

EVALUACION DE LAS CONDICIONES TECNOLOGICAS Y CIENTIFICAS DEL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON - HUILA

EDGARDO PARRA AMAYA
CARLOS ORLANDO CEDEÑO CABRERA
GUSTAVO ADOLFO BORRERO ZAMUDIO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL
NEIVA
2010

EVALUACION DE LAS CONDICIONES TECNOLOGICAS Y CIENTIFICAS DEL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZON - HUILA

EDGARDO PARRA AMAYA
CARLOS ORLANDO CEDEÑO CABRERA
GUSTAVO ADOLFO BORRERO ZAMUDIO

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al Título de
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social

Asesor
PEDRO REYES GASPAR
Médico Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL
NEIVA
2010

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

“A Dios, quien me ha acompañado a lo largo de mi vida y me da la fuerza para prepararme.

A mi esposa, Claudia Jimena por su amor y comprensión.

A mi hija, Ana Sofia por se la luz que ilumina mi camino

A mis padres, Gustavo y Blanca por su apoyo incondicional.

A mis hermanas, Patricia y Diana por sus ánimos”.

Gustavo Adolfo

“A Dios y la Virgen, que me acompañan desde los inicios de mi existencia.

A mis padres que con su apoyo y dedicación han construido en mi lo que hoy soy.

A mis hijos que son el motor que mueve mi existir

A mis amigos, colegas y compañeros de trabajo que han sabido surtirme de experiencias maravillosas,

A mi propio esfuerzo y trabajo que me han motivado para seguir adelante en mi formación profesional.

Carlos Orlando

El presente trabajo es el fruto,

De la comprensión de mi esposa Lilibiana Andrea y mi hijo Nicolás Santiago,

Del apoyo de mis padres Edgardo y Elizabeth; y mi hermana Mayra,

De la dedicación de mis docentes, asesores, y demás colaboradores,

Del compromiso y esfuerzo propio y de mis colegas,

De la oportunidad y guía que Dios me ofrece a diario.

Edgardo

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a :

A la Universidad Surcolombiana, por su receptividad y apoyo que nos permite una verdadera formación integral.

Al Doctor Pedro Reyes Gaspar quien nos orientó con sus mejores aportes académicos, su dedicación, amistad y serenidad, logrando despertar en nosotros motivos de trabajo y de transformación.

A las Jurados de la investigación, Doctoras: Lucia Lemos Bustamante y Luz Dally Falla Puentes.

Al Doctor Fernely Ramos Gerente del Hospital San Vicente de Paul de Garzón por su colaboración en la realización del trabajo de investigación en el Servicio de Urgencias de esa Institución de Salud.

A las personas y comunidad que colaboraron con esta investigación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	16
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
2 JUSTIFICACIÓN	23
3 ANTECEDENTES	25
4 OBJETIVOS	31
4.1 OBJETIVO GENERAL	31
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	31
5 MARCO REFERENCIAL	33
5.1 MARCO TEORICO	33
5.2 MARCO LEGAL	37
5.2.1 Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS)	37
5.2.2 Resolución 1043 de 2006. Sistema Único de Habilitación	39
5.2.3 Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud	43
5.2.4 Resolución 1445 de 2006. Sistema Único de Acreditación	46
5.2.5 Resolución 1446 de 2006. Sistema de Información para la Calidad	48
5.2.6 Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica	50
6 DISEÑO METODOLOGICO	53
6.1 TIPO DE ESTUDIO	53
6.2 DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO	54
6.3 UNIVERSO	56
6.4 MUESTRA	56

	Pág.	
6.5	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	57
6.6	TECNICAS E INSTRUMENTOS	59
6.7	PLAN DE ANALISIS DE RESULTADOS	61
7	ANALISIS DE RESULTADOS	62
7.1	MATRIZ DOFA: DEBILIDADES – OPORTUNIDADES – FORTALEZAS – AMENAZAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	62
7.2	ANALISIS ESTANDARES DE HABILITACION: SERVICIO DE URGENCIAS	65
7.2.1	Recurso Humano	66
7.2.2	Infraestructura	66
7.2.3	Dotación y mantenimiento	67
7.2.4	Historia Clínica	68
7.2.5	Procesos Prioritarios Asistenciales	68
7.2.6	Interdependencia de Servicios	69
7.2.7	Referencia y Contrarreferencia	69
7.2.8	Seguimiento a riesgos	69
7.3	ANALISIS DE INDICADORES	70
7.3.1	Número de consultas urgentes	70
7.3.2	Frecuencia relativa diaria y mensual	70
7.3.3	Oportunidad en la atención inicial de urgencias	71
7.3.4	Remisiones a Nivel de Superior Complejidad	72
7.3.5	Pacientes observados por el servicio de urgencias	73
7.3.6	Grado de cumplimiento de la historia clínica	74
7.3.7	Calidad en la codificación diagnóstica	75
7.3.8	Presencia y conocimiento de guías de manejo en el servicio de urgencias	75
7.3.9	Población atendida sin afiliación al sistema de salud	75

	Pág.	
7.3.10	Reconsultas en las siguientes 24 horas al servicio de urgencias	76
7.3.11	Reconsultas antes de 24 horas por deficiente manejo	77
7.3.12	Oportunidad en la respuesta a interconsultas	77
7.3.13	Mortalidad	78
7.3.14	Proporción de vigilancia de eventos adversos	78
7.3.15	Tasa de satisfacción global	79
7.3.16	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	79
7.4	ANALISIS DE RECURSOS: INVENTARIO DE RECURSOS TECNOLOGICOS, FISICOS Y HUMANOS Y SU UTILIZACION	80
8	CONCLUSIONES	82
9	RECOMENDACIONES	84
	BIBLIOGRAFIA	85
	ANEXOS	89

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Indicadores relevantes en salud a ser medidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul. Garzón - Huila. 2007	35
Tabla 2. Operacionalización de Variables Servicio de Urgencias Hospital San Vicente de Paul. Garzón – Huila. 2007	57
Tabla 3. Análisis interno de las Fortalezas y Debilidades en el Servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul. Garzón – Huila. 2007	62
Tabla 4. Análisis Externo de las Oportunidades y Amenazas en el Servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul. Garzón – Huila. 2007	64
Tabla 5. Estrategias DOFA Seleccionadas para el Servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul. Garzón – Huila. 2007	65
Tabla 6. Estándares de habilitación evaluados en el Servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul	66

LISTA DE GRAFICOS

		Pág.
Gráfico 1.	Frecuencia relativa mensual de consultas en el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007	71
Gráfico 2	Oportunidad en la Atención Inicial de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007	72
Gráfico 3	Remisiones a nivel superior de complejidad en el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007	73
Gráfico 4	Pacientes observados por el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007	74
Gráfico 5	Grado de cumplimiento de la Historia Clínica de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007	75
Gráfico 6	Población atendida sin afiliación al Sistema de Salud en Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007	76
Gráfico 7	Reconsultas antes de 24 Horas por deficiente manejo en el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007	77
Gráfico 8	Oportunidad en la respuesta a interconsultas en el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007	78
Gráfico 9	Tasa de satisfacción global en el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007	79
Gráfico 10	Patologías más frecuentes de consulta en el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007	81

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Instrumento diario para recolección de datos	90
Anexo B	Instrumento para recolección de datos por muestreo de historias clínicas	91
Anexo C	Instrumento para recolección de información por análisis del Sistema de Información (SIAU) mensual	92
Anexo D	Criterios de habilitación a verificar en el Servicio de Urgencias	93
Anexo E	Instrumento de evaluación de Historias Clínicas	102
Anexo F	Inventario Servicio de Urgencias y Observación	103

RESUMEN

Fundamento: Este proyecto presenta la valuación del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl durante el segundo semestre del año 2007, teniendo en cuenta las condiciones tecnológicas, científicas y el cumplimiento de las disposiciones legales para la prestación del servicio.

Método: La investigación se realizó teniendo en cuenta dos (2) tipos de diseños de estudio: Exploratoria y Descriptiva. Se evaluó el servicio de urgencias usando una matriz DOFA, evaluación de las condiciones de habilitación, los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad y selección aleatoria de historias clínicas descartando las atenciones ginecobstetricas, durante los meses de Julio a Diciembre de 2007.

Se valoraron las siguientes variables: Número de consultas de urgencias, remisiones, ingresos a observación, hospitalizados desde urgencias, reconsulta en menos de 24 horas, tipo de vinculación al sistema, mortalidad, eventos adversos, tiempo de respuesta a interconsultas, oportunidad en la consulta inicial, grado de cumplimiento en la historia clínica, codificación CIE 10, satisfacción global, proporción de quejas resueltas antes de 15 días.

Resultados: El porcentaje de cumplimiento de las condiciones de habilitación es del 50%, debido al no cumplimiento de los siguientes estándares: recurso humano, infraestructura, procesos prioritarios, interdependencia de servicios, referencia y contrarreferencia y seguimiento a riesgo.

El número de consultas urgentes fue de 13.564 durante el periodo evaluado con una frecuencia relativa diaria de 4,29 por 10.000 habitantes/día. La población atendida sin

afiliación al sistema de salud fue del 12%. La oportunidad en la atención inicial de urgencias fue de 21,65 minutos, con una respuesta a interconsultas de 105,4 minutos. El porcentaje de pacientes observados fue de 12,76%, los pacientes remitidos fueron de 4,47%. Del total de atenciones reconsultaron el 1,86%, siendo reconsultas por deficiente manejo el 17,64%. Se identificó una mortalidad de 1,11 x 1000 consultas durante las primeras 24 horas de su ingreso. En la evaluación de historias clínicas se encontró un grado de cumplimiento de 47,69%, con una deficiente codificación diagnóstica (CIE 10) en el 90% de las historias clínicas. No se poseen guías de manejo en el servicio de urgencias y no se realiza vigilancia de eventos adversos. La proporción de quejas resueltas antes de 15 días es del 90% con una tasa de satisfacción global del 93%. Las primeras causas de consulta fueron: fiebre (27%), EDA, (16%), IRA (15%), dolor abdominal (13%).

Conclusiones: Luego de conocer y analizar la información del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul podemos decir que el servicio cuenta con múltiples factores que vuelven crítico su estado ante las actuales condiciones de competitividad y calidad del sector salud; pero sin duda el punto más álgido es la ausencia de sistemas de información que permita la evaluación, análisis, y mejoramiento continuo de las actividades asistenciales y administrativas del servicio.

