

EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL PROCESO DE  
URGENCIAS DE LA IPS CLÍNICA CAPRECOM POPAYÁN DURANTE EL  
TRIMESTRE ENERO A MARZO DE 2010

GERMAN ALBERTO HERRERA SUAREZ  
PAULA ANDREA CASTRO PEÑAFIEL

CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
UNIVERSIDAD "EAN"  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD  
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYAN  
2010

EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL PROCESO DE  
URGENCIAS DE LA IPS CLÍNICA CAPRECOM POPAYÁN DURANTE EL  
TRIMESTRE ENERO A MARZO DE 2010

GERMAN ALBERTO HERRERA SUAREZ  
PAULA ANDREA CASTRO PEÑAFIEL

Trabajo final de investigación para optar el título de especialista en Auditoría  
y Garantía de Calidad en Salud

Dr. LUIS GILBERTO ARREDONDO PEREZ  
Tutor

CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
UNIVERSIDAD "EAN  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD  
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYAN  
2010

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	7
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	8
1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
2. OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GENERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
3. DISEÑO METODOLÓGICO	11
3.1 TIPO DE ESTUDIO	11
3.2 METODO Y TECNICA	11
3.3 PARTICIPANTES	12
3.4 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	12
3.5 VARIABLES	13
4. MARCO TEORICO	15
5. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS	20
6. CONCLUSIONES	21
7. RECOMENDACIONES	22
BIBLIOGRAFIA	23
ANEXOS	

## **RESUMEN**

Hoy en día la excelencia en la calidad en la prestación de los servicios de salud no solo es una exigencia en las normas que rigen la salud pública en el mundo entero, sino que constituye el gran estímulo de competitividad internacional al que llegan solo los mejores, es por eso que en Colombia en el año 2006 se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y con su reglamentación se definieron los estándares del Sistema de Acreditación; por lo tanto, se realizó un estudio en la IPS Clínica Caprecom Popayán adaptando al servicio de urgencias los estándares asistenciales de acreditación de los servicios hospitalarios, con el cual se evaluó el cumplimiento de dichos estándares y a partir de las oportunidades de mejora encontradas, se propuso un Plan de Mejoramiento, para que desde la auditoría, cada día se busque alcanzar la máxima calidad en la prestación de sus servicios.

## **ABSTRACT**

Nowadays, the quality regarding health services; it is not only, a concern for the public health servers, but also it is an international challenge to be the best health providers. Therefore, in Colombia in 2006 Sistema Obligatorio de Garantia de Calidad,(which is a mandatory system that guarantees the quality of the health services),was established.Thus, several rules and laws were set up to define the standards of Accreditation System. Accordingly, a research in the IPS Caprecom Clinic in the city of Popayan was developed. During the investigation, the emergency room service was adapted to the attendance standards of accreditation used in regular hospitals.In this way, the fulfilment of the standards were evaluated. In addition, several improvements were noticed and used as resource for the Improvement Plan. Finally, it can be said, that the health services highest standards of quality can be reached by applying the auditoria.

## INTRODUCCION

El éxito de una institución prestadora de servicios de salud y sobre todo en URGENCIAS, depende en gran medida del conocimiento de los procesos y procedimientos y del desempeño del personal que labora en este servicio. La manera de vigilar el desempeño de las diferentes funciones asignadas es auditar su trabajo, priorizando los procesos fundamentales con base en las guías, normas técnicas y protocolos establecidos, también diseñando planes de acción o cronogramas de control que garanticen el cumplimiento de los estándares de calidad.

La auditoría entendida como una herramienta de la calidad, hará posible que desde sus tres niveles (monitoría, auditoría interna y externa) se de cumplimiento a la norma en cuanto a la atención de los servicios de urgencias y se alcance la satisfacción de los clientes internos y externos que acuden a solicitar servicios a las diferentes IPS tanto de la red pública como privada.

Se propone un estudio en el servicio de Urgencias de la IPS Clínica Caprecom Popayán que pretende desde la normatividad vigente tanto a nivel nacional, departamental como local, las guías de atención de urgencias, los protocolos institucionales, entre otros aspectos, lograr cumplir los estándares superiores de calidad establecidos en el sistema de acreditación en salud, los cuales son exigidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; garantizando una respuesta rápida y la disminución de los Eventos Adversos que por la demora y fallas en la prestación del servicio, se puedan presentar y por último, identificar la suficiencia institucional y los diferentes Planes de Mejoramiento que se deberán plantear para cumplir con el proceso continuo y sistemático a través de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Los estándares evaluados son netamente asistenciales en cuanto a los procesos de Atención a los Usuarios del servicio de Urgencias, sin que esto signifique restarle importancia a las otras áreas asistenciales y mucho menos al componente administrativo y sus procesos gerenciales, los cuales hacen parte del engranaje que tiene la IPS como una institución hospitalaria y que son comunes a los diferentes servicios y áreas que la componen y por último se busca generar cambio de cultura en el interior de la IPS comprometiendo a todo el personal de la institución.

## **JUSTIFICACION**

La IPS Clínica Caprecom Popayán, es una de las cuatro IPS's de la ESE Antonio Nariño en liquidación que según lo dispuesto en el Decreto 3870 de 2008, estableció la obligatoriedad de mantener las condiciones que garanticen la continuidad en la prestación de los servicios de salud, lo que implica que no se pueden suspender los servicios prestados en esta, entre ellos el de urgencias; en el momento es una institución de carácter oficial, centralizada a la administración de la EPS Caprecom según lo dispone la norma antes mencionada, cuyo representante legal es el gerente general de la EPS, se encuentra en proceso de venta por la liquidación de la ESE a la cual pertenecen sus activos y esta catalogada como 2 nivel de atención y mediana complejidad, inscrita en el registro de habilitación, pendiente por ser verificada y certificada por parte de la Secretaria de Salud del Cauca, quien aun no ha programado la visita para tal fin.

Por lo tanto, se realizó un estudio que permitió saber como esta funcionando el servicio de Urgencias de la IPS Clínica Caprecom Popayán, evaluando el cumplimiento de los requisitos máximos de Calidad, de conformidad con el Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarias contemplado en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1445 de 2006 y adaptado a los requerimientos de urgencias, identificando sus oportunidades de mejora y a partir de estas poder generar acciones de mejoramiento continuo para garantizar la calidad en la atención de los usuarios.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

A nivel local, el servicio de Urgencias de la IPS Clínica Caprecom Popayán, es uno de los cuatro de segundo nivel que se presta en el municipio y cuenta con reconocimiento en el área de influencia y sus alrededores por haber hecho parte de la red de servicios de la antigua EPS del ISS, contando con una gran demanda por parte de usuarios tanto de Nueva EPS como de la EPS-S Caprecom por ser centro de referencia de dichas EPS's; es por lo tanto, indispensable el poder garantizar que este sea prestado por personal idóneo y suficiente, que existan grupos multidisciplinarios y que permitan dar cumplimiento a los estándares de CALIDAD previstos en la normatividad vigente que sobre el tema se tienen y se cuenta además con los equipos e insumos necesarios, para dar una respuesta rápida a las diferentes patologías de consulta. Adicionalmente, es el servicio que por su naturaleza, genera el mayor grado de estrés y conflictos tanto para el personal como para los usuarios, los cuales serán resueltos solamente por un personal que desde la norma, sepa sortear estas dificultades y por lo tanto, no se presenten fallas a la hora de la clasificación según el triage, demora en la atención de casos urgentes o prioritarios, garantizar que se apliquen correctamente los mecanismos de comunicación entre los empleados de la IPS y los pacientes y no se generen inconformidades y quejas tanto por los pacientes como por sus familiares, lo que se superará con un proceso claro de atención e información oportunas. Complementando lo anterior, es fundamental que se cuente con un plan completo y periódico de capacitaciones al personal del servicio de urgencias, que incluyan aspectos tanto administrativos como asistenciales.

Es así como la AUDITORÍA de la Calidad de la atención en el Proceso de Urgencias, nos permitió hacer mediciones de este servicio y con base en los hallazgos encontrados, estos se constituyen en oportunidades de mejora, las cuales contribuyen a generar planes de mejoramiento; buscando alternativas de solución y disminuyendo al máximo la ocurrencia de eventos adversos entre los usuarios. Por lo tanto, se requiere contar con un responsable del proceso de calidad, quien sea la persona idónea para que junto a los diferentes grupos de trabajo, avancen en las diferentes oportunidades de mejoramiento y se de respuesta tanto a los requerimientos normativos y de los órganos de control, como a los usuarios y se busque la excelencia hasta alcanzar el cumplimiento de estándares máximos de calidad.



## **1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

Se estudió la calidad de la atención del Proceso de Urgencias de la IPS Clínica Caprecom Popayán, según los estándares de acreditación de la resolución 1445 de 2006 y durante el periodo comprendido entre los meses de Enero a Marzo de 2010.

## **1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA**

Se buscó dar respuesta al interrogante: ¿Cual es la calidad de la atención prestada en el servicio de Urgencias de la IPS Clínica Caprecom Popayán?, usando como herramientas básicas para la solución del problema la normatividad vigente en los aspectos de calidad de atención en el servicio de urgencias y que superen los estándares básicos de habilitación y se evalúen los diferentes estándares máximos de calidad contemplados en el decreto 1011 de 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del SGSSS y mas específicamente lo dispuesto en la resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos, mediante los cuales se reglamenta el Sistema Único de Acreditación.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GENERAL**

Evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación hospitalarios, establecidos en el SOGC y adaptados para el servicio de urgencias de la IPS Clínica Caprecom Popayán durante el trimestre enero a marzo de 2010 y con base en los hallazgos encontrados definir el plan de mejoramiento continuo.

### **2.2 ESPECIFICOS**

Evaluar la calidad de atención en el servicio de urgencias de manera cuantitativa y cualitativa.

Identificar y priorizar las oportunidades de mejora de calidad del servicio de urgencias.

Definir el plan de mejoramiento continuo para el servicio de urgencias.

### **3. DISEÑO METODOLOGICO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se utilizó un modelo cuantitativo y cualitativo, con un enfoque empírico - analítico y retrospectivo.

#### **3.2 METODO Y TECNICA**

Para la recolección de la información se adaptaron y utilizaron los estándares de acreditación con base en las exigencias de la resolución 1445 del 2006 (anexo técnico No. 1) y específicamente el manual de estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarias, haciéndolas aplicables al área de urgencia, ver Anexo 2 (Estándares del Servicio de Urgencias).

Una vez diseñados los instrumentos de recolección de información, el grupo de trabajo se desplazó hasta la IPS para la aplicación del formato de evaluación, donde se realizaron las calificaciones cualitativas; se encontraron fortalezas y oportunidades de mejora (ver Anexo 5) y con base en estos hallazgos se continuó con la calificación cuantitativa para la cual se empleó la escala de calificación del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1445 de 2006 y las variables de cada dimensión: para el Enfoque los indicadores sistematicidad y amplitud, proactividad y ciclo de mejoramiento; para la Implementación los indicadores despliegue en la institución y despliegue al cliente interno y/o externo y para los resultados los indicadores pertinencia, consistencia, avance de la medición, tendencia y comparación; estas variables y sus indicadores tienen una escala de calificación que se encuentra comprendida entre los valores de 1 a 5, siendo 1 el valor mínimo y 5 el valor máximo, se aplicó de conformidad con lo establecido en la norma y que se presenta en el anexo 3 (Escala de calificación de las variables). Posteriormente se priorizaron los estándares de acuerdo a las oportunidades de mejora encontradas a las cuales se le aplicaron los criterios de riesgo, costo y volumen. Las cuales se definen como:

Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva acabo el mejoramiento.

Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

Volumen: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor y de conformidad con lo planteado en el Manual para la Elaboración de Planes de Mejoramiento en Acreditación y que se presenta en el Anexo 4 (Criterios de Priorización).

Para cada grupo de estándares se priorizó las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones. La calificación se obtiene de multiplicar el valor del riesgo por el valor del costo y este resultado por el valor del volumen teniendo como referente la más alta calificación que es 125, pero en general se consideraron de mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificaciones iguales o superiores a 60 puntos; todo este procedimiento junto con la Escala de Calificación de Variables se ve reflejado en los Anexos 6 (Calificación Cuantitativa de los Estándares del Servicio de Urgencias) y 7 (Oportunidades de Mejora Priorizadas).

Posterior a la priorización de las variables definidas anteriormente, se realizó el plan de mejoramiento utilizando las herramientas de calidad, específicamente la técnica 5W/1H (ver Anexo 8) y una vez elaborado el plan de mejoramiento se socializará a la IPS.

### **3.3 PARTICIPANTES**

Para el desarrollo del presente estudio participaron por parte de la EAN dos (2) de los estudiantes de la Especialización de Auditoría y Garantía de Calidad en Salud con énfasis en Epidemiología y por parte de la IPS evaluada la Enfermera Coordinadora de Urgencias y el Médico Auditor.

### **3.4 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA**

Por el tipo de estudio y trabajo realizado no aplican el universo, población y muestra.

### 3.5 VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	DEFINICIÓN	INSTRUMENTO
Enfoque	Sistematicidad	Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.	Hoja de radar
	Amplitud	Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar.	
	Proactividad	Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad	
	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.	
Implementación	Despliegue en la institución	Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.	
	Despliegue hacia el usuario	Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.	

Resultados	Pertinencia	Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.	
	Consistencia	Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.	
	Avance de la medición	Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.	
	Tendencia	Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.	
	Comparación	Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.	

## **4. MARCO TEORICO**

### **MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL**

#### **Decreto 1011 de 2006**

Mediante el cual se deroga el Decreto 2309 de 2002 y se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que será aplicado a todos los prestadores de servicios de salud que operen bajo la Ley 100 de 1993 y 647 de 2001 y en su artículo 2º hace las siguientes definiciones:

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

“Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”.

“Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”.

“Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”.

En el artículo 3º, se establecen las siguientes características del SOGCS:

1. Accesibilidad.
2. Oportunidad.
3. Seguridad.
4. Pertinencia.
5. Continuidad.

En el artículo 4º, determina los siguientes Componentes del SOGCS:

1. El Sistema Único de Habilitación, reglamentado por la resolución 1043 de 2006 y sus Anexos Técnicos 1 y 2.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el cual se debe implementar en todas las IPS de conformidad con la Resolución 1043 de 2006 y su Anexo Técnico 2.
3. El Sistema único de Acreditación, reglamentado por la Resolución 1445 de 2006 y sus Anexos Técnicos 1 y 2.
4. El Sistema de Información para la Calidad, reglamentado por la resolución 1446 de 2006 y su Anexo Técnico.

En el Título V, en los artículos del 41 al 44 habla del Sistema Único de Acreditación, del cual hace la definición, establece como principios la Confidencialidad, Eficiencia y Gradualidad, determina quien será la entidad acreditadora y que existirá un Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación reglamentado posteriormente.

#### **Resolución 1445 de 2006**

La cual se reglamentó el decreto 1011 de 2006 y establece “Por medio de la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se dictan otras disposiciones”, dentro de las cuales esta la definición de los Estándares de Acreditación y sus respectivos manuales que se establecerán en el Anexo Técnico No. 1, define la Escala de Calificación contenida en el Anexo Técnico No. 2, define como estará conformada la Junta de Acreditación y como se hará el otorgamiento de esta condición, contenidas también el Anexo Técnico No. 2.

#### **Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1445 de 2006**

Por medio del cual se establecen los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación para las EAPB, las IPS's Hospitalarias y Ambulatorias, Laboratorios Clínicos, Servicios de Imagenología y Servicios de Salud de Habilitación y Rehabilitación.

#### **Resolución 1445 de 2006**

Por medio del cual se establecen los Lineamientos para el desarrollo del Proceso de otorgamiento de la Acreditación en Salud.



## **Decreto 3870 de 2008**

Mediante el cual se suprime la Empresa Social del Estado Antonio Nariño y se ordena su liquidación y establece que hasta tanto surta el proceso de venta de la Clínica Popayán, será una entidad pública, nacional y especializada en el sector salud quien la administre y garantice la continuidad de la prestación de los servicios de salud en dicha IPS y las otras tres de las ciudades de Cali, Palmira y Tumaco y mencionadas en el artículo 10.

### **Concepto de urgencias**

El concepto de urgencias ha de referenciarse al concepto de agudeza gravedad y necesidad, pues una urgencia es aquella necesidad clínica que genera deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente.

En función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, el concepto de urgencias conlleva implícito los siguientes contextos.

1. necesidad de ajustar la respuesta asistencial, al grado de urgencia, de manera que los paciente mas urgentes; es decir los que tienen mas riesgo de deterioro o peligro para la su salud o su vida con el paso del tiempo, sean asistidos mas rápidamente.
2. adecuación entre el grado de urgencias y los recursos necesarios para solucionarlos.
3. establecer una curva urgencia/gravedad en donde se identifique pacientes moribundos o con lesiones incompatibles con la vida, también en urgencias se observan patologías terminales o sin posibilidad de supervivencia. Estos fenómenos hacen que la curva de urgencias presente mesetas de atención y declives en la acción.
4. ¿con cuanta rapidez necesita el paciente ser atendido por el medico?
5. ¿cuan enfermo esta el paciente?

### **Concepto de triage**

Neologismo que equivale a selección o clasificación en función de cualidad.

Este concepto no es específico pues la clasificación en nuestro medio se hace a través de diferentes cualidades como:

- a. motivo de consulta a un servicio de urgencias.

- b. Tipo de transporte de llegada al servicio.
- c. Financiación de la atención régimen subsidiado o régimen contributivo.
- d. Distribución geográfica de residencia del paciente.
- e. Raza, poder político, o régimen especial a que pertenece el paciente.

### **Ejemplos de triage.**

#### **Triage de catástrofes:**

Sistema utilizado para establecer las prioridades de atención y/o evacuación de las víctimas en caso de catástrofes en base a su grado de urgencias.

#### **Triage de urgencias y emergencias:**

Proceso de clasificación de pacientes que acuden al servicio de urgencias con independencia del orden de llegada según su grado de urgencia deben ser atendidos, se debe establecer tiempos de espera razonables para ser atendidos por el equipo médico encargado del servicio.

#### **Triage telefónico:**

Es una adaptación del recurso asistencial hospitalario para ayudar a clasificar y derivar la prioridad de atención según lo comentado telefónicamente o por la red de referencia y contrarreferencia que hay en nuestro departamento.

### **Estudio del triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario**

La sobrecarga de trabajo en un servicio de urgencias, disminuye la calidad de prestación de la atención por la congestión de este, para mejorar esto se propone dos soluciones;

1. disminuir la demanda mediante la mejora de la atención de la asistencia prehospitalaria o triage y la educación sanitaria de la población.
2. organización de trabajo en el servicio creando circuitos claros de triage.
3. triage como sistema eficaz de ordenación del trabajo asistencial, facilitando el trabajo del personal y disminuyendo la ansiedad de los enfermos y familiares ante la espera.

La demanda asistencial en determinadas bandas horarias o días especiales como son encuentros deportivos fiestas regionales u otros eventos hacen que se congestione el servicio de urgencias en el municipio. Esto hace que no se atienda en forma inmediata a los usuarios del servicio por que muchos

de ellos podrían derivar su patología a consulta externa ya que no amerita una urgencia vital pero el desconocimiento de la clasificación de triage hace que el servicio sea el de menor organización por la alta demanda que se tiene. Como explicamos anteriormente la función del triage es una clasificación que se hace antes de que el paciente reciba prestación asistencial siguiendo los criterios de gravedad clínica que permitan diferenciar lo realmente urgente de lo que no es.

## **5. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS**

Mediante la revisión sistemática de las normas del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, sus guías y anexos técnicos y su aplicación práctica a las instituciones obligadas a su cumplimiento, se realizó un estudio a una IPS en particular de la ciudad de Popayán, el cual mediante la evaluación de la calidad de atención en el servicio de urgencias de manera cuantitativa y cualitativa de los diferentes estándares de acreditación previamente definidos, se pudo identificar y priorizar las oportunidades de mejora de calidad de dicho servicio y nos permitió definir el plan de mejoramiento continuo que aplicado, autoevaluado y mejorado, garantizará la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad.

Por lo tanto, se puede establecer que se logró el desarrollo del objetivo general de nuestro estudio y es así como se alcanzó a evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación hospitalarios, establecidos en el SOGC y adaptados para el servicio de urgencias de la IPS Clínica Caprecom Popayán durante el trimestre enero a marzo de 2010 y con base en los hallazgos encontrados definir el plan de mejoramiento continuo y será responsabilidad de las directivas de la institución el alcanzar el mejoramiento propuesto.

## 6. CONCLUSIONES

A nivel mundial y con el propósito de ser más competitivas, las IPS buscan mejorar continuamente sus sistemas de calidad; en Colombia el Ministerio de la Protección Social mediante el decreto 1011 de 2006 estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y reglamentariamente expidió la Resolución 1445 de 2006, sus normas reglamentarias y anexos técnicos, por medio de la cual estableció el Sistema de Acreditación y por lo tanto, se ha realizado un estudio que nos permitió medir el cumplimiento de los estándares de acreditación hospitalarios y adaptados al servicio de urgencias de la IPS Clínica Caprecom Popayán, encontrando los hallazgos que se describirán a continuación y que en su totalidad se encuentran detallados en los Anexos.

De todos los estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial de los Servicios Hospitalarios, se adaptaron 58 estándares aplicables al Servicio de Urgencias y con los cuales se trabajó conjuntamente con el equipo asignado por la IPS para su respectiva evaluación.

Al evaluar los 58 estándares de acreditación y aplicar la evaluación propuesta por el sistema de acreditación, se encontraron 43 criterios considerados como fortalezas y 33 criterios que permiten establecer oportunidades de mejora.

Al aplicar los sistemas de calificación de acreditación a las oportunidades de mejora encontradas en la evaluación, se priorizaron 15 de ellas y a las cuales se realizó el Plan de Mejoramiento que se entregará a la IPS como retribución a la oportunidad de realizar el estudio en su institución.

El Plan de Mejoramiento propuesto implica el compromiso de todas las áreas de la IPS e incluye actividades gerenciales, de las coordinaciones y de todos los funcionarios del servicio de Urgencias y propone entre otros aspectos, la elaboración de la declaración de los derechos y deberes de los pacientes o el código de ética del proceso de atención al cliente y su incorporación al proceso respectivo; la programación de capacitaciones continuas y periódicas en temas como la declaración de derechos y deberes de los pacientes, código de ética, protocolos y guías de atención; la incorporación de personal necesario para el normal desarrollo de las actividades del servicio y de la IPS y que permita contar con equipos interdisciplinarios y de coordinación de los estándares de calidad y la autoevaluación en los diferentes procesos, lo cual se verá reflejado en el mejoramiento continuo de la calidad.

## **7. RECOMENDACIONES**

Una vez priorizados los hallazgos de calidad encontrados en la IPS Clínica Caprecom Popayán y que se constituyen como oportunidades de mejora, se estableció desde el sistema de acreditación un Plan de Mejoramiento inicial a ser aplicado para garantizar una correcta prestación de servicios de salud, principalmente en el servicio de urgencias, en el cual se enfocó el presente trabajo.

Teniendo en cuenta que no se trabajaron todas las oportunidades de mejora, se hace necesario e indispensable que los diferentes grupos y equipos de trabajo de la IPS, tanto gerenciales, como profesionales, asistenciales e implicados en los procesos de atención; luego de implementar y superar el Plan de Mejoramiento inicial y una vez convertidas las oportunidades de mejora priorizadas en fortalezas, continúen elaborando sus Planes de Mejoramiento y lograr a través de un proceso sistemático y continuo, es decir desde la Auditoría, alcanzar esos estándares máximos de calidad y traspolarlos a las diferentes áreas y servicios de la IPS y en un término no muy lejano, alcanzar la certificación como una institución acreditada en salud, lo cual mejorará su competitividad y su mercado.

Mantener las fortalezas encontradas y día a día superarlas y buscar constantemente metas más altas y elevadas que superen no solo las exigencias normativas, sino sus propias expectativas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006.

Ministerio de la Protección Social, Resolución 1445 de 2006

Ministerio de la Protección Social, Resolución 1445 de 2006 . Anexo Técnico No. 1.

Ministerio de la Protección Social, Resolución 1445 de 2006, Anexo Técnico No. 2.

Ministerio de la Protección Social, Dirección General de la Calidad del Servicio, Manual de Elaboración de Planes de Mejoramiento en Acreditación.

Ministerio de la Protección Social, Decreto 3870 de 2008.

RAMIREZ, Ivan Dario, Urgencias Guías de Manejo, 4ª Edición, Editorial Universidad de Antioquia, 2000.

[www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

# **ANEXOS**



## Anexo 1. Ficha bibliográfica del trabajo

<b>FICHA BIBLIOGRÁFICA TRABAJO</b>	
<b>TIPO</b>	Caso de Estudio
<b>TÍTULO</b>	EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN HOSPITALARIO, ESTABLECIDO EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD “SOGC” Y ADAPTADO PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA IPS CLÍNICA CAPRECOM POPAYÁN DURANTE EL TRIMESTRE ENERO A MARZO DE 2010
<b>PROGRAMA</b>	Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud con énfasis en Epidemiología
<b>MODALIDAD PROGRAMA</b>	Postgrado
<b>EDICIÓN</b>	Popayán, Universidad EAN – Convenio Universidad del Cauca, 2010
<b>AUTOR(es)</b>	Paula Andrea, Castro Peñafiel; Germán Alberto, Herrera Suarez
<b>PALABRAS CLAVES</b>	Acreditación, estándares, priorización, urgencias, clínica, Caprecom, Popayán.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Este estudio evalúa el cumplimiento de los Estándares de Acreditación de los Servicios Hospitalarios, adaptados al Servicio de Urgencias de la IPS Clínica Caprecom Popayán durante el periodo enero a marzo de 2010 y con base en los hallazgos se propone un Plan de Mejoramiento a implementar por la IPS.
<b>FUENTES</b>	www.minproteccionsocial.gov.co; Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006; Resolución 1445 de 2006, Anexos Técnicos No. 1 y 2; Manual de Elaboración de Planes de Mejoramiento en Acreditación; Decreto 3870 de 2008; Urgencias Guías de Manejo, Iván Darío Ramírez.
<b>CONTENIDO</b>	El informe contiene 7 capítulos, en los tres primeros se detalla el planteamiento del problema del trabajo a desarrollar, los objetivos y el diseño metodológico del trabajo desarrollado, en el cuarto se hace un resumen del marco teórico sobre la normatividad del SOGC, las guías de acreditación de las IPS, de la definición de urgencias, en el quinto se detalla el cumplimiento de los objetivos planteados, en el sexto se plasman las conclusiones de la evaluación del servicio de urgencias de la IPS Clínica Caprecom Popayán y por último se plantean las recomendaciones basadas en los hallazgos y el Plan de Mejoramiento, los cuales se anexan.
<b>METODOLOGÍA</b>	Se utilizó un modelo cuantitativo y cualitativo, con un enfoque empírico - analítico y retrospectivo.
<b>CONCLUSIONES</b>	De los estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial de los Servicios Hospitalarios, se adaptaron 58 estándares aplicables al Servicio de Urgencias y con los cuales se trabajó conjuntamente con el equipo asignado por la IPS para su respectiva evaluación; de estos, se encontraron 43 criterios considerados como fortalezas y 33 criterios que permiten establecer oportunidades de mejora; de las cuales se priorizaron 15 y se realizó el Plan de Mejoramiento que implica el compromiso de todas las áreas de la IPS e incluye actividades gerenciales y de las coordinaciones y de todos los funcionarios del servicio de Urgencias, lo cual se verá reflejado en el mejoramiento continuo de la calidad.
<b>PERIODO ACADÉMICO</b>	20101

## Anexo 2. Estándares del Servicio de Urgencias

1. ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL
ESTANDARES DEL SERVICIO DE URGENCIAS
1. (1) Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.
2. (2) La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices
ACCESO
3. (3) Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.
REGISTRO E INGRESO
4. (4) Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.
4.1. Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso.
4.2. Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:
• Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.
• Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación
∅ La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.
∅ Derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos.
6. (6) La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguientes criterios.
6.1. La evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad, están plenamente identificadas en colaboración con él, e incluye:
§ Conocimiento del paciente acerca de su patología.
§ Es reentrenado periódicamente en las actividades específicas que sirve.

<p>7. (7) La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobreañorada, requiere técnicas especiales de aislamiento</p>
<p>7.1. Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad</p>
<p>8.2. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado, el cual es requerido para todos los procedimientos médicos. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p>
<p>8.4. Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante</p>
<p>9. (9) Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones e incluyen</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos</li> </ul>
<p>§ Consejería y apoyo emocional al paciente y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluyendo la muerte y donación de órganos, cuando aplique.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo espiritual / religioso</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica se realiza una valoración anestésica prequirúrgica</li> </ul>
<p>10. (10) La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad, lo cual incluye:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.</li> </ul>
<p>11. (11) El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, lo cual incluye</p>
<p>12.2. La planeación de la investigación diagnóstica incluye:</p>
<p>§ Se cuenta con un sitio para referir las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente.</p>
<p>§ Existe una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas las muestras, cómo son transportadas las muestras y cómo son notificados los resultados.</p>
<p>§ Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante.</p>

<p>§ Se instruye al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes.</p>
<p>§ Los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable, y fecha de resultados.</p>
<p>§ Se provee información a los pacientes y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados mentales o en estado de inconsciencia.</p>
<p>§ Se realizan análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.</p>
<p>13. (13) Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.</p>
<p><b>EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO</b></p>
<p>14.2. El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, la cual incluye como mínimo:</p>
<p>§ Óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma.</li> </ul>
<p>15.1 Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente.</p>
<p>15.2 La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o Guías de Práctica Clínica.</p>
<p>16. • Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, si aplica, y respondidos.</p>
<p>§ Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación.</p>
<p><b>EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO</b></p>
<p>17. (17) La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.</li> </ul>
<p><b>SALIDA Y SEGUIMIENTO</b></p>
<p>18. (18) Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de toda la información relevante a la Empresa Promotora de Salud, Administradora de Régimen Subsidiado, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento, si aplica.</li> </ul>

20. (20) La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>
22. (22) Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento
22.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.
22.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.
22.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.
22.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados
23. (23) Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.
23.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:
Ø Seguridad
Ø Continuidad
Ø Coordinación
Ø Competencia
Ø Aceptabilidad
24. (24) Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.
25. (25) Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.
25.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.
25.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.
<b>REMISIÓN AL SERVICIO DE COMPLEJIDAD SUPERIOR</b>
79. (67) Los profesionales explican al paciente la pertinencia del por qué es necesario contar con una opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento.

### Anexo 3. Escala de Calificación de las Variables

Escala de Calificación					
Variables	1	2	3	4	5
<b>ENFOQUE</b>					
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Proactividad	Los enfoques son principalmente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque principalmente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es principalmente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.

Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
<b>IMPLEMENTACIÓN</b>					
Despliegue en la institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
Despliegue al cliente interno y/o externo	El enfoque no se despliega hacia los clientes.	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

RESULTADOS					
Pertinencia	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Consistencia	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la medición	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.



Tendencia	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
Comparación	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación

#### Anexo 4. Criterios de Priorización

<b>CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN</b>		
<b>Riesgo</b>	<b>Costo</b>	<b>Volumen</b>
<p>Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento</p>	<p>Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.</p>	<p>Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve</p>
<p>Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento</p>	<p>Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.</p>	<p>Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.</p>
<p>Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento</p>	<p>Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.</p>	<p>Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.</p>

## Anexo 5. Calificación Cualitativa de los Estándares del Servicio de Urgencias

ESTANDAR	CALIFICACION CUALITATIVA	
	FORTALEZAS	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<b>1. ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL</b>		
<b>ESTANDARES DEL SERVICIO DE URGENCIAS</b>		
1. (1) Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.		Elaborar la declaración de derechos y deberes de los pacientes o el código de ética del proceso de atención al cliente.
		Incorporar la declaración de derechos y deberes o el código de ética del proceso de atención al cliente, dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.
2. (2) La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices		Entrenar y capacitar al personal que labora en el servicio de urgencia sobre la declaración de los derechos y deberes o el código de ética.
		Evaluar sistemáticamente la aplicación de la declaración de derechos y deberes o el código de ética.

ACCESO		
3. (3) Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.	Se cuenta con el proceso de atención al cliente desde su ingreso hasta el egreso de la IPS.	Capacitar a todo el personal de la IPS sobre el proceso de atención al cliente.
REGISTRO E INGRESO		
4. (4) Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.	Existe el proceso de admisión del paciente.	Incorporar dentro del proceso de admisión del paciente, lo relacionado con la preparación del paciente para la atención y tratamiento.
4.1. Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso.		Elaborar el proceso de información inicial del paciente, en el cual de eduque sobre la estancia, atención y cuidados y los diferentes aspectos administrativos de su atención.
4.2. Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:		
“ Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.		Incorporar dentro del proceso de atención al cliente, mecanismos que permitan informar a los pacientes y sus familiares sobre las personas claves que puedan dar respuesta a sus necesidades de atención y calidad de la misma.
• Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación	Se tiene establecido y socializado el horario de visitas y procesos administrativos como son los horarios de salidas, de entrega de documentación, entre otros.	
∅ La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.	Se informa al paciente y sus familiares sobre la atención a recibir y los responsables de la misma.	Documentar dentro del proceso lo relacionado con la secuencia de eventos e indicaciones sobre la atención y los responsables de la misma.

<p>Ø Derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos.</p>	<p>Se cuenta con los planes de beneficios tanto en medio físico como magnético.</p>	<p>Informar a los usuarios y sus familiares acerca de los planes de beneficios de acuerdo a su vinculación como usuarios del régimen contributivo o subsidiado.</p>
<p>6. (6) La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguientes criterios.</p>	<p>Se cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso.</p>	<p>Incorporar el personal idóneo y necesario para conformar un equipo de trabajo interdisciplinario.</p>
<p>6.1. La evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad, están plenamente identificadas en colaboración con él, e incluye:</p>		
<p>§ Conocimiento del paciente acerca de su patología.</p>	<p>El personal de urgencias informa al paciente y su familia acerca de la patología que padece.</p>	
<p>§ Es reentrenado periódicamente en las actividades específicas que sirve.</p>		<p>Elaborar y aplicar un adecuado cronograma de capacitaciones, que incluya el curso de ACLS-BLS.</p>
<p>7. (7) La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobreagregada, requiere técnicas especiales de aislamiento</p>	<p>Se cuenta con guías y protocolo de manejo para pacientes que requieren aislamiento, que son conocidas por el personal a cargo.</p>	
<p>7.1. Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad</p>	<p>Se cuenta con salas especiales en observación de urgencias que garantizan tanto la privacidad como el aislamiento de los pacientes que los requieren.</p>	

<p>8.2. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado, el cual es requerido para todos los procedimientos médicos. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p>	<p>Se cuenta con el formato de consentimiento informado.</p>	<p>Ampliar la información que se le brinda a los pacientes y sus familiares respecto al consentimiento informado y todo lo que la aceptación o negación de este formato implica.</p>
<p>8.4. Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante</p>	<p>Se registra en la historia clínica la decisión negativa por parte del paciente y/o familiares respecto al tratamiento propuesto y se hace firmar dicha nota.</p>	<p>Crear e implementar un formato de no aceptación del tratamiento propuesto por el personal de la IPS.</p>
<p>9. (9) Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones e incluyen</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos</li> </ul>	<p>Se cuenta con las guías y el conocimiento respecto a la consejería en temas obstétricos.</p>	<p>Incorporar dentro del personal de urgencias profesionales de la psicología y trabajo social.</p>
<p>§ Consejería y apoyo emocional al paciente y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluyendo la muerte y donación de órganos, cuando aplique.</p>	<p>Se cuenta con las guías y el conocimiento respecto a la consejería en temas relacionados con cada patología.</p>	<p>Incorporar dentro del personal de urgencias profesionales de la psicología y trabajo social.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo espiritual / religioso</li> </ul>	<p>No existen barreras para la prestación de apoyo espiritual/religioso, respetando las creencias individuales</p>	<p>Garantizar la prestación de apoyo espiritual/religioso a los pacientes y sus familiares, respetando las creencias personales</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica se realiza una valoración anestésica prequirúrgica</li> </ul>	<p>Se cuenta con valoración prequirúrgica de todos los pacientes que van a ser sometidos a cirugía.</p>	

10. (10) La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad, lo cual incluye:		
• Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.	Se cuenta con consultorios que garantizan la privacidad de cada paciente.	
11. (11) El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, lo cual incluye		
12.2. La planeación de la investigación diagnóstica incluye:		
§ Se cuenta con un sitio para referir las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente.	Se cuenta con una red de servicios adecuada y suministrada por la EAPB a la cual pertenece el paciente.	
§ Existe una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas las muestras, cómo son transportadas las muestras y cómo son notificados los resultados.	Se cuenta con guías y protocolos de laboratorio clínico y de radiología.	
§ Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante.	Se cuenta con formatos de solicitud de paraclínicos que incluyen resumen de la atención y diagnóstico.	
§ Se instruye al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes.	Se cuenta con guías y protocolos de laboratorio clínico y de radiología.	
§ Los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable, y fecha de resultados.	Todos los paraclínicos solicitados se encuentran interpretados y registrados en la historia clínica.	
§ Se provee información a los pacientes y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados mentales o en estado de inconsciencia.	Todo resultado de un paraclínico es notificado al paciente o sus familiares.	

§ Se realizan análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.	Se realiza valoración médica pertinente para la toma de conducta con el paciente y se registra en la historia clínica.	
13. (13) Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.	Se cuenta con guías y protocolos de atención integral de los pacientes y son conocidas por el personal de salud.	
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO		
14.2. El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, la cual incluye como mínimo:		
§ Óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos.	Se le informa al paciente y sus familiares el plan de tratamiento y se registra en la historia clínica.	Crear e implementar un formato que evalúe el entendimiento y aceptación del tratamiento propuesto por el personal de la IPS.
• El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma.	Se le informa al paciente y sus familiares sobre el proceso de la enfermedad se y registra en la historia clínica.	
15.1 Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente.	Se cuenta con guías clínicas de medicina basada en la evidencia, adaptadas de la literatura nacional e internacional.	
15.2 La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o Guías de Práctica Clínica.		Realizar evaluación periódica y por pares de las historias clínicas y que permitan monitorizar y mejorar las Guías de Práctica Clínica.
16. • Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, si aplica, y respondidos.	Todos los reclamos y sugerencias son atendidos, evaluados y respondidos.	Mejorar el proceso de SIAU y adecuarlo para que sea mas operativo.
§ Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación.	Se hace reunión con el área involucrada y se toman los correctivos a lugar.	



EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO		
17. (17) La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica	Se hacen rondas diarias y se adecuan los planes de tratamiento según la evolución.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.</li> </ul>		Realizar evaluación periódica de las historias clínicas y que permitan monitorizar y mejorar las Guías de Práctica Clínica y los procesos asistenciales.
SALIDA Y SEGUIMIENTO		
18. (18) Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios	Todo paciente que egresa de urgencia tiene registrada la epicrisis donde se hace el resumen de atención y se registra el plan de manejo ambulatorio.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de toda la información relevante a la Empresa Promotora de Salud, Administradora de Régimen Subsidiado, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.</li> </ul>	Se entrega copia de la historia o de la epicrisis para ser anexada junto con las órdenes solicitadas para continuar el manejo del paciente cuando requiere controles.	Adaptar e implementar adecuadamente los requerimientos del decreto 4747/2007 y sus reglamentarios.
o Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento, si aplica.	Se diligencia el formato de referencia con los datos relevantes de la atención del paciente.	Diligenciar el formato de referencia con mayor profundidad y que refleje la atención recibida y las ayudas diagnósticas practicadas.
20. (20) La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento		Elaborar el proceso de seguimiento a los pacientes que egresan de urgencias de la IPS y que permitan evaluar la adherencia a los tratamientos y manejos ambulatorios planteados a su egreso.
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		
22. (22) Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento	Se cuenta con un PAMEC institucional y adaptado a cada área.	

22.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.	Se cuenta con un PAMEC institucional y adaptado a cada área.	Incorporar dentro de la planta de personal una persona idónea que sea responsable del PAMEC.
22.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.		Involucrar dentro del PAMEC a los usuarios y sus familias.
22.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.	Se socializan oportunamente los cambios realizados al plan de mejoramiento.	
22.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados	El plan de mejoramiento esta adecuado a las exigencias normativas del SOGC y se desarrollo con la participación del equipo de salud y tiene la ficha técnica respectiva.	Comparar y analizar los indicadores del plan de mejoramiento frente a estándares profesionales aceptados.
23. (23) Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.		Ejecutar el proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.
23.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:		
Ø Seguridad	La seguridad es uno de los criterios a ser tenidos en cuenta en el plan de mejoramiento.	
Ø Continuidad	La continuidad es uno de los criterios a ser tenidos en cuenta en el plan de mejoramiento.	
Ø Coordinación	La coordinación es uno de los criterios a ser tenidos en cuenta en el plan de mejoramiento.	
Ø Competencia	La competencia es uno de los criterios a ser tenidos en cuenta en el plan de mejoramiento.	

∅ Aceptabilidad	La aceptabilidad es uno de los criterios a ser tenidos en cuenta en el plan de mejoramiento.	
24. (24) Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.		Monitorizar permanentemente los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les debe implementar actividades de mejoramiento.
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.		Evaluar sistemáticamente el plan de mejoramiento.
25. (25) Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.		Comunicar los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad.
25.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.		Comunicar al personal de la IPS, a los proveedores, a las EPS, a los pacientes y sus familias, a la comunidad, los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad.
25.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.		Comunicar los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad por medio de canales apropiados y que permitan llegar a sus destinatarios.
REMISIÓN AL SERVICIO DE COMPLEJIDAD SUPERIOR		
79. (67) Los profesionales explican al paciente la pertinencia del por qué es necesario contar con una opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento.	Se informa al paciente y sus familiares sobre la necesidad de atención en otra institución que por ser de mayor complejidad puede beneficiar el tratamiento y manejo del paciente.	

### Anexo 6. Calificación Cuantitativa de los Estándares del Servicio de Urgencias (Hoja de Radar)

CALIFICACION CUALITATIVA	ESCALA DE CALIFICACIÓN				
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN	
OPORTUNIDAD DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo
Elaborar la declaración de derechos y deberes de los pacientes o el código de ética del proceso de atención al cliente.	1	1	1	1	1
Incorporar la declaración de derechos y deberes o el código de ética del proceso de atención al cliente, dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	1	1	1	1	3
Entrenar y capacitar al personal que labora en el servicio de urgencia sobre la declaración de los derechos y deberes o el código de ética.	1	1	1	1	1
Evaluar sistemáticamente la aplicación de la declaración de derechos y deberes o el código de ética.	2	2	1	3	2

Capacitar a todo el personal de la IPS sobre el proceso de atención al cliente.	2	1	2	2	3
Incorporar dentro del proceso de admisión del paciente, lo relacionado con la preparación del paciente para la atención y tratamiento.	2	2	2	2	2
Elaborar el proceso de información inicial del paciente, en el cual de eduque sobre la estancia, atención y cuidados y los diferentes aspectos administrativos de su atención.	1	1	1	1	1
Incorporar dentro del proceso de atención al cliente, mecanismos que permitan informar a los pacientes y sus familiares sobre las personas claves que puedan dar respuesta a sus necesidades de atención y calidad de la misma.	1	1	1	1	1
Documentar dentro del proceso lo relacionado con la secuencia de eventos e indicaciones sobre la atención y los responsables de la misma.	3	2	2	3	3
Informar a los usuarios y sus familiares acerca de los planes de beneficios de acuerdo a su vinculación como usuarios del régimen contributivo o subsidiado.	3	2	2	2	3

Incorporar el personal idóneo y necesario para conformar un equipo de trabajo interdisciplinario.	2	2	2	3	3
Elaborar y aplicar un adecuado cronograma de capacitaciones, que incluya el curso de ACLS-BLS.	1	1	1	1	1
Ampliar la información que se le brinda a los pacientes y sus familiares respecto al consentimiento informado y todo lo que la aceptación o negación de este formato implica.	3	2	2	3	3
Crear e implementar un formato de no aceptación del tratamiento propuesto por el personal de la IPS.	3	2	2	3	3
Incorporar dentro del personal de urgencias profesionales de la psicología y trabajo social.	3	2	2	3	3
Incorporar dentro del personal de urgencias profesionales de la psicología y trabajo social.	3	2	2	3	3
Garantizar la prestación de apoyo espiritual/religioso a los pacientes y sus familiares, respetando las creencias personales	2	2	1	3	3

Crear e implementar un formato que evalúe el entendimiento y aceptación del tratamiento propuesto por el personal de la IPS.	3	2	2	3	3
Realizar evaluación periódica y por pares de las historias clínicas y que permitan monitorizar y mejorar las Guías de Práctica Clínica.	1	1	1	1	1
Mejorar el proceso de SIAU y adecuarlo para que sea mas operativo.	2	2	2	3	3
Realizar evaluación periódica de las historias clínicas y que permitan monitorizar y mejorar las Guías de Práctica Clínica y los procesos asistenciales.	1	1	1	1	1
Adaptar e implementar adecuadamente los requerimientos del decreto 4747/2007 y sus reglamentarios.	2	2	2	2	3
Diligenciar el formato de referencia con mayor profundidad y que refleje la atención recibida y las ayudas diagnosticas practicadas.	3	2	2	3	3
Elaborar el proceso de seguimiento a los pacientes que egresan de urgencias de la IPS y que permitan evaluar la adherencia a los tratamientos y manejos ambulatorios planteados a su egreso.	1	1	1	1	1

Incorporar dentro de la planta de personal una persona idónea que sea responsable del PAMEC.	3	2	2	2	2
Involucrar dentro del PAMEC a los usuarios y sus familias.	2	1	1	2	2
Comparar y analizar los indicadores del plan de mejoramiento frente a estándares profesionales aceptados.	3	2	2	3	2
Ejecutar el proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	1	1	1	1	1
Monitorizar permanentemente los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les debe implementar actividades de mejoramiento.	1	1	1	1	1
Evaluar sistemáticamente el plan de mejoramiento.	1	2	1	1	1
Comunicar los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad.	1	1	1	1	1
Comunicar al personal de la IPS, a los proveedores, a las EPS, a los pacientes y sus familias, a la comunidad, los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad.	1	1	1	1	1



Comunicar los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad por medio de canales apropiados y que permitan llegar a sus destinatarios.	1	1	1	1	1
---	---	---	---	---	---

CALIFICACION CUALITATIVA	ESCALA DE CALIFICACION						CRITERIOS DE PRIORIZACION			
	RESULTADOS					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
OPORTUNIDAD DE MEJORA	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación					
Elaborar la declaración de derechos y deberes de los pacientes o el código de ética del proceso de atención al cliente.	1	1	1	1	1	10	5	3	4	60
Incorporar la declaración de derechos y deberes o el código de ética del proceso de atención al cliente, dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	1	1	1	1	1	12	5	3	4	60
Entrenar y capacitar al personal que labora en el servicio de urgencia sobre la declaración de los derechos y deberes o el código de ética.	1	1	1	1	1	10	5	4	5	100
Evaluar sistemáticamente la aplicación de la declaración de derechos y deberes o el código de ética.	3	1	2	2	2	20	4	3	4	48
Capacitar a todo el personal de la IPS sobre el proceso de atención al cliente.	3	2	2	2	2	21	4	3	5	60

Incorporar dentro del proceso de admisión del paciente, lo relacionado con la preparación del paciente para la atención y tratamiento.	2	3	2	3	2	22	4	4	4	<b>64</b>
Elaborar el proceso de información inicial del paciente, en el cual de eduque sobre la estancia, atención y cuidados y los diferentes aspectos administrativos de su atención.	1	1	1	1	1	10	3	4	4	<b>48</b>
Incorporar dentro del proceso de atención al cliente, mecanismos que permitan informar a los pacientes y sus familiares sobre las personas claves que puedan dar respuesta a sus necesidades de atención y calidad de la misma.	1	1	1	1	1	10	4	2	5	<b>40</b>
Documentar dentro del proceso lo relacionado con la secuencia de eventos e indicaciones sobre la atención y los responsables de la misma.	2	3	3	3	2	26	3	3	4	<b>36</b>

Informar a los usuarios y sus familiares acerca de los planes de beneficios de acuerdo a su vinculación como usuarios del régimen contributivo o subsidiado.	2	3	3	2	2	24	3	4	3	<b>36</b>
Incorporar el personal idóneo y necesario para conformar un equipo de trabajo interdisciplinario.	3	2	2	2	2	23	3	5	5	<b>75</b>
Elaborar y aplicar un adecuado cronograma de capacitaciones, que incluya el curso de ACLS-BLS.	1	1	1	1	1	10	5	5	5	<b>125</b>
Ampliar la información que se le brinda a los pacientes y sus familiares respecto al consentimiento informado y todo lo que la aceptación o negación de este formato implica.	3	2	3	3	3	27	3	2	4	<b>24</b>
Crear e implementar un formato de no aceptación del tratamiento propuesto por el personal de la IPS.	3	2	2	2	3	25	3	2	3	<b>18</b>
Incorporar dentro del personal de urgencias profesionales de la psicología y trabajo social.	3	2	3	2	1	24	3	2	4	<b>24</b>

Incorporar dentro del personal de urgencias profesionales de la psicología y trabajo social.	3	2	2	2	1	23	3	2	4	<b>24</b>
Garantizar la prestación de apoyo espiritual/religioso a los pacientes y sus familiares, respetando las creencias personales	3	2	2	2	2	22	1	1	3	<b>3</b>
Crear e implementar un formato que evalúe el entendimiento y aceptación del tratamiento propuesto por el personal de la IPS.	3	2	2	3	2	25	3	2	4	<b>24</b>
Realizar evaluación periódica y por pares de las historias clínicas y que permitan monitorizar y mejorar las Guías de Práctica Clínica.	1	1	1	1	1	10	4	4	5	<b>80</b>
Mejorar el proceso de SIAU y adecuarlo para que sea mas operativo.	2	2	2	2	2	22	3	4	5	<b>60</b>
Realizar evaluación periódica de las historias clínicas y que permitan monitorizar y mejorar las Guías de Práctica Clínica y los procesos asistenciales.	1	1	1	1	1	10	4	4	5	<b>80</b>

Adaptar e implementar adecuadamente los requerimientos del decreto 4747/2007 y sus reglamentarios.	2	3	2	2	2	22	4	4	4	<b>64</b>
Diligenciar el formato de referencia con mayor profundidad y que refleje la atención recibida y las ayudas diagnosticas practicadas.	3	2	3	2	2	25	3	4	4	<b>48</b>
Elaborar el proceso de seguimiento a los pacientes que egresan de urgencias de la IPS y que permitan evaluar la adherencia a los tratamientos y manejos ambulatorios planteados a su egreso.	1	1	1	1	1	10	3	3	5	<b>45</b>
Incorporar dentro de la planta de personal una persona idónea que sea responsable del PAMEC.	2	2	2	2	2	21	3	5	5	<b>75</b>
Involucrar dentro del PAMEC a los usuarios y sus familias.	1	1	1	2	2	15	3	2	5	<b>30</b>
Comparar y analizar los indicadores del plan de mejoramiento frente a estándares profesionales aceptados.	2	2	2	3	2	23	4	3	4	<b>48</b>

Ejecutar el proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	1	1	1	1	1	10	4	3	4	<b>48</b>
Monitorizar permanentemente los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les debe implementar actividades de mejoramiento.	1	1	1	1	1	10	4	4	5	<b>80</b>
Evaluar sistemáticamente el plan de mejoramiento.	1	1	1	1	1	11	4	4	5	<b>80</b>
Comunicar los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad.	1	1	1	1	1	10	3	3	5	<b>45</b>
Comunicar al personal de la IPS, a los proveedores, a las EPS, a los pacientes y sus familias, a la comunidad, los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad.	1	1	1	1	1	10	3	2	5	<b>30</b>
Comunicar los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad por medio de canales apropiados y que permitan llegar a sus destinatarios.	1	1	1	1	1	10	3	3	4	<b>36</b>

## Anexo 7. Oportunidades de Mejora Priorizadas

OPORTUNIDAD DE MEJORA	CRITERIOS DE PRIORIZACION			TOTAL
	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	
Elaborar la declaración de derechos y deberes de los pacientes o el código de ética del proceso de atención al cliente.	5	3	4	<b>60</b>
Incorporar la declaración de derechos y deberes o el código de ética del proceso de atención al cliente, dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	5	3	4	<b>60</b>
Entrenar y capacitar al personal que labora en el servicio de urgencia sobre la declaración de los derechos y deberes o el código de ética.	5	4	5	<b>100</b>
Evaluar sistemáticamente la aplicación de la declaración de derechos y deberes o el código de ética.	4	3	4	<b>48</b>
Capacitar a todo el personal de la IPS sobre el proceso de atención al cliente.	4	3	5	<b>60</b>
Incorporar dentro del proceso de admisión del paciente, lo relacionado con la preparación del paciente para la atención y tratamiento.	4	4	4	<b>64</b>
Incorporar el personal idóneo y necesario para conformar un equipo de trabajo interdisciplinario.	3	5	5	<b>75</b>
Elaborar y aplicar un adecuado cronograma de capacitaciones, que incluya el curso de ACLS-BLS.	5	5	5	<b>125</b>
Realizar evaluación periódica y por pares de las historias clínicas y que permitan monitorizar y mejorar las Guías de Práctica Clínica.	4	4	5	<b>80</b>
Mejorar el proceso de SIAU y adecuarlo para que sea mas operativo.	3	4	5	<b>60</b>



Realizar evaluación periódica de las historias clínicas y que permitan monitorizar y mejorar las Guías de Práctica Clínica y los procesos asistenciales.	4	4	5	<b>80</b>
Adaptar e implementar adecuadamente los requerimientos del decreto 4747/2007 y sus reglamentarios.	4	4	4	<b>64</b>
Incorporar dentro de la planta de personal una persona idónea que sea responsable del PAMEC.	3	5	5	<b>75</b>
Monitorizar permanentemente los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les debe implementar actividades de mejoramiento.	4	4	5	<b>80</b>
Evaluar sistemáticamente el plan de mejoramiento.	4	4	5	<b>80</b>

## Anexo 8. Plan de Mejoramiento

PLAN DE MEJORAMIENTO					
ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	RESULTADO ESPERADO (QUE)	DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA (COMO)	RESPONSABLE (QUIEN)	DONDE SE REALIZARA LA ACCION DE MEJORA	FECHA PARA LA OBTENCION DEL RESULTADO (CUANDO)
1. (1) Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	Elaborar la declaración de derechos y deberes de los pacientes o el código de ética del proceso de atención al cliente.	Con base en la normatividad vigente y las expectativas de los trabajadores y usuarios de la clínica, se elaborara la declaración de los derechos y deberes de los pacientes o el código de ética del proceso de atención al cliente.	Comités de áreas. Comité de gerencia.	Áreas de servicio. Gerencia	Julio de 2010
	Incorporar la declaración de derechos y deberes o el código de ética del proceso de atención al cliente, dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	Incorporando la declaración de derechos y deberes o el código de ética del proceso de atención al cliente, dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	Comité de gerencia	Gerencia	Julio de 2010
2. (2) La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices	Entrenar y capacitar al personal que labora en el servicio de urgencia sobre la declaración de los derechos y deberes o el código de ética	Programando capacitaciones periódicas y continuas dirigidas al personal que labora en el servicio de urgencias sobre la declaración de los derechos y deberes o el código de ética.	Coordinador de Urgencias	Auditorio IPS	A partir de Agosto de 2010 y según cronograma de capacitaciones

	Evaluar sistemáticamente la aplicación de la declaración de derechos y deberes o el código de ética.	Evaluando periódicamente la declaración de derechos y deberes y el código de ética	Coordinador de Urgencias	Coordinación de urgencias.	A partir de Agosto de 2010 y según cronograma de evaluaciones
3. (3) Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.	Capacitar a todo el personal de la IPS sobre el proceso de atención al cliente.	Programando capacitaciones periódicas y continuas dirigidas al personal que labora en el servicio de urgencias sobre el proceso de atención al cliente.	Coordinador de Urgencias	Auditorio IPS	A partir de Julio de 2010 y según cronograma de capacitaciones
4. (4) Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.	Incorporar dentro del proceso de admisión del paciente, lo relacionado con la preparación del paciente para la atención y tratamiento.	Ampliando el proceso de admisión del paciente al servicio de urgencias, en el cual se incorporara lo relacionado con la preparación del paciente para la atención y el tratamiento.	Comité de urgencias.	Coordinación de urgencias.	Julio de 2010.
6. (6) La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguientes criterios.	Incorporar el personal idóneo y necesario para conformar un equipo de trabajo interdisciplinario.	Contratando un profesional de Psicología y Trabajo Social, que junto con el personal existente permita la conformación de un equipo interdisciplinario que se encargue del proceso de evaluación de necesidades y expectativas del paciente y sus familias.	Gerencia.	Recursos humanos.	Julio de 2010.
§ Es reentrenado periódicamente en las actividades específicas que sirve.	Elaborar y aplicar un adecuado cronograma de capacitaciones, que incluya el curso de ACLS-BLS.	Programando capacitaciones periódicas y continuas dirigidas al personal que labora en el servicio de urgencias sobre los diferentes procesos a ser aplicados en el servicio y los cuales incluyan actualizaciones clínicas y de destrezas en el manejo de pacientes como sería el curso ACLS-BLS según corresponda.	Coordinador de Urgencias	Auditorio IPS	A partir de Julio de 2010 y según cronograma de capacitaciones

15.2 La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o Guías de Práctica Clínica.	Realizar evaluación periódica y por pares de las historias clínicas y que permitan monitorizar y mejorar las Guías de Práctica Clínica.	Organizando grupos de pares que evalúen periódicamente las historias clínicas de urgencias y con base en los hallazgos se monitoricen las Guías de Práctica Clínica y según los resultados de monitorización se propongan mejoras a dichas guías.	Coordinador de Urgencias. Grupos de Pares.	Archivo de Historias Clínicas.	A partir de Julio de 2010 y mensualmente.
16. • Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, si aplica, y respondidos.	Mejorar el proceso de SIAU y adecuarlo para que sea mas operativo.	Designando un responsable del proceso de SIAU que operativice dicho proceso y se encargue de las evaluaciones y adecuaciones del mismo en coordinación con los diferentes responsables del mismo y las distintas áreas.	Gerencia.	Recursos humanos.	Julio de 2010
• La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.	Realizar evaluación periódica de las historias clínicas y que permitan monitorizar y mejor las Guías de Práctica Clínica y los procesos asistenciales.	Evalutando periódicamente las historias clínicas de urgencias y con base en los hallazgos se monitoricen las Guías de Práctica Clínica y según los resultados de monitorización se propongan mejoras a dichas guías y a los diferentes procesos asistenciales.	Coordinador de Urgencias. Grupos de Pares.	Coordinación de urgencias.	A partir de Julio de 2010 y mensualmente.
• Comunicación de toda la información relevante a la Empresa Promotora de Salud, Administradora de Régimen Subsidiado, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.	Adaptar e implementar adecuadamente los requerimientos del decreto 4747/2007 y sus reglamentarios.	Implementando y adaptando al servicio de urgencias las exigencias normativas, particularmente el decreto 4747 de 2007 y las resoluciones 3047 y 5334 de 2008 y que permitan informar oportunamente a las EAPB para que garanticen una atención integral a los usuarios y realicen los respectivos seguimientos ambulatorios de los mismos.	Coordinador y personal de Referencia y Contrarreferencia.	Coordinación de Referencia y Contrarreferencia.	Julio de 2010
22.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.	Incorporar dentro de la planta de personal una persona idónea que sea responsable del PAMEC.	Contratando un profesional del área de la salud y con estudios o experiencia en PAMEC, que se encargue de coordinar y sea el responsable del proceso de calidad y del PAMEC.	Gerencia.	Recursos humanos.	Julio de 2010

<p>24. (24) Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>	<p>Monitorizar permanentemente los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les debe implementar actividades de mejoramiento.</p>	<p>Priorizando permanentemente las oportunidades de mejora que resulten de la evaluación sistemática y continua de los procesos y mediante la aplicación del PHVA.</p>	<p>Coordinador de Calidad.</p>	<p>Coordinación de Calidad.</p>	<p>Julio de 2010</p>
<p>El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</p>	<p>Evaluar sistemáticamente el plan de mejoramiento.</p>	<p>Evaluando periódicamente los avances del plan de mejoramiento, recolectando oportunamente la información, procesándola y arrojando resultados y apoyados con un cronograma claro para alcanzar los objetivos de mejoramiento.</p>	<p>Coordinador de Calidad.</p>	<p>Coordinación de Calidad.</p>	<p>A partir de Julio de 2010 y según cronograma de actividades</p>