

**REESTRUCTURACIÓN DEL PAMEC DE LA ESE NUESTRA SEÑORA DE LAS
NIEVES**

**SANDRA MILENA AMAYA TORO
JUANITA PLATA MEJÍA
LINA MERCEDES SANTOS RÍOS**

**UNIVERSIDAD DEL CES – UNAB
OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
AUDITORÍA Y CALIDAD EN SALUD
BUCARAMANGA
2011**

**REESTRUCTURACIÓN DEL PAMEC DE LA ESE NUESTRA SEÑORA DE LAS
NIEVES**

**SANDRA MILENA AMAYA TORO
JUANITA PLATA MEJÍA
LINA MERCEDES SANTOS RÍOS**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTAS EN AUDITORÍA EN SALUD

**ASESOR:
WILMAR ALONSO ALCARAZ OTALVARO**

**UNIVERSIDAD DEL CES – UNAB
OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
AUDITORÍA Y CALIDAD EN SALUD
BUCARAMANGA
2011**

“Lo esencial para el éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos, a fin de cuenta, el secreto de la calidad es el amor, uno debe amar a su paciente, amar a su profesión, amar a su Dios, entonces puedes volver a mirar para monitorear y mejorar el sistema”

AVEDIS DONABEDIAN

NOTA DE ACEPTACIÓN

WILMAR ALONSO ALCARAZ OTALVARO
TUTOR

CARLOS MARIO TAMAYO RENDÓN
JURADO

07 DE MAYO 2001

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios por habernos guiado e iluminado, en el desarrollo de este trabajo, todos los días colocamos en ti nuestras necesidades, como lo dice en Proverbios 16:3: *“Pon en manos del Señor todas tus obras, y tus proyectos se cumplirán”*.

A nuestros esposos, hijos, padres y hermanos, quienes permanentemente nos apoyaron con espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente al desarrollo de nuestras metas y objetivos propuestos.

A nuestro asesor Dr. Wilmar Alcaraz, los coordinadores del Convenio CES-UNAB y a todos los docentes que nos acompañaron en esta especialización, brindándonos siempre sus orientaciones con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos.

A todos nuestros compañeros que indudablemente hicieron parte de un gran equipo, donde resaltó siempre la solidaridad, amabilidad, responsabilidad, respeto, amistad, sinceridad, cordialidad y espontaneidad.

“Se alcanza el éxito convirtiendo cada paso en una meta y cada meta en un paso” (C.C. Cortez).

Y además el fracaso no existe, salvo cuando dejamos de esforzarnos.
(Juan Pablo Marat).

Sandra Milena, Juanita y Lina Mercedes

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar le agradecemos al Dios de la vida, por estar siempre con nosotras, ayudarnos a terminar este proyecto y darnos la suficiente fuerza, coraje, dedicación, entendimiento y comprensión para alcanzar una meta más en nuestras vidas.

A nuestros esposos, Fernando, Juan Carlos y Oscar Fernando, que día tras día nos apoyaron incondicionalmente con su voces de entusiasmo, optimismo, brillando siempre la luz del amor en sus palabras, que aún en las situaciones más críticas estaban allí, de nuevo mil gracias.

A nuestro hijos Santiago, Luis Fernando y Andrés Fernando, que indudablemente son el motivo de este gran esfuerzo en este trabajo. Igualmente a nuestros padres y hermanos, gracias por sus palabras de apoyo.

A nuestro tutor, Wilmar Alonso Alcaraz Otalvaro, por sus valiosas asesorías y participación activa, compartiendo su experiencia y amplio conocimiento acerca del tema. Agradecemos de antemano sus rápidas y certeras respuestas a las diferentes inquietudes surgidas durante el desarrollo de este trabajo, lo cual se refleja en los buenos resultados obtenidos. Por consiguiente resaltamos la total disponibilidad, dedicación y paciencia que nos hizo en cada una de las tutorías. ¡Muchas gracias Dr. Wilmar!

A la ESE Nuestra Señora de las Nieves, por permitirnos participar en la Reestructuración del PAMEC brindándonos la oportunidad de tener un acercamiento a la realidad de la Institución frente a la calidad.

A todos nuestros docentes, coordinadores y directivos del convenio UNAB-CES, quienes fueron forjadores de nuestro saber, por desarrollar en nosotros un espíritu crítico, gracias a sus grandiosas experiencias y trayectoria, permitiéndonos tener confianza para seguir creciendo en este campo profesional.

A todos nuestros compañeros de la Auditoría de salud, por todos los momentos compartidos que nos fortalecieron como gran equipo. A todos aquellos que de una y otra forma tuvieron que ver con el logro de esta meta y a todos ustedes queridos lectores.

Sandra Milena, Juanita y Lina Mercedes

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
NOTA DE ACEPTACIÓN	5
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTOS	7
GLOSARIO	15
RESUMEN	20
INTRODUCCIÓN	22
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	23
1.1. Planteamiento del problema	23
1.2. Justificación del problema	23
1.3. Pregunta de investigación	26
2. MARCO TEORICO	27
2.1. Estado actual	27
2.2. Marco legal y normativo	28
3. OBJETIVOS	31
3.1. Objetivo general	31
3.2. Objetivos específicos	31

	Pág.
4. METODOLOGÍA Y RESULTADOS	32
4.1. Tipo de Estudio	32
4.2. Planificación Metodológica	32
4.3. Ruta Crítica	33
4.3.1. Autoevaluación	34
4.3.2. Selección de procesos	36
4.3.3. Priorización de procesos	36
4.3.4. Definición de la Calidad Esperada	40
4.3.5. Medición Inicial de Procesos Prioritarios	43
4.3.6. Plan de Acción para Procesos Seleccionados	45
4.3.7. Ejecución del Plan de Acción	46
4.3.8. Evaluación del Mejoramiento	46
4.3.9. Aprendizaje Organizacional	47
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	55

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Ruta Crítica del PAMEC	33
Figura 2. Autoevaluación Cualitativa y Cuantitativa	35
Figura 3. Mapa de Procesos antiguo frente al actual	37
Figura 4. Diagrama de Pareto de la Matriz de Priorización	39

LISTA TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Estándares Asistenciales de Acreditación	35
Tabla 2. Frecuencias de la Matriz de Priorización	39
Tabla 3. Semaforización de los Procesos Priorizados	40
Tabla 4. Las 10 Primeras Causas de Consulta del Proceso Ambulatorio	41
Tabla 5. Los 12 Procedimientos realizados en atención de Urgencias por Médico y Enfermera	42
Tabla 6. Indicadores para la ESE Nuestra Señora de las Nieves	42
Tabla 7. Meta para la ESE y sus referentes	43

ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Entrevista	56
Anexo 2. Hoja Radar	57
Anexo 3. Evaluación Cualitativa y Cuantitativa	58
Anexo 4. Caracterización de los Procesos	59
Anexo 5. Cadena de Valores	74
Anexo 6. Flujogramas	77
Anexo 7. Matriz de Priorización	82
Anexo 8. Ficha de Indicadores	83
Anexo9. Tablero de Indicadores	113
Anexo 10. Formato Programa de auditoria	114
Anexo 11. Formato para Planear el Proceso de Auditoría	115
Anexo 12. Cronograma de Auditoría	116

	Pág.
Anexo 13. Formato Relación de Informes y Responsables de los Planes de auditoria	117
Anexo 14. Formato Plan de auditoria	118
Anexo 15. Formato del Plan de Mejoramiento de la Calidad	119
Anexo 16. Formato de Seguimiento al Plan de Mejora	120
Anexo 17. Formato Acta de Comité	121

GLOSARIO

- **ATENCIÓN EN SALUD:** Conjunto de servicios clínico-administrativo, actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales, fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- **ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE:** Los servicios deben identificar con precisión quiénes son sus clientes y cuáles son sus necesidades y expectativas del cuidado y servicio.
- **ACCESIBILIDAD:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud, que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud.
- **ACEPTABILIDAD:** Aspecto relacionado con la satisfacción de los usuarios, respecto de la valoración que estos relacionan acerca del costo, la calidad, la seguridad, la actitud del proveedor. Los resultados, la conveniencia u otros aspectos relevantes relacionados con una determinada atención en salud.
- **AUTOCONTROL:** cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la organización.

- **AUDITORIA INTERNA:** evaluación sistemática de la calidad, realizada por la misma institución, por una estancia externa al proceso que se audita, con el propósito de contribuir a la cultura del autocontrol.
- **AUDITORIA EXTERNA:** evaluación sistemática realizada por un ente externo a la institución, con el propósito de verificar la realización de los procesos de auditoria interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoria de segundo orden con base en los acuerdos previamente pactados.
- **CALIDAD EN SALUD:** 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.
- **CICLO PHVA:** Modelo de mejoramiento aplicado a todos los procesos institucionales y se define como: **Planificar:** establece objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la entidad. **Hacer:** implementar los procesos y desarrollar las actividades contenidas en los procedimientos. **Verificar:** realizar seguimiento, la medición de los procesos para informar los resultados. **Actuar:** tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.
- **CRITERIO:** Conjunto de políticas, procedimientos, normas, requisitos, manuales, guías, protocolos.

- **OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO (DEBILIDAD):** Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados por la organización.
- **EFICACIA:** Obtener objetivos y metas.
- **EFICIENCIA:** Relación entre resultado alcanzado y los recursos utilizados. Optimizar recursos.
- **EFFECTIVIDAD:** Logro del resultado con el mejor utilización de los recursos disponibles y que produce un gran impacto.
- **ESTÁNDAR:** Descripción del conjunto de requisitos que se deben cumplir.
- **FORTALEZAS:** los recursos y las destrezas que ha adquirido su empresa; aquello en lo que tiene una posición más consistente que la competencia, (interior de la organización).
- **GUÍA DE ATENCIÓN:** es un instrumento que contiene los lineamientos para la atención, orientan al personal de los servicios y se aplican a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la red de servicios de salud.

- **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA:** Son documentos esencialmente orientadores, que resumen la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de un problema o situación de salud.
- **INDICADOR:** Expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización o proceso, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, podrá estar señalando desviaciones (fallas de calidad o resultados no deseados), sobre los cuales se tomarán acciones de mejora.
- **MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD:** Son las acciones emprendidas en toda la organización, para incrementar la eficiencia, eficacia y efectividad de las actividades y los procesos para suministrar beneficios agregados tanto para la organización como para sus clientes.
- **PROCESO:** Conjunto de actividades que transforman en producto o resultado unos recursos variables, **agregándole valor**, que tiene sentido para el usuario o cliente.
- **PROCEDIMIENTO:** Conjunto de especificaciones relacionadas y ordenadas en tareas para cumplir con las actividades de un proceso. Establece método para realizar las tareas, las asignaciones responsables y actores en la ejecución. Logro de objetivos.
- **PROTOCOLO:** son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una guía de práctica de atención.

- **OPORTUNIDAD:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- **TRABAJO EN EQUIPO:** Significa que el objetivo planeado no es logrado sin la ayuda de todos sus miembros, sin excepción. Trabajar en equipo implica compromiso, no es sólo la estrategia y el procedimiento que la empresa lleva a cabo para alcanzar metas comunes. También es necesario que exista liderazgo, armonía, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación entre cada uno de los miembros.
- **TRAZABILIDAD:** propiedad del resultado de una medición o el valor de un patrón, por el cual puede ser relacionado con los patrones de referencia, usualmente patrones nacionales o internacionales, a través de una cadena ininterrumpida de comparaciones, teniendo establecida las incertidumbres.

RESUMEN

OBJETIVO: Reestructurar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud PAMEC de la ESE Nuestra Señora de las Nieves acorde a las pautas y lineamientos del Ministerio de la Protección Social que contribuya a mejorar la eficiencia y eficacia de sus procesos de atención en salud. **MÉTODOS:** Para la ejecución del proyecto se realizó un estudio descriptivo transversal desarrollando la Ruta crítica del PAMEC, tomando como referente los estándares de acreditación del Anexo técnico No 1 de la resolución 1445 de 2006, para su ejecución se utilizó las siguientes herramientas para la recolección de la información: Formatos de calificación cualitativa y cuantitativa, Matriz de priorización, el análisis de estos se hizo a través de métodos estadísticos, empleándose tablas de frecuencias absoluta y relativa y el diagrama de Pareto, además se dejaron otras herramientas para que el comité de mejoramiento de la calidad ponga en marcha las actividades establecidas para el Programa de Auditoría en el Mejoramiento de la Calidad de la ESE, estas herramientas fueron: fichas y tablero de indicadores, programa, plan y cronograma de auditoría, seguimiento para el plan de auditoría, formato de actas para el comité, formato de relación de informes y responsables de las actividades propuestas en plan de mejoramiento. **RESULTADOS:** se encontró que la ESE los procesos que tiene que priorizar son: el proceso ambulatorio con un 38,1 y el proceso apoyo terapéutico con 28,0, significando que del 100 por ciento de los procesos son los más críticos con respecto a los factores claves de éxito para la institución. **CONCLUSIONES:** La ESE Nuestra Señora de Nieves tiene que adoptar, implementar socializar y realizar seguimiento y evaluación al programa de auditoría del mejoramiento de la calidad creando así cultura organizacional de mejoramiento continuo y buscar la intencionalidad de acreditación. **PALABRAS CLAVES:** PAMEC, Plan de Mejora, Indicadores, Estándares, Proceso, Calidad.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Restructure the Audit Program for Improving the Quality of Health Care PAMEC for the ESE Our Lady of the Snows according to the guidelines and directives of the Ministry of Social Protection to help improve the efficiency and effectiveness of its processes health care. **METHODS:** To implement the project, a descriptive study to develop the critical path of PAMEC, taking as reference accreditation standards of the technical Annex 1 of resolution 1445 of 2006, for its implementation was used the following tools for the gathering of information formats: rating qualitative and quantitative, prioritization matrix, the analysis of these was made through statistical methods, endeavoring tables of absolute and relative frequencies and the Pareto diagram, in addition it left other tools for the committee of quality improvement to implement the activities established for the audit program in improving the quality of hospital that these tools were: chips and indicator panel, program, plan and audit schedule, monitoring for the audit plan, format of the records to the committee, format of relationship of reports and responsible for the activities proposed in the plan of improvement. **RESULTS:** we found that the one that the processes that has to prioritize are: the outpatient process with a 38.1 and the process supportive care with 28.0, meaning that 100 percent of the processes are the most critical with regard to the key success factors for the institution. **CONCLUSIONS:** The hospital Our Lady of the Snows has to adopt, implement socialize and make monitoring and evaluation into the audit program for improvement of the quality thus creating organizational culture of continuous improvement and search for the intentionality of accreditation.

Key words: PÁMEC, Improvement Plan, indicators, standards, process, quality.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), es un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector de la salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país(1), del cual tiene incluido componentes que ninguno es más importante que el otro dentro de estos esta el Sistema único de habilitación, Sistema único de Acreditación, Sistema Único de Información y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) que comprende un conjunto de principios que llevará a la organización a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos o de seguimiento que sirven únicamente para la inspección(2).

El proceso de Autocontrol centrado en el cliente y sus necesidades que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de los clientes (3).

La Auditoría para El Mejoramiento de la Calidad debe verse como un proceso continuo que compromete a toda la organización en la búsqueda de la calidad de la atención salud logrando un aprendizaje organizacional, buena práctica profesional, viabilidad de la institución, respeto hacia los derechos de los pacientes y procurando convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos y estos se deben perfeccionar para que mejoren los resultados, así con sus actividades de evaluación y seguimiento de los procesos prioritarios y la identificación de las brechas de desempeño para propender acciones de mejoramiento y se medirá la calidad deseada. Por todo lo mencionado el Programa de Auditoría del mejoramiento interactúa con lo demás componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad que es único y coherente para alcanzar la finalidad de fortalecer todo el sistema.

1. Decreto 1011 de 2006

2. Pautas y Guías del Ministerio de Protección Social, pág. 2

3. Pautas y Guías del Ministerio de Protección Social, pág. 11

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la ESE Nuestra Señora de las Nieves se encuentra implementando un Sistema de Gestión de Calidad basada en la Norma NTC-GP1000:2004 y el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005; teniendo como base de su plan de mejoramiento PAMEC el cual a la fecha no está bien estructurado y no se encuentra articulado con el MECI, por ende no lo han podido ejecutar debido que su metodología no se encuentra bien definida y por lo tanto es necesario realizarle ajustes en el PAMEC actual de la institución con el fin que sea una herramienta efectiva en el mejoramiento continuo de los procesos de la institución.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Lo que se busca en la E.S.E. Nuestra Señora de las Nieves con el nuevo planteamiento, es establecer parámetros y unificar criterios de manera coherente con el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad mediante el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), y sea una guía que posibilite y facilite de manera integral el accionar de la ESE, impulsando el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, generando valor agregado para los usuarios de los servicios y desde luego dentro de toda la organización.

Con este proyecto **REESTRUCTURACIÓN DEL PAMEC DE LA ESE NUESTRA SEÑORA DE LA NIEVES** se enfocará a la organización con herramientas que le permitan adoptar, implementar programas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad en la Atención de

la salud de los procesos misionales, además siendo herramienta obligatoria que busca el alcance de los estándares superiores a los propuestos en el Sistema Único de Habilitación.

La reestructuración del PAMEC tendrá como guía la Ruta Crítica, que tiene como primer paso la AUTOEVALUACIÓN donde su propósito es la elaboración del diagnóstico básico para establecer cuáles son las fallas de calidad, aspectos relevantes para la ESE, así como los procesos involucrados en su generación, es necesario identificar fortalezas y oportunidades de mejoramiento por todos estos momentos de verdad de la organización, teniendo como base los estándares del Sistema Único de Acreditación (Estándares Asistenciales: Ambulatorio, Hospitalización, Laboratorio Clínico) definidos en la Resolución 1445 de 2006, que define niveles óptimos en materia de calidad arrojando oportunidades de mejora.

El segundo paso de la Ruta Crítica es la SELECCIÓN DE LOS PROCESOS A MEJORAR, que es un inventario general de todos los procesos misionales de la organización definidos en el actual mapa de procesos ya que el anterior no estaba diseñado de acuerdo a los estándares Asistenciales de Acreditación.

El Tercero es la PRIORIZACIÓN DE PROCESOS, esta se llevará a cabo mediante la utilización de una metodología que permita establecer los procesos a mejorar a corto, mediano y largo plazo, se tendrá en cuenta los factores claves de éxito de la Organización.

Cuarto DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención priorizados (normas técnicas, guías, sistema único de acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, finalmente tiene el propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados, esto implica en planear en la eficiencia, eficacia y efectividad.

Quinto MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS PRIORIZADOS en este nivel se evaluará el desempeño de los procesos de la organización identificando la brecha entre el resultado esperado y el observado. Las etapas del ciclo PHVA son el eje principal del trabajo de la Auditoría sobre los procesos prioritarios de la organización. Los objetivos de la planeación están dados en el alcance del procedimiento de auditoría, las técnicas de apoyo como la observación, inspección, confirmación, análisis, la identificación de las fuentes de información, indicadores, formatos de registros, un equipo ejecutor de la auditoría y cronograma de auditorías. En la Ejecución se consideran listas de chequeo, calificación del hallazgo y lo observado, recolectando toda la información necesaria y así formular planes de mejoramiento. Por consiguiente la verificación es la realización de plan de Acción y en el Actuar se lleva a cabo el seguimiento.

Sexto PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS SELECCIONADOS en esta etapa de la ruta crítica se define los planes de acción o mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, la medición de procesos (indicadores) y planes de mejora para la autoevaluación de los estándares asistenciales de acreditación. Las acciones de mejora deben describir las actividades generando objetivos, metas, responsables, tiempo estimado para la ejecución, espacio y forma para desarrollarlas y poner en marcha el plan.

Séptimo LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN, una vez elaborado el plan de acción o mejora se deberá iniciar la ejecución de las actividades programadas, requiere de la activa participación de todos los miembros de la organización incluyendo el nivel directivo para crear, fomentar, espacios de seguimiento al cumplimiento de los planes y los resultados obtenidos en el mejoramiento de la calidad deseada de los indicadores y oportunidades de mejoramiento.

Octavo, LA EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO, Es una etapa que dentro del ciclo Deming permite realizar la verificación de la eficacia, eficiencia, efectividad de los planes de acción o mejoramiento.

Noveno, APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL, se relaciona con la toma de decisiones definitivas por tanto es la última etapa del ciclo Deming, que conlleva a estandarizar procesos y a retornar el inicio de una nueva ruta crítica llevando al mejoramiento continuo.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La ESE Hospital Nuestra Señora de las Nieves cuenta con una herramienta eficiente que permite el Mejoramiento Continuo de la Calidad en los procesos prioritarios, indicadores e instrumentos de seguimiento para el año 2011?

2. MARCO TEORICO

2.1 ESTADO ACTUAL

En el año 2008 se inició el proceso de adopción e implementación del Sistema de Gestión de Calidad, Control Interno MECI y PAMEC, en la ESE Nuestra Señora de las Nieves del Municipio de los Santos todo esta encaminado al cumplimiento de normas de Calidad, Control y Habilitación como pautas al Sistema de Gestión de Calidad y también en la calidad en la atención en Salud.

Durante estos dos últimos años el tema de Auditorias para el mejoramiento de la Atención en Salud estaba congelado, pues no existe una real adopción de un documento que avale herramientas a la normatividad vigente, de igual forma permita implementar, realizar seguimiento a través de la participación de comités o responsables comprometidos con las evaluaciones que permitan analizar y medir resultados en el mejoramiento en la atención en salud, en este momento se intenta retomar nuevamente los hilos de los componentes del sistema Obligatorio de la Garantía para poder realizar los ajustes pertinentes para lograr un mejoramiento en los procesos tomando como referencia los estándares de acreditación.

En este orden de ideas se debe iniciar la realización de una inspección y evaluación de los actuales procesos que la ESE tiene, con selección y priorización frente a los estándares iniciales de habilitación para conocer la situación actual y real y así tener un punto de referencia en cuanto al mejoramiento de los procesos de los servicios asistenciales prestados. Se tendrá como primer paso y criterio la ruta critica que permitirá a la institución posteriormente implementar una metodología acorde con la normatividad vigente, las expectativas de la entidad y la comunidad, por tanto será el motor que

impulsé un cambio de cultura organizacional buscando estándares superiores de calidad enfocados en el usuario de nuestros servicios que contribuya a la prestación del servicio de excelente calidad, generando posicionamiento y estatus a nivel institucional.

De esta manera se propone en el proyecto adoptar, implementar herramientas y metodologías que permitan llevar a cabo una reestructuración del PAMEC actual frente a la ESE y la normatividad vigente del Sistema de General de Salud y Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en la Atención en Salud con sus componentes y también teniendo en cuenta el Sistema General de Calidad y MECI que la ESE tiene adoptado y está implementando teniendo como máximo los estándares Asistenciales de Acreditación y así abarcar la mayor cantidad de fuentes de información que permita realizar una reestructuración viable, confiable, sencillo frente a la situación real de la ESE.

2.2 MARCO LEGAL Y NORMATIVIDAD

Constitución Política de Colombia

Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y otras disposiciones.

Ley 715 de 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Ley 1122 de 2007: Por el cual se hacen algunas modificaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones

Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1043 de 2006 y sus Anexos Técnicos: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1445 de 2006: Por la cual se establece el Sistema Único de Acreditación en Salud.

Resolución 1446 de 2006: Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Resolución 2680 de Agosto 03 de 2007: Por la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

Circular única de la superintendencia nacional salud Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (autoevaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) en las entidades promotoras de salud,

cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada, y los requerimientos de información.

Pautas y guías indicativas de auditoría del MPS

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Reestructurar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud PAMEC de la ESE Nuestra Señora de las Nieves acorde a las pautas y lineamientos del Ministerio de la Protección Social que contribuya a mejorar la eficiencia y eficacia de sus procesos de atención en salud para el año 2011.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar los procesos que la ESE tiene adoptados, seleccionados y priorizarlos en el PAMEC actual.
- Identificar los problemas de los procesos críticos asistenciales y definir la interacción de cada uno de los procesos.
- Realizar una auto-evaluación frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación para instituciones hospitalarias.
- Definir la calidad esperada para los procesos considerados como prioritarios por la organización y la normatividad vigente.
- Establecer herramientas para el diseño del plan de mejoramiento.

4. METODOLOGIA Y RESULTADOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio Descriptivo Transversal. Es descriptivo porque es cualitativo ya que se hacen revisiones, comparaciones y ajustes, y es transversal porque se hace en un tiempo determinado

4.2. PLANIFICACIÓN METODOLÓGICA

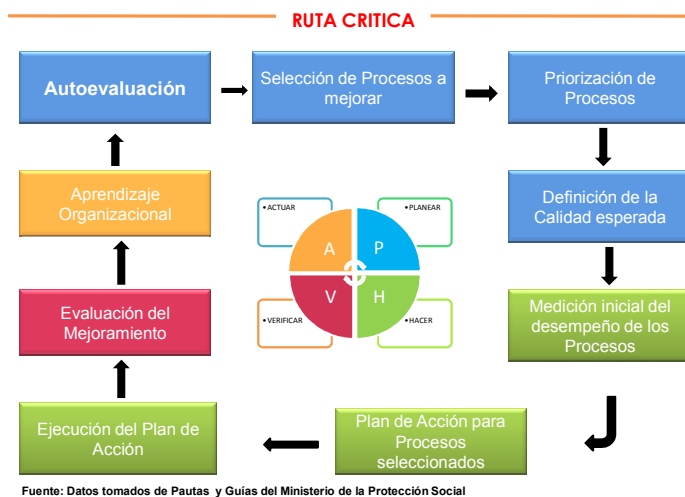
Se escogió una ESE de Primer nivel de Complejidad donde se pudiera llevar a cabo una reestructuración al PAMEC conforme a la normatividad vigente y de igual forma contar con la aprobación y colaboración por la gerencia de la ESE. Es importante resaltar la Asesoría del tutor designado por la universidad para este proyecto y en esta fase del ciclo del planear, donde se estableció por semana: una asesoría, una visita a la ESE y respectivas actividades y metas propuestas. Además se llevó a cabo visitas de observación de condiciones de infraestructura, Talento Humano, documentación e información de procesos, modelos, programas, guías, políticas, normas internas y externas e identificación de necesidades y expectativas del cliente interno y externo.

Se planearon diferentes capacitaciones acorde al desarrollo de la Ruta Crítica con material necesario, sencillo y práctico, dirigidas al Comité de Mejoramiento de la Calidad de la ESE Nuestra Señora de la Nieves.

4.3. RUTA CRÍTICA

El desarrollo de la metodología y planteamiento de los resultados se realizó teniendo en cuenta la Ruta Crítica para el PAMEC **figura 1.**

Figura 1. Ruta Crítica del PAMEC



Como primer paso se realizó una visita a la Gerencia de la ESE Nuestra Señora de las Nieves donde se planteó la necesidad y la importancia realizar la reestructuración del PAMEC del año 2008, debido a que la organización a la fecha no ha podido realizar adopción e implementación de PAMEC, pues no cuenta con las herramientas que faciliten el alcance.

Una vez comprendido por la Gerencia la necesidad e importancia de reestructurar el PAMEC, se realizó una segunda y tercera visita con el fin de conocer la infraestructura el Talento Humano, documentación e información del Sistema General de Calidad, y de la

institución. Adicionalmente se realizó contacto con el Asesor Externo de Control interno y calidad, el cual nos facilitó documentación e información pertinente con procesos de calidad que sirvieron como referencia para la Reestructuración del PAMEC.

Se realizaron diferentes entrevistas con algunos funcionarios y profesionales de la organización para identificar el grado de conocimientos que ellos tienen sobre la institución y sus procesos. **Ver anexo 1**

El 17 de febrero, el Gerente de la ESE Nuestra Señora de las Nieves conforme a sus facultades creo el Comité de Mejoramiento de la Calidad a través del acto administrativo Resolución No.009 de 2011.

En la Cuarta visita, se realizó primera capacitación al comité de Mejoramiento de la Calidad donde se trataron temas como: La designación de cada miembro del comité a través de un acto administrativo teniendo en cuenta que son líderes en los diferentes procesos de la entidad y tienen respectivas funciones descritas en la resolución, una de ellas es la Autoevaluación de los estándares Asistenciales de Acreditación, Priorización de los procesos y Auditorías Internas, se nombró líder y secretario del comité.

Se dieron a conocer temas generales del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y sus componentes, se hablo de cómo estaba la entidad con respecto al PAMEC de 2008 frente a la normatividad vigente y se dio a conocer cómo se iba a realizar la reestructuración del PAMEC mediante la Ruta Crítica con la Pautas y Guías del Ministerio de la Protección Social.

4.3.1. AUTOEVALUACIÓN

Primer paso de la Ruta Crítica donde se lleva a cabo la evaluación de los Estándares Asistenciales de Acreditación dados por el Ministerio de la Protección social en el anexo técnico No 1 de la Resolución 1445 de 2006, siendo estos 273 estándares pero por el nivel de complejidad de la ESE se tomaron los descritos en la **tabla 1.**

Tabla 1. Estándares Asistenciales de Acreditación

ESTÁNDARES ASISTENCIALES DE ACREDITACIÓN		
ESTÁNDARES ASISTENCIALES DE ACREDITACIÓN		ESTÁNDARES PARA LA ESE
AMBULATORIOS	79	64
HOSPITALIZACIÓN	25	25
LABORATORIO CLINICO	70	70
TOTAL	174	154

Fuente: Datos tomados de anexo 1 resolución 1445 2006

La autoevaluación se calificará de forma cualitativa y Cuantitativa como se verá en la **figura 2.**

Figura 2. Autoevaluación Cualitativa y Cuantitativa



En la evaluación Cualitativa se tuvo en cuenta Fortalezas (lo que tiene la ESE frente al estándar) Oportunidades de Mejora (lo que le falta a la ESE para cumplir el estándar) y Soportes (evidencias físicas, magnéticas existentes en la ESE frente al estándar).

La evaluación Cuantitativa que tiene como referencia la hoja radar con sus respectivas variables (Enfoque, Implementación y Resultado) y valores a calificar. **Ver anexo 2.**

En la Quinta visita se acompañó al Comité de Mejoramiento de la Calidad a calificar los primeros 13 estándares Asistenciales Ambulatorios donde el equipo facilitador le proporcionó documento con los estándares a evaluar y las herramientas de calificación cualitativa y cuantitativa. **Ver anexo 2 y 3.**

4.3.2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

Segundo paso de la ruta crítica, el cual se tomó el Mapa de Procesos de la institución, se analizó y modificó su estructura y se realizó ajustes a los procesos misionales de acuerdo con los estándares de acreditación (**figura3**), a estos procesos se le hizo la caracterización, cadena de valor y flujograma. **Ver anexo 4, 5 y 6.**

En la Sexta visita se presentó al Comité de Mejoramiento de la Calidad el trabajo realizado por el equipo facilitador.

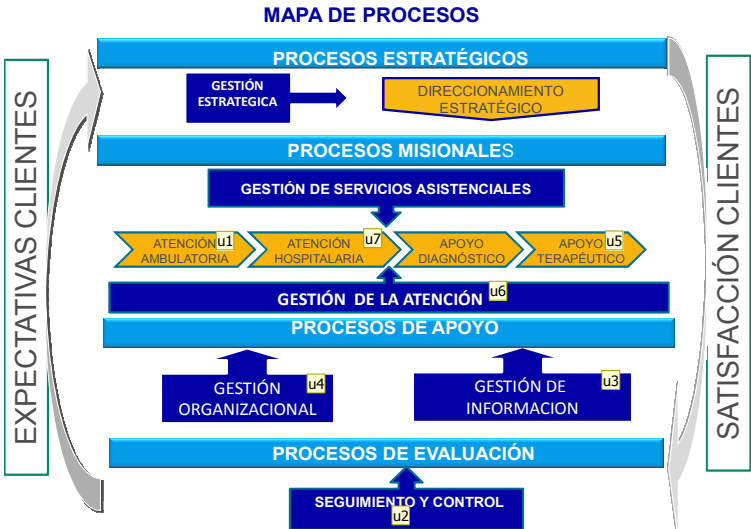
4.3.3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

Se realizó la séptima visita a la ESE donde se llevó a cabo capacitación al Comité de Mejoramiento de la calidad de las variables a tener en cuenta para realizar la priorización de los procesos con los factores claves o críticos de éxito que fueron escogidos por la gerencia de la ESE. **Ver anexo 7.**

Figura 3. Mapa de Procesos antigua frente al actual



Fuente: Documento Gestión de la Calidad de la ESE Nuestra Señora de las Nieves



La matriz de priorización es una herramienta utilizada para planear y evaluar el desempeño de los procesos de acuerdo a los factores claves o críticos de éxito definidos por la gerencia para alcanzar un mayor impacto en el mejoramiento institucional a corto, mediano o largo plazo, dentro de la metodología se tuvo en cuenta los criterios: **a).Riesgo:** al que se expone el usuario, la institución o los clientes internos si no se lleva a cabo el mejoramiento, **b).Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento y **c). Volumen:** Alcance del mejoramiento de cobertura, para cada uno de estos criterios se dio una calificación de poco (1), moderado (3) y alto (5), de los procesos misionales de la institución.

Para la ejecución del taller se entregó a cada miembro del comité un formato de matriz de priorización donde cada uno realizó su respectiva calificación.

El equipo facilitador organizó los datos para tabularlos, procesarlos y analizarlos, en esta etapa se desarrolló de la siguiente manera: Primero de cada variable se halló por medio de la moda, Segundo la moda de cada variable se multiplicó entre sí, Tercero estos totales se organizaron de mayor a menor, Cuarto se realizó tabla frecuencias absolutas y relativas acumuladas a través de una tabla en Excel. **Ver tabla 2.**

A través de la frecuencia relativa se identifica en que porcentaje se encuentra comprometido cada proceso misional de la institución, donde el proceso ambulatorio tiene un 38,1% y el proceso de apoyo terapéutico con un 28,0 % de modo que estos procesos representan un mayor impacto para el alcance de los objetivos de la institución.

Quinto con esta información se construyó el Diagrama de Pareto donde se establece el 20% de los procesos vitales que son el proceso ambulatorio y Apoyo Terapéutico y el 80% son los procesos triviales que son apoyo Diagnóstico y Hospitalización, donde mejorando el 20% de ellos se soluciona el 80% de los problemas de la institución, a los procesos vitales se definirá la calidad esperada. **Ver figura 4.**

Tabla 2. Frecuencias de la Matriz de Priorización

FRECUENCIAS DE LA MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

PROCESO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
AMBULATORIO	309	38,1%	38,1%
APOYO TERAPÉUTICO	189	23,8%	61,9%
APOYO DIAGNÓSTICO	126	15,8%	77,7%
HOSPITALIZACIÓN	76	9,5%	87,2%
TOTAL	800	100%	100%

Fuente: Realizado por el grupo facilitador

Figura 4. Diagrama de Pareto



Fuente: Realizado por el grupo facilitador

En la tabla 3 se muestra la semaforización de los procesos de la institución, donde cada color tiene un significado de priorización de acuerdo al puntaje dado por el comité.

Tabla 3. Semaforización de procesos priorizados

Semaforización de Procesos Priorizados

CONCEPTO	SEMAFORIZACIÓN	PUNTAJE
NO PRIORITARIO PARA MEJORAR		125
MEDIANAMENTE PRIORITARIO PARA MEJORAR		165
MUY PRIORITARIO PARA MEJORAR		225

Fuente: Realizado por Equipo Facilitador

4.3.4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

El equipo facilitador definió la CALIDAD ESPERADA a la ESE basada en las siguientes necesidades:

- a). Identificación de causas y procedimientos: Para proceso ambulatorio se identificaron las 10 primeras causas de consulta en el año 2010. **Ver tabla 4.** Para la Atención de Urgencias se identificaron los 12 procedimientos de médico y enfermería. **Ver tabla 5.** De las 10 primeras causas y los 12 procedimientos la ESE tendrá que documentar, adoptar, implementar y socializar, guías de atención y protocolos para fortalecer la práctica del personal de salud como un respaldo, en la atención a los usuarios.
- b). Realización de los Indicadores: se tomo como referencia la resolución 1446 de 2006 y se definieron en la caracterización de los procesos misionales. **Ver tabla 6.**

Tabla 4. Las 10 primeras causas de consulta del proceso ambulatorio vigencia 2010

10 Primeras Causas de Consulta –Proceso Ambulatorio vigencia 2010				
No	MEDICINA GENERAL	ODONTOLOGIA	URGENCIAS	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
1	Infección Respiratoria Aguda	Caries Dental	Fiebre no Especificada	Programa de Prevención de las alteraciones de los niños menores 12 años
2	Enfermedad Diarreica Aguda	Gingivitis	Infección Respiratoria Aguda	Programa Ampliado de Inmunización
3	Poli parasitismo Intestinal	Pulpitis Irreversible	Dolores Abdominales no Especificados	Programa de prevención de las enfermedades relacionadas parto y puerperio
4	Infección de Vías Urinarias	Pulpitis Reversible	Asma y estatus Asmáticos	Programa de prevención y control de Cáncer de Cérvix y mama
5	Hiperlipidemias	Periodontitis	Heridas en Cabeza y Cara por traumas causados por accidente	Programa de prevención de enfermedades de Transmisión Sexual /VIH/SIDA
6	Hipertensión Arterial	Examen Clínico por primera vez	Amenaza de Aborto	Programa de Prevención y control de TBC
7	Diabetes Mellitus	Absceso	Trabajo y Atención de Parto	Programa de prevención de IRA y EDA en niños menores de 5 años
8	Gastritis	Fluorosis	Infección de Vías Urinarias	Prevención de Riesgo Cardiovascular
9	Lumbago	Celulitis	Otitis Aguda no Especificada	Vigilancia Epidemiológica
10	Cefaleas	Fractura Coronal	Heridas de Miembros Superiores por trauma en Accidentes	Educación en Salud Oral

Fuente: Datos tomados de RIPS de la ESE Nuestra Señora de las Nieves vigencia 2010

Para realizar la ficha de cada indicador se tuvo en cuenta la estructura que facilita el sistema único de información, dentro de la ficha la meta del indicador la definió el gerente de la ESE a través de datos suministrados por el equipo facilitador donde se tomaron diferentes referentes. **Ver tabla 7.**

La ficha del indicador es una herramienta que facilita la información necesaria para que los responsables de la institución puedan presentar informes para la toma de decisiones, el cual se estipuló la meta con una semaforización que permite el cumplimiento o alcance de la meta. **Ver Anexo 8.** Adicionalmente se diseñó un tablero de control para cada indicador. **Ver anexo 9.**

Tabla 5. 12 Procedimientos Realizados en Atención de urgencias por Médico y enfermera

12 Procedimientos Realizados en Atención de Urgencias por Médico y Enfermera

No.	MEDICO	ENFERMERA
1	Inmovilización de Miembro Superior	Nebulización
2	Inmovilización de Miembro Inferior	Hidratación
3	Suturas	Inyección
4	Onipectomías	Suministro de Medicamentos
5	Drenaje de Absceso	Curaciones
6	Extracción de Cuerpo Extraño en Tejidos Blandos	Lavado Gástrico
7	Extracción de Cuerpo Extraño en Ojo	Oxigenoterapia
8	Extracción de Cuerpo Extraño en Garganta	Aspiraciones de Secreciones
9	Extracción de Cuerpo Extraño de Nariz	Toma de Signos Vitales
10	Extracción de Cuerpo Extraño de Oído	Sondaje Vesical
11	Reanimación Cardiopulmonar	Canalización
12	Intubación Oro traqueal	Lavado de Manos

Fuente: Datos tomados de los RIPS de la ESE Nuestra Señora de las Nieves Vigencia 2010

Tabla 6. Indicadores definidos para la ESE

Indicadores para la ESE Nuestra Señora de las Nieves

CODIGO	NOMBRE INDICADOR
I.1.1	Oportunidad en la Asignación de cita en consulta de Medicina General
I.1.4	Oportunidad en la Atención de Consulta de Urgencias
I.1.6	Oportunidad en la Atención de Consulta de Odontología General
I.2.2	Proporción de Pacientes con HTA Controlada.
I.3.3	Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos
110_30_04-G	Proporción de Glosa No subsanable
I.1.3	Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas
I.3.2	Tasa de Infección Intrahospitalaria
I.2.1	Tasa de Reingreso de Pacientes Hospitalizados
E.1.4	Oportunidad en la Entrega de Medicamentos POS
E.1.8	Oportunidad de la Referencia en la EAPB
110_30_04-L	Oportunidad en la Entrega de Resultados de Laboratorio Clínico
I.4.1	Tasa de Satisfacción Global
I.4.2	Proporción de Quejas Resueltas antes de 15 días
110_30_04-N	Oportunidad en la Notificación de Eventos de Vigilancia

Fuente: realizado por Equipo Facilitador

c).El comité de mejoramiento de la calidad de la ESE llevará a cabo la autoevaluación de estándares asistenciales de acreditación ya definidos en la tabla 1, y a través de los resultados se establecerán los planes de mejora.

Tabla 7. Meta para la ESE y sus referentes

Meta para la ESE y sus Referentes						
CODIGO	NOMBRE INDICADOR	PROMEDIO DE ESE DE I NIVEL DE COMPLEJIDAD DE SANTANDER	PROMEDIO SEGÚN DATOS Y HECHOS DEL MPS	PROMEDIO DE ENTIDADES ACREDITADAS EN EL PAIS	PROMEDIO DE ENTIDADES NO ACREDITADAS EN EL PAIS	META DEFINIDA PARA LA ESE
I.1.1	Oportunidad en la Asignación de cita en consulta de Medicina General	1,3	2,9	0,5	3,1	1
I.1.4	Oportunidad en la Atención de Consulta de Urgencias	6,6	28,6	24,7	28,6	25
I.1.6	Oportunidad en la Atención de Consulta de Odontología General	5,1	4	0,7	4,1	0,5
I.2.2	Proporción de Pacientes con HTA Controlada.	71,9	54,9	85,8	52	80
I.3.3	Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos	50	18,3	95,9	46,7	70
110_30_04-G	Proporción de Glosa No subsanable	1				1
I.1.3	Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas	7,8	14,3	27	13,1	1
I.3.2	Tasa de Infección Intrahospitalaria	0	1,4	3,2	1,4	0
I.2.1	Tasa de Reingreso de Pacientes Hospitalizados	1,5	1,6	1,4	1,6	1,5
E.1.4	Oportunidad en la Entrega de Medicamentos POS	79,5	90,7			90
E.1.8	Oportunidad de la Referencia en la EAPB	1,9	4,8			2
110_30_04-L	Oportunidad en la Entrega de Resultados de Laboratorio Clínico	2				0,7
I.4.1	Tasa de Satisfacción Global	89,6	87,3	98,4	87,7	90
I.4.2	Proporción de Quejas Resueltas antes de 15 días	79,5				90
110_30_04-N	Oportunidad en la Notificación de Eventos de Vigilancia	95	56,7	99,5	56,7	95

Fuente: Promedio 7 ESE Santander, Hechos y Datos del MPS y Gerente ESE

4.3.5. MEDICIÓN INICIAL DE LOS PROCESOS

El comité de mejoramiento de la calidad de la ESE Nuestra Señora de las Nieves liderará la medición inicial de los procesos priorizados del cual existe una definición de la calidad esperada y determinar las brechas existentes u oportunidad de mejoramiento. Para la

medición inicial de los procesos priorizados se utilizará herramientas como la auditoría interna que permitirá:

1. Medir la calidad observada frente a la calidad esperada donde se realizarán la autoevaluación de los estándares de acreditación de los procesos misionales, donde resultarán planes de mejora. Esta autoevaluación se realizará mediante unos formatos que recolectará la evaluación de los estándares según pautas y guías del ministerio. **Ver Anexo 3.**

2. Por medio de la definición de la calidad esperada se debe documentar e implementar y socializar las guías de atención de las 10 primeras causas de consulta de medicina general, promoción y prevención, odontología y urgencias, además los 12 primeros procedimientos realizados por el médico y la enfermera en la atención de urgencias de la institución. El comité designará los responsables del diseño y elaboración de estas guías que estarán basadas bajo la evidencia médica y recomendaciones del Ministerio de Protección Social.

3. Realizar medición y seguimiento de los indicadores definidos en la calidad esperada de los procesos priorizados mediante el cumplimiento de la ficha y mantener la trazabilidad del tablero de control de los indicadores. Los responsables están definidos en la ficha y además se realizarán nuevos indicadores respondiendo a las necesidades de mejora. **Ver anexo 10, 11 y 12.**

Estas auditorías contarán con unos niveles de operación:

1. ACCIONES PREVENTIVAS: estas tienen como propósito establecer de manera explícita los criterios de calidad esperada por la organización que será la base para el actuar del autocontrol y las auditorías internas donde garantizarán la calidad de atención al usuario.

2. ACCIONES DE SEGUIMIENTO: Son todas aquellas actividades de control que se realizan para valorar la ejecución de los procesos definidos como prioritarios, con el objeto de conocer su desempeño, la realizan las personas que intervienen en los procesos (autocontrol, como el grupo de auditoría interna para velar que el autocontrol se lleve a cabo). Con base en los resultados en las acciones de seguimiento se identifican brechas de desempeño sobre las cuales la ESE formula planes de mejoramiento. En estas acciones son importantes los indicadores y el manejo del tablero de estos para el cumplimiento de los objetivos del proceso y de la institución. Ver Anexo 8 y 9.

3. ACCIONES COYUNTURALES: estas acciones se consideran alertas que indican la necesidad de tomar intervenciones inmediatas de la institución. Una herramienta de estas acciones se hace a través de los comités institucionales.

En otras herramientas a utilizar para la ejecución de la medición de los procesos priorizados a través de la auditoría interna se tendrán formatos de: programa de auditoría, planeación del proceso de auditoría, cronograma del PAMEC y relación de informe de auditorías y responsables de planes de mejora. Ver Anexo 13 y 14.

4.3.6. PLAN DE ACCIÓN PAR PROCESOS PRIORIZADOS

El plan de Mejoramiento de la Calidad permite visualizar el proceso de mejora que se inicia a partir de: **a).** Lograr calidad esperada a través de documentar, adoptar, implementar y socializar guías de atención y protocolos ya definidos en tablas 4 y 5, **b).** Medición de procesos priorizados (resultados de indicadores), **c).** Reconocer las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de estándares asistenciales de acreditación.

Siguiendo la ruta de la auditoria para el mejoramiento de la calidad en los procesos auditados y con la aplicación de las herramientas, se establecen las acciones de mejora a emprender, identificando los responsables de su desarrollo, los recursos requeridos y las

fechas previstas para el desarrollo de la acción, de acuerdo los criterios del formato establecido. **Ver Anexo 15.**

4.3.7. EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

Las acciones de mejoramiento, enfocadas al cumplimiento del Plan de Mejoramiento constituyen el compromiso a seguir por parte de los responsables y el equipo de trabajo de los procesos relacionados, frente a las actividades definidas de acuerdo con el Plan de Mejoramiento.

En el desarrollo de las actividades propuestas, cada Jefe de Área, Coordinador, Comité o Referente de Servicio que se desempeña como Líder de Proceso debe gestionar la implementación de las actividades y tareas propuestas en el Plan, promoviendo la participación del equipo de trabajo a cargo. **Ver anexo 16.**

Para asegurar el cumplimiento de los propósitos, el equipo de trabajo, tanto asistencial como administrativo debe generar y mantener una cultura de autocontrol permanente frente al cumplimiento de los compromisos adquiridos.

4.3.8. EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

Para evaluar el mejoramiento continuo en la ESE se tendrá en cuenta: **a).** Auditorías Internas a través de las acciones preventivas, seguimiento y coyunturales, **b).** Auditorías Externas, **c).** Inicios del autocontrol, **d).** Control interno.

Todas las acciones serán monitoreadas por la alta dirección, quien a través de los Comités de Calidad y Control Interno, conocerán el avance y estado de la

implementación, participando activamente en la asignación de los recursos y las herramientas requeridas para lograr el cumplimiento de las metas establecidas, bajo parámetros de eficacia, eficiencia y efectividad. **Ver anexo 17 y 18.**

4.3.9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El seguimiento y la verificación surge el cumplimiento de todos los requisitos, metas, objetivos de calidad, los líderes de procesos iniciaran de inmediato las acciones de la siguiente y última etapa de la Ruta Crítica, de la implementación del PAMEC (Aprendizaje Organizacional).

El Aprendizaje Organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, a elaborar estándares, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y observada. (Pautas y Guías MPS)

En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la Ruta Crítica completa, pero no para disminuir brechas de calidad sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo e iniciar la ESE una intencionalidad a la Acreditación.

CONCLUSIONES

Como resultado de la reestructuración del PAMEC de la ESE Nuestra Señora de las Nieves para la vigencia 2011 según la normatividad vigente, pautas y guías del Ministerio de la Protección Social, resolución 1445 de 2006 se obtuvo las siguientes conclusiones:

- ❖ Es conveniente realizar autoevaluación de los estándares asistenciales de acreditación del anexo 1 de la resolución 1445 de 2006 en ambulatorio, hospitalización, laboratorio clínico, a través del comité de mejoramiento de la calidad con los formatos donde se evaluación cualitativamente y cuantitativamente los estándares y por consiguiente sacar los planes de mejoramiento.
- ❖ Se logró estructurar procesos misionales para la ESE que son cuatro procesos: **ambulatorio** (urgencias, consulta de medicina general, odontología, promoción y prevención), **Apoyo terapéutico** (farmacia y remisiones), **Apoyo diagnóstico** (laboratorio clínico) y **Hospitalización**.
- ❖ Se priorizaron procesos con semaforización de ellos para mejorar y lograr objetivos y metas de la ESE.
- ❖ Se definió calidad esperada para procesos priorizados, de acuerdo al perfil epidemiológico del 2010 se realizarán actividades y se definieron indicadores para medir resultados deseados con un tablero de control para un monitoreo sencillo y práctico para la ESE.

- ❖ Se estableció medición inicial de procesos priorizados para el alcance de metas, objetivos y obligaciones dentro de los planes de mejoramiento y las mismas auditorías programadas para la vigencia.
- ❖ Se diseñaron formatos para poner en marcha el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad para la ESE con respecto a la ejecución, seguimiento y evaluación de planes de mejoramiento.
- ❖ Se buscará que la ESE trascienda al aprendizaje organizacional para que continuamente este en el mejoramiento continuo de la calidad en la atención y comience la intencionalidad en la acreditación.

RECOMENDACIONES

En aras de brindarle a la ESE Nuestra Señora de las Nieves la Reestructuración del PAMEC según la normatividad vigente, pautas y guías del Ministerio de la Protección Social, resolución 1445 de 2006 y las conclusiones se logra establecer las siguientes recomendaciones:

- ❖ La ESE Nuestra Señora de las Nieves debe adoptar, implementar y socializar el PAMEC con todo el personal que está vinculado en la entidad.
- ❖ Desarrollar las actividades contempladas en los programas y planes de mejoramiento.
- ❖ Realizar seguimiento y evaluación a los programas y planes de mejoramiento.
- ❖ Mantener continuamente en capacitación y actualización a todos los líderes, responsables y demás personas que intervengan en la toma de decisiones, desarrollo de las metas y actividades para el mejoramiento de la calidad.
- ❖ Crear la cultura organizacional del mejoramiento continuo de la calidad a todos los trabajadores de la entidad con miras a una acreditación.
- ❖ Permitir el desarrollo, participación y evolución de los comités de la ESE para un mejoramiento de la calidad.

- ❖ Establecer política de Seguridad del Paciente para disminuir riesgos innecesarios en los pacientes de la ESE.

- ❖ Establecer política del usuario logrando una participación activa del mismo con la entidad permitiendo alcanzar las metas del indicador de satisfacción global del usuario.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. 1991. Constitución Política de Colombia. Ediciones Enfasar. Santafé de Bogotá, D. C. Editorial Imprenta Nacional. 108p.
- EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. 1993. Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C., Diario Oficial. 90p.
- EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. 2001. Ley 715. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá D. C., Diario Oficial. 46p.
- EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. 2007. Ley 1122. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C., Diario Oficial. 18p.
- EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. 2011. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. 2006. Decreto 1011. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad social en Salud. Bogotá D. C., Diario Oficial. 17p.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. 2006. Resolución 1043. “Por la cual se establece las condiciones que se deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. 2006. Resolución 1445. Por el cual se establece el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. 2006. Resolución 1446. Por el cual se establecen el sistema de Información para la calidad del SOGCS.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. 2007. Resolución 2680. Por la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.
- SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular única. Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (autoevaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el

régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada, y los requerimientos de información.

- PAMEC del 2008 de la ESE Hospital Nuestra Señora de las Nieves.
- Pautas indicativas de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la atención en Salud, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Ministerio de la Protección Social, Imprenta Nacional, Bogotá D.C, 2007.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. 2007. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas Indicativas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Imprenta Nacional, Bogotá D.C.

ANEXOS

ANEXO 1. ENTREVISTA

Entrevista líderes de procesos

Objetivo: Verificar el conocimiento de adopción de Implementación Modelo Estándar Control Interno MECI : 2005 de algunos líderes de los procesos

Fecha: _____ **Auditado:** _____ **Auditor :** Equipo Facilitado

No.	CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	¿ Cuántos procesos tiene la ESE- cuáles?			
2	¿ A qué proceso pertenece ?			
3	¿ Cuántos procedimientos tiene el proceso que usted pertenece?			
4	¿ De su procedimiento como interactúa con otros- ejemplos?			
5	¿ Quien es el responsable del procedimiento que usted realiza?			
6	¿ Conoce el código de Ética y del buen gobierno de la ESE ?			
7	¿ Conoce la Misión y Visión de la ESE?			

Nota: Se aplicó a los siguientes líderes: médico, jefe enfermería, bacteriólogo, odontólogo, regente farmacia, recepcionista

ANEXO 2. HOJA RADAR

HOJA RADAR PARA LA CALIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD					
VARIABLE	CALIFICACIÓN				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
SISTEMATIZACIÓN 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 clave.	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 mayoritariamente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque mayoritariamente 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 mayoritariamente 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.
IMPLEMENTACIÓN					
DESPLIEGUE A 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 implementación 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.
RESULTADO					
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 que 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 solicitudes 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 estado de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	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 prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas.	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos 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 sitúan en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

ANEXO 3. EVALUACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

**AUTOEVALUACIÓN DE ESTANDARES DE ACREDITACIÓN-AMBULATORIO
ESE NUESTRA SEÑORA DE LAS NIEVES
COMITÉ DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

Numero Estándar	Fortaleza del Estándar	Oportunidad de Mejora	Evidencia

**AUTOEVALUACIÓN DE ESTANDARES DE ACREDITACIÓN-AMBULATORIO
ESE NUESTRA DE LAS NIEVES
COMITÉ DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

Numero Estándar	ENFOQUE		IMPLEMENTACIÓN		RESULTADO				TOTAL
	SIMP	PROA	DESP INST	DESP	PER	CONS	TEND	COMP	

ANEXO 4. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIO		
FECHA DE APROBACIÓN:	VERSIÓN:	Páginas: 3

OBJETIVO: Garantizar la atención del usuario de CONSULTA DE MEDICINA GENERAL- PROMOCION Y PREVENCIÓN-ODONTOLOGIA-UEGENCIAS en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

LIDER DEL PROCESO: Medico General, Personal de Enfermería, Odontólogo

PROCESO QUE ENTREGA (PROVEEDOR)	ENTRADAS	ACTIVIDADES DEL PROCESO (CICLO PHVA: PLANEAR-HACER-VERIFICAR-ACTUAR)		SALIDAS	PROCESO QUE RECIBE (USUARIO)
1. Plan de intervenciones Colectiva, Promoción y Prevención, Hospitalización, Consulta de Medicina General, Consulta de Odontología, urgencias. 2. Usuario, su familia y la comunidad. 3. Dirección Estratégica 4. Gestión Logística 5. Talento Humano	1. Remisiones o canalizaciones para actividades de Consulta de Medicina General, de Promoción y Prevención, Consulta de Odontología, y atención de Urgencias. 2. Necesidades o solicitud de cita personal, atención en actividades de Promoción y Prevención, atención en Odontología, atención en urgencias. 3. Directrices y políticas sectoriales. 4. Suministro e Insumos para la Prestación del Servicio. 5. Personal Capacitado.	I. PLANEAR (P) A1. Planificar las actividades de consulta de medicina general, de Promoción de estilos de vida saludable y Prevención de la enfermedad, de consulta odontológica, de urgencias, requeridas para dar respuestas a las necesidades de los usuarios, sus familias y La comunidad. B1. Programar agenda y asignar citas, de acuerdo a las necesidades de servicio y la Disponibilidad de recursos. C1. Coordinar la prestación de los servicios ambulatorios, alistamiento de consultorios, Equipos biomédicos, registros e insumos Para las diferentes atenciones. D1. Solicitar de exámenes de apoyo diagnóstico o terapéutica y/o fórmula Médica. E1. Formular los mecanismos a emplear para documentar el desarrollo de las Actividades de Consulta de medicina general, Promoción y Prevención, Odontología y Urgencias.	II. HACER (H) A2. Formular participativamente el Plan Operativo requerido para la ejecución de las actividades de Consulta de medicina general, de Promoción y Prevención, consulta odontológica y urgencias, planificadas, teniendo en cuenta los Contratos vigentes y las metas Establecidas. B2. Asignar, organizar y realizar las consultas de medicina general, odontología, Promoción y Prevención y urgencias teniendo en cuenta la agenda programada y los procedimientos, Manuales o guías propios del servicio. B3. Realizar la recepción del paciente en urgencias. * Toma de signos vitales y direccionamiento A zona de espera previo a la atención. * Atención de Triage (valoración inicial y Clasificación). * Apertura de Historia Clínica. * Atención del paciente en consulta URG, C2. Desarrollar las actividades ambulatorias programadas gestionando su ejecución según el Caso, a través de atención intra y extramural. D2. Solicitud o Realización de exámenes de apoyo diagnóstico o terapéutico y/o dispensación de la fórmula Médica, requerida, según evolución Médica Y servicio. E2. Captura, Estandarización, Sistematización y Procesamiento de la información paralelamente con la ejecución de las Actividades.	1. Paciente egresado a su casa estabilizado si es Urgencias. O Usuario atendido en actividades de consulta de Medicina General, Promoción y Prevención, Odontología. 2. Paciente estabilizado con remisión a otro servicio y/o otra institución. 3. Paciente Fallecido. 4. Historia Clínica diligenciada. O Registros y soportes sobre la prestación del servicio. 5. Requerimiento de Insumos y mantenimiento. 6. Requerimiento de persona.	1. Usuario y su familia. 2. Plan de intervenciones Colectiva, Promoción y Prevención, Consulta Medicina General, Consulta Odontologica, Urgencias o otras IPS. 3. Deposito transitorio de cadáveres y/o Fiscalía. 4. Tecnología y Estadística. 5. Gestión Logística. 6. Talento Humano.
		III. VERIFICAR A3. Verificar la capacidad logística y operativa del Hospital para cumplir con las actividades programadas para la atención Ambulatoria (CMG, PYP, Odontología y URG) realizando seguimiento a los Indicadores de Costo operación.	IV. ACTUAR (A) A4. Documentar e implementar las acciones necesarias para mejorar la capacidad logística y operativa del Hospital de cumplir con las actividades programadas en Consulta de Medicina general, Promoción y Prevención, odontología y Urgencias, planificando las		

		B4. Verificar la realización, ejecución Consultas, actividades Ambulatorias de acuerdo a los parámetros establecidos en Cada atención. B5. Evaluar el estado del paciente, verificando su condición y realizando la priorización de la Atención requerida. C3. Verificar el cumplimiento de agendas Programadas. D3. Verificar la accesibilidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la ejecución de los exámenes de apoyo diagnóstico o terapéutico y/o dispensación de Fórmula Médica. Además en la atención de Urgencias verificar Resultados de ayudas diagnosticas (según orden) verificar evolución y condición de la Salud del paciente. E3. Analizar y verificación de la información procesada, frente al cumplimiento de metas Propuestas en cada atención	contingencias requeridas para Cumplir las Nuevas demandas del servicio. B6. Generar y Documentar las Acciones necesarias para mejorar la efectividad en el cumplimiento de los parámetros establecidos en la atención de los diferentes servicios Ambulatorios (CMG, PYP, Odontología y URG). B7. Definir la conducta según valoración inicial: si es Triage 3 se direcciona a consulta prioritaria, si es Triage 4 se direcciona a Atención de consulta Medicina general. B8. Direccionar al usuario según conducta. (Casa, Hospitalización, Referencia, Morgue) suministrando indicaciones para la remisión, Hospitalización y/o salida (órdenes Médicas, cuidados, controles, signos de alarma educación al usuario y su familia o formato de remisión). En caso de fallecido enviar a depósito Transitorio de cadáveres. C4. Implementar acciones requeridas para mejorar En cada servicio Ambulatorio. D4. Implementar acciones de mejora en la ejecución de los exámenes de apoyo diagnóstico y/o Terapéutico y dispensación de Fórmula Médica. E4. Generar informes y acciones de mejora requeridas para mejorar la calidad oportunidad en la prestación del servicio de Atención Ambulatoria (Consulta de Medicina General, Promoción y Prevención, Odontología y Urgencias).		
--	--	---	---	--	--

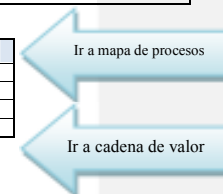
INDICADORES	TIEMPO DE EJECUCION	REGISTROS
PARA MEDICINA GENERAL , ODONTOLOGIA Y URGENCIAS 1. Oportunidad en la Atención de la Consulta de Medicina General, Odontología, Urgencias. 2. Oportunidad en la Asignación de cita de Medicina General, Odontología. 3. Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos en Odontología, Urgencias. 4. Proporción Glosa no subsanable de Odontología, Urgencias. sobre total de la facturación 5. Oportunidad en la Notificación de Eventos de Vigilancia.	1. Mensual 2. Mensual 3. Mensual 4. Mensual 5. Mensual 6. Mensual	1. Historia Clínica: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS de la Atención, Hoja de Evolución, Notas de enfermería, Epicrisis, Salida Voluntaria, Boleta de Salida, Ordenes Médicas, Hoja de gastos *Orden de solicitud de ayudas diagnosticas * Orden de solicitud exámenes de laboratorio clínico, Hoja de tratamiento, Balance de líquidos, Hoja de Clap, Certificado de nacido vivo, Certificado de Defunción. 2. Sistema de referencia y contra referencia pacientes urgencias y hospitalización. 3. Hoja de notificación obligatoria. 4. Formatos Cadena de custodia, formato Triage, Tarjeta de Medicamentos 5. Formato de indocumentado, Consentimiento informado, libros de: recibo y entrega de turno, novedades, mortalidad, remisiones, laboratorios, registro nacido vivo, carro de paro. 6. Ejecución de Actividades de Consulta Medicina General, Promoción y Prevención, Odontología. 7. Total de actividades de Consulta Medicina General, Promoción y Prevención, Odontología por
PARA PROMOCION Y PREVENCION		

1. Proporción de pacientes de HTA Controlada.		profesional contratado. 8. Seguimiento y control de actividades Consulta Medicina General, Promoción y Prevención, Odontología. 9. Informe trimestral de consolidaciones de actividades Ambulatorias. 10. Informes mensuales de Gestión. 11. Informes Finales.
---	--	--

PROCEDIMIENTOS	GUIAS	DOCUMENTOS DE REFERENCIA EXTERNOS	RECURSOS
- Atención al usuario en Consulta de Medicina General, Promoción y Prevención (Demanda inducida), Odontología y Urgencias. - Apoyo Diagnóstico de Laboratorio Clínico en Medicina General, Promoción y Prevención y Urgencias. - Transporte de Muestras de Laboratorio Clínico. - Atención de Consulta Prioritaria. - Atención en Urgencias de Salud Oral. - Enfermería en Urgencias. - Reanimación. - Triage - Sistema de referencia y contar referencia. - Apoyo Terapéutico	- Dolor Abdominal - Crisis Hipertensiva - SDRA - Bronquitis Aguda - EPOC sobre infectado - Neumonías - EDA-IRA - IAM - Politraumatismo - Trauma torácico-abdominal - Estatus Epiléptico - Celulitis y Absceso - Diez primeras causas de emergencia - Obstétrica. - Crisis Asmática - SBO - IVU - Urgencias Salud Oral - Síndrome Febril - Coma Cetoacidótico - Demanda Inducida	- Planes de Desarrollo (Local). - Lineamientos de Secretaría Municipal. - Contratos y Proyectos. - Convenios y alianzas. - Calidad en los servicios de Salud en Colombia. - REGISTROS EXTERNOS: Recepción de elementos de ambulancia, Relación de pacientes vinculados sin capacidad de pago, certificado de pacientes indocumentados, Hoja de registro estadístico, Soporte de Traslado de Pacientes, Planilla de registro diario	- Equipos Biomédicos: Oxímetro, Electrocardiógrafo, Desfibrilador, Monitor, Carro de Paro, glucómetro. Equipo de sutura, Equipos de Órganos de los sentidos, fonendoscopio, tensiómetro, pesa bebés, báscula de pies, nebulizador, vibradores, compresores, equipo venopunción, nevera, termómetro, laboratorio clínico baja complejidad. - Interdependencia de servicios (farmacia, lavandería, vigilancia, aseo). - Sistema de información (Software). - Procedimientos. - Guías. - Formatos - Cuadro de indicadores por proceso. - Infraestructura y Mantenimiento. - Tecnológicos y de Estadística (manejo de la información)

 Farmacia. Asignación de citas por primera vez.		de actividades de atención o traslados a programas.	
--	--	--	--

PROYECTO	REVISÓ	APROBO
CARGO:	CARGO:	CARGO: Gerente
FIRMA LIDER DE PROCESO HOSPITALIZACIÓN	FIRMA	FIRMA
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE: NELSON MAURICIO CORDERO RUEDA
FECHA:	FECHA:	FECHA:



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN		
FECHA DE APROBACIÓN:	VERSIÓN:	Páginas:3

OBJETIVO: Garantizar la atención del usuario de HOSPITALIZACIÓN- PARTOS en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

LIDER DEL PROCESO: Medico General y Personal de Enfermería

PROCESO QUE ENTREGA (PROVEEDOR)	ENTRADAS	ACTIVIDADES DEL PROCESO (CICLO PHVA: PLANEAR-HACER-VERIFICAR-ACTUAR)		SALIDAS	PROCESO QUE RECIBE (USUARIO)
1. Urgencias 2. Consulta de Medicina General 3. Contra referencia 4. Dirección Estratégica 5. Gestión Logística 6. Talento Humano	1. Remisiones o para atención de Hospitalización. 2. Contra referencia de la red prestadora. 3. Directrices y políticas sectoriales. 4. Suministro e Insumos para la Prestación del Servicio. 5. Personal Capacitado.	V. PLANEAR (P) A1. Planificar las actividades, requeridas para dar respuestas a las necesidades de los usuarios, sus familias y la comunidad. Previo análisis de la capacidad instalada. B1. Preparar camas, equipos biomédicos, registros e insumos para la atención de Hospitalización o partos. C1. Coordinar la recepción del paciente. D1. Según resultados de la evolución medica, definir conducta, solicitando los exámenes de apoyo o terapéutica y/o fórmula Médica, requeridas. E1. Formula los mecanismos a emplear para documentar el desarrollo de las Actividades de Hospitalización.	II. HACER (H) A2. Formular participativamente el Plan Operativo requerido para la ejecución de las actividades de Hospitalización planificadas, teniendo en cuenta los Contratos vigentes y las metas establecidas. B2. Recepcionar la solicitud de Hospitalización Del paciente. C2. Realizar la recepción del paciente, toma de signos vitales, valoración y registro del Ingreso de paciente. C3. Iniciar orden medica, realizando seguimiento y registro de la evolución médica. D2. Realizar exámenes de apoyo diagnostico o terapéutico y/o dispensación de la fórmula Médica, requerida, según evolución médica. E2. Captura, Estandarización, Sistematización y Procesamiento de la información paralelamente con la ejecución de las Actividades	1. Paciente egresado a su casa. 2. Paciente estabilizado con remisión a otro servicio y/o otra institución. 3. Paciente Fallecido. 4. Historia Clínica diligenciada. 5. Requerimiento de Insumos y mantenimiento. 6. Requerimiento de persona.	1. Usuario y su familia. 2. Plan de intervenciones Colectiva, Promoción y Prevención, Consulta Medicina General, o otras IPS. 3. Deposito transitorio de cadáveres y/o Fiscalía. 4. Tecnología y Estadística. 5. Gestión Logística. 6. Talento Humano.
		I. VERIFICAR A3. Verificar la capacidad logística y operativa del Hospital para cumplir con las actividades programadas para el servicio de Hospitalización, realizando seguimiento a los indicadores de Costo operación. B3. Verificar disponibilidad de camas en el Servicio de Hospitalización. C4. Evaluar el estado del paciente, verificando su condición y realizando la priorización de la atención requerida.	I. ACTUAR (A) A4. Documentar e implementar las acciones necesarias para mejorar la capacidad logística y operativa del Hospital de cumplir con las actividades programadas en Hospitalización, planificando las contingencias requeridas para cumplir las Nuevas demandas del servicio. B4. Asignar cama. C5. Definir plan de tratamiento según valoración Inicial y evolución médica.		

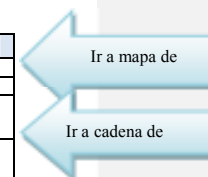
		D3. Verificar resultados de ayudas diagnósticas(según orden) realizando seguimiento a la evolución y condición del Paciente. Informar evolución a equipo médico para definir actividades a ejecutar, realizando los registros correspondientes en la Historia Clínica. E3. Análisis y verificación de la información procesada (incluyendo la Historia Clínica), frente al cumplimiento de las metas Propuestas. Verificar la oportunidad y calidad de los registros de eventos de notificación Obligatoria.	D4. Dar de alta o remitir al paciente. (Casa, Referencia, Morgue), suministrando indicaciones para la remisión, y/o salida (ordenes medicas, cuidados,controles,signos de alarma, educación al usuario y su familia o Formato de remisión). En caso de fallecido Enviar a depósito transitorio de cadáveres. Implementación de las acciones requeridas. para mejorar la ejecución de las acciones de Hospitalización y así como la aplicación de los exámenes de apoyo diagnóstico, terapéutico y/o dispensación de fórmula médica. E4. Generar informes y acciones de mejora requeridas para mejorar la calidad y oportunidad en la prestación del servicio de Hospitalización		
--	--	---	--	--	--

INDICADORES	TIEMPO DE EJECUCION	REGISTROS
1. Tasa de Infección intrahospitalaria. 2. Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas. 3. Tasa de Reingreso de Paciente Hospitalizados. 4. Proporción Glosa no subsanable de Hospitalización sobre total de la facturación. 5. Oportunidad en la Notificación de Eventos de Vigilancia. 6. Proporción Vigilancia de Eventos Adversos.	1. Mensual 2. Mensual 3. Mensual 4. Mensual 5. Mensual 6. Mensual	1. Historia Clínica de Hospitalización: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS de Hospitalización, Hoja de Evolución, Notas de enfermería, Epicrisis, Salida Voluntaria, Boleta de Salida, Ordenes Médicas, Hoja de gastos *Orden de solicitud de ayudas diagnósticas * Orden de solicitud exámenes de laboratorio clínico, Hoja de tratamiento, Balance de líquidos, Hoja de Clap, Certificado de nacido vivo, Certificado de Defunción. 2. Sistema de referencia y contra referencia pacientes urgencias y hospitalización. 3. Hoja de notificación obligatoria. 4. Tarjeta de medicamentos. 5. Consentimiento informado, libros de: recibo y entrega de turno, novedades, mortalidad, remisiones, laboratorios, registro nacido vivo, carro de paro. 6. Informe trimestral de consolidaciones de actividades.

PROCEDIMIENTOS	GUIAS	DOCUMENTOS DE REFERENCIA EXTERNOS	RECURSOS
Atención al usuario en Hospitalización. Apoyo Diagnostico de Laboratorio Clínico en Hospitalización. Apoyo Diagnostico de imagenología en Hospitalización. Observación. Servicio de Hospitalización. Enfermería en	Dolor Abdominal Bronquitis Aguda Enfermedad Pulmonar Neumonía Adultos y Pediátrica Enfermedad Diarreica Aguda y deshidratación Celulitis y Obseso Enfermedad Pulmonar	Planes de Desarrollo (Local). Contratos y Proyectos. Convenios y alianzas. Calidad en los servicios de Salud en Colombia.	Equipos Biomédicos: Oxímetro,Electrocardiografo,Desfibrilador,Monitor,Carro de Paro,glucómetro.Equipo de sutura, Equipos de Órganos de los sentidos,fonendoscopio,tensiómetro,peša bebés, bascula de pies,nebulizador,vibradores,compresores,equipovenopunción,nevera,termómetro,laboratorio clínico baja complejidad. Interdependencia de servicios (farmacia, lavandería, vigilancia, aseo). Sistema de información (Software). Procedimientos. Guías.

Hospitalización y traslado de pacientes	Obstructivas Crónica Crisis Asmática Síndrome Broncobstrutivo Infecciones de Vías Urinarias	 REGISTROS EXTERNOS: Recepción de elementos de ambulancia, Relación de pacientes vinculados sin capacidad de pago, certificado de pacientes indocumentados, Hoja de registro estadístico, Soporte de Traslado de Pacientes, Planilla de registro diario de actividades de atención o traslados a programas.	 Formatos  Cuadro de indicadores por proceso.  Infraestructura y Mantenimiento.  Tecnológicos y de Estadística (manejo de la información)
---	---	--	--

PROYECTO	REVISÓ	APROBÓ
CARGO:	CARGO:	CARGO: Gerente
FIRMA LIDER DE PROCESO HOSPITALIZACIÓN	FIRMA	FIRMA
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE: NELSON MAURICIO CORDERO RUEDA
FECHA:	FECHA:	FECHA:



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE APOYO DIAGNOSTICO		
FECHA DE APROBACIÓN:	VERSIÓN:	Página 1 de 2

OBJETIVO: Realizar el análisis de los especímenes biológicos de origen humano, como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, tratamiento, seguimiento, control y vigilancia de las enfermedades, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

LIDER DEL PROCESO: Bacteriólogo

PROCESO QUE ENTREGA (PROVEEDOR)	ENTRADAS	ACTIVIDADES DEL PROCESO (CICLO PHVA: PLANEAR-HACER-VERIFICAR-ACTUAR)		SALIDAS	PROCESO QUE RECIBE (USUARIO)
1. Plan de Intervención colectivas, Promoción y Prevención, Consulta de Medicina General, Urgencias, Hospitalización. 2. Usuarios, su familia y la comunidad. 3. Dirección Estratégica 4. Gestión Logística 5. Talento Humano	1. Remisiones o canalizaciones para actividades de consulta de medicina general, Promoción y Prevención, Hospitalización y urgencias. 2. Necesidades o solicitudes del usuario, su familia y la comunidad o de las diferentes actividades de atención ambulatoria, y hospitalización. 3. Directrices y políticas sectoriales. 4. Suministro e Insumos para la Prestación del Servicio. 5. Personal Capacitado.	I. PLANEAR (P) A1. Planificar las actividades de toma, de muestra y procesamiento de las mismas requeridas para dar respuestas a las necesidades de los servicios de la Institución. usuarios, sus familias y La comunidad. B1. Programar agenda de la toma de muestra procesamiento de las mismas, de Acuerdo a las necesidades de servicio Y la Disponibilidad de recursos. C1. Coordinar la prestación de servicios de la Atención de apoyo Diagnóstico, según su nivel de Complejidad. D1. Establecer los equipos, recursos, insumos y Registros para las diferentes Actividades de la Atención de Apoyo Diagnóstico. E1. Formular los mecanismos a emplear para documentar el desarrollo de las Actividades de la Atención de Apoyo Diagnóstico.	II. HACER (H) A2. Realizar Plan Operativo requerido para la ejecución de las actividades de la Atención de Apoyo Diagnóstico, planificadas, teniendo en cuenta los Contratos vigentes y las metas Establecidas. B2. Asignar, organizar y realizar la toma de Muestras y procesamientos para los diferentes exámenes solicitados teniendo en cuenta la agenda programada y los procedimientos, Manuales, guías o protocolos Propios del Servicio. C2. Desarrollar los procedimientos para las diferentes muestras tomadas, gestionando su Ejecución según el Caso. D2. Utilizar los equipos, recursos, insumos y Registros para la ejecución de las diferentes Actividades de la Atención de Apoyo Diagnóstico. E2. Capturar, Estandarización, Sistematización y Procesamiento de la información paralelamente con la ejecución de las Actividades.	1. Resultado del examen a través de la solicitud de consulta de medicina general, Promoción y Prevención, Hospitalización y urgencias. 2. Resultado del Examen a través de la Necesidades o solicitudes del usuario, su familia y la comunidad. 3. Resultado diligenciado a través de la Historia Clínica, o Registros que soporte sobre la prestación del servicio. 4. Requerimiento de Insumos y mantenimiento. 5. Requerimiento de persona.	1. Usuario y su familia. 2. Plan de intervenciones Colectiva, Promoción y Prevención, Consulta Medicina General, Hospitalización, Urgencias, o otras IPS. 3. Historia Clínica, o Registros que soporte sobre la prestación del servicio. Para antes de vigilancia y control o Fiscalía. 4. Tecnología y Estadística. 5. Gestión Logística. 6. Talento Humano.
		I. VERIFICAR(V) A3. Verificar la capacidad logística y operativa del Hospital para cumplir con las actividades programadas para la atención de la Atención de Apoyo diagnóstico, Realizando Seguimiento a los Indicadores de Costo Operación. B3. Verificar la capacidad resolutoria de las Actividades ejecutadas en la Atención de	I. ACTUAR(A) A4. Documentar e implementar las acciones necesarias para mejorar la capacidad logística y operativa del Hospital de cumplir con las actividades programadas en la Atención de Apoyo Dignostico, planificando las contingencias requeridas para Cumplir las nuevas demandas del servicio. B4. Generar y Documentar las acciones		

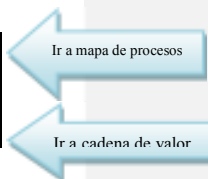
		Apoyo Diagnóstico. C3. Verificar el cumplimiento de las actividades Realizadas. D3. Verificar que la utilización de equipos, recursos, insumos y registros hayan sido pertinentes en las diferentes actividades de la Atención de Apoyo Diagnóstico. E3. Verificar la oportunidad y calidad en la información procesada en la ejecución de las Actividades.	necesarias para mejorar la efectividad en el cumplimiento de los parámetros establecidos en la atención de los diferentes Actividades de apoyo Diagnóstico. C4. Implementar acciones requeridas para mejorar El servicio Y actividades de apoyo Diagnóstico. D4. Implementar acciones de mejora en la Utilización de equipos, recursos, insumos y Registros en la ejecución de las diferentes Actividades de Apoyo Diagnóstico. E4. Generar informes y acciones de mejora requeridas para mejorar la calidad y oportunidad en la prestación del servicio de Atención en apoyo diagnóstico.		
--	--	--	---	--	--

INDICADORES	TIEMPO DE EJECUCION	REGISTROS
1. Oportunidad de la entrega de Resultados 2. Oportunidad en la Notificación de Eventos de Vigilancia.	1. Mensual 2. Mensual	1. Historia Clínica : Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS de Laboratorio Clínico, Hoja de Evolución, Notas de enfermería, Epicrisis, Ordenes Médicas, Hoja de gastos *Orden de solicitud de ayudas diagnosticas * Orden de solicitud exámenes de laboratorio clínico, Hoja de tratamiento, Certificado de nacido vivo, Certificado de Defunción. 2. Hoja de notificación obligatoria. 3. Consentimiento informado, libros de: recibo y entrega de turno, novedades, mortalidad, remisiones, laboratorios, registro nacido vivo. 4. Informe trimestral de consolidaciones de actividades.

PROCEDIMIENTOS	GUIAS	DOCUMENTOS DE REFERENCIA EXTERNOS	RECURSOS
----------------	-------	-----------------------------------	----------

- Control de temperatura de Baño María y Nevera. - Revisar la Documentación del Paciente. - Toma y Recepción de Muestras. - Clasificación de las Muestras. - Calibración de Equipos. - Procesamientos de Muestras. - Digitar los Resultados. - Descarte y desechos de materiales biológicos. - Entrega de Resultados.	- Manuales de Control de Calidad interno VIH, Hemoclasificación, Uro análisis, Hematología, Baciloscopia, VDRL, Factor RH, Química Sanguínea, Serología, Decoloración de Muestras. - Control de Temperatura de los reactivos. - Manual de Control Externo.	- Planes de Desarrollo (Local). - Contratos y Proyectos. - Convenios y alianzas. - Calidad en los servicios de Salud en Colombia.	- Equipos de Laboratorio. - Profesional Competente. - Interdependencia de servicios (aseo). - Insumos de Calidad - Sistema de información (Software). - Procedimientos. - Guías, Manuales, Protocolos. - Formatos - Cuadro de indicadores por proceso. - Infraestructura y Mantenimiento. - Tecnológicos y de Estadística (manejo de la información)
---	--	--	--

PROYECTO	REVISÓ	APROBÓ
CARGO:	CARGO:	CARGO: Gerente
FIRMA LIDER DE PROCESO	FIRMA	FIRMA
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE: NELSON MAURICIO CORDERO RUEDA
FECHA:	FECHA:	FECHA:



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE APOYO TERAPEUTICO		
FECHA DE APROBACIÓN:	VERSIÓN:	Página 1 de 2

OBJETIVO: Brindar APOYO TERAPEUTICO a los Usuarios a través de la Administración de Medicamentos y Remisiones en los casos requeridos, que garantice la continuidad, oportunidad, seguridad, pertinencia en el proceso.
LIDER DEL PROCESO: Medico General, Enfermera Jefe, Regente de Farmacia.

PROCESO QUE ENTREGA (PROVEEDOR)	ENTRADAS	ACTIVIDADES DEL PROCESO (CICLO PHVA: PLANEAR-HACER-VERIFICAR-ACTUAR)		SALIDAS	PROCESO QUE RECIBE (USUARIO)
1. Plan de Intervención colectivas, Promoción y Prevención, Consulta de Medicina General, Urgencias, Hospitalización. 2. Usuarios, su familia y la comunidad. 3. Dirección Estratégica 4. Gestión Logística	1. Remisiones o canalizaciones para actividades de consulta de medicina general, Odontología Promoción y Prevención, Hospitalización y urgencias. 2. Necesidades o solicitudes del usuario, su familia y la comunidad o	II. PLANEAR (P) A1. Planificar las remisiones correspondientes, y procesamiento de las mismas requeridas para dar respuestas a las necesidades de los servicios de la Institución, usuarios, sus familias y La comunidad. B1. Preparar registros, Documentos, insumos, Equipos biomédicos, para la atención de Apoyo Terapéutico. C1. Coordinar la prestación de la Atención de Apoyo Terapéutico, y Recepcionar las Respectivas remisiones. D1. Establecer los equipos biomédicos, recursos, insumos, Registros y documentos para las Diferentes Actividades de la Atención de	II. HACER (H) A2. Realizar Plan Operativo requerido para la ejecución de las actividades de la Atención de Apoyo Terapéutico, planificadas, teniendo en cuenta los Contratos vigentes y las metas Establecidas. B2. Organizar y realizar los procesamientos para Los Diferentes remisiones solicitadas teniendo en cuenta manuales, guías o protocolos propios de la entidad para atención de apoyo Terapéutico. C2. Desarrollar los procedimientos para las diferentes remisiones, gestionando su Ejecución según el Caso. D2. Utilizar los equipos biomédicos, recursos, Insumos, documentos y Registros para la	1. Entrega de medicamento o remisión admitida y pertinente, solicitada a través de consulta de medicina general, Odontología Promoción y Prevención, Hospitalización y urgencias. 2. Entrega de Medicamentos o remisión pertinente solicitada a través de la Necesidades o	1. Usuario y su familia. 2. Plan de intervenciones Colectiva, Promoción y Prevención, Consulta Medicina General, Odontología Hospitalización, Urgencias, o otras IPS. 3. Historia Clínica, o Registros que soporte sobre la prestación del

5.Talento Humano	de las diferentes actividades de atención ambulatoria, hospitalización. 3. Directrices y políticas sectoriales. 4. Suministros, Equipos e Insumos para la Prestación del Servicio. 5. Personal Capacitado.	Apoyo Terapéutico. E1. Formular los mecanismos a emplear para documentar el desarrollo de las Actividades de Atención de Apoyo Terapéutico. I. VERIFICAR(V) A3. Verificar la capacidad logística y operativa del Hospital para cumplir con las actividades para la atención de Apoyo Terapéutico.Realizando Seguimiento a los Indicadores de Costo Operación. B3. Verificar la capacidad resolutoria de las Actividades ejecutadas en la Atención de Apoyo Terapéutico. C3. Verificar el cumplimiento de las actividades Realizadas. D3. Verificar que la utilización de equipos biomédicos, recursos, insumos, registros y Documentos que hayan sido pertinentes en las diferentes actividades de la Atención de Apoyo Terapéutico. E3. Verificar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia y calidad en la información procesada en la ejecución de las Actividades.	ejecución de las diferentes Actividades de la Atención de apoyo Terapéutico. E2. Capturar, Estandarización, Sistematización y Procesamiento de la información paralelamente con la ejecución de las Actividades. I. ACTUAR(A) A4. Documentar e implementar las acciones necesarias para mejorar la capacidad logística y operativa del Hospital de cumplir con las actividades para la Atención de Apoyo Terapéutico .planificando las contingencias requeridas para Cumplir las Nuevas demandas De la Atención. B4. Generar y Documentar las acciones necesarias para mejorar la efectividad en el cumplimiento de los parámetros establecidos en la atención de los diferentes Actividades de la Atención de Apoyo Terapéutico. C4. Implementar acciones requeridas para mejorar El servicio Y actividades de la Atención de Apoyo Terapéutico. D4. Implementar acciones de mejora en la Utilización de equipos Biomédicos, recursos, insumos, documentos, Registros en la ejecución de las Diferentes Actividades de la Atención de Apoyo Terapéutico. E4. Generar informes y acciones de mejora requeridas para mejorar la calidad y oportunidad,acebilidad,pertinencia en la Atención de Apoyo Terapéutico.	solicitudes del usuario, su familia y la comunidad. 3. Entrega de medicamentos o remisión, diligenciado a través de la Historia Clínica, o Registros que soporte sobre la prestación del servicio. 4. Requerimiento de Insumos y mantenimiento. 5. Requerimiento de persona.	servicio. Para entes de vigilancia y control o Fiscalía. 4. Tecnología y Estadística. 5. Gestión Logística. 6. Talento Humano.
------------------	---	--	---	---	---

INDICADORES	TIEMPO DE EJECUCION	REGISTROS
1. Oportunidad de la entrega de Medicamentos POS 2. Gestión de Eventos Adversos (con la administración de medicamentos o traslados de pacientes). 3. Proporción de Notificación de Eventos Adversos de Medicamentos. 4. Proporción de Notificación de Eventos Adversos de traslados de pacientes.	1. Mensual 2. Mensual 3. Mensual 4. Mensual	1. Historia Clínica: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS de la Atención de apoyo terapéutico (medicamentos, remisiones) Hoja de Evolución, Notas de enfermería, Epicrisis, Ordenes Médicas, Hoja de gastos *Orden de solicitud de ayudas diagnosticas , Hoja de tratamiento, Certificado de nacido vivo, Certificado de Defunción. 2. Hoja de notificación obligatoria. 3. Consentimiento informado, libros de: recibo y entrega de turno, novedades, mortalidad, remisiones, registro nacido vivo. 4. Informe trimestral de consolidaciones de actividades.

PROCEDIMIENTOS	GUIAS	DOCUMENTOS DE REFERENCIA EXTERNOS	RECURSOS
----------------	-------	-----------------------------------	----------

- Recepcionar las solicitudes de la Remisión. - Direccionamiento del usuario en la Red de prestación de los Servicios. - Gestión de procedimientos la referencia o traslado de pacientes. - Entrega y Registro de Medicamentos. - Educación de la Utilización y consumo de Medicamentos.	- Manual de Manejo Farmacéutico - Protocolos de traslado o remisión de Pacientes - Registros Únicos de Remisiones y contra remisiones - Registros de Control de Remisiones y Contra remisiones	- Planes de Desarrollo (Local). - Contratos y Proyectos. - Convenios y alianzas. - Calidad en los servicios de Salud en Colombia. - REGISTROS EXTERNOS: Recepción de elementos de ambulancia, Relación de pacientes vinculados sin capacidad de pago, certificado de pacientes indocumentados, Hoja de registro estadístico, Soporte de Traslado de Pacientes, Planilla de registro diario de actividades de atención o traslados a programas.	- Equipos biomédicos y de Comunicación. - Vehículos de Traslado Atención Básico - Profesionales Competentes. - Interdependencia de servicios (aseo-vigilancia). - Insumos de Calidad - Sistema de información (Software). - Procedimientos. - Guías, Manuales, Protocolos. - Formatos, Registros. - Cuadro de indicadores por proceso. - Infraestructura y Mantenimiento. - Tecnológicos y de Estadística (manejo de la información)
--	---	--	---

Tabla con formato

PROYECTO	REVISOR	APROBÓ
CARGO:	CARGO:	CARGO: Gerente
FIRMA LIDER DE PROCESO	FIRMA	FIRMA
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE: NELSON MAURICIO CORDERO RUEDA
FECHA:	FECHA:	FECHA:

Ir a mapa de

Ir a cadena de v

Con formato: Español (Colombia)

CARACTERIZACIÓN DE GESTION DE LA ATENCIÓN		
FECHA DE APROBACIÓN:	VERSIÓN:	Páginas: 2

OBJETIVO: Promover la garantía de los derechos y deberes de los usuarios a través de la GESTIÓN DE LA ATENCIÓN, buscando la Satisfacción del Usuario y el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Prestación del Servicio.

LIDER DEL PROCESO: Gerente, Encargado de SIAU

PROCESO QUE ENTREGA (PROVEEDOR)	ENTRADAS	ACTIVIDADES DEL PROCESO (CICLO PHVA: PLANEAR-HACER-VERIFICAR-ACTUAR)	SALIDAS	PROCESO QUE RECIBE (USUARIO)
---------------------------------	----------	--	---------	------------------------------

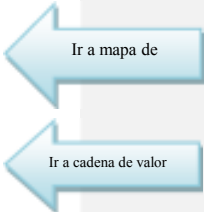
1. Plan de Intervención colectivas, Atención Ambulatoria, Hospitalización, Apoyo Diagnostico, Apoyo Terapéutico. 2. Usuarios, su familia y la comunidad. 3. Secretaria de Salud Municipal, Departamental, Ministerio Protección Social. 4. Dirección Estratégica 5. Gestión Logística 6. Talento Humano	1. Procesos Ambulatorios, Hospitalización, Apoyo Diagnostico, Apoyo Terapéutico y Plan de Intervenciones Colectivas. 2. Necesidades o solicitudes del usuario, su familia y la comunidad o de las diferentes actividades de atención ambulatoria, hospitalización, apoyo Terapéutico y apoyo Diagnóstico. 3. Reuniones, Informes y/o solicitudes por SSM, SSD, MPS 4. Directrices y políticas sectoriales. 5. Suministros, Equipos, Insumos Documentos, Registros para la Prestación del Servicio. 6. Personal Capacitado.	II. PLANEAR (P) A1. Planificar el acceso a la información, correspondiente, y procesamiento de la misma para dar respuestas a las Necesidades y obligaciones de las Atenciones de la Institución. usuarios, sus familias y la comunidad. B1. Preparar registros, Documentos, Formatos insumos, Equipos, Software, recursos para la de la Gestión en la Atención. C1. Coordinar las actividades de divulgación de los deberes y derechos institucionales y el Portafolio de servicios. D1. Identificar los elementos de la Gestión de Atención de la Institución, y Planificar las actividades requeridas para las acciones de la Gestión en la Atención. E1. Formular los mecanismos a emplear para documentar el desarrollo de las Actividades de la Gestión en la Atención. I. VERIFICAR (V) A3. Verificar la capacidad logística y operativa del Hospital para cumplir con las actividades para la Gestión en la Atención, Realizando Seguimiento a los Indicadores de Costo Operación. B3. Verificar la capacidad resolutoria de las Actividades ejecutadas en la Gestión de la Atención. C3. Verificar la calidad de las actividades de Divulgación de los derechos y deberes Institucionales y el portafolio de servicios. D3. Verificar la disponibilidad de los recursos y Reprogramar las actividades. E3. Verificar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia y calidad en la información procesada en la ejecución de las Actividades.	II. HACER (H) A2. Realizar Plan Operativo requerido para la ejecución de las actividades de la Gestión en la Atención, planificadas, teniendo en cuenta los Contratos vigentes, metas establecidas, Políticas Institucionales o Sectoriales. B2. Organizar y realizar los procedimientos, de las diferentes necesidades, solicitudes o expectativas, teniendo en cuenta normatividad, políticas propias de la institución para la Gestión en la atención. C2. Ejecutar las actividades de divulgación de los deberes y derechos institucionales y el Portafolio De Servicios. D2. Realizar las actividades identificadas y ejecutar las acciones previstas en la planificación, táctica y operativa del hospital para dar respuesta a la Comunidad. E2. Capturar, Estandarización, Sistematización y Procesamiento de la información paralelamente con la ejecución de las Actividades. I. ACTUAR (A) A4. Documentar e implementar las acciones necesarias para mejorar la capacidad logística y operativa del Hospital de cumplir con las actividades para la Gestión en la Atención, planificando las contingencias requeridas para Cumplir las Nuevas demandas De la Atención. B4. Generar y Documentar las acciones necesarias para mejorar la efectividad en el cumplimiento de los parámetros establecidos en las diferentes Actividades de la Gestión en la Atención. C4. Solicitar direccionamiento estratégico y trabajar de forma integrada con la planeación respecto a las alianzas de servicios y posibles proyectos a Los que puedan acceder la comunidad. D4. Ejecutar planes de contingencias en caso de ser necesario e implementar acciones de mejora en la disponibilidad de recursos. E4. Generar informes y acciones de mejora requeridas para mejorar la calidad y oportunidad, accesibilidad, pertinencia en la Gestión de la Atención.	1. Resuelta o Satisfecha la necesidad o expectativa de la atención Ambulatoria, Hospitalización, Apoyo Diagnostico o Apoyo Terapéutico. 2. Resuelta o Satisfecha la necesidad, solicitud del usuario, su familia y la comunidad. 3. Cumplimiento de metas, actividades de la Gestión en la Atención, desarrolladas con la comunidad, en diferentes formas de interacción con otros organismos. 4. Alianzas Institucionales y Gestión exitosa de todos los actores del proceso(alianza usuarios, Copaco, SIAU) 5. Cumplimiento de Políticas Publicas, del Sector y de la Institución. 6. Usuarios, Familia, comunidad y Trabajadores satisfechos.	1. Usuario y su familia, Institución. 2. Comunidad, usuarios, Familia. 3. Entes municipales, departamentales, nacionales. 4. Clientes externos, internos, Alianzas institucionales, partes interesadas. 5. Actores del mercado.
---	--	--	--	---	---

INDICADORES	TIEMPO DE EJECUCION	REGISTROS
-------------	---------------------	-----------

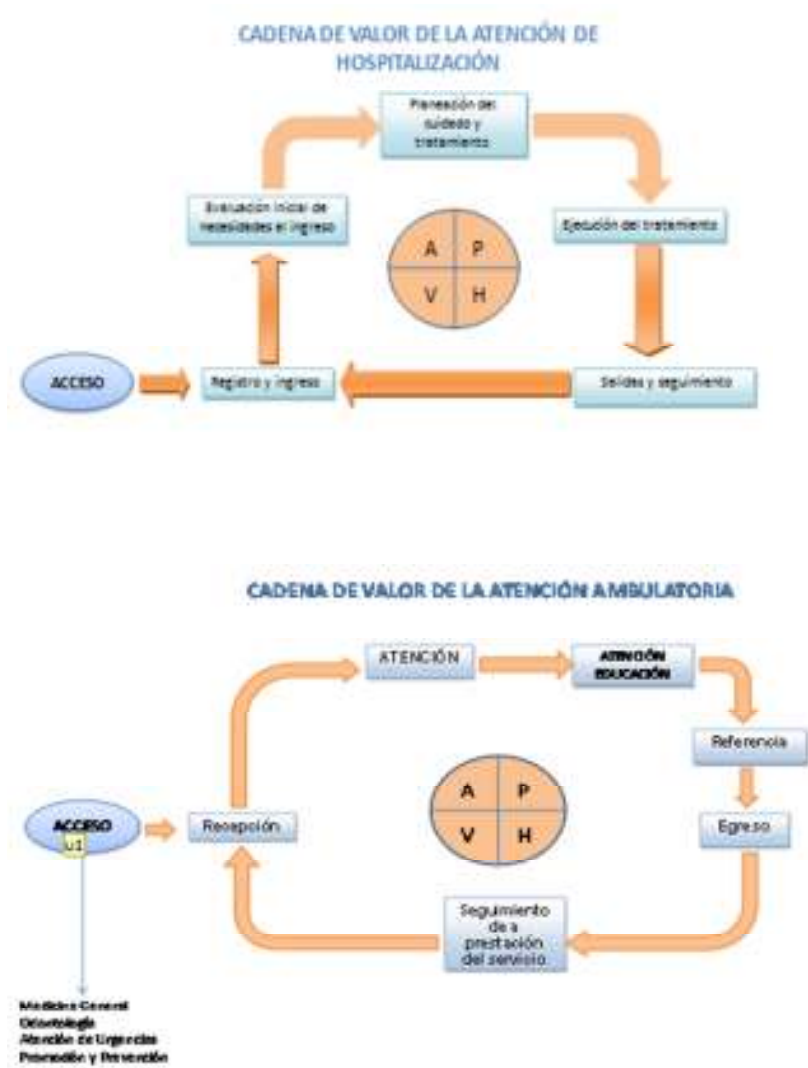
1. Tasa de Satisfacción Global	1. Mensual	1. Registro de encuestas realizadas a los usuarios.
2. Proporción de Quejas Resueltas antes de 15 días	2. Mensual	2. Consolidados de SAC

PROCEDIMIENTOS	GUIAS	DOCUMENTOS DE REFERENCIA EXTERNOS	RECURSOS
- Participación de la Comunidad. - Participación de los Entes Municipales. - Gestión de Requerimientos de la Comunidad. - Derechos y Deberes. - Desarrollo de Comités de los diferentes actores. - Gestión de Quejas y Reclamos.	- Políticas Nacionales, Territoriales, sectoriales y Institucionales. - Manuales de Derechos y Deberes.	- Planes de Desarrollo (Local). - Contratos y Proyectos. - Convenios y alianzas. - Calidad en los servicios de Salud en Colombia.	- Equipos de Comunicación - Talento Humano. - Interdependencia de servicios (aseo-vigilancia). - Sistema de información. - Procedimientos. - Guías, Manuales, Protocolos. - Normatividad Vigente. - Formatos, Registros. - Cuadro de indicadores por proceso. - Infraestructura y Mantenimiento. - Tecnológicos y de Estadística (manejo de la información)

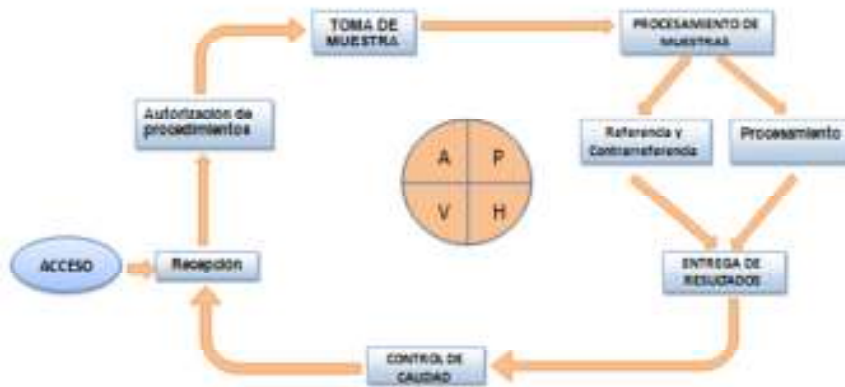
PROYECTO	REVISÓ	APROBÓ
CARGO:	CARGO:	CARGO: Gerente
FIRMA LIDER DE PROCESO	FIRMA	FIRMA
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE: NELSON MAURICIO CORDERO RUEDA
FECHA:	FECHA:	FECHA:



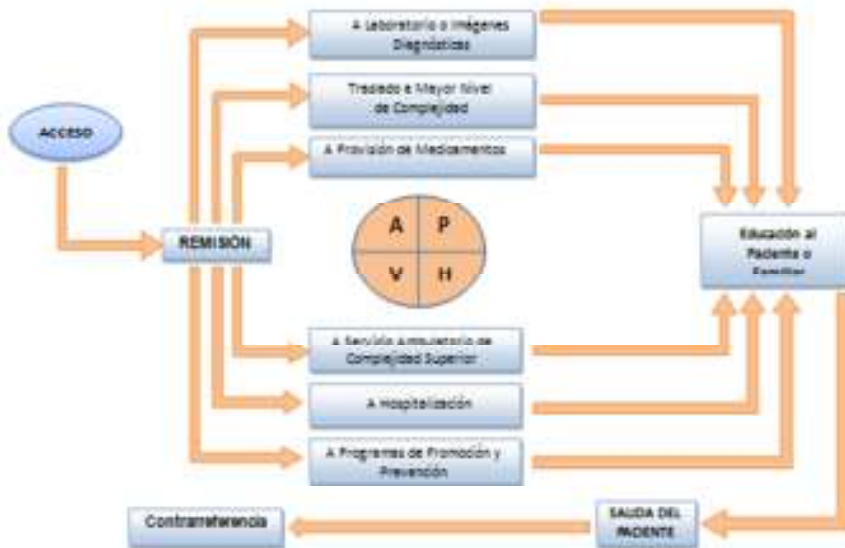
ANEXO 5. CADENA DE VALORES DE LOS PROCESOS



CADENA DE VALOR DE APOYO DIAGNÓSTICO

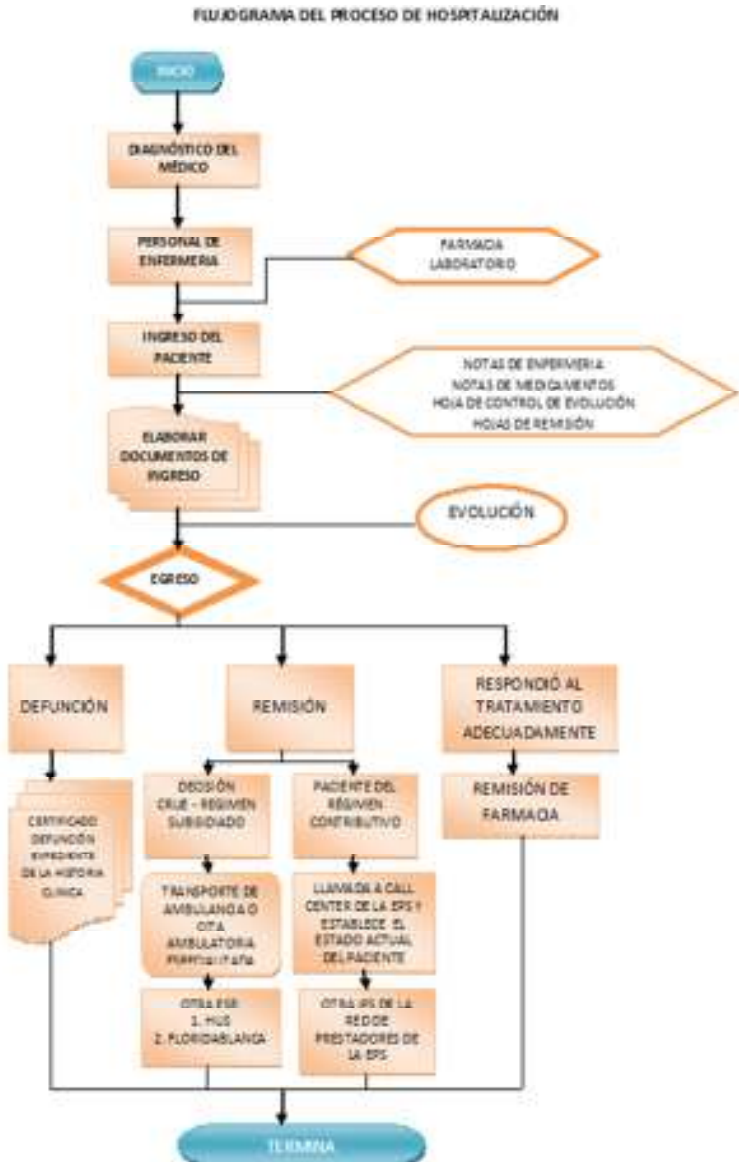


CADENA DE VALOR DE APOYO TERAPÉUTICO

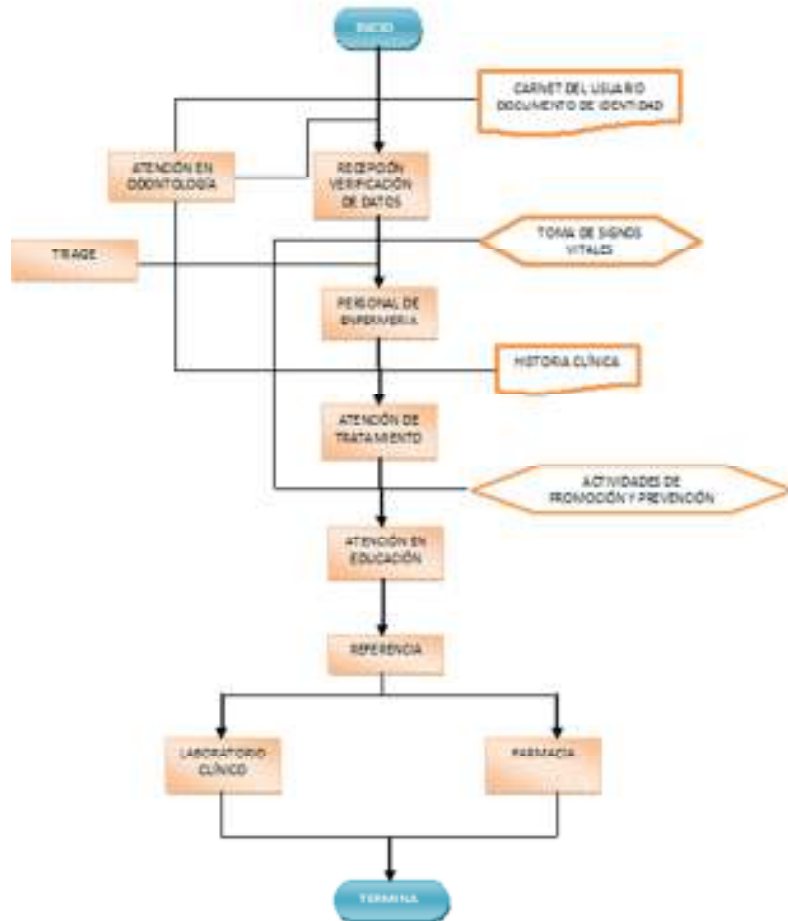




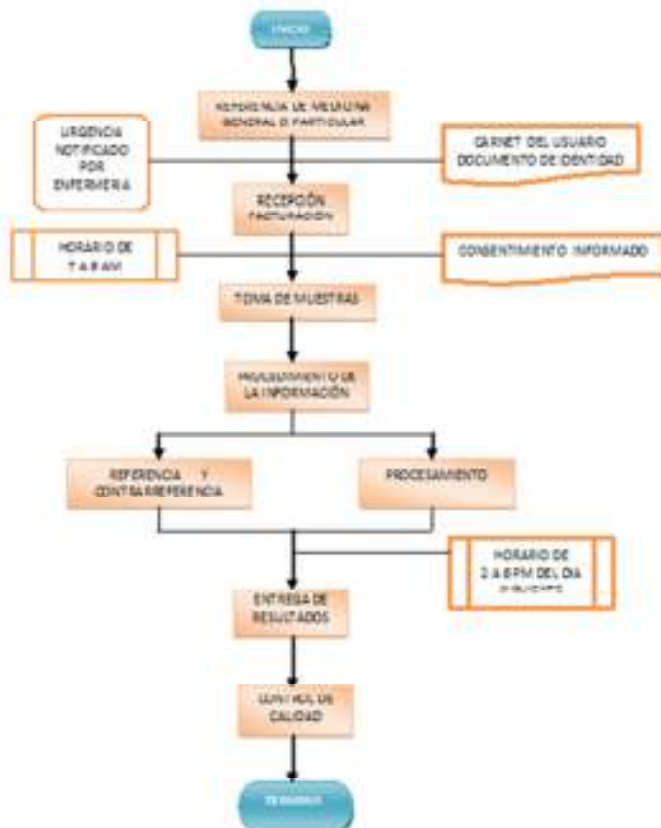
ANEXO 6. FLUJOGRAMAS



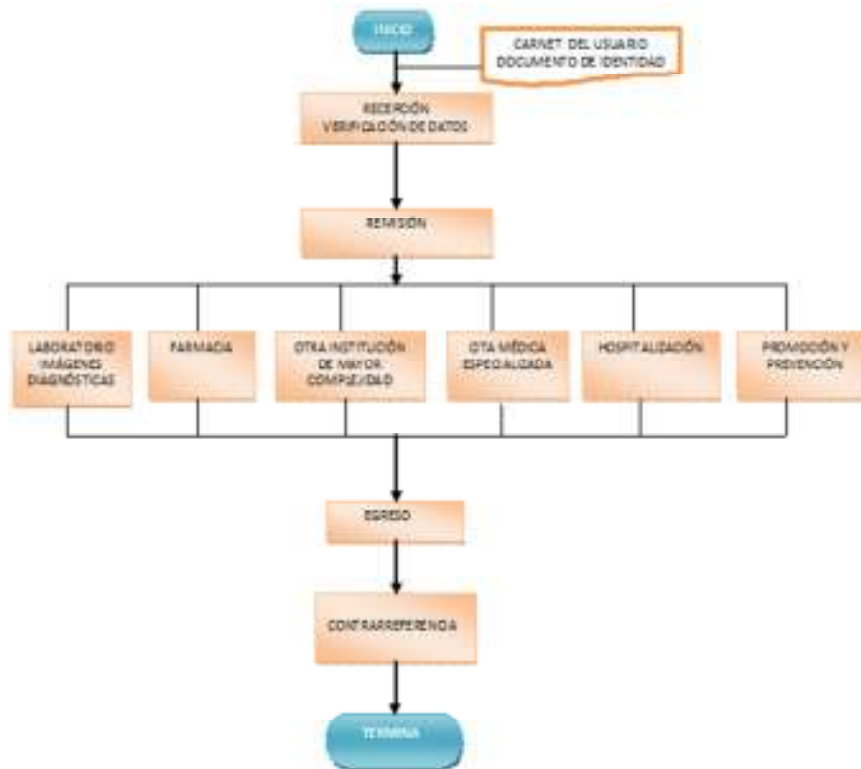
FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE AMBULATORIOS



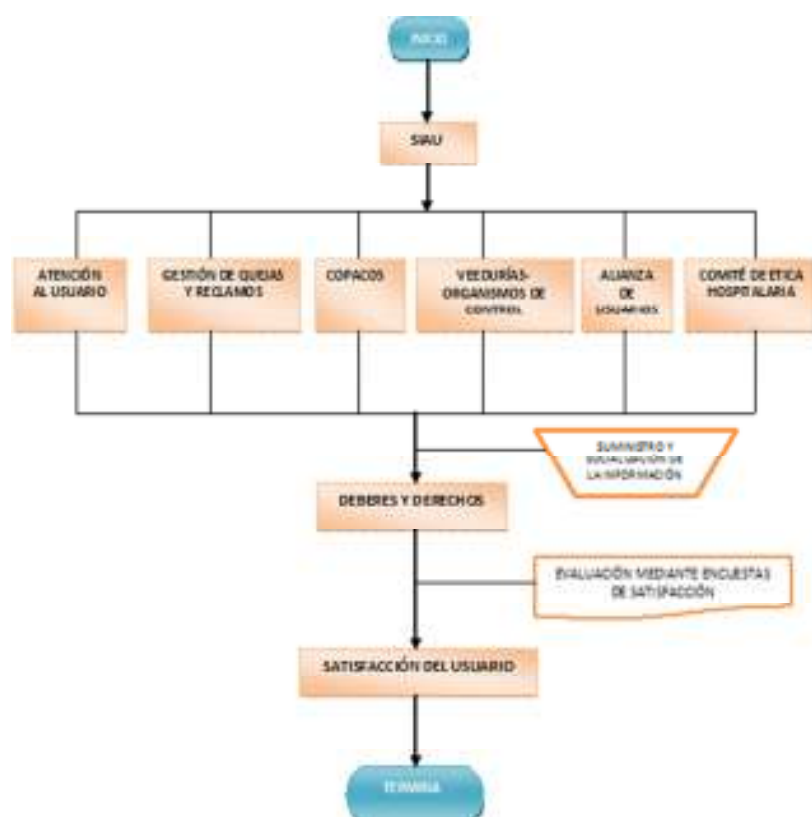
FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE APOYO DIAGNÓSTICO



FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE APOYO TERAPÉUTICO



FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN



ANEXO 7. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN										
	SATISFACCIÓN CLIENTE EXTERNO			CALIDAD DE LA ATENCIÓN			SOSTENIBILIDAD FINANCIERA			TOTAL
	R	C	V	R	C	V	R	C	V	
PROCESO AMBULATORIO										
PROCESO APOYO TERAPEUTICO										
PROCESO APOYO DIAGNOSTICO										
PROCESO HOSPITALIZACIÓN										

R: RIESGO

C: COSTO

V: VOLUMEN

VALOR DE CALIFICACIÓN

1: POCO

3: MEDIANO

5: ALTO

FUENTE: Formato suministrado por Equipo Facilitador

ANEXO 8. FICHA DE INDICADORES

PROCESO AMBULATORIO

Nombre	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	
Código	I.1.1	
Justificación	La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutive es vital para la Eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y Especialidad. Una respuesta rápida en este nivel Contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios Especializados y de urgencias. El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de Atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel. La monitorización por parte de la institución de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación Institucional para gestionar el acceso a los servicios.	
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad	Tipo Indicador: Eficacia
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita.	
Denominador	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.	
Unidad de medición	Días	
Factor	1	
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Total de días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario pide la cita y la fecha para la cual es asignada}}{\text{Nro. Total de asignadas en la institución}}$	
VARIABLES	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Libro/registro de asignación de citas	Libro/registro de asignación de citas
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	

Periodicidad de remisión de la Información (obligatoria)	Semestral			
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS			
Vigilancia y control	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud			
ANÁLISIS				
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.			
Nivel Desagregación	Para Odontología			
Consideraciones para el análisis	Se busca Medir el tiempo promedio de espera entre la solicitud y la asignación de la cita, para plantear a partir de resultados planes de mejora.			
	Responsable de la Medición: Área de Facturación a través de software.		Responsable del Análisis: La jefe de la Atención de consulta Externa, Técnico de Estadística, Gerente de la ESE.	
Umbral de desempeño	Rango Establecido	2,1 - 3,0	1,1 - 2,0	0,1-1,0
	Interpretación de Resultado	Deficiente	Regular	Bueno
Meta	1,0 día			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
USUARIOS				
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	x	Institucional EAPB	

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR I.1.4

Nombre	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	
Código	I.1.4	
Justificación	La oportunidad de la atención en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutiveidad es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias. El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores. Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de Atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel. La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.	
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad	Tipo de Indicador: Eficacia
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico.	
Denominador	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	
Unidad de Medición	Minutos	
Factor	1	
Fórmula de Cálculo	$\frac{\sum \# \text{ minutos entre la solicitud de atención de URG y el momento de la atención}}{\text{Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias}}$	
VARIABLES	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro/Registro de Atención en Urgencias	Libro/Registro de Atención en Urgencias
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral			
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS			
Vigilancia y control	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud			
ANÁLISIS				
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo			
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.			
Consideraciones para el análisis	Se busca Medir la oportunidad de la asignación de cita de consulta de Urgencias con respecto a la solicitud realizada por los Usuarios, para plantear a partir de resultados planes de mejora.			
	Responsable de la Medición: Facturación a través de software.		Responsable del Análisis: La jefe de la Atención de consulta Urgencias, Técnico de Estadística, Gerente de la ESE.	
Umbral de desempeño	Rango Establecido	29- 31	26- 28	>25
	Interpretación de Resultado	Deficiente	Regular	Bueno
Meta	25 Minutos			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
USUARIOS				
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	x	Institucional EAPB	

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR I.1.6

Nombre	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General	
Código	I.1.6	
Justificación	La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutiveidad es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda y contiene costos. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias. El tiempo de respuesta en los prestadores en los servicios de odontología es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que Recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores. Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel. La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que Pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.	
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad	Tipo de Indicador: Eficacia
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita.	
Denominador	Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la institución.	
Unidad de Medición	Días	
Factor	1	
Fórmula de Cálculo	$\frac{\# \text{ días calendario transcurrido a la solicitud de la consulta y la fecha de asignación}}{\text{Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la institución (se presenta con una cifra decimal)}}$	
VARIABLES	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro/Registro de Atención en Urgencias	Libro/Registro de Atención en Urgencias
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral			
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS			
Vigilancia y control	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud			
ANÁLISIS				
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	x		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.			
Consideraciones para el análisis	Se busca Medir el tiempo promedio de espera entre la solicitud y la asignación de la cita, para plantear a partir de resultados planes de mejora.			
	Responsable de la Medición: Gerencia de la E.S.E, Odontólogo o funcionario encargado de asignación de citas		Responsable del Análisis: Odontólogo, Técnico de Estadística, Gerente de la ESE, coordinador de Calidad.	
Umbral de desempeño	Rango Establecido	2,1 – 3,0	1,1 – 2,0	0,1 – 1,0
	Interpretación de Resultados	Deficiente	Regular	Bueno
Meta	0.5			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
USUARIOS				
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	x	Institucional EAPB	

Con formato: Español (Colombia)

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR I.2.2

Nombre	Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada	
Código	I.2.2	
Justificación	La hipertensión arterial afecta a una importante cantidad de pacientes en Colombia, incluidos muchos que tienen presión arterial elevada pero no presentan síntomas, y no saben que padecen la enfermedad. Esta es la razón por la cual a la hipertensión arterial a menudo se le llama el "asesino silencioso". La hipertensión arterial no controlada puede conducir al infarto agudo de miocardio, o a la insuficiencia renal crónica terminal, entre otras graves complicaciones, los pacientes hipertensos representan un segmento importante de utilización de servicios de salud y son potencialmente una vertiente de incremento del alto costo en el sistema. Existe evidencia científica que asocia las deficiencias en la calidad de la atención con bajos niveles de control de presión arterial. La monitorización de este indicador debe incidir en la mejora de la eficiencia y la efectividad clínica e impactar en las fallas de calidad que incrementan el alto costo en el sistema.	
Dominio	1. Calidad Técnica	Tipo de Indicador: Eficacia
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia.	
Denominador	Número total de pacientes hipertensos diagnosticados	
Unidad de Medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de Cálculo	$\frac{\# \text{ total de pacientes con Dx posterior a seis meses de HTA}}{\text{Número total de pacientes hipertensos diagnosticados}} \times 100$ (se presenta con una cifra decimal)	
VARIABLES	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registro del Programa de Hipertensión	Registro del Programa de Hipertensión
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y	90	

Control	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud			
ANALISIS				
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	x		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
Nombre	Proporción de vigilancia de Eventos adversos			
Código	I.3.3			
Consideraciones para el análisis	Se busca evaluar la eficacia del programa de Hipertensión y la adherencia al tratamiento por parte del usuario, a través de los resultados se realizará planes de mejora.			
	Responsable de la Medición: La jefe.		Responsable del análisis: El jefe, médico y Técnico estadístico.	
Umbral de desempeño	Rango Establecido	< 59 %	60- 79 %	80 – 100%
	Interpretación de Resultados	Deficiente	Regular	Bueno
Meta	80 %			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
USUARIOS				
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control		Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	x	Institucional EAPB	

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR I.3.3

Justificación	La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos.		
	Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles.		
	Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe Impactar en la eficiencia y efectividad clínica.		
Dominio	3. Gerencia del Riesgo	Tipo de Indicador: Eficacia	
DEFINICIÓN OPERACIONAL			
Numerador	Número total de eventos adversos detectados y gestionados.		
Denominador	Número total de eventos adversos detectados		
Unidad de Medición	Relación porcentual		
Factor	100		
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{\# total de eventos adversos detectados y gestionados}}{\text{Número total de eventos adversos detectados}} \times 100$ (Se presenta con cifra decimal)		
VARIABLES		Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS		IPS
Fuente primaria	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos de cada área de atención.		Libro / registro de vigilancia de eventos adversos de cada área de atención
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Continua		
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS		
Vigilancia y Control	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud		
ANALISIS			
Ajuste por	NO requiere ajuste por	X	

Riesgo	riesgo			
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.			
Nivel de	Odontología, Urgencias, Hospitalización, Medicamentos, Tratados de Pacientes			
Nombre	Proporción de Glosa no Subsanable			
Código	110_30_04-G			
Para el análisis	los resultados plantear y ejecutar planes de mejora.			
	Responsable de la Medición: La jefe de la ESE		Responsable de Análisis: La Jefe de la ESE, Coordinador de Calidad, Técnico Estadística, Gerencia.	
Umbral de desempeño	Rango Establecido	<59%	60-69 %	70 – 100%
	Interpretación de Resultado	Deficiente	Regular	Bueno
Meta	70 %			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
USUARIOS				
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	x	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	x	Institucional EAPB	

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR 110_30_04-G

Justificación	La glosa es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, qué requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.		
	La glosa no subsanable o glosa o devolución totalmente aceptada, es aplicada cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.		
	Identificar la proporción de glosas no subsanable presentadas por causas diferentes y al tiempo identificar las causas, ya que esto se convierte en un insumo de la auditoría cuando se analizan en qué medida las causas que las originan están relacionadas con la calidad, para iniciar ciclos de mejoramiento que conlleven a acciones que se reflejen en la mejora de la calidad de la atención.		
Dominio	2.Calidad Técnica	Tipo de Indicador: Eficacia	
DEFINICIÓN OPERACIONAL			
Numerador	Numero de Facturas de glosas no subsanable		
Denominador	Número total de facturas generadas y presentadas a cobro		
Unidad de Medición	Relación Porcentual		
Factor	100		
Fórmula de Cálculo	$\frac{\# \text{ de Facturas de glosas no subsanable}}{\# \text{ total de facturas generadas y presentadas a cobro}} \times 100$ (se presenta con una cifra decimal)		
VARIABLES Numerador		Denominador	
Origen de la Información	IPS	IPS	
Fuente primaria	Facturas y cuentas de cobro de cada área o atención	Facturas y cuentas de cobro de cada área o atención	
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual		
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS		
Vigilancia y Control	Superintendencia Nacional de Salud		
ANALISIS			
Ajuste por	NO requiere ajuste por	x	

Riesgo	riesgo			
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.			
Nivel de	Odontología, Urgencias Hospitalización, Consulta, Medicina General, Pediatría y			
Nombre	Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas			
Consideraciones para el análisis	Se busca determinar el porcentaje de muertes ocurridas por causas diferentes y al tiempo identificar las causas e implementar mecanismos de mejora.			
	Responsable de la Medición: Encargada de Facturación, Técnico de Estadística		Responsable del Análisis: Encargada de Facturación, Técnico Estadística, Gerente.	
Umbral de desempeño		>1,6	1,1 – 1,5	0,5 -1,0%
	Rango Establecido			
	Interpretación de Resultados	Deficiente	Regular	Buena
Meta	1 %			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
USUARIOS				
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	x	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	x	Institucional EAPB	

Con formato: Español (Colombia)

Con formato: Color de fuente:
Automático, Español (Colombia)

Con formato: Color de fuente:
Automático, Español (Colombia)

Con formato: Español (Colombia)

Con formato: Español (Colombia)

PROCESO HOSPITALIZACIÓN FICHA TÉCNICA BASICA INDICADOR I.3.1

Código	I.3.1			
Justificación	La tasa de mortalidad hospitalaria es un indicador que ha sido utilizado dentro de los sistemas de salud para evaluar resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y detectar problemas de calidad en la atención. Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad, niveles socio culturales y perfil epidemiológico de la población usuaria y por esta razón requiere de ajustes de riesgo sensibles.			
Dominio	3.Gerencia del Riego	Tipo de Indicador: Eficacia		
DEFINICIÓN OPERACIONAL				
Numerador	Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso			
Denominador	Número total de pacientes hospitalizados			
Unidad de Medición	Tasa por mil			
Factor	1000			
Fórmula de Cálculo	# total de pacientes hospitalizados que fallecen después 48 h ingreso X 1000 # total de pacientes hospitalizados			
VARIABLES		Numerador	Denominador	
Origen de la información	IPS		IPS	
Fuente primaria	Registros de Egreso Hospitalario		Registros de Egreso Hospitalario	
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual			
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral			
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS			
Vigilancia y Control	Superintendencia Nacional de Salud			
ANÁLISIS				
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por riesgo			
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.			
Consideraciones para el análisis	Con este indicador lo que se busca es medir la tasa y poder analizar, establecer muertes evitables y no evitables de los usuarios de la ESE después de las 48 horas en la atención de hospitalización en un periodo determinado y así generar planes de mejora.			
	Responsable de la Medición: Jefe y técnico estadístico.		Responsable del Análisis: Jefe, médico, coordinadora de calidad y técnico estadístico.	
Umbral de desempeño	Rango Establecido	>3	2 – 2.99	<1-1.99
	Interpretación de Resultado	Deficiente	Regular	Bueno
Meta	1			

Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
USUARIOS				
Según tipo de Nombre	IPSS			
	Tasa de Infección intrahospitalaria			
Según tipo de indicador	Motivación SOGC	X	Seguimiento a riesgos	
			Habilitación	
	Vigilancia y control	x	Trazador de Calidad	
	Institucional IPS	x	Promoción y Prevención	
			Institucional EAPB	

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR I.3.2

Justificación	Se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario o asistencial, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación. A través de él puede monitorizarse la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución. Su incidencia es importante en la medida en que puede indicar fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud es universal.			
	Puede ser utilizada en forma particular por servicios, procedimientos, periodos de tiempo u otras variables.			
Dominio	3.Gerencia de Riesgo	Tipo de Indicador: Eficacia		
DEFINICIÓN OPERACIONAL				
Numerador	Número de pacientes con infección Nosocomial			
Denominador	Número total de pacientes hospitalizados			
Unidad de Medición	Relación porcentual			
Factor	100			
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{\# de pacientes con infección Nosocomial}}{\text{\# total de pacientes hospitalizados}} \times 100$			
VARIABLES		Numerador	Denominador	
Origen de la información	IPS		IPS	
Fuente primaria	Registro de infecciones nosocomiales		Registro de infecciones nosocomiales	
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Continua			
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral			
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS			
Vigilancia y Control	Ente territorial- Superintendencia Nacional de Salud			
ANÁLISIS				
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por riesgo		x	
	Ajuste por edad			Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.			
Consideraciones para el análisis	Este indicador le permite medir a la ESE la tasa de infecciones nosocomiales que se presentan en la atención de hospitalización en un periodo determinado.			
	Responsable de la medición: Jefe de hospitalización.		Responsable del análisis: Jefe de hospitalización, médico, técnico estadístico y Gerencia.	
Umbral de	Rango Establecido	>2	1 – 1.99	0 – 0.99

desempeño	Interpretación del Resultado	Deficiente	Regular	Bueno
Meta	0			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y			
Nombre	Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados			
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	x	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	x	Institucional EAPB	

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR I.2.1

Código	I.2.1			
Justificación	El reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados..			
Dominio	2.Calidad Técnica		Tipo de Indicador: Eficacia	
DEFINICIÓN OPERACIONAL				
Numerador	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el período.			
Denominador	Número total de egresos vivos en el período			
Unidad de Medición	Relación porcentual			
Factor	100			
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{\# total pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, antes 20 días por la misma causa}}{\text{\# total de egresos vivos en el periodo}} \times 100$			
VARIABLES		Numerador	Denominador	
Origen de la información	IPS		IPS	
Fuente primaria	Registro de Ingreso de Pacientes Hospitalizados		Registro de Ingreso de Pacientes Hospitalizados	
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual			
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral			
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS			
Vigilancia y Control	Ente territorial- Superintendencia Nacional de Salud			
ANÁLISIS				
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	x		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.			
Consideraciones para el análisis	Permite medir el porcentaje de reingreso de pacientes hospitalizados por la misma causa en un periodo determinado y a través de resultados realizar planes de Mejora.			
	Responsable de la Medición: Jefe de Hospitalización.		Responsable del Análisis: Jefe de Hospitalización, Coordinador de Calidad, Técnico Estadística, Gerente.	
Umbral de desempeño	Rango Establecido	>1,7	1.51 -1,69	<1,5

	Interpretación de Resultado	Deficiente	Regular	Bueno
Meta	1,5			
Nombre	Oportunidad en la entrega de Resultados de Laboratorio Clínico			
	comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
USUARIOS				
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	

Con formato: Español (Colombia)

Con formato: Color de fuente:
Automático, Español (Colombia)

Con formato: Color de fuente:
Automático, Español (Colombia)

Con formato: Español (Colombia)

Con formato: Español (Colombia)

Código	110_30_04-L		
Justificación	Los derechos establecidos en el plan obligatorio de salud incluyen la entrega a los usuarios de los resultados de exámenes de laboratorio clínico incluidos en el POS que sean formulados por el médico como parte integral de su atención. Esta etapa del proceso de atención cobra especial importancia desde la perspectiva del usuario para quienes el gasto personal en este rubro puede resultar tan oneroso que se bloquee su acceso a ellos. Una de las dificultades reportadas por los usuarios en este sentido es la complejidad de los trámites en algunas entidades promotoras de salud – en tipo y cantidades. Se presume que si los exámenes está incluido dentro del plan de beneficios, la entidad promotora de salud debe garantizar su disponibilidad excepto en casos de fuerza mayor, no imputables a ella. La monitorización por parte de las instituciones de este indicador permitirá determinar el grado de cumplimiento y oportunidad con que la entidad promotora de salud responde a sus afiliados en lo que se refiere a la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.		
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad	Tipo de Indicador: Eficacia	
DEFINICIÓN OPERACIONAL			
Numerador	Número total de resultados ordenados por el médico que son entregados por el Laboratorio Clínico		
Denominador	Número total de ordenes solicitados al laboratorio clínico por el afiliado por un período dado		
Unidad de medición	Relación porcentual		
Factor	100		
Fórmula de cálculo	$\frac{\# \text{ total de resultados ordenados por el médico que son entregados por el Laboratorio Clínico}}{\# \text{ total de ordenes solicitados al laboratorio clínico por el afiliado por un periodo dado (se presenta con una cifra decimal)}} \times 100$		
VARIABLES	Numerador	Denominador	
Origen de la información	IPS (Laboratorio Clínico)	IPS (Laboratorio Clínico)	
Fuente primaria	Registro en Laboratorio Clínico	Registro en Laboratorio Clínico	
Periodicidad Recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual		
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS		
Vigilancia y Control	Ente Territorial - Superintendencia Nacional de Salud		
ANÁLISIS			
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo

	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.			
Consideraciones para el análisis	Lo que se busca con este indicador es lograr medir la oportunidad que brinda el Laboratorio Clínico en la entrega de resultados a los usuarios de la ESE.			
	Responsable de la medición: Bacteriólogo(a)		Responsable del análisis: Bacteriólogo y coordinador de calidad.	
Umbral de desempeño	Rango Establecido	>1,2	0,9- 1,1	< 0,8
	Interpretación del Resultado	Deficiente	Regular	Bueno
Meta	0,7			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
USUARIOS				
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	

PROCESO GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR I.4.1

Nombre	Tasa de Satisfacción Global			
Código	I.4.1			
Justificación	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones Prestadoras de servicios de salud. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de servicios de salud.			
Dominio	4. Satisfacción / Lealtad	Tipo de Indicador: Efectividad		
DEFINICIÓN OPERACIONAL				
Numerador	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS			
Denominador	Número total de pacientes encuestados por la IPS			
Unidad de medición	Relación porcentual			
Factor	100			
Fórmula de cálculo	$\frac{\# \text{ total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS}}{\# \text{ total de pacientes encuestados por la IPS}} \times 100$			
VARIABLES	Numerador	Denominador		
Origen de la información	IPS	IPS		
Fuente primaria	Encuesta de satisfacción	Encuesta de satisfacción		
Periodicidad Recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual			
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral			
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS			
Vigilancia y Control	Ente Territorial - Superintendencia Nacional de Salud			
ANÁLISIS				
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
Consideraciones para el análisis	Con este indicador lo que se busca es identificar el nivel de satisfacción de los usuarios de todos los servicios prestados por la ESE en un tiempo, a través de los resultados obtenidos generar planes de mejora.			
	Responsable de la Medición: SIAU		Responsable del Análisis: SIAU, Coordinador de calidad, Técnico Estadístico y Gerente.	
Umbral de desempeño	Rango Establecido	< 79 % 104	80 – 89%	90- 100%

	Interpretación de Resultado	Deficiente	Regular	Bueno
Meta	90 %			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
Nombre	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días			
Institución a la cual aplica				
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR I.4.2

Código	I.4.2			
Justificación	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar EAPB. Para el asegurador es importante discriminar cuales de sus áreas de atención al usuario y cuáles de sus prestadores generan mayor satisfacción y adherencia. Existe abundante evidencia de la relación entre las quejas y la calidad del servicio. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las entidades promotoras de salud, así como la capacidad de la EAPB de corregir las fallas detectadas y planteadas por los usuarios quejosos			
Dominio	4. Satisfacción / Lealtad		Tipo de Indicador: Efectividad	
DEFINICIÓN OPERACIONAL				
Numerador	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días.			
Denominador	Número total de quejas recibidas			
Unidad de medición	Relación porcentual			
Factor	100			
Fórmula de cálculo	$\frac{\# \text{ quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días}}{\# \text{ total de quejas recibidas}} \times 100$ (se presenta con una cifra decimal)			
VARIABLES	Numerador		Denominador	
Origen de la información	IPS		IPS	
Fuente primaria	Libro /registro de seguimiento a quejas		Libro /registro de seguimiento a quejas	
Periodicidad Recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual			
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral			
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS			
Vigilancia y Control	Ente Territorial - Superintendencia Nacional de Salud			
ANÁLISIS				
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo		X	
	Ajuste por edad			Ajuste por sexo
Consideraciones para el análisis	Con este indicador lo que se busca es medir la proporción de quejas y reclamos que los usuarios generan a la ESE y ayudar a medir el grado de severidad de la queja para establecer los planes de mejora respectivos.			
	Responsable de la Medición: Asistente del SIAU		Responsable del Análisis: Gerente y el comité de atención a las quejas y reclamos	
Umbral de	Rango	< 79 %	80 – 89%	90 – 100%

desempeño	Establecido			
	Interpretación de Resultados	Deficiente	Regular	Bueno
Meta	90 %			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al contexto de la institución como insumos para el Observatorio de Calidad.			
Nombre	Oportunidad en la entrega de medicamentos POS			
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	

**PROCESO APOYO TERAPÉUTICO
FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR E.1.4**

Código	E.1.4		
Justificación	Los derechos establecidos en el plan obligatorio de salud incluyen la entrega a los usuarios de los medicamentos incluidos en el POS que sean formulados por el médico como parte integral de su atención. Esta etapa del proceso de atención cobra especial importancia desde la perspectiva del usuario para quienes el gasto personal en este rubro puede resultar tan oneroso que se bloquee su acceso a ellos. Una de las dificultades reportadas por los usuarios en este sentido es la complejidad de los trámites en algunas entidades promotoras de salud y el despacho incompleto de la fórmula – en tipo y cantidades. Se presume que si el medicamento está incluido dentro del plan de beneficios, la entidad promotora de salud debe garantizar su disponibilidad excepto en casos de fuerza mayor, no imputables a ella. La monitorización por parte de las instituciones de este indicador permitirá determinar el grado de cumplimiento y oportunidad con que la entidad promotora de salud responde a sus afiliados en lo que se refiere al suministro de medicamentos contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.		
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad	Tipo de Indicador: Eficacia	
DEFINICIÓN OPERACIONAL			
Numerador	Número total de medicamentos POS ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula.		
Denominador	Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afiliado o su representante durante el periodo		
Unidad de medición	Relación porcentual		
Factor	100		
Fórmula de cálculo	$\frac{\# \text{ total medicamentos POS ordenados por el médico que son entregados por la farmacia}}{\# \text{ total de medicamentos POS solicitados a la farmacia durante el periodo (se presenta con cifra decimal)}} \times 100$		
VARIABLES		Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS	
Fuente primaria	IPS (farmacia)	IPS (farmacia)	
Periodicidad Recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual		
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS		
Vigilancia y Control	Ente Territorial - Superintendencia Nacional de Salud		
ANÁLISIS			
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.		
Consideraciones	Lo que se busca con este indicador es la medición de la oportunidad que tiene la ESE en		

para el análisis	la entrega de medicamentos POS a sus usuarios.			
	Responsable de la Medición: Facturación y Farmacia		Responsable del Análisis: Regente de farmacia, técnico estadístico, coordinador de calidad y Gerencia.	
Umbral de	Bueno	< 70%	80-90%	90-99%
Nombre	Oportunidad de la Referencia en la EAPB			
Código	Resultados	Deficiente	Regular	Bueno
Justificación				
Meta	90 % Oportunidad de la atención de las solicitudes de referencia que la IPS le hace a la			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
USUARIOS				
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR E.1.8

	EAPB está directamente relacionada con la suficiencia de la red y el manejo del riesgo por parte del asegurador. Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a una determinada EAPB y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutoria de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta. La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.	
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad	Tipo de Indicador: Eficacia
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Sumatoria del número de horas transcurridas entre la solicitud de la referencia y el momento en el cual es autorizada por la EAPB	
Denominador	Total de solicitudes de referencia.	
Unidad de medición	Horas	
Factor	1	
Fórmula de cálculo	$\frac{\sum \# \text{ horas transcurridos entre la solicitud de la referencia y el momento en el cual es autorizada por la EAPB}}{\text{Total de solicitudes de referencia (se presenta con Cífra decimal)}}$	
VARIABLES	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro/Registro de autorización de servicios o hojas de remisión	Libro/Registro de autorización de servicios o hojas de remission
Periodicidad Recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y Control	Ente Territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

ANÁLISIS				
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
Recomendado ajuste por seguridad, comorbilidad, probabilidad de muerte				
Nombre	Oportunidad en la notificación de eventos de vigilancia			
Código de análisis	110_30_04-N			
Justificación	El IPS en referencia y contra referencia de pacientes, y establecer planes de mejora que ayuden a los usuarios a obtener mejores resultados en el decreto 3518 de 2006 en sus funciones señaladas. Responsable de la Medición: Técnico Estadístico de Calidad Responsable del Análisis: Médico, jefe, Estadístico de Calidad y gerente			
Umbral de desempeño	Rango Establecido	>4 horas	2 - 3 horas	<2 horas
	Interpretación de Resultados	Deficiente	Regular	Bueno
Meta	2 Horas			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
USUARIOS				
Según tipo de Institución a la cual aplica	PSs			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADOR 110_30_04-N

	seguimiento. Evaluar la gestión de las instituciones en relación a la vigilancia en salud pública. Evaluar la aplicación de lineamientos Nacional de vigilancia en salud pública.			
Dominio	3. Gerencia de riesgo	Tipo de Indicador: Eficacia		
DEFINICIÓN OPERACIONAL				
Numerador	Σ(Fecha de Notificación-fecha de consulta)			
Denominador	Total eventos notificados			
Unidad de medición	Días			
Factor	1			
Fórmula de cálculo	$\frac{\Sigma(\text{Fecha de notificación- fecha de consulta})}{\text{Total de eventos notificados}}$			
VARIABLES	Numerador	Denominador		
Origen de la información	IPS	IPS		
Fuente primaria	Registro de fichas de eventos notificados	Registro de fichas de eventos notificados		
Periodicidad Recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual			
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Trimestral			
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS			
Vigilancia y Control	Ente Territorial -			
ANALISIS				
Ajuste por Riesgo	NO requiere ajuste por Riesgo	X		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte.			
Nivel Desagregación	Proceso Ambulatorio-Hospitalización-Apoyo Diagnostico-Apoyo Terapéutico			
Consideraciones para el análisis	Este indicador le permite que se establezca si se realiza la medición y su notificación oportuna de los eventos adversos que son de vigilancia en la ESE			
	Responsable de la medición: El encargado de cada área.		Responsable del análisis: El jefe, Gerente Coordinador de calidad, Técnico estadístico.	
Umbral de desempeño	Rango Establecido	<89 %	90-94%	95- 100%
	Interpretación de Resultados	Deficiente	Regular	Bueno

Meta	95 %			
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
USUARIOS				
Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	

ANEXO 9. TABLERO DE INDICADORES.



Nota: Tablero para cada uno de los indicadores.

ANEXO 10. FORMATO PROGRAMA DE AUDITORÍA.

FORMATO PROGRAMA DE AUDITORÍA							
FSE NUESTRA SEÑORA DE LAS NIEVES							
ENTIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANÍA DE CALIDAD			CÓDIGO		VERSIÓN	
	NOMBRE FORMATO			PÁGINA		REVISADO	
	AUDITORÍA DE			FECHA ELABORACIÓN		FECHA APROBACIÓN	
PROCESO POR AUDITOR	OBJETIVO Y ALCANCE	CRITERIOS DE AUDITORÍA	FECHA	EQUIPO	LUGAR	RECURSOS	OBSERVACIONES
ELABORADO POR:				APROBADO POR:			

ANEXO 11. FORMATO PARA PLANEAR EL PROCESO DE AUDITOÍA

FORMATO PARA PLANEAR EL PROCESO DE AUDITORÍA					
ENTIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD		CÓDIGO	VERSIÓN	
	NOMBRE FORMATO PLAN		PÁGINA	REVISADO	
	AUDITORÍA DE				
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN	FECHA APROBACIÓN	
PROCESO OBJETO DE MEJORA			CRITERIOS		
OBJETIVO					
ALCANCE					
LUGAR					
QUÉ (ACTIVIDADES)	CÓMO (TÉCNICAS DE APOYO)	QUIÉN EQUIPO AUDITOR	CUÁNDO (FECHA)	DÓNDE (ÁREA O PROCESO)	OBSERVACIONES
AUDITORES:					

ANEXO 12. CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS

[illegible]

ANEXO 13. RELACIÓN DE INFORMES DE AUDITORÍA Y RESPONSABLES DE PLANES DE MEJORA

ESE NUESTRA SEÑORA DE LAS NIEVES RELACIÓN DE INFORMES DE AUDITORÍAY RESPONSABLES DE PLANES DE MEJORA		
PROCESO	INFORME AUDITORÍA: (Ubicación: Software:Procesos y Procedimientos, Auditorías	RESPONSABLES REALIZACIÓN PLAN DE MEJORA DESPLIEGUE DE TAREAS (SW3H)
AMBULATORIO		LIDER DE LA ATENCIÓN CONSULTA GENERAL
		LIDER DE LA ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA
		LIDER DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS
		LIDER DE LA ATENCIÓN DE P Y P
APOYO TERAPEUTICO		LIDER DE LA ATENCIÓN DE FARMACIA
		LIDER DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

ANEXO 14. FORMATO PLAN DE AUDITORÍA

PLAN DE AUDITORIA A

FECHA:
INTRODUCCIÓN:
DOCUMENTOS DE REFERENCIA:
OBJETIVO:
ALCANCE:
META O ESTÁNDAR:
TIPO DE AUDITORIA:
MUESTRA:
CRITERIOS DE EXCLUSION:
METODOLOGIA:
CRITERIOS A EVALUAR:
ESTANDARIZACIÓN DE LOS OBSERVADORES:
FECHA DE ELABORACIÓN DE INFORME:
RESPONSABLE:

ANEXO 15. PLAN DE MEJORAMIENTO

FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

OBJETIVO No.		DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO			
META		MEDIDA		RESPONSABLE	
QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PORQUÉ	CÓMO

ANEXO 16. FORMATO DE SEGUIMIENTO

FORMATO PARA HACER SEGUIMIENTO			
OBJETIVO		DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO	
META			
METAS PLANEADAS	RESULTADOS LOGRADOS	MEDIDA	RESPONSABLE
		POR EJECUTAR	PROBLEMAS QUE DIFICULTAD EL CUMPLIMIENTO DE META FINAL
Metas de cada área	coloque el logro al momento y si fuere el caso, haga referencia a un indicador de los que colocará en la próxima hoja.	Acciones que llevará a cabo en el próximo periodo para el logro de la meta	Si existe algún impedimento para el logro de la meta final y el resultado final que espera

ANEXO 17. FORMATO ACTA DE COMITÉ

ACTA COMITÉ DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD No.

FECHA:		
ASISTENTES:		
TEMAS A TRATAR		
DESCRIPCIÓN BREVE DEL TEMA:		
PUNTOS PRINCIPALES ANALIZADOS:		
TAREAS	FECHA	RESPONSABLE
DECISIONES Y/O CONCLUSIONES:		
PASOS A SEGUIR:		

FIRMA

FIRMA