Palabras clave: Servicio de Urgencias, Evaluación de servicios, Habilitación, Indicadores en Salud.

ABSTRACT

Foundation: This project presents the rating of the service of urgencies of the Hospital San Vicente of Paúl during the second semester of the year 2007, keeping in mind the technological conditions, scientific and the execution of the legal dispositions for the to lend of the service.

Method: The investigation was carried out keeping in mind two (2) types of study designs: Exploratory and Descriptive. The service of urgencies was evaluated using a main DOFA, evaluation of the qualification conditions, the indicators of monitory of the obligatory system of guarantee of quality and random selection of clinical histories discarding the attentions ginecobstetric, during the months of July to December of 2007.

The following variables were valued: Number of consultations of urgencies, remissions, revenues to observation, hospitalized from urgencies, re-consultation in less than 24 hours, linking type to the system, mortality, adverse events, time of answer to inter-consultations, opportunity in the initial consultation, execution grade in the clinical history, code CIE 10, global satisfaction, proportion of resolved complaints before 15 days.

Results: The percentage of execution of the qualification conditions is of 50%, due to the standard non execution of the following ones: human resource, infrastructure, high-priority processes, interdependence of services, indexes and against-reference and pursuit to risk.

The number of urgent consultations was of 13.564 during the period evaluated with a daily relative frequency of 4,29 by 10.000 inhabitants/day. The population assisted without affiliation to the system of health was of 12%. The opportunity in the initial

attention of urgencies was of 21,65 minutes, with an answer to inter-consultation of 105,4 minutes.

The percentage of observed patients was of 12,76%, the remitted patients were of 4,47%. Of the total of attentions re-consultation 1,86%, being re-consultation for faulty handling 17,64%. a mortality of 1,11 x 1000 consultations was identified during the first 24 hours of its entrance. In the evaluation of clinical histories was a grade of execution of 47,69%, with a faulty diagnostic code (CIE 10) in 90% of the clinical histories. Handling guides are not possessed in the service of urgencies and is not carried out surveillance of adverse events. The proportion of resolved complaints before 15 days is of 90% with a rate of global satisfaction of 93%. The first consultation causes were: fever (27%), EDA, (16%), IRA (15%), abdominal pain (13%).

Conclusions: After to know and to analyze the information of the service of urgencies of the Hospital San Vicente of Paul we can say that the service has multiple factors that return critical its state in the face of the current conditions of competitiveness and quality of the sector health; but without a doubt the most algid point is the absence of systems of information that allows the evaluation, analysis, and continuous improvement of the assistance and administrative activities of the service.

Key words: Service of Urgencies, Evaluation of services, Qualification, Indicators in Health.

INTRODUCCIÓN

La evaluación es un procedimiento administrativo utilizado para la comparación sistemática de los resultados obtenidos frente a los objetivos planteados por una organización, esta nos permite conocer el estado de la actuación y la selección de nuevos cursos de acción, lo que significaría la implementación de los conocidos y tan mencionados planes de mejoramiento, aplicando los estándares de calidad en cada una de las áreas correspondientes a la prestación de servicios.

La evaluación conlleva a tener claridad sobre el objeto de estudio, para el caso que nos interesa, los servicios de salud, entendidos éstos como el conjunto de recursos, procesos y relaciones que buscan satisfacer las necesidades de atención en salud de una comunidad; debiendo cumplir con características tales como cobertura, calidad, eficacia y eficiencia.

Es así como la evaluación de los servicios de salud debe ser integral, por ello se debe utilizar un método de análisis sistémico como el abordaje más adecuado para lograr dicha integralidad. El logro de los resultados finales de un sistema de servicios de salud está condicionado por muchas circunstancias, que pueden ser inherentes o externas al sistema mismo, por ello es necesario conocer el comportamiento de cada uno de sus componentes y del entorno o medio ambiente que lo rodea.

Dicho de otra manera, se deben evaluar los recursos con los que se cuenta, sus formas de organización, los resultados que son fruto de esa organización y las situaciones del entorno que favorecen o dificultan el logro de los

resultados.

La ley 100 de 1993 de Seguridad Social en Salud de Colombia enfrenta a las Instituciones de Salud al reto de la competitividad en el que la calidad de la atención es un factor determinante para la sobrevivencia en el mercado.

El presente proyecto contiene la evaluación del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl de Garzón (H) durante el segundo semestre del año 2007; por ser este fundamental en la prestación del servicio de salud integral y con calidad que requiere la población, sobre todo para la región centro del Departamento del Huila, más aún cuando pocas veces se han evaluado en el contexto departamental; fue realizado bajo criterios de continuidad, validez, participación, integralidad y planeación.

Se tomaron diversas fuentes en el intento de realizar una evaluación completa y sistemática para poder comparar los resultados obtenidos frente a los ideales y normados en nuestro país para los servicios de salud y entre estos el de urgencias. Se revisaron artículos nacionales, internacionales y la normatividad vigente colombiana en busca de realizar una evaluación lo más completa posible del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul.

Tomando como base diversos estudios realizados en el continente europeo se decidió incluir y medir algunos indicadores que se consideraron de importancia para la institución y los usuarios del servicio; como otro instrumento de evaluación y partida de futuras mediciones y planes de mejoramiento se elaboró la matriz DOFA del servicio y se sugirieron posibles estrategias a implantar.

La investigación incluyó la verificación de los criterios de habilitación tecnológicos y científicos de los servicios de salud normados en nuestro país en la búsqueda de otro mecanismo de evaluación que como es su objetivo nos diera las condiciones mínimas de funcionamiento.

Además de evaluar la calidad de la atención médica se realizó auditoria de historias clínicas de las atenciones de urgencias efectuadas en el periodo evaluado.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las urgencias hospitalarias parecen ser sinónimo de problema crónico de nuestro Sistema de Salud, a tal punto de haber sido considerada en estado de alerta por artículos de prensa nacional; no desconociendo la existencia de esta problemática se hace necesaria la evaluación de este servicio en nuestro departamento en aras de realizar los correctivos necesarios y anticipar estrategias que conlleven a la prestación del servicio con sostenibilidad y calidad.

De tiempo atrás se viene presentando una tendencia creciente en la utilización del servicio de Urgencias, y con ella a la vez, la percepción que la población tiene del servicio de salud, es de notar que una parte importante de los casos atendidos en los servicios de urgencias se podrían haber resuelto en servicios de consulta externa ambulatoria o en otros niveles asistenciales.

De igual manera el prestador en la actualidad también lo considera como un problema debido a la fuerte presión estatal y gubernamental que compromete la calidad en la atención, la funcionalidad y la eficiencia del conjunto del sistema de salud. La inadecuada atención de las urgencias hospitalarias repercute en la continuidad del estado de salud – enfermedad de la población; esto aunado a la sobre información, la excesiva medicalización y un mayor costo en la prestación, entre otros aspectos impactan de forma importante la economía del sistema y del país.

Estamos frente a un problema complejo que precisa un profundo análisis de los mecanismos de percepción de la necesidad y la demanda, así como la respuesta de la oferta.

La realidad nos demuestra que no es suficiente dar una respuesta para mejorar la productividad/eficiencia de los servicios de urgencias o garantizar su calidad técnica, frente a un posible colapso, resultado que se hace cada vez más probable. Solo en la época actual con la elaboración e implantación de la legislación específica para el sector salud se pone en aprietos a los prestadores de servicios, ya que sus contenidos son de obligatorio cumplimiento y con plazos establecidos, al parecer esta legislación se ha realizado con el ánimo de sensibilizar a quienes prestan el servicio y de favorecer a quienes acceden al mismo.

Son precisamente la normatividad y el referente teórico quienes aclaran que en este proceso indispensable de la evaluación “La calidad es probablemente la característica más apreciada del proceso asistencial”, sin desconocer las demás características, tanto por parte del profesional, como por parte del usuario. Sin embargo, no hay nada más difícil como definir qué es la calidad, qué componente, acto o característica es la que marca un procedimiento como de calidad o falta de ella, porque la noción de calidad es una apreciación subjetiva.

Partir de que hay distintos niveles de necesidad en función de la gravedad, la especialización y tecnología de la oferta, la inmediatez de atención o la reducción de la incertidumbre, permitiría una definición más eficiente de la oferta. En definitiva, las intervenciones deberán estar orientadas a dar respuestas a la necesidad en función de la prioridad y por tanto, del beneficio esperado.

Como este tipo de investigaciones en nuestro departamento no han sido divulgadas las entidades tan solo se han dedicado al cumplimiento textual de la norma y no al establecimiento claro, oportuno y real de los procesos en cada una de las instituciones, los cuales deben y son un elemento esencial para conservar su funcionalidad y competitividad; con la cada vez menos presente, satisfacción de elaborar de mano propia dichos procesos institucionales de una forma aterrizada y mucho mas humanizada a su entorno social.

En el servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul podemos encontrar numerosos factores internos de la institución o debilidades que pueden ser parte integral del problema, los cuales deben solucionarse para mejorar el servicio.

Entre las principales debilidades están: planta física asistencial y administrativa insuficiente para el buen funcionamiento del área, inexistencia de un sistema de costos que sirva de apoyo para la oportuna y adecuada toma de decisiones, deficientes sistemas de información, Hardware y software, procesos y procedimientos desactualizados, inexistencia y por ende no aplicación de guías clínicas propias para el manejo de patologías más frecuentes, subutilización de la tecnología disponible, no se cuenta con proceso para la selección del personal, deficiente sistema de referencia y contra referencia, el no suministro de la medicación ambulatoria ordenada al paciente, etc.

Además como factores externos o amenazas se encuentran: el no pago oportuno de las diferentes aseguradores por los servicios de salud prestados, el acelerado crecimiento de la población pobre y vulnerable que requiere de los servicios sin que los recursos asignados para la atención de estos tengan un crecimiento proporcional, el conflicto interno del país, la disminución progresiva de los recursos

en salud del sistema general de participaciones, la cobertura “Universal” de la población en el departamento, incremento del desplazamiento urbano.

Por lo anterior, a través de este estudio se buscó dar respuesta al siguiente interrogante: ¿Cuáles son las condiciones que limitan una adecuada atención del Servicio de Urgencias en el Hospital San Vicente de Paul de Garzón, teniendo en cuenta la normatividad mínima establecida para ello, y las condiciones sociales y económicas que este proceso involucra.

2. JUSTIFICACIÓN

Con el panorama poco alentador en lo que corresponde a la prestación de servicios de salud y teniendo en cuenta lo lejano que se tiene el alcance de niveles óptimos de calidad se prevé por lo menos, a partir de investigaciones como esta y otras a futuro sobre la prestación de servicios de salud en diferentes partes del país y el mundo, que se establezcan parámetros de medición claros que nos permita identificar de forma fácil las falencias y debilidades en la prestación del servicio de salud, en el caso concreto de urgencias, y se abre la puerta a investigaciones futuras para evaluar otros servicios prestados a la salud de la población.

Un punto importante a tener en cuenta es la relación médico-paciente, por cuanto un porcentaje importante de las demandas legales que se presentan son por una mala relación entre estos dos actores, falta de información y claridad en los procedimientos prescritos, por ello *El satisfacer al paciente* es uno de los marcadores más importantes en los últimos días, y que pueden hacer la diferencia en la evaluación de un profesional de la salud o una institución.

En informes de gestión del servicio de urgencias para el año 2006 se encontraron datos de satisfacción al usuario del 93%, siendo un porcentaje alto, nos demuestra que hay procesos que se deben ser evaluados con el fin de mejorar la percepción de los servicios recibidos por el usuario¹.

Uno de los puntos principales por los cuales hay una mala percepción de los servicios de urgencias es la inoportunidad en la atención inicial de urgencias, que para el año 2006 en el Hospital San Vicente de Paúl en promedio se encontró en 32 minutos, lo cual nos demuestra que se deben realizar planes de mejoramiento con el fin de disminuir en forma considerable el tiempo de respuesta en la atención inicial de urgencias.

Es importante además, para evaluar un servicio de urgencias medir y analizar indicadores importantes como la proporción de eventos adversos, la tasa de mortalidad luego de 12 horas de ingreso del paciente, los reingresos al servicio por la misma patología, entre otros; los cuales son indicadores de calidad en la prestación de los servicios de urgencias y que para el año 2006 no se encontraron documentados.

De ahí que no fijemos la mirada tan solo en la entidad a la hora de evaluar, pues el entorno, los usuarios, los empleados, las mismas directrices administrativas por parte de las empresas tanto de aquellas prestadoras del servicio como de las pagadoras (EPS, EPS-S, ARP, Entes territoriales, y demás), influyen en mayor o menor grado en la prestación de un servicio con calidad, eficiencia, eficacia y cobertura.

¹ ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl. Área de Estadística. Informe de Gestión año 2006.

3. ANTECEDENTES

La evaluación de servicios de salud en el mundo ha sido tema de múltiples estudios, que infortunadamente toman aspectos puntuales en servicios esenciales como el de urgencias; es el caso de evaluar la percepción de calidad por parte de los usuarios y qué elementos consideran influyen en la misma, se realizó un estudio descriptivo en un periodo de 2 meses, se obtuvo la información vía telefónica; donde se concluyó que la percepción de calidad de los usuarios mejoraría con el entrenamiento adecuado del personal no sanitario en temas como: relaciones interpersonales, reorganización del sistema de priorización y revisión de la organización del servicio, para reducir el tiempo de espera².

Algunos estudios definen la evaluación del servicio de urgencias por medio de la elaboración y medición de indicadores relacionados con la calidad de la atención de las patologías más frecuentemente registradas. En este estudio realizado en Cataluña se definió un mínimo de 15 indicadores como básicos para la evaluación de cualquier servicio de urgencias hospitalarias³.

Otros trabajos realizan una exposición teórica de un Programa de Gestión de Calidad llevado a cabo en el Servicio de Emergencias de un Hospital Universitario, demostrando que hay que conocer primero para mejorar después, sello de

Resultados por servicios de Satisfacción del Cliente. Año 2006.

² Gea, María Teresa; Hernán, Mariano; Jiménez, Manuel; Cabrera, Alberto. "Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves". Rev. Calidad Asistencial 2001; 16: 37-44.

³ Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura R. M^a, Suñol R, Tomàs S. "Servicios de urgencias: *Indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria*". Barcelona: Agencia d'Avaluación de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 2001 (BR01/2001 B-17.723-2001) Barcelona España.

cualquier programa de calidad; y además que los métodos de gestión de la calidad son muy útiles y de fácil comprensión. Se revelan como prácticos y dinámicos para detectar situaciones problemáticas o significativamente fuera de control. Aplicarlos y difundirlos puede contribuir a mejorar su conocimiento y a lograr una mejor utilización de los servicios de salud y, en especial, de los servicios de urgencias y emergencias.

Otro método para evaluar la calidad de un servicio de urgencia es el tiempo de permanencia en estos Servicios para resolver su demanda o tiempo de espera; en estos se concluye que la adecuada clasificación de pacientes, con resolución inmediata de problemas banales y la mejora del transporte, disminuirían la permanencia en los servicios de urgencias, y además la demora en la asistencia puede afectar negativamente a pacientes con procesos graves, disminuyendo la eficacia y calidad de la asistencia⁴.

Otros estudios de este mismo cohorte concluyeron que relacionar demora asistencial con gravedad es un buen método para el control de calidad de los servicios de urgencias; hay que tender a cero en la demora de los pacientes con urgencia inmediata y grave no demorable⁵.

Uno de sus principales impulsores en los estudios relacionados con los servicios de salud y la atención en salud es Avedis Donabedian⁶, quien empieza por el

⁴ Garcia Fernández C, Cano Sánchez L, Lucas Imbernon FJ, López González A, (2003), *Análisis de la Calidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias*, Ciber Revista Enfermeriadeurgencias.com

⁵ R. Navarro Villanueva, L. Lopez-Andujar Aguiriano, P. Pastor Roca; et al. "Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias". Estudio multicéntrico en los servicios de urgencias hospitalarias de la Comunidad Valenciana. *emergencias* 2005;17:209-214.

⁶ Donabedian, Avedis. *Continuidad y cambio de la búsqueda de la calidad*". Escuela de Salud Publica de la Universidad de Mitigan, calidad de la Atención a la Salud:, 1995

análisis complejo de la percepción del concepto de calidad en los servicios de salud:

“Es fácil encontrar formulaciones teóricas del modelo de atención a la salud, en las que se aboga por una expansión tanto de la definición de calidad, como de los objetos de evaluación y mejora. Así, se pasa de la preocupación por la calidad del cuidado técnico, a la inclusión de las relaciones interpersonales; de la preocupación por la efectividad, a la inclusión de la eficiencia primero y después de la optimización de los recursos; y de la preocupación por el bienestar individual, al bienestar de la colectividad”⁷.

Estas formulaciones conceptuales han remarcado la necesidad de tomar un punto de vista más amplio en la valoración de la calidad, de forma que incluya no sólo la contribución de los médicos a la atención a la salud, sino la de todos los proveedores, del paciente y de su familia. Y no exclusivamente la atención que se presta en un solo lugar, en el consultorio o el hospital, en fin de forma aislada, sino la que se brinde en un determinado episodio de la enfermedad y, eventualmente, también los cuidados dados durante episodios sucesivos y aquellos recurrentes.

“El modelo de atención a la salud requiere, al igual que el industrial, que la preocupación por la calidad invada a toda la institución. Pero existe una diferencia fundamental: el modelo de atención a la salud está orientado, casi exclusivamente, a las propiedades de los cuidados clínicos y a las funciones estrechamente relacionadas con ese cuidado, sin importar si procede de profesionales, de técnicos, o de los propios pacientes o sus familiares. El interés no es uniforme para todos los segmentos. Existen prioridades implícitas o explícitas que enfocan

⁷ Gómez Arango S., Vélez Arango L.A.,(1998), Programa Nacional de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud. Avances en capacitación (Talleres Nacionales y regionales), Revista Med 1998, 92-6, COLCIENCIAS Colombia.

la atención. Prioridades guiadas por la trascendencia, proximidad, tipo de responsabilidad e influencia. Como resultado, los cuidados técnicos que proveen los médicos a los pacientes en forma individual emergen como la preocupación más importante, la cual ha sido tachada por los críticos, justificadamente, como "limitada". Es una deficiencia que cabría reconocer remediar rápidamente"⁶.

Sin embargo, y de acuerdo a esto el peligro de definir la calidad de una forma muy amplia, al incluir la eficiencia y la efectividad de todos los productos y servicios relacionados con los cuidados clínicos, sin tener en cuenta lo remoto que éstos sean. El peligro consiste en un desplazamiento de objetivos, pasando de la preocupación por el cuidado clínico a la ocasionada por operaciones marginales, acompañada, frecuentemente, por un afán desproporcionado por ahorrar costos.

En Colombia debido a las condiciones económicas y en salud de la población, con la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la ley 100 de 1993 y las posteriores normas que la modifican, se cambió y reorganizó la prestación de los servicios de salud, se integra la Salud Pública, el Sistema de Seguridad Social y la provisión de servicios privados. Es un sistema universal de aseguramiento que se establece mediante la "competencia regulada," mecanismo que promueve la eficacia y la calidad, en la provisión de los servicios. La Ley 100 plantea los siguientes principios como sus fundamentos centrales: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

⁶ Donabedian, Avedis. Continuidad y cambio de la búsqueda de la calidad". Escuela de Salud Publica de la Universidad de Mitigan, calidad de la Atención a la Salud:, 1995.

El proceso de implantación del nuevo sistema de salud constituye el comienzo de una verdadera revolución en el concepto del papel del Estado en la sociedad, en la distribución de responsabilidades en el manejo de las políticas sociales y específicamente en la aplicación en Colombia de un nuevo modelo de prestación de servicios de salud sin antecedentes en el país. La aplicación del modelo se basa en supuestos originados en consideraciones de orden teórico y experiencias de otros países. Estos supuestos se relacionan con la posibilidad de alcanzar, en un plazo determinado, las metas de cobertura universal, acceso a los servicios básicos, eficiencia del sistema y un nivel de calidad conforme a estándares preestablecidos. La experiencia colombiana se constituye en punto de referencia en los procesos de reforma de América Latina⁷.

La normatividad colombiana actual obliga a los Prestadores de Servicios de Salud a cumplir, para su entrada y permanencia en la prestación del servicio, los parámetros contenidos en el Sistema Único de Habilitación, en el cual se describen los estándares básicos de estructura y procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran mínimos y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios. Estos parámetros comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas- Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud..

⁷ Gómez Arango S., Vélez Arango L.A.,(1998), Programa Nacional de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud. Avances en capacitación (Talleres Nacionales y regionales), Revista Med 1998, 92-6, COLCIENCIAS Colombia

Dentro de la normatividad vigente que contempla lo concerniente a la atención del servicio de urgencias, además de lo arriba anotado (Resolución 1043 del 2006), tenemos: la resolución 1146 del 2006, y el decreto 1011 de 2006; para mayor detalle ver el marco referencial legal.

Se debe tener en cuenta que en la actualidad en el mundo no se cuenta con un sistema de salud ideal, todos los sistemas implantados en los diferentes países tienen sus falencias, y Colombia puede considerarse pionero en su intento de promover la salud como un servicio público, obligatorio, a cargo del estado, y ahora con el objetivo “Calidad” en la mira.

A nivel departamental, se siguen las líneas dictadas por la normatividad nacional, y se expiden con cierta frecuencia circulares encaminadas a mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia considerado como un aspecto clave en la mejoría continua de la salud de la población y por ser este uno de los procesos que mayormente motiva quejas o llama la atención de salud pública departamental.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar las condiciones tecnológicas y científicas del servicio de urgencias de la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Garzón teniendo en cuenta el cumplimiento de las disposiciones legales para la prestación del servicio.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar un diagnóstico inicial del servicio de urgencias, identificando las fortalezas y debilidades para la prestación ideal del servicio.
- Valorar el grado de cumplimiento de las características de cobertura, calidad, eficiencia, eficacia, y efectividad en el servicio de urgencias.
- Verificar la aplicabilidad de los parámetros establecidos según la Resolución 1043 del 2006 y el Decreto 1011 de 2006 para la prestación del servicio de urgencias.
- Evaluar los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud contemplados en la Resolución 1446 del 2006 para el servicio de urgencias.

- Determinar los recursos físicos, humanos y tecnológicos con que cuenta el Hospital San Vicente de Paul y la forma de organización de dichos recursos para la prestación del servicio de urgencias.
- Identificar las diez primeras causas de consultas por urgencias con su codificación respectiva de acuerdo al CIE-10.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1. MARCO TEORICO

La evaluación es un procedimiento administrativo utilizado para la comparación sistemática de los resultados obtenidos frente a los objetivos planteados por una organización, esta nos permite conocer el estado de la actuación y la selección de nuevos cursos de acción. Esto implica:

Medir el fenómeno.

Comparar el resultado.

Hacer los juicios de valor correspondientes.

La evaluación de servicios de salud conlleva a tener claridad sobre el objeto de estudio, (recursos, procesos y relaciones). La evaluación es un proceso sistemático y científico, que utiliza metodologías y herramientas especializadas que pretenden garantizar la confiabilidad del proceso. Debe cumplir con los siguientes criterios:

Continuidad. La evaluación debe ser un proceso permanente, que permita establecer secuencias y tendencias.

Validez. Debe fundarse en datos ciertos y confiables.

Participación. Es conveniente que en ella participen todos los actores comprometidos en el proceso evaluado, incluida obviamente la comunidad.

Integralidad. Deben ser objeto de la evaluación el sistema como un todo y cada una de las partes.

Con miras a la satisfacción de las necesidades en salud de la población los servicios prestados deben cumplir con las siguientes características:

Cobertura: Consiste en garantizar que toda la población objeto pueda acceder a los servicios; la cobertura debe ser integral, es decir, debe dar respuesta a todas las necesidades de servicios de la comunidad y oportuna, debe darse en el momento en que la necesidad se expresa y se demanda.

Calidad. Es una condición compleja, resultante de la conjugación de las condiciones técnicas y humanas con las que se prestan los servicios de salud.

Eficiencia. Conjunción de resultados y costos que se da cuando los recursos son utilizados de la mejor manera posible para el logro de los objetivos esperados, esto es, produciendo los mayores beneficios al menor costo.

Eficacia y efectividad. Los servicios de salud deben resolver los problemas de cada uno de los individuos atendidos y de la comunidad en su conjunto (impacto).⁸

INDICADORES

Un indicador es un dato que refleja el estado de una situación, o de algún aspecto en particular, en un momento y espacio determinados. Habitualmente se trata de un dato estadístico (porcentajes, tasas o razones) que sintetiza la información

proporcionada por los diversos parámetros o variables que afectan a la situación que se requiere analizar.

En términos generales, un indicador debe reunir dos condiciones: Importancia y validez científica. Cada una de estas condiciones puede fraccionarse en dimensiones:

Importancia

- Impacto: Debe recoger una situación o actuación que repercuta sobre la salud.
- Importancia política: Debe reflejar aspectos relacionados con el costo de la enfermedad susceptible de ser modificado por el sistema de salud.

Validez científica:

- Validez interna.
- Validez externa.
- Reproducibilidad.

Tabla 1. Indicadores relevantes en salud a ser medidos en el Servicio de Urgencias del Hospital

INDICADOR	ATRIBUTO O CARACTERISTICA QUE MIDE	TIPO DE INDICADOR
Número de consultas urgentes	Consultas de urgencias en un período de tiempo	Resultado
Frecuencia relativa diaria	Promedio de consultas urgentes en relación con la población cubierta en un día.	Resultado – Proceso
Frecuencia relativa mensual	Promedio de consultas urgentes en relación con la población cubierta en un mes	Resultado – Proceso
Oportunidad en la atención de urgencias	Tiempo transcurrido desde la hora de llegada del enfermo, hasta que toma el primer contacto	Proceso

⁸ Blanco R, Jorge Humberto. “Administración de Servicios de Salud”. Fundamentos de Salud Publica Segunda edición. Editorial CIB, Evaluación de servicios de salud (capítulo 5) pag. 55 – 66.

	personal con el médico o enfermero	
Remisiones a nivel de superior complejidad	Porcentaje de pacientes que se trasladan a un nivel superior.	Proceso
Pacientes observados por el Servicio de Urgencias.	Porcentaje de pacientes asistidos que pasan a Observación.	Proceso
Grado de cumplimiento de la historia clínica.	Porcentaje de cumplimiento de la historia clínica del conjunto de apartados básicos.	Proceso
Calidad de la codificación diagnóstica.	Nivel de precisión en la asignación del código CIE 10 a la sospecha diagnóstica.	Proceso
Presencia de Guías de manejo en el Servicio de Urgencias.	Presencia física de las Guías de manejo de Urgencias	Estructura
Conocimiento de las Guías.	Conocimiento de los profesionales de Urgencias de las guías de manejo.	Proceso
Reconsultas en las siguientes 24 horas al Servicio de Urgencias	Porcentaje de pacientes que solicitan nueva asistencia en Urgencias en las 24 horas siguientes a una atención previa.	Resultado
Mortalidad	Porcentaje de fallecimientos que se producen en Urgencias durante el proceso asistencial.	Resultado
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Eventos que, aún ocurriendo excepcionalmente, indican un posible error en la asistencia a un paciente y que, por su gravedad, debe ser siempre analizado por el equipo asistencial.	Resultado
Tasa de satisfacción global	Porcentaje de pacientes que se consideran satisfechos del total de usuarios encuestados.	Resultado
Reconsultas por deficiente manejo	Porcentaje de pacientes que solicitan nueva asistencia en Urgencias en las 24 horas siguientes a una atención previa debida a deficiente manejo en la consulta inicial	Resultado
Oportunidad en la Respuesta a Interconsultas	Tiempo transcurrido desde la hora de solicitud y la respuesta a una valoración especializada.	Proceso
Población atendida sin afiliación al sistema de salud.	Porcentaje de pacientes atendidos en el servicio de urgencias sin afiliación al sistema de salud.	Resultado
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Es la eficiencia en la resolución de quejas interpuestas por los usuarios, secundarias a una atención	Proceso

Fuente: Adaptado del Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias. Andalucía. Año 2000.⁹

5.2. MARCO LEGAL

De acuerdo a la normatividad vigente se hace indiscutible la implementación de parámetros estándar que precisamente señalan los lineamientos mínimos a seguir para la prestación de cualquier servicio, aun mas cuando el margen de competitividad se ha convertido en una vía tan estrecha que hace del Sector Publico el más afectado, será tal vez por ser uno de los más cuestionados en su funcionalidad, aplicabilidad y transparencia?, pero esto se debe más bien por el sin numero de procesos a seguir, pues sin lugar a dudas lo Publico es mayormente vigilado.

Se convierte entonces la normatividad actual en un referente e ideal para dar el lugar que corresponde al único sector que debiera existir: La Salud, con la misma oportunidad de aplicabilidad en los sentidos de lo Público y lo Privado.

5.2.1. Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS). “Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”.

En disposición del decreto 1011 de 2006, las acciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de atención en Salud (SOGCS) se orientarán a la mejora de

⁹ Alonso Ruiz-Luna, Manuel; Barrera Ávila, José María; García Luque, Roció; Garrido, Cruz. “Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias”. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. JUNTA DE ANDALUCÍA. Consejería de Salud. Año de edición, 2000.

los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

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

El SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

- El sistema único de habilitación.
- La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
- El sistema único de acreditación.
- El sistema de información para la calidad.

5.2.2. Resolución 1043 de 2006. Sistema Único de Habilitación. El Sistema Único de Habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

- **Condiciones de capacidad tecnológica y científica.**

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del

servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico No. 1 “Manual Único de Estándares y de Verificación”, el cual hace parte integral de la Resolución 1043 de 2006. Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado.

- **Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera.**

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de

conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.

2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución.

3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales: aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.

4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

Condiciones de capacidad técnico administrativa.

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una institución prestadora de servicios de salud, las siguientes:

- El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
- El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la IPS, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios de: *Fiabilidad*: (es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea); *Esencialidad*: (son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios); *Sencillez*: (son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos).

Con el fin de verificar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, las entidades departamentales y distritales de salud, aplicarán el “Manual Único de Estándares y Verificación” Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la resolución.

No se podrán exigir estándares diferentes a los establecidos en dicho Manual. Las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo con un (1) día de antelación a su realización y efectuarse de acuerdo con el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” Anexo Técnico No. 2. Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, éste no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido.

5.2.3. Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Se define como un componente de mejoramiento continuo del SOGCS, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluaciones del cumplimiento de estándares de calidad (concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinaron como básicos en el sistema único de habilitación).

Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Según el Decreto 1011 de 2006 la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención de salud implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Para todos los efectos de este decreto debe entenderse que la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud incluye el concepto de auditoría médica a que se refiere el artículo 227 de la ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se aplique operará en los siguientes niveles:

- **Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- **Auditoría interna.** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.
- Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

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

El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

- **Acciones preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
- **Acciones de seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- **Acciones coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Las IPS deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Las IPS deberán establecer un PAMEC, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

- Autoevaluación del proceso de atención de salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad.
- Atención al usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

5.2.4. Resolución 1445 de 2006. Sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de

las IPS, las EAPB y las direcciones departamentales, distritales y municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Toda IPS deberá contar con la certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación como condición para acceder a la acreditación.

El sistema único de acreditación se orientará por los siguientes principios:

- **Confidencialidad.** La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.
- **Eficiencia.** Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del sistema único de acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
- **Gradualidad.** El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del sistema único de acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. La entidad acreditadora aplicará los manuales de estándares del sistema único de acreditación que para el efecto proponga la unidad sectorial de normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada tres (3) años.

5.2.5. Resolución 1446 de 2006. Sistema de Información para la Calidad. 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. El objeto de esta resolución es el de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el SGSSS.

Reporte de la información. Las entidades responsables de reportar información deberán hacerlo a la Superintendencia Nacional de Salud, quien realizará la recepción, validación y cargue de la información y la pondrá a disposición del Ministerio de la Protección Social.

Información a usuarios. El Ministerio de la Protección Social incluirá en la página web y en los mecanismos de difusión que considere convenientes, los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar el acceso en línea sobre la siguiente información:

- Indicadores del nivel de monitoria del sistema.
- Análisis del comportamiento de los indicadores del nivel de monitoria del Sistema.
- Informe Nacional de Calidad.
- Ordenamiento de IPS y EAPB basados en criterios de calidad.
- Observatorio de calidad.

Son objetivos del sistema de información para la calidad, los siguientes:

- **Monitorear.** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
- **Orientar.** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la IPS, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- **Referenciar.** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las IPS.
- **Estimular.** Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

Son principios del sistema de información para la calidad, los siguientes:

- **Gradualidad.** La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
- **Sencillez.** La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.
- **Focalización.** La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los

usuarios para la selección de EAPB y de IPS de la red con base en criterios de calidad.

- **Validez y confiabilidad.** La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
- **Participación.** En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del SGSSS.
- **Eficiencia.** Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

Los prestadores de servicios de salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el ministerio de la protección social.

5.2.6. Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Sus características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en

las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica. A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número

del documento de identidad (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, registro civil, pasaporte o cédula de extranjería).

En el caso un menor sin identificación, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen. Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

La evaluación administrativa en salud va más allá de la simple determinación de los problemas existentes, pues este proceso debe llevar a la toma de decisiones de trascendental importancia para la subsistencia de la empresa, es por eso que esta debe ser realizada por medio de pasos metódicos y definidos como son:

1. Descripción de la situación.
 - a. Componentes de la red de Servicios (denominación, ubicación espacial, población objeto)
 - b. Cantidad y calidad de los recursos del Servicio (humanos, físicos, financieros, tecnológicos).
 - c. Portafolio de Servicios (cantidad y características de los servicios que se prestan).

2. Análisis de hallazgos.
 - a. Características de la relación entre usuarios y prestadores (uso y calidad de los servicios).
 - b. Productividad y ocupación de los recursos

3. Intervención.
 - a. Coberturas
 - b. Eficacia

c. Eficiencia (análisis de costos) (8)

La presente investigación realizó los pasos anteriormente descritos basándose en 2 tipos de investigaciones: Exploratoria, Descriptiva.

- Investigación Exploratoria porque:

Se realiza con el propósito de destacar los aspectos básicos de una problemática determinada y encontrar los procedimientos adecuados para elaborar una investigación posterior.

- Investigación descriptiva porque:

Facilita identificar las características de un objeto bajo estudio o una situación concreta, señalar sus características y propiedades. Sirve para clasificar, ordenar, agrupar o sistematizar los objetos estudiados.

El proceso de evaluación se desarrolló mediante visitas programadas con una frecuencia bisemanal, de acuerdo al cronograma establecido, también con base a la información suministrada por la IPS respecto a su desempeño. Las visitas se realizaron con la participación del personal responsable de cada área, facturación, admisiones, personal asistencial y sistemas.

6.2. DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO

El municipio de Garzón está localizado en la región centro oriental del Departamento del Huila hace parte de los 4 municipios de mayor importancia y tamaño del departamento junto con Neiva, Pitalito y La Plata; los cuales poseen

centros de atención en salud de mediana complejidad; Garzón es considerado, “El Alma del Departamento del Huila”, es la Capital Diocesana del mismo y constituye la cabecera de la Microrregión del Centro del Huila, la cual está integrada por siete (7) municipios más: Gigante, Pital, Agrado, Altamira, Tarqui, Guadalupe y Suaza.

Limita por el Norte con Gigante, al Sur con Guadalupe, al Sur - Oeste con Altamira y Tarqui; al Oriente con el Departamento del Caquetá y al Occidente con el Agrado.

Posee un área de 580 K² que equivalen al 29% de la superficie total del Departamento. Se encuentra a 826 metros sobre el nivel del mar con una temperatura promedio de 24°C; su fuente principal de ingresos es la Agricultura y como principal producto en ella el café. Según el último censo realizado por el DANE en el 2005 su población es de 70,144 personas de las cuales el 36,415 son Hombres y 33,729 son Mujeres; y de estos se encuentran en el área urbana un 47.9% y un mayor porcentaje en zona rural (52.08%), que se distribuye en 90 veredas.

Del total de la población el 84.21% sabe leer y escribir. La mayor proporción de población se encuentra entre los 10 a 29 años (39,75%); el 34.59% de la población productiva económicamente se dedica a algún tipo de trabajo y el 18,33% realiza labores domesticas.

En el área urbana la actividad económica predominante es el comercio con el 59%, seguida por los servicios con 29% y la industria con el 10%.

La mortalidad del municipio de Garzón para el año 2005 según el último censo realizado fue de 189 muertes, 51% hombres y 49% mujeres, encontrando entre los 0 – 10 años 19, de los 10 – 29 años 25, de los 30 - 45 años 29, y mayores de 45 años 116 muertes. En salud el 7.78% de la población se considera con alguna limitación¹⁰.

Siendo el hospital de Garzón una ESE departamental de mediana complejidad recibe pacientes remitidos de IPS de baja complejidad de sus municipios vecinos (Gigante, Agrado, Guadalupe, Tarqui, Pital, Altamira, Suaza); siendo así la población a su cargo de aproximadamente 100923 personas provenientes de estos municipios más los 70144 nativos del municipio, según los datos del último censo poblacional realizado por el DANE.

6.3. UNIVERSO

Población total del municipio de los municipios de la zona de influencia de la ESE Hospital San Vicente de Paúl estén o no bajo la cobertura de alguna de las entidades responsables del aseguramiento de la población, según la base de datos del DANE del censo del 2005 es de 171.067 personas.

6.4. MUESTRA

Se utilizó el programa de MacStat 2.0 para determinar la muestra del estudio.

¹⁰ COLOMBIA. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, REDATAN BASE, <http://www.dane.gov.co/Censo2005>

Dejando un error permisible del 5%, la muestra para el estudio será de 383 registros documentados de atención a los pacientes en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul.

6.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Tabla 2. Operacionalización de Variables Servicio de Urgencias Hospital San Vicente de Paul. Garzón – Huila. 2007.

VARIABLE	DEFINICION	CATEGORIA	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR
Consulta de Urgencias	Todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistente en: a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales; b) La realización de un diagnóstico de impresión. La oportunidad de la atención en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutivez es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios.	Cuantitativa (Discreta)	Numérico	Oportunidad de la atención. Frecuencia de consulta día. Frecuencia de consulta mes.
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	Cuantitativa (Discreta)	Numérico	Proporción de vigilancia de Eventos adversos
Remisiones	Es el traslado de pacientes interinstitucional con el fin de ofrecer servicios de consulta, procedimientos o intervenciones que no pueden ser ofrecidos en la institución que solicita el traslado y puede ser realizado en la institución receptora del paciente. Este proceso se realiza entre instituciones de baja a mayor complejidad.	Cuantitativa (Discreta)	Numérico	Numero de remisiones a nivel superior complejidad por mes.

Observación de pacientes	Permanencia del usuario en la unidad de observación donde se requiere una vigilancia constante de su evolución para la toma de conductas. (Esta permanencia no debe superar las 24 horas, en promedio 12 horas)	Cuantitativa (Discreta)	Numérico	No. Pacientes que ingresan a observación por mes. Promedio estancia en observación.
Defunciones hospitalarias	Paciente que fallecen mientras esta internado en el Hospital. Las defunciones se pueden clasificar según el periodo que ha transcurrido entre el ingreso y el momento del fallecimiento del paciente.	Cuantitativa (Discreta)	Numérico	Mortalidad de paciente luego de 12 horas de ingreso a urgencias.
Satisfacción del cliente	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.	Cuantitativa (Discreta)	Numérico	Tasa de Satisfacción Global
Afiliación al sistema de salud	Es la vinculación al Sistema General de Salud mediante la afiliación a uno de los regímenes de seguridad (contributivo o subsidiado) si la persona no se encuentra en alguno de estos regímenes estará como persona pobre y vulnerable identificado como vinculado por una encuesta del SISBEN.	Cuantitativa (Discreta)	Numérico	No. pacientes atendidos sin afiliación al sistema de salud al mes.
Interconsulta especializada	Procedimiento por el cual se solicita una segunda opinión a un especialista en el asunto o problema a resolver con el paciente	Cuantitativa (Discreta)	Numérico	Tiempo de Respuesta a Interconsultas.
Reingreso de pacientes a urgencias	Es la consulta que ocurre en el paciente en otra oportunidad, en el mismo servicio, por la misma causa en un tiempo	Cuantitativa (Discreta)	Numérico	No. De Reingresos a urgencias en las siguientes

	determinado.			24 horas por la misma causa al mes.
Queja de los usuarios	Manifestación de inconformidad o de insatisfacción de las expectativas de un cliente (usuario, IPS o entidades de vigilancia) frente a uno o unos aspectos en particular.	Cuantitativa (Discreta)	Numérico	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días
Guías de Atención	Documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.	Cualitativa (Nominal)	Dicotómico (si y no)	Presencia de guías de manejo en el Servicio de Urgencias. Conocimiento de las guías de manejo por el personal médico.
Historias Clínicas	Documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.	Cualitativa (Nominal)	Dicotómico (si y no)	Grado de cumplimiento de la historia clínica.

6.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para el análisis de los datos, se utilizó la técnica de estadística descriptiva, que analiza, estudia y describe a la totalidad de individuos de una población. Nuestra finalidad fue obtener información, analizarla, elaborarla y simplificarla lo necesario para que pueda ser interpretada cómoda y rápidamente y, por tanto, pueda utilizarse eficazmente para el fin que se desee.

El proceso tiene los siguientes pasos:

- Selección de caracteres a ser estudiados.
- Recolección de datos mediante el diligenciamiento de los siguientes formatos: instrumento de recolección diaria de datos del servicio de urgencias; instrumento para recolección de información por análisis del sistema de información mensual del SIAU.
- Se realizó la selección de historias clínicas del servicio de urgencias descartando las atenciones ginecobstetricas que se realizan directamente en sala de partos, para un total de 13.564 Atenciones de Urgencias durante los meses de Julio a Diciembre de 2007, de las cuales se tomó una muestra de 383 historias clínicas, con las cuales se desarrollaron: instrumento para recolección de datos por muestreo de historias clínicas; instrumento para auditoría médica de historias clínicas.
- Elaboración de tablas de frecuencias, mediante la adecuada clasificación de los datos recolectados.
- Análisis cualitativo, cuantitativo y empleo de las funciones básicas de la matemática pura y aplicada: como tasas y porcentajes.
- Representación gráfica de los resultados (elaboración de gráficas estadísticas)

A partir del estudio de la muestra se relacionaron aspectos relevantes de toda la población.

6.7 PLAN DE ANALISIS DE RESULTADOS

Para proyectar los resultados se utilizaron las representaciones:

- Textual: se basa en la presentación de textos alusivos a la información que se desea suministrar.
- Tabular: es la combinación de textos en tablas y cuadros
- Semi-tabular: consiste en la presentación de datos numéricos que se desean resaltar dentro de un texto.
- Gráfica: está compuesta por los diagramas rectangulares o barras y los circulares de sectores o tortas (pasteles).

Se efectuaron las siguientes actividades de evaluación al servicio de urgencias de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul.

1. Identificación y realización de la Matriz DOFA.
2. Evaluación de las condiciones de habilitación.
3. Identificación y análisis de Indicadores de Calidad del Servicio de Urgencias (auditoria para el mejoramiento de la calidad).
4. Análisis de recursos con los que cuenta el Servicio de Urgencias (inventario de insumos tecnológicos, físicos, humanos y su utilización).
5. Identificación de las 10 primeras patologías de consulta en el Servicio de Urgencias.
6. Auditoria a los registros asistenciales (Atención Inicial de Urgencias).

7. ANALISIS DE RESULTADOS

7.1. MATRIZ DOFA: DEBILIDADES – OPORTUNIDADES – FORTALEZAS – AMENAZAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.

Relaciona el análisis interno definido por las fortalezas y amenazas con el análisis externo definido por las debilidades y oportunidades. La combinación de estos cuatro componentes da lugar a las estrategias FO, DA, FA, DA, en las cuales se aprovecha las fortalezas y oportunidades para minimizar las debilidades y amenazas.

Tabla 3. **Análisis interno de las Fortalezas y Debilidades en el Servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul. Garzón – Huila. 2007.**

ANALISIS INTERNO	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
Personal idóneo y experimentado	No existe comité de urgencias
Disponibilidad de atención en urgencias por las especialidades básicas las 24 hs.	Planta física insuficiente para el buen funcionamiento del área asistencial y administrativa.
Credibilidad e imagen del servicio de urgencias a nivel regional y Departamental.	No existe un sistema de costos que sirva de apoyo para la oportuna y adecuada toma de decisiones.
Directivas con capacidad de gestión.	Deficiencia en el sistema de información.
Buenos canales de comunicación interna en el servicio.	Deficiencia en el Hardware y software de la empresa.
Buena cobertura en la prestación de los servicios de salud a nivel urbano y rural.	No se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo oportuno de los equipos según el cronograma establecido.

Únicos en el mercado en la prestación de los servicios de urgencias de 1er nivel.	La oficina de atención al usuario no funciona las 24 hs.
Centro de referencia para patologías de mediana complejidad en la zona centro del Huila.	Manuales de procesos y procedimientos desactualizados.
Pago de salarios de manera oportuna a todos los empleados.	No existen guías de manejo para las patologías más frecuentes.
Existe apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas.	Subutilización y no utilización de tecnología disponible.
Medición de la satisfacción del usuario.	No existe Manual Especifico de funciones y Competencias Laborales donde se aclare entre otros: Plan de Selección, Evaluación, Inducción y Reinducción del personal.
Calidad en la prestación de servicios de salud.	Deficiencia en el sistema de referencia y contrarreferencia.
Amplia trayectoria en la prestación de servicios.	No se suministran los medicamentos de tratamiento ambulatorio.
	Talento humano poco fortalecido en el tema de atención humanizada al usuario.
	Desconocimiento y ausencia de indicadores y su análisis en el servicio.
	Falta de conciencia por parte del personal asistencial y administrativo de la importancia en el diligenciamiento de formatos, rips y demás.
	Cultura organizacional con marcada resistencia al cambio.

Tabla 4. **Análisis Externo de las Oportunidades y Amenazas en el Servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul. Garzón – Huila. 2007.**

ANALISIS EXTERNO	
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Excelentes relaciones con la administración Departamental y Municipal.	El no pago oportuno de los servicios prestados por parte de las EPS.
Posicionamiento de la empresa en el mercado.	El crecimiento acelerado de la población pobre y vulnerable que requiere de nuestros servicios, sin que los recursos asignados para la atención tengan un crecimiento proporcional.
Marco legal en el sistema general de seguridad social en salud favorecedor de los procesos de calidad.	La reforma de la ley 100 deja latente la oportunidad a las EPS y demás Administradoras para crear sus propias IPS.
Auge de las tecnologías de información que pueden ser incorporadas a la atención en salud.	La alteración del orden público por presencia de grupos armados en la región.
Alta demanda de usuarios por zonas de influencia.	La disminución de los recursos del sistema general de participaciones.
Recursos de cooperación internacional que pueden financiar la salud.	La no actualización de la encuesta del Sisben.
Convenios inter-administrativos con diferentes instituciones.	Aumento del desplazamiento urbano.
Ubicación geográfica de la institución en el centro del departamento.	
Habilitación del Aeropuerto del municipio para el traslado aéreo de pacientes.	
Desarrollo tecnológico y científico en la salud y el fácil acceso a ese conocimiento.	

Tabla 5. Estrategias DOFA Seleccionadas para el Servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul. Garzón – Huila. 2007.

ESTRATEGIAS SELECCIONADAS				
No	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA	ESTRATEGIAS DO
1	Implementación del sistema de garantía de calidad y buscar la acreditación del servicio (Cumple para estrategias FA y DO).	Facturación adecuada y oportuna de los servicios realizados con el fin de evitar glosas y agilizar la rotación de cartera.	Implementación de un sistema de costos.	Inversión en el desarrollo de informática (Cumple para estrategia FO).
2	Captar recursos de cooperación internacional con el desarrollo de proyectos	Generar proyectos para financiar de los servicios prestados.	Elaboración y análisis de indicadores previa elaboración de proyectos y planes de desarrollo.	Diseño, socialización e implementación de las guías de manejo de las 10 primeras causas de egreso de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas.
3	Aumento de la capacidad instalada e infraestructura física del servicio.	Capacitación permanente al personal asistencial en el manejo de pacientes con trauma.	Fomentar el buen uso de la tecnología sanitaria disponible en el servicio.	Fortalecimiento de la gestión de talento humano

7.2. ANALISIS ESTANDARES DE HABILITACION: SERVICIO DE URGENCIAS

Teniendo en cuenta el objetivo de las condiciones de Habilitación para prestadores de salud normadas por el ministerio de la protección social en la resolución 1043 del 2006 y sus anexos técnicos; y en especial las condiciones técnicas y científicas las cuales deben garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios en el país;

podemos encontrar en el servicio de urgencias del hospital san Vicente de Paul (Ver anexo D), propósito de evaluación del presente trabajo lo siguiente:

Tabla 6. **Estándares de habilitación evaluados en el Servicio de Urgencias del Hospital San**

ESTANDAR DE HABILITACION	% CUMPLIMIENTO	%NO CUMPLIMIENTO
RECURSO HUMANO	25	75
INSTALACIONES FISICAS	50	50
DOTACION Y MANTENIMIENTO	80	20
HISTORIA CLINICA	60	40
PROCESOS PRIORITARIOS	47	53
INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS	100	0
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	0	100
SEGUIMIENTO A RIESGOS	0	100
TOTAL CUMPLIMIENTO ESTANDARES	50	50

7.2.1. Recurso Humano. Aproximadamente el 30 % de los médicos generales que pertenecen al servicio de urgencias de esta ESE de mediana complejidad no tienen el entrenamiento certificado en soporte vital avanzado. El 70% del resto de personal asistencial (enfermeras jefes, auxiliares de enfermería, camilleros), no cuentan con el entrenamiento en soporte vital básico; lo cual es sin duda un riesgo inminente en la atención por parte de estos profesionales, pues bajo determinadas circunstancias no podrán actuar de la forma ideal y de acuerdo a los parámetros internacionales establecidos, debido a la escasa oferta en nuestro medio de personal profesional capacitado en soporte vital debe ser un objetivo a corto plazo de la institución facilitar la capacitación de su personal en esta materia.

7.2.2. Infraestructura. En el servicio de urgencias los pisos no cuentan con nivelación y drenaje adecuado que facilite la limpieza y desinfección de estos en

caso de contaminación; no posee un área para el uso técnico de los elementos de aseo; esta se encuentra en un solo sitio el manejo de los elementos de aseo en la cual no hay una clara delimitación de los elementos usados en las diferentes áreas del servicio y separación adecuada de elementos contaminados sucios y limpios; además los baños no cuentan con los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos o disponen de un ambiente específico para este proceso, el cual debe contar con unidad sanitaria exclusiva para este fin. La falla de este ítem es de vital importancia en el servicio de urgencias pues este servicio es la principal puerta de entrada de pacientes a la institución y por ende además de una mala impresión puede exponer no solo a los usuarios sino también al personal que allí labora a riesgos para su salud.

El puesto de enfermería, no cuenta con los ambientes para trabajo sucio, unidad sanitaria y depósito, por lo cual el personal de enfermería debe realizar la mayoría de sus actividades en los sitios de atención al usuario, prestándose esto para contaminación de material y accidentes biológicos entre otros.

Los consultorios del servicio no cuentan con un área específica para procedimientos pues el servicio en general tiene un sitio específico para ello. A pesar de ser esta una institución de mediana complejidad no cuenta con salas de ERA y rehidratación oral de acuerdo a la normatividad.

Estos factores pueden llegar a poner en riesgo la continuidad en la atención y por ende la vida de los usuarios.

7.2.3. Dotación y mantenimiento. En sala de procedimientos no se cuenta con camilla con frenos y barandas requeridas para atención de pacientes en forma

segura que facilite la movilidad y disminuya el riesgo de ocurrencia de efectos adversos como la caída de pacientes en la institución.

El carro de paro no posee el dispositivo de ventilación transtraqueal percutánea, y el fijador de tubo endotraqueal exigidos por la norma; y ello puede ser decisivo en el manejo de la vía aérea y por consiguiente la vida de un usuario.

7.2.4. Historia Clínica. No se tiene un proceso documentado y establecido de triage o clasificación de multitud de lesionados; la no realización y documentación del proceso de triage representa un riesgo inminente para los usuarios al no tener una atención y valoración inicial adecuada lo que va en contra de una política de seguridad del paciente.

Además de lo anterior no se cuenta con el formato de consentimiento informado por procedimientos, el cual es obligatorio; esto puede llegar a proteger la institución y los profesionales que en ella laboren de posibles demandas ante riesgos en procedimientos que hacen parte de la misma intervención.

7.2.5. Procesos Prioritarios Asistenciales. En esta institución durante el periodo evaluado no se conto con ningún proceso prioritario asistencial socializado a pesar de contar con algunos procesos ya documentados en el servicio y por ende no hay estandarización de los actos asistenciales y administrativos de los diferentes funcionarios.

Entre los procedimientos guías y protocolos que no están documentados se encuentran: las 10 primeras causas de consulta en el servicio; los procedimientos médicos de pequeña cirugía, reanimación e inmovilización de pacientes; protocolos de identificación del origen de la enfermedad y accidente de trabajo,

protocolos de los actos realizados en la sala de procedimientos y la relación de estos. No se ha realizado el análisis epidemiológico para identificar las 10 primeras

7.2.6. Interdependencia de Servicios. Las condiciones de interdependencia de servicios cumple con los ítems establecidos en el anexo técnico para el servicio de urgencias; existe y se dispone de los servicios necesarios para el funcionamiento del área de urgencias y el adecuado flujo de pacientes entre estos; Sin embargo, fallas en los otros estándares de habilitación pueden incidir de forma directa en la prestación del servicio a los usuarios y el adecuado desarrollo de los procesos.

7.2.7. Referencia y Contrarreferencia. No se dispone de las guías y procesos correspondientes para la remisión de pacientes lo cual hace sin duda que exista el riesgo de fallas en la continuidad de la atención de los usuarios.

7.2.8. Seguimiento a riesgos. A pesar de que en el servicio existen guías establecidas por los comités de infecciones, vigilancia epidemiológica, de manejo de antibióticos, de productos biológicos, manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas; no se realiza el debido proceso de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al servicio prestado mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo anterior hace prever que muy difícilmente este servicio pueda llevar acabo procesos de mejoramiento continuo como lo exige el mercado de los servicios de salud. Es responsabilidad de las directivas del área y la institución velar por el cumplimiento de estos estándares e incluirlos en los planes de desarrollo de la institución.

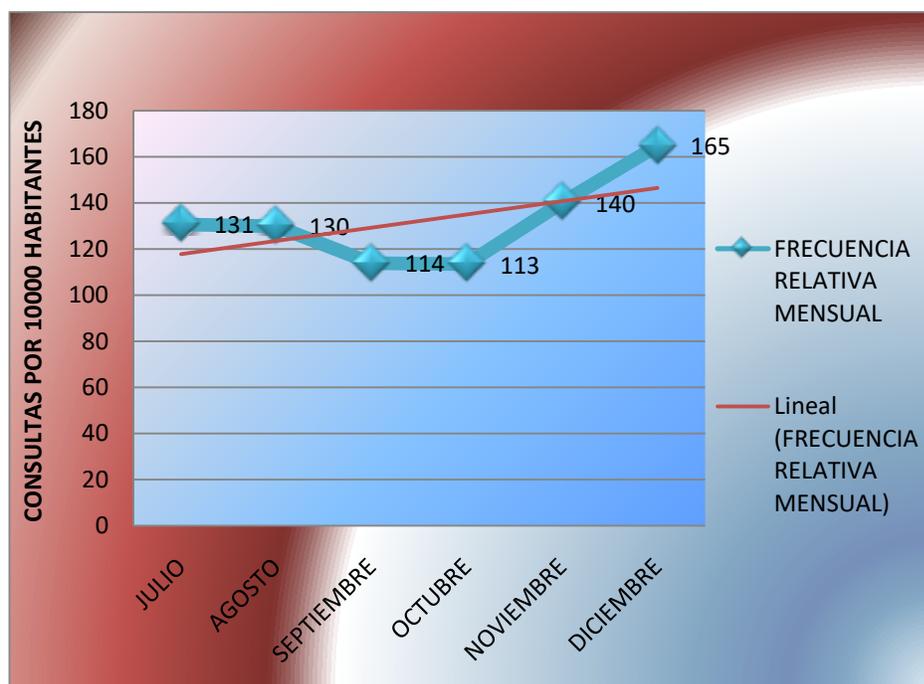
Teniendo en cuenta que los estándares de habilitación son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud, los hallazgos en la evaluación de los estándares de habilitación del servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paúl podrían ser consecuencia de una inscripción del servicio al momento de expedida la ley sin el debido proceso de autoevaluación.

7.3. ANALISIS DE INDICADORES

7.3.1 Número de consultas urgentes. En promedio durante el periodo evaluado (Julio – Diciembre de 2007) las consultas mensuales de urgencias fueron 2260; teniendo en cuenta que el hospital cuenta con 2 médicos permanentes para la atención inicial de urgencias, el promedio de consulta por hora/medico es de 1,5 pacientes. Cumpliendo con el requerimiento medico para una atención oportuna de los usuarios.

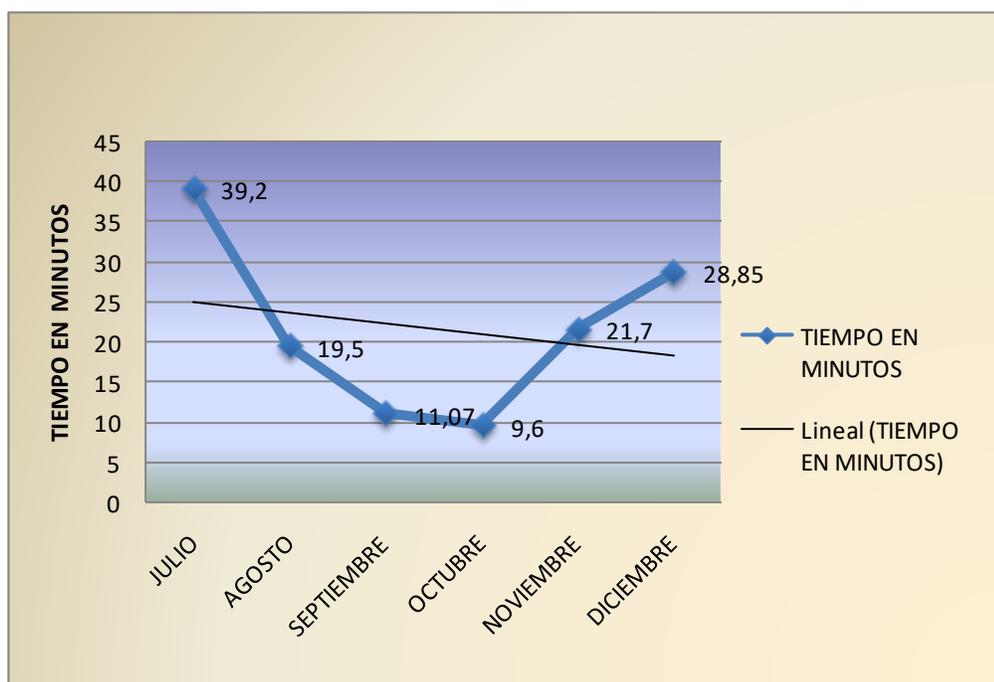
7.3.2 Frecuencia relativa diaria y mensual. Estos indicadores nos dejan apreciar el incremento paulatino en la frecuencia de consultas que se presentaron desde el mes de julio al mes de diciembre; siendo en promedio durante todo el periodo evaluado de 4,29 por 10000 habitantes la frecuencia diaria y 132,3 por 10000 habitantes la mensual.

Gráfica 1. Frecuencia relativa mensual de consultas en el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007



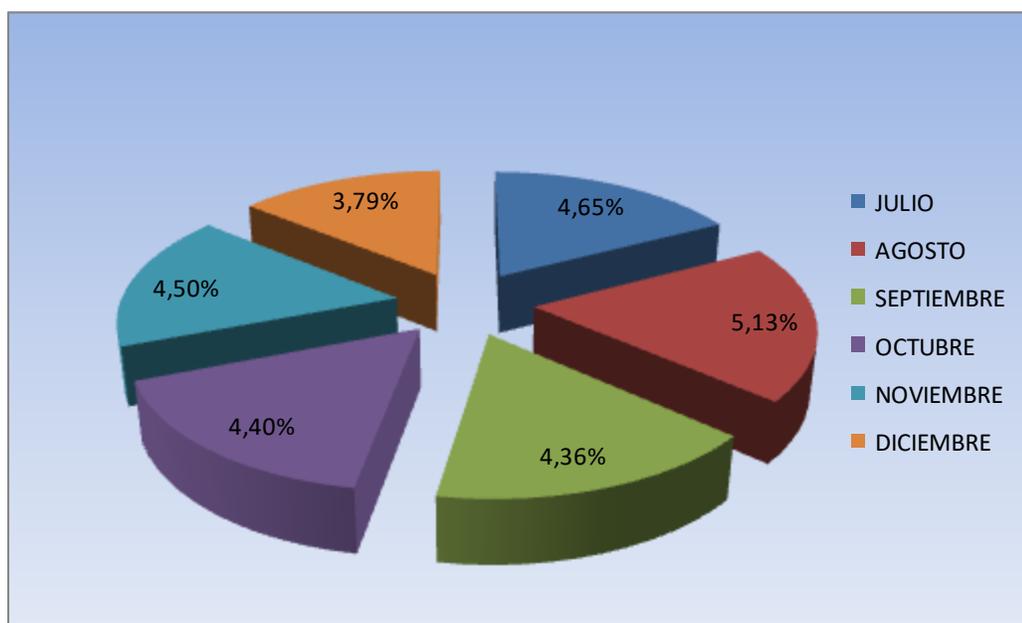
7.3.3 Oportunidad en la atención inicial de urgencias. En promedio durante el periodo evaluado encontramos que la oportunidad para la atención inicial de urgencias fue de 21,65 minutos; tiempo de espera superior a lo ideal para un servicio de urgencias el cual en promedio deberá ser inferior a 15 minutos. Adicionalmente encontramos que la oportunidad para la atención de urgencias aumenta en forma paralela al número de consultas para el tiempo de receso estudiantil y festividades (Julio - Diciembre),

Gráfica 2. Oportunidad en la Atención Inicial de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007



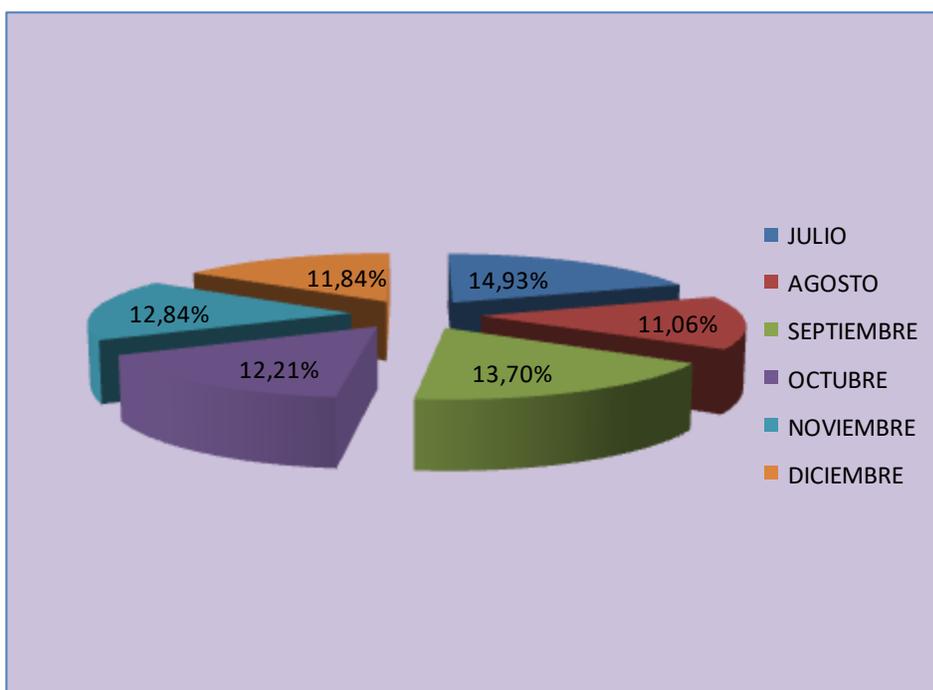
7.3.4 Remisiones a Nivel de Superior Complejidad. El porcentaje promedio de remisiones desde la mediana complejidad a la alta complejidad durante el periodo evaluado fue de 4,47%, lo que evidencia una capacidad resolución a los problemas de salud de la población cubierta mayor al 95%.

Gráfica 3. Remisiones a nivel superior de complejidad en el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007.



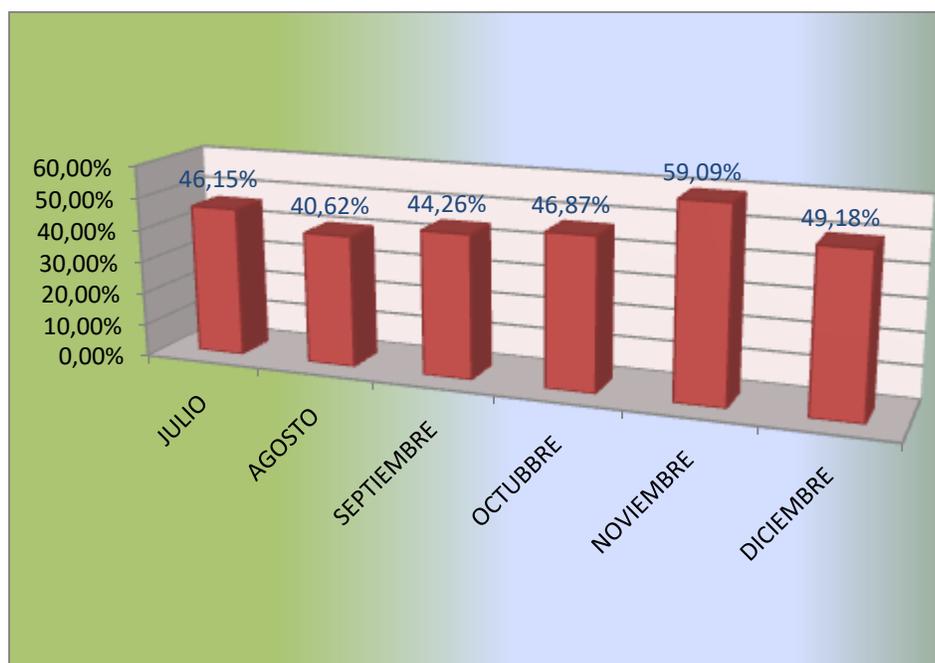
7.3.5 Pacientes observados por el servicio de urgencias. Este indicador deja ver la poca variabilidad en el número de pacientes que ingresan a observación después de ser atendidos en urgencias, en promedio un 12,76%; siendo así el mayor número de eventos resueltos con la sola atención inicial de urgencias.

Gráfica 4. **Pacientes observados por el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007.**



7.3.6 Grado de cumplimiento de la historia clínica. Realizada la evaluación a la muestra tomada para el estudio, encontramos que el promedio de grado cumplimiento en el registro de la historia clínica fue del 47,69%, tomando como puntaje ideal una puntuación por encima de 80 puntos. Menos de la mitad de las historias clínicas revisadas tuvieron el ítem básico para ser consideradas como registro clínico adecuado. Cabe destacar que las historias clínicas que tuvieron el mayor puntaje en la evaluación fueron las desarrolladas por medio de un software que está siendo probado en la institución.

Gráfica 5. **Grado de cumplimiento de la Historia Clínica de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007.**



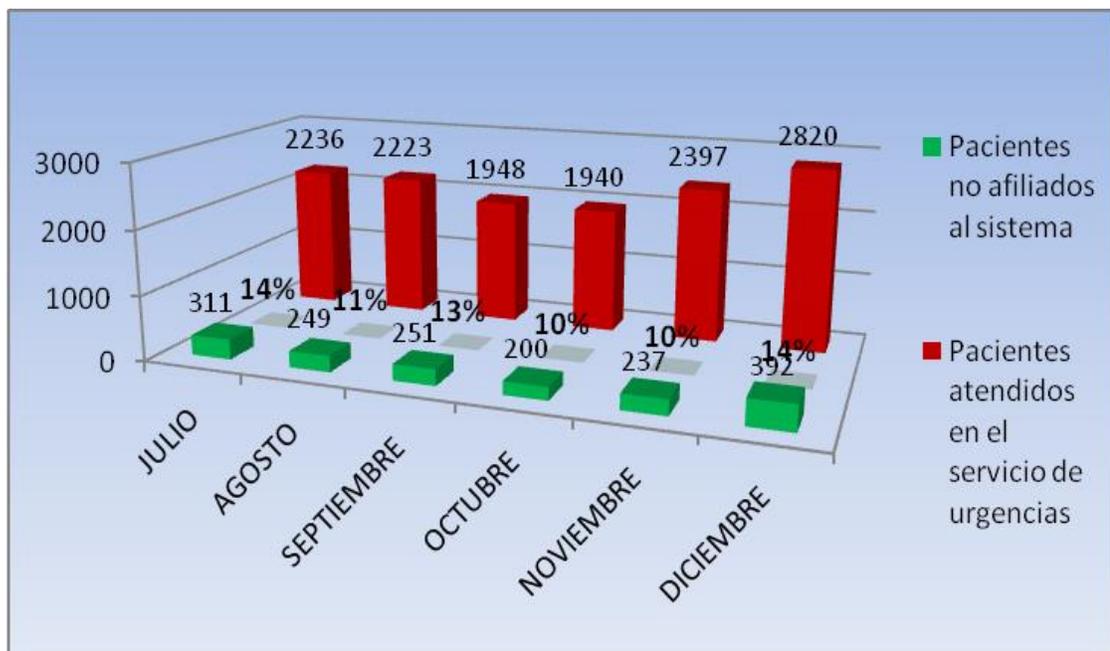
7.3.7 Calidad en la codificación diagnