el profesional de la salud completara con el valor dado por el programa de dinámica a nivel individual y en el periodo trimestral determinado.
4. Aparecerá un cuestionario de 5 preguntas relacionadas con la política de seguridad, la cual incluye los indicadores de eventos adversos, las acciones de mejora, conocimiento de la política de seguridad institucional, donde se determinara la cantidad de aciertos en las preguntas seleccionadas aleatoriamente del banco de preguntas de dicho trimestre.
5. Otro espacio donde se encuentran las cinco preguntas que hacen referencia a las infecciones intrahospitalarias del proceso de atención de urgencias, según los aciertos se recibirá la calificación semaforizada.
6. Se incluyen otras cinco preguntas del tópico de las quejas de los usuarios del proceso, según sus aciertos se le dará la calificación.
7. Según la encuesta de satisfacción del usuario trimestral se realizaran el cuestionario de preguntas referentes a la satisfacción global del paciente para determinar los aciertos en cinco opciones.
8. Se obtendrá al final el consolidado objetivo particular, con el cual realizará la comparación con el semáforo global y con el dato subjetivo inicial.

9. La coordinación del proceso, unificara los resultados en un programa de Excel y determinara el ranking trimestral de los colaboradores.

Esta herramienta pretende facilitar la implantación del Modelo de Evaluación y Autoevaluación en calidad en los profesionales de la salud para que realicen un diagnóstico de su aporte y su conocimiento a los indicadores de calidad, sus puntos fuertes o fortalezas y sus oportunidades de mejora, de manera que el proceso de la autoevaluación constituya un instrumento esencial para la mejora del proceso de atención de urgencias.

Sirve tanto para conocer en qué posición se encuentra cada uno de los profesionales de la salud, como para orientar la gestión de calidad en el proceso de acuerdo con los resultados de la evaluación.

En la herramienta se incluye:

1. Hoja de presentación
2. Hoja de Bloque de preguntas
3. Hoja de Calificación en forma de semáforo
4. Hoja de Comparación del semáforo individual con el global
5. Hoja de Retroalimentación

Lo anterior está expuesto en el Anexo D donde se encuentran las imágenes de la Herramienta para la autoevaluación en Excel.

El archivo se enviaran al correo individual de los colaboradores, con el objetivo de responder en las primeras 24 horas después de recibidos, para obtener la respectiva calificación en los 8 días siguientes.

La Hoja de presentación contiene:

Bienvenidos a la evaluación y autoevaluación para el autocontrol, de todos los profesionales de la salud que laboran en el proceso de atención de urgencias del Hospital Susana López de Valencia E.S.E en Popayán

Cada cuatro meses se realizara esta actividad, cuya finalidad es lograr y permanecer en mejoramiento continuo, al obtener la calificación según la semaforización individual comparada con la semaforización global del proceso y con la semaforización subjetiva inicial.

Al finalizar se adquirirán compromisos de mejoramiento para ser medidos nuevamente en los próximos cuatro meses.

Si su calificación permanece siempre en verde durante los 3 cuatrimestres del año, será estimulado con un compensatorio anual de 6 horas, será tenido en cuenta para las capacitaciones realizadas en Popayán, o en otro municipio, Recibirá además un certificado institucional de reconocimiento por su compromiso con la institución como notificación a su hoja de vida. Entre los colaboradores que demuestren mejoramiento a lo largo del año, finalizando con semáforo en verde, se rifara un compensatorio anual de 6 horas.

Luego, contiene el ítem donde el evaluado colocara la calificación subjetiva de acuerdo a lo que considere si está en Verde, Amarillo o Rojo, según el porcentaje que asigne.

Posteriormente diligencia el cuestionario de la oportunidad de atención en los dos momentos del acceso al proceso de atención y a las preguntas según los tópicos relacionados con los indicadores de calidad: Proporción de eventos adversos, Proporción de quejas de los usuarios, Satisfacción global del usuario, Infecciones Intrahospitalarias.

La Hoja siguiente le determina la calificación en forma semaforizada individual según el porcentaje de cumplimiento en cada uno del desarrollo de los indicadores adaptados para la evaluación y autoevaluación.

Finalmente, aparece en la última hoja la comparación con el semáforo global y el comentario de retroalimentación según su calificación.

Para que esta fase se realice correctamente, todos los miembros del equipo de autoevaluación deben asegurar el diligenciamiento de la herramienta, la cual se les enviara cada 4 meses a los profesionales médicos colaboradores del proceso, para que sea resuelto en el lapso de 24 horas después de enviado, tarea que se dispondrá dentro de las actividades contractuales de los médicos del proceso.

De esta forma se pretende evaluar el conocimiento del profesional acerca de las acciones de mejora correctivas y preventivas tomadas para mejorar la calidad de la atención correlacionando su respectiva aplicabilidad de acuerdo al conocimiento de las mismas.

Determinando el aporte específico de los profesionales del proceso de atención de urgencias con el dato específico por cada uno de los profesionales con el esquema definido cada cuatro meses, se obtiene un consolidado que permita ser valorado por el mismo profesional y por los auditores internos de la institución. Lo anterior se actualizará cada cuatro meses previa garantía de envío de correos que contienen las diferentes acciones de mejora, cambios de procedimientos, nuevos procedimientos, que contribuyan al mejoramiento del proceso.

La finalidad de la evaluación y autoevaluación será la de Continuar mejorando.

Con todo, y siguiendo a Mateo (2000:11)¹⁰ asumimos que *"no es posible plantearse un verdadero proceso de mejora de la calidad que ignore las demandas individuales"*, hemos de combinar el desarrollo institucional con el individual para obtener resultados. La participación del profesorado en el proceso de evaluación presenta un valor formativo, facilitando la coordinación de las actuaciones, la construcción de una visión unitaria del centro y la creación de una cultura institucional común (Mateo, 2000)¹¹.

8. CONCLUSIONES

- El modelo aprovecha los criterios de calidad existentes en la institución, al igual que los resultados ya divulgados, convirtiendo los primeros en criterios facilitadores que al complementarse con la herramienta de autoevaluación y evaluación individual de los profesionales de la salud del proceso de atención de urgencias permitirán obtener mejores resultados que con el continuo feedback llevaran a la perdurabilidad del mejoramiento continuo.
- El modelo basado en indicadores facilita el proceso de la evaluación y autoevaluación en calidad de los profesionales del proceso de urgencias del Hospital Susana López de Valencia E.S.E de Popayán, los cuales podrán compararse con el semáforo global desde el punto de vista particular objetivo y subjetivo.
- El Modelo proporciona la calificación en forma de semáforo individual como herramienta de retroalimentación donde se reconoce las fortalezas y oportunidades de mejora en cada profesional del proceso de atención de urgencias del hospital, promoviendo la adquisición de cultura de calidad, al realizar el conocimiento y la participación en los indicadores de calidad del proceso de atención de urgencias, permitiendo obtener un ranking de los colaboradores
- Este trabajo contribuye al desarrollo de la calidad de la salud en el proceso de atención de urgencias mediante una evaluación realizada por cada uno de los colaboradores médicos del proceso, acerca de sus conocimientos sobre las acciones de mejora relacionadas con aspectos de calidad institucionales y su desempeño según las metas esperadas en la oportunidad de atención, lo cual determinara las fortalezas y oportunidades de mejora en cada uno de los colaboradores permitiendo que adquiriera un compromiso para continuar sus fortalezas o para buscarlas en las oportunidades, logrando indirectamente beneficio para el paciente en la calidad de la atención y la satisfacción del mismo.
- Este proyecto permite colocar en práctica el diseño de un programa para evaluar en calidad a los profesionales de salud en el proceso de atención de urgencias. El concepto de calidad en salud puede sonar amplio,

difuso y subjetivo. Con el modelo de evaluación y autoevaluación en calidad por los profesionales de salud del servicio de urgencias en el Hospital Susana López de Valencia, se trata de generar un concepto de calidad más concreto, fácil de medir, y con la consiguiente objetividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias Galicia, Fernando, Administración de recursos humanos, 4ª edición, 3ª reimpresión, editorial Trillas, México, 1994.
2. Armstrong, Michael, Gerencia de recursos humanos, 1ª edición, editorial Legis, Colombia, 1991.
3. Bueno, E. (1974). "El sistema de información en la empresa". Fondo para la Investigación Económica y Social de la Confederación Española de Cajas de Ahorros, Madrid.
4. Conde, Y. Medición a través de indicadores para determinar niveles y condiciones de aprendizaje organizacional en el capital humano dedicado a la investigación en la universidad del cauca. Tesis para optar el título de Maestría en Psicología. Universidad del Valle. Cali. 2010
5. Crosby, Trifus y Taguchi. Evaluación de la Calidad de Enseñanza desde la perspectiva de satisfacción de los estudiantes de medicina de la universidad nacional
6. Chiavenato, Idalberto, Administración de recursos humanos, 2ª edición, editorial McGraw-Hill, México, 1997.
7. Chruden, Herbert J. y Sherman Jr., Arthur W., Administración de personal, 1ª edición, 22ª reimpresión, editorial CECSA, México, 1999.
8. Colombia, Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D. C., El Ministerio, abril 2006. 17 p.
9. Colombia, Ministerio de Protección Social. Resolución 1043 del decreto 1011 del 2006 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C., El Ministerio, Abril 2006. 5 p.

10. Colombia, Ministerio de Protección Social. Resolución 1446, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, D. C., El Ministerio, Mayo 2006. 3 p.
11. Delgado, C y Millán C.(2006) Tesis de Maestría. Diseño y aplicación de un modelo lógico conceptual para la evaluación de los inputs, output, outcomes e impactos de la I+D en un grupo de investigación adscrito al sistema de investigaciones de la Universidad del Cauca. Maestría en Ingeniería Industrial. Universidad del Valle, Colombia.
12. Galán M. "El Reto de la Mejora en la Educación Superior: Una Perspectiva Europea", Programa de Doctorado: "Evaluación, Mejora y Calidad de la Educación Superior", Universidad de Cádiz, España, enero 2000
13. Gubman, Edward L., The Talent Solution, aligning strategy and people to achieve extraordinary results, 1ª edición, editorial McGraw-Hill, USA, 1998.
14. Guerin, Wils le Louarn, Planeación estratégica de los recursos humanos, 1ª edición, editorial Legis, Colombia, 1992.
15. Mondey, R. Wayne y Noe, Robert M., Administración de recursos humanos, 6ª edición, editorial Prentice Hall, México, 1997.
16. OCED (2002), Organization for Economic Cooperation and Development Core Set of Indicators for Environmental Performance Reviews. En: Gallopín, G, 2006. Los indicadores de desarrollo sostenible: aspectos conceptuales y metodológicos. Recuperado el 20 de diciembre de 2.009. Disponible en: http://www.cusur.udg.mx/fodepal/Investigacion_archivos/Info%20proy%20MM%20GF%20para%20web%20CA_FODEPAL/Articulos_puesta_punto/gallopín.pdf
17. Pfeffer, Jeffrey,, Ventaja competitiva a través de la gente, como desencadenar el poder de la fuerza de trabajo, 1ª edición, editorial CECSA, México, 1996.

18. Revista médica de Chile ISSN 0034-9887 versión impresa Rev. méd. Chile v.129 n.7 Santiago jul. 2001 Roberto E García Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.
19. Trifus, Deming, Crosby citados en Gestion de la calidad. IES Bahia de Cadiz 2006. En:
<http://rodin.uca.es:8081/xmlui/bitstream/handle/10498/6401/33262822.pdf?sequence=1>
20. Urquiza, R. Conceptos de Calidad en Salud. Evidencia – Actualización en la práctica ambulatoria. 2004;7:152-155
21. Werther Jr., William B. y Davis, Keith, Administración de personal y recursos humanos, 3ª edición, editorial McGraw-Hill, México, 1998.
22. Zumelsu, E. Indicadores de evaluación de la I+D: experiencia de la ANEP España y prácticas en la Unión Europea. Recuperado el 15 de abril de 2.007. Disponible en:
www.redhucyt.oas.org/ricyt/interior/biblioteca/informes/Informe_Zumelzu.doc

ANEXO A

Datos sobre existencia de criterios de Calidad en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E de Popayán, según la asesora de Calidad y sus dos colaboradores.

Criterio de Calidad	Existencia
Agentes facilitadores o lideres de calidad	Si
Herramientas de medición	Si
Despliegue de resultados de calidad	Si
Planes de mejoramiento por equipo	Si
Medición de satisfacción de usuarios	Si
Planes de mejoramiento individual	No
Retroalimentación de oportunidades de mejora en equipo	Si
Retroalimentación de oportunidades de mejora individual	No
Autoevaluación Institucional	Si
Autoevaluación individual	No
Auditoría Interna	Si
Auditoria de Autocontrol	Si
Resultados de auditoría de autocontrol	No

ANEXO B

Dentro de los indicadores que marcan la calidad en el proceso en el dominio de Gerencia del Riesgo, se encuentra la tasa de Infección Intrahospitalaria:

Tasa de infección intrahospitalaria

Justificación:	Una infección hospitalaria o nosocomial es un proceso contraído en un centro hospitalario. La infección adquirida en el medio hospitalario es aquella que se manifiesta durante o después de 48 horas de la internación y que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso. En ciertas circunstancias una infección adquirida en el hospital puede ponerse de manifiesto luego del alta del paciente. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, una media del 8,7% de los pacientes de un hospital presentan infecciones. Esta eventualidad resulta cada vez más significativa debido a su elevada frecuencia, consecuencias fatales y alto costo de tratamiento. Ningún hospital del mundo está exento de esta situación y, por supuesto, es mucho más seria en los países subdesarrollados.	
Dominio:	Gerencia del Riesgo	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador:	Número de egresos hospitalarios de pacientes con diagnóstico secundario de una infección adquirida hospitalariamente, entre los casos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión del denominador.	
Denominador:	Todos los egresos hospitalarios médicos y quirúrgicos	
Casos excluidos:	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que al momento del ingreso presentan como diagnóstico principal o secundario una infección intrahospitalaria • Pacientes con estancia hospitalaria menor a dos días. • Pacientes con cualquier diagnóstico para estados de inmuno-supresión o cáncer. 	
Unidad de medición:	Tasa por mil eventos	
Factor:	1000	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado y se multiplica por la constante; se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	Numerador:	Denominador:
Fuente de Obtención del Dato	Institución Prestadora de Salud (IPS)	Institución Prestadora de Salud (IPS)
Fuente primaria	RIPS, Comité de vigilancia intrahospitalaria	RIPS. Departamento de estadística de la IPS.

Entidad responsable de la obtención de la información del indicador:	IPS
Periodicidad recomendada para la gestión de la calidad en la institución. (No obligatoria)	Trimestral
Periodicidad de remisión de la información al Sistema de Información para la Calidad(obligatoria)	Semestral
Vigilancia y control:	Se definirá al interior de cada institución
ANÁLISIS	
Ajuste por riesgo:	NO requiere ajuste por riesgo ni por sexo
Consideraciones para el análisis:	Debe tenerse en cuenta que el riesgo de una infección intrahospitalaria está directamente relacionado tanto con los antecedentes médicos y quirúrgicos del paciente como con el nivel de atención y el servicio de hospitalización, por tal motivo, el análisis debe realizarse para cada servicio puesto que el riesgo es propio del mismo.
	La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.
Umbrales	
Desempeño Superior:	Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.
Desempeño aceptable:	
Desempeño mínimo:	
Referentes	
Nacionales e Internacionales:	Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.
Bibliografía: Agency for Healthcare and Research Quality.	Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Duce G, Fabry J, Nicolle L
Prevención de las infecciones	Guía práctica. Organización Mundial de la Salud. 2ª ed. Malta; 2003: OMS En este campo se incluirá también la referencia a publicaciones científicas

nosocomiales..	relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
----------------	--

El tercer indicador relacionado con la política de seguridad del paciente, mide la gestión en los eventos adversos que se presenten:

Proporción de vigilancia de Eventos adversos

Justificación	La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos. Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica	
Dominio:	Gerencia del Riesgo	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador:	Número total de eventos adversos detectados y gestionados	
Denominador:	Número total de eventos adversos detectados	
Unidad de medición:	Relación porcentual	
Factor:	100	
Fórmula de cálculo:	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	Numerador:	Denominador:
Fuente de Obtención del Dato	Institución Prestadora de Salud (IPS)	Institución Prestadora de Salud (IPS)
Fuente primaria	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos
Entidad responsable de la obtención de la información del indicador:	IPS	
Periodicidad recomendada para la gestión de la calidad en la institución. (No obligatoria)	Continua	

Periodicidad de remisión de la información al Sistema de Información para la Calidad(obligatoria)	Semestral
Vigilancia y control: Entidad Territorial -	Superintendencia Nacional de Salud
ANÁLISIS	
Ajuste por riesgo:	NO requiere ajuste por riesgo por edad ni por sexo
Consideraciones para el análisis:	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.
Umbrales	
Desempeño Superior:	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
Desempeño aceptable:	
Desempeño mínimo:	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
Referentes	
Nacionales e Internacionales:	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Bibliografía:	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.

Dentro de la calidad, es muy importante valorar la satisfacción del usuario, para lo cual se mide la tasa de satisfacción global:

Tasa de Satisfacción Global

Justificación:	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
Dominio:	Satisfacción/Lealtad

DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador:	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS	
Denominador:	Número total de pacientes encuestados por la IPS	
Unidad de medición:	Relación porcentual	
Factor:	100	
Fórmula de cálculo:	Divide numerador entre el denominador y multiplica por 100	
VARIABLES		
	Numerador:	Denominador:
Fuente de Obtención del Dato	Institución Prestadora de Salud (IPS)	Institución Prestadora de Salud (IPS)
Fuente primaria	Encuesta de satisfacción	
Entidad responsable de la obtención de la información del indicador:	IPS	
Periodicidad recomendada para la gestión de la calidad en la institución. (No obligatoria)	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información al Sistema de Información para la Calidad(obligatoria)	Semestral	
Vigilancia y control:	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud	
ANÁLISIS		
Ajuste por riesgo:	NO requiere ajuste por riesgo ni por edad, ni por sexo	
Consideraciones para el análisis:	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad	
Umbrales		
Desempeño Superior:	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Desempeño aceptable:		
Desempeño mínimo:	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	

Referentes	
Nacionales e Internacionales	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Bibliografía:	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.

El último indicador que permite tomar decisiones para mejorar en el proceso de atención de urgencias se relaciona con la proporción de quejas:

Proporción de quejas resueltas antes de los 15 días:

Justificación:	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar EAPB. Para el asegurador es importante discriminar cuales de sus áreas de atención al usuario y cuáles de sus prestadores generan mayor satisfacción y adherencia. Existe abundante evidencia de la relación entre las quejas y la calidad del servicio. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las entidades promotoras de salud, así como la capacidad de la EAPB de corregir las fallas detectadas y planteadas por los usuarios quejosos	
Dominio:	Satisfacción/Lealtad	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador:	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días	
Denominador:	Número total de quejas recibidas	
Unidad de medición:	Relación porcentual	
Factor:	100	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decima	
VARIABLES		
	Numerador:	Denominador:
Fuente de Obtención del Dato	IPS	IPS

Fuente primaria	Libro /registro de seguimiento a quejas	Libro /registro de seguimiento a quejas
Entidad responsable de la obtención de la información del indicador:	IPS	
Periodicidad recomendada para la gestión de la calidad en la institución. (No obligatoria)	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información al Sistema de Información para la Calidad(obligatoria)	Semestral	
Vigilancia y control:	Entidad territorial / Superintendencia Nacional de Salud	
ANÁLISIS		
Ajuste por riesgo:		
Consideraciones para el análisis:	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad	
Umbrales		
Desempeño Superior:	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Desempeño aceptable:		
Desempeño mínimo:	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referentes		
Nacionales e Internacionales:	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía:	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.	

ANEXO C

Ficha técnica de los indicadores de calidad según Resolución 1446 del 2006
en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E Popayán

Tasa de infección intrahospitalaria

Justificación:	Igual que la determinada en el observatorio de calidad	
Dominio:	Gerencia del Riesgo	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador:	Número de egresos hospitalarios de pacientes con diagnóstico secundario de una infección adquirida hospitalariamente, entre los casos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión del denominador.	
Denominador:	Todos los egresos hospitalarios médicos y quirúrgicos	
Casos excluidos:	Pacientes que al momento del ingreso presentan como diagnóstico principal o secundario una infección intrahospitalaria	
	Pacientes con estancia hospitalaria menor a dos días.	
	Pacientes con cualquier diagnóstico para estados de inmuno-supresión o cáncer.	
Unidad de medición:	Tasa por mil eventos	
Factor:	1000	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado y se multiplica por la constante; se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	Numerador:	Denominador:
Fuente de Obtención del Dato	Registro de Historia clínica Sistematizada en los diagnósticos de egreso, y Búsqueda Activa de casos	Sistema de dinámica Gerencial Versión 3.5
Fuente primaria	RIPS, Comité de vigilancia intrahospitalaria	RIPS. Departamento de estadística de la IPS.
Entidad responsable de la obtención de la información del indicador:	IPS	
Periodicidad recomendada para la	Trimestral	

gestión de la calidad en la institución. (No obligatoria)	
Periodicidad de remisión de la información al Sistema de Información para la Calidad(obligatoria)	Semestral
Vigilancia y control:	Comité de vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias
ANÁLISIS	
Ajuste por riesgo:	NO requiere ajuste por riesgo ni por sexo
Consideraciones para el análisis:	Debe tenerse en cuenta que el riesgo de una infección intrahospitalaria está directamente relacionado tanto con los antecedentes médicos y quirúrgicos del paciente como con el nivel de atención y el servicio de hospitalización, por tal motivo, el análisis debe realizarse para cada servicio puesto que el riesgo es propio del mismo.
Umbrales	
Desempeño Superior:	Se determina como menor al 5% del total de egresos hospitalarios del proceso de atención de urgencias
Referentes	
Nacionales Internacionales	Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality según el Observatorio de Calidad.
Bibliografía:	Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Duce G, Fabry J, Nicolle L
Prevención de las infecciones nosocomiales..	Guía práctica. Organización Mundial de la Salud. 2ª ed. Malta; 2003: OMS En este campo se incluirá también la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.

Proporción de vigilancia de Eventos adversos

Justificación	Igual que la indicación del observatorio de calidad ministerial
Dominio:	Gerencia del Riesgo
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador:	Número total de eventos adversos detectados y gestionados
Denominador:	Número total de eventos adversos detectados
Unidad de medición:	Relación porcentual
Factor:	100

Fórmula de cálculo:	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	Numerador:	Denominador:
Fuente de Obtención del Dato	Oficina asesora de calidad y coordinador del proceso	Oficina asesora de calidad y coordinador del proceso
Fuente primaria	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos
Entidad responsable de la obtención de la información del indicador:	IPS	
Periodicidad recomendada para la gestión de la calidad en la institución. (No obligatoria)	Continua	
Periodicidad de remisión de la información al Sistema de Información para la Calidad(obligatoria)	Semestral	
Vigilancia y control: Entidad Territorial -	Superintendencia Nacional de Salud	
ANÁLISIS		
Ajuste por riesgo:	NO requiere ajuste por riesgo por edad ni por sexo	
Consideraciones para el análisis:	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbrales		
Desempeño Superior:	Gestionar el 100% de los eventos adversos reportados	
Referentes		
Nacionales e Internacionales:	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía:	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.	

TASA DE SATISFACCION GLOBAL

Justificación:	Igual que la del observatorio de calidad ministerial	
Dominio:	Satisfacción/Lealtad	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador:	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en el proceso de atención de urgencias	
Denominador:	Número total de pacientes encuestados en el proceso de atención de urgencias	
Unidad de medición:	Relación porcentual	
Factor:	100	
Fórmula de cálculo:	Divide numerador entre el denominador y multiplica por 100	
VARIABLES		
	Numerador:	Denominador:
Fuente de Obtención del Dato	Oficina asesora de calidad en conjunto con la oficina de atención al usuario	Oficina asesora de calidad en conjunto con la oficina de atención al usuario
Fuente primaria	Encuesta de satisfacción del proceso de atención de urgencias	Encuesta de satisfacción del proceso de atención de urgencias
Entidad responsable de la obtención de la información del indicador:	IPS	
Periodicidad recomendada para la gestión de la calidad en la institución. (No obligatoria)	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información al Sistema de Información para la Calidad(obligatoria)	Semestral	
Vigilancia y control:	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud	
ANÁLISIS		
Ajuste por riesgo:	NO requiere ajuste por riesgo ni por edad, ni por sexo	
Consideraciones para el análisis:	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad	

Umbrales	
Desempeño Superior:	Debe permanecer igual o mayor al 85%
Referentes	
Nacionales e Internacionales	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Bibliografía:	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.

Proporción de quejas resueltas antes de los 15 días:

Justificación:	Igual que la indicada en el observatorio de calidad ministerial	
Dominio:	Satisfacción/Lealtad	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador:	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días	
Denominador:	Número total de quejas recibidas	
Unidad de medición:	Relación porcentual	
Factor:	100	
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decima	
VARIABLES		
	Numerador:	Denominador:
Fuente de Obtención del Dato	Oficina asesora de calidad en conjunto con la oficina de atención al usuario	Oficina asesora de calidad en conjunto con la oficina de atención al usuario
Fuente primaria	Libro /registro de seguimiento a quejas	Libro /registro de seguimiento a quejas
Entidad responsable de la obtención de la información del indicador:	IPS	
Periodicidad recomendada para la gestión de la calidad en la institución. (No obligatoria)	Mensual	

Periodicidad de remisión de la información al Sistema de Información para la Calidad(obligatoria)	Semestral
Vigilancia y control:	Entidad territorial / Superintendencia Nacional de Salud
ANÁLISIS	
Ajuste por riesgo:	
Consideraciones para el análisis:	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad
Umbrales	
Desempeño Superior:	Gestionar acciones correctivas en el 100% de las quejas Recibidas
Referentes	
Nacionales e Internacionales:	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Bibliografía:	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.

ANEXO D

Ilustración de la Herramienta de autoevaluación y coevaluación en calidad de los profesionales de salud del proceso de atención de urgencias hospital Susana López de Valencia ESE Popayán

1. Hoja de Instrucciones , donde se incluye además la autoevaluación subjetiva por cada profesional

Bienvenidos

La Evaluación y Autoevaluación para el Autocontrol de todos los profesionales de la salud se realizará en el proceso de atención de urgencias del Hospital Susana López de Valencia ESE de Popayán.

Cada cuatro meses se realizará esta actividad, cuya finalidad es lograr y comprobar el mejoramiento continuo de la calidad de la atención según la satisfacción individual comparada con la satisfacción global del proceso y con la satisfacción subjetiva propia.

Al finalizar se establecerán compromisos de mejoramiento para ser medidos nuevamente en los próximos cuatro meses.

Si su satisfacción comienza a ser baja en un momento de los 4 cuatrimestres del año, será estimulada con un compañero anual de trabajo, así como en su caso para las capacitaciones realizadas en Popayán, o en otro municipio. Además se otorgará un certificado institucional de reconocimiento por su compromiso con la institución con motivación a su desempeño.

Entre los colaboradores se comunicarán mejoramientos a lo largo del año, finalizando con semifinales en un solo semestre un campeonato anual de 6 meses.

Al final de cada trimestre se otorgará una estrella de reconocimiento a la satisfacción subjetiva de acuerdo a los resultados en las 3 áreas (80% & 100%, 60% y 80% y 40% y 60%), en el cumplimiento de las indicaciones de calidad del proceso de atención de urgencias.

Posteriormente se genera la Hoja llamada CUESTIONARIO donde se incluye preguntas acerca de las indicaciones de calidad. Partes de la Hoja: Presentación de dudas de los usuarios, Motivación global del usuario, Información Institucional.

La Hoja siguiente llamada AutoEvaluación le determina la satisfacción en forma satisfactoria individual según el porcentaje de cumplimiento en cada uno de los elementos de las indicaciones asociadas para la evaluación y autoevaluación en esta herramienta la comparación con el promedio global y el comentario de mejoramiento según su satisfacción.

Para que esta fase se realice correctamente todos los miembros del equipo de AutoEvaluación deben asegurarse el cumplimiento de la información la cual se les proporciona a modo de las acciones de mejora seleccionadas de proceso, para que sea realizada en el momento de la Hoja asociada al evento, tema o evento de proceso de las actividades correspondientes de los procesos de proceso.

De esta forma se pretende evaluar el conocimiento de los profesionales acerca de las acciones de mejora de procesos y actividades de salud para mejorar la calidad de la atención comparando su respuesta individual de acuerdo al cumplimiento de las mismas. Determinando el estado de cada uno de los profesionales del proceso de atención de urgencias con el cual se busca por cada uno de los profesionales con el documento, así como cada cuatro meses se otorga un certificado que premia el compromiso de cada profesional y por lo tanto el mejoramiento de la institución, el objetivo es evaluar cada cuatro meses o una generación de un grupo de usuarios que participan en diferentes acciones de mejora de procesos de salud, para ser reconocidos, que contribuyen al mejoramiento de proceso.

La finalidad de la evaluación y autoevaluación es la de Continuo mejoramiento.

Porcentaje de Cumplimiento en las Indicaciones 0%

OCERa [Ver Cumplimiento](#)

Instrucciones Cuestionario Auto-Evaluación Individual Comparación

Seleccione el destino y presione ENTRAR o elija Pegar

2. Hoja de Bloque de preguntas

Se encuentra el cuestionario según los diferentes tópicos como Infecciones intrahospitalarias, Política de seguridad, Satisfacción del Usuario, Quejas de los usuarios.

INFECCIONES INTRA HOSPITALARIAS	
1 CUÁNDO DEBE LAVARSE LAS MANOS?	
A Lavado de manos social, Antes de manipular alimentos, comer o darle de comer a un paciente, Antes o después de la atención básica del paciente (hacer la cama, bañarlo, control de los signos vitales, etc.). Al empezar y terminar la	Respuesta?
B Antes y después de revisar vías urinarias, vasculares, respiratorias, antes y después de la preparación de la medicación	
C Después del contacto con secreciones, excreciones y sangre del enfermo	
D Después de manipular patos u orinales, bolsas de diuresis, etc. Después de sonarse la nariz o estornudar, Después de ir al baño, Cuando las manos están visiblemente sucias.	
E todas son verdaderas	
2 Como Asegura la organización que el prestador de atención o la EPS responsable del paciente tenga información actualizada respecto al estado del paciente, sus medicamentos, sus planes de tratamiento, y cualquier cambio relevante en su estado con el objetivo de minimizar los reingresos	
A Realiza la contrareferencia hacia las EPS en las patologías claves relacionadas con Reingresos	Respuesta?
B Realiza la contra remisión a las diferentes IPS en los pacientes con patologías claves relacionadas con Reingresos	
C Solicita la autorización para la atención de urgencias y su hospitalización	
D Solo permite a sub con correctar	

3. Hoja de Calificación en forma de semáforo, específica de acuerdo a cada bloque de preguntas relacionadas con cada indicador, y el Semáforo consolidado Individual, con la consecuente retroalimentación.

Auto-Evaluación y Co-Evaluación en Calidad de los Profesionales de la Salud: SEGUNDO URBANO

Indicador	Estado	Retroalimentación
INFECCIONES INTRA HOSPITALARIAS	ROJO	Tener en cuenta las acciones de mejora propuestas en el proceso Tener en cuenta las acciones de mejora propuestas en el proceso Tener en cuenta las acciones de mejora propuestas en el proceso Tener en cuenta las acciones de mejora propuestas en el proceso Tener en cuenta las acciones de mejora propuestas en el proceso
QUEJAS	ROJO	Tener en cuenta las acciones de mejora propuestas en el proceso Tener en cuenta las acciones de mejora propuestas en el proceso Tener en cuenta las acciones de mejora propuestas en el proceso Tener en cuenta las acciones de mejora propuestas en el proceso Tener en cuenta las acciones de mejora propuestas en el proceso
POLITICA DE SEGURIDAD	ROJO	Motivarse por sugerir propuestas para mejorar las situaciones que producen quejas en los usuarios Motivarse por sugerir propuestas para mejorar las situaciones que producen quejas en los usuarios Motivarse por sugerir propuestas para mejorar las situaciones que producen quejas en los usuarios
SATISFACCION DEL USUARIO	ROJO	Motivarse por sugerir propuestas para mejorar las situaciones que producen quejas en los usuarios Motivarse por sugerir propuestas para mejorar las situaciones que producen quejas en los usuarios Motivarse por sugerir propuestas para mejorar las situaciones que producen quejas en los usuarios
OPORTUNIDAD DE ATENCION - TRIAGE	ROJO	Promedio de Oportunidad de espera para la atención en TRIAGE
OPORTUNIDAD DE ATENCION - CONSULTORIOS	Indicar Verde, Amarillo o Rojo	Promedio de Oportunidad de espera para la atención en CONSULTORIOS
SEMAFORO CONSOLIDADO INDIVIDUAL	ROJO	Avanzar al Amarillo y Verde

4. Hoja de Comparación del semáforo individual con el global

The screenshot displays a Microsoft Excel spreadsheet titled "AutoEvaluacion en Calidad - Microsoft Excel". The active sheet is "Comparacion", which contains a comparison of traffic light results for "SEGUNDO URBANO". The spreadsheet is organized into three rows, each representing a different type of traffic light:

- SEMAFORO CONSOLIDADO INDIVIDUAL:** This row shows a red traffic light, indicating a "ROJO" (Red) status.
- SEMAFORO SUBJETIVO INDIVIDUAL:** This row shows a white traffic light, indicating a "BLANCO" (White) status.
- SEMAFORO GLOBAL DE URGENCIAS:** This row shows a green traffic light, indicating a "VERDE" (Green) status.

The spreadsheet interface includes the standard Excel ribbon with tabs for "Archivo", "Inicio", "Insertar", "Diseño de página", "Fórmulas", "Datos", "Revisar", and "Vista". The "Diseño de página" tab is currently selected. The status bar at the bottom of the window shows the system tray with the date and time: "12:21 a.m. 26/06/2011".

Se anexa la imagen del Banco de Preguntas que será realizado por el Coordinador de Urgencias y validado por los expertos asesores de Calidad del Hospital Susana López de Valencia ESE Popayán

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
			Respuesta1	Respuesta2	Respuesta3	Respuesta4	Respuesta5	Ok	Información Positiva
1	PREGUNTAS								
2	1	CUÁNDO DEBE LAVARSE LAS MANOS? tenga información actualizada respecto al estado del paciente, sus medicamentos, sus planes de tratamiento, y cualquier cambio relevante en su estado con el objetivo de minimizar los	Lavado de ma ntrasrefere ncia hacia las EPS en las	Antes y despu contra remisión a las	Después del autorización para la atención de los planes epicrisis al de alta que próximament de salida	Después de n a y b son correctas epicrisis al contra	Después de n le entrega la epicrisis al paciente Son correctas	5	Fortalecer el buen conocimiento
3	2	reingresos Que usa la institución para hacer participar a los pacientes y a sus familias en las decisiones sobre su atención, y proporcionar información a los pacientes sobre sus problemas médicos y su	las	los planes indicaciones	epicrisis al remisión y contra	remisión a b, c y d	Son correctas	4	Fortalecer el buen conocimiento
4	3	plan de tratamiento en una forma que les resulte comprensible:	enfoque estandarizad o en toda la	tiempo suficiente para que el	intercambio a la información	política de seguridad estandarizad	al paciente y al siguiente prestador de	5	Fortalecer el buen conocimiento
5	4	La acreditación institucional implica, excepto:						3	Fortalecer el buen conocimiento
6	5	Cuál es el tiempo de referencia que se ha establecido en la institución para enviar los resultados de las ayudas diagnósticas de laboratorio en urgencias:	Una hora	Dos horas	40 minutos	3 horas	30 minutos	2	Fortalecer el buen conocimiento
7	1	La comunicación con el hospital de Norte y de la María cuando no es efectiva por el teléfono fijo, ellos disponen de dos celulares para cada uno de los hospitales, esos números son:	Norte: 3217608193 y del Hospital	Norte: 3217608195 y del Hospital	Norte: 3217608190 y del Hospital	Ninguno de los anteriores		1	Fortalecer el buen conocimiento
8	2	pacientes de nivel I que no sean urgencias, especificando que acuden a la oficina de atención al usuario de esos hospitales para que le gestionen la atención prioritaria o la cita por consulta externa, pero no lo enviamos por urgencias para contribuir a no congestionar el servicio de ellos	Historia clínica	Triage	Recetario	Por atención al usuario		2	Fortalecer el buen conocimiento
9	3	Con el fin de minimizar el ingreso de los azules, es necesario tener adecuada información en el sistema para notificar a las EPS y así motivarlas a tomar acciones de mejora, PARA ESTO SE REQUIERE: Para mejorar la oportunidad de atención de los adultos en triage, se han tomado las siguientes	ítem de entidad real en el	entidad que aparece como	cómo se haga, se obtendrá	Todas son falsas	relaciona Todas son con	1	Fortalecer el buen conocimiento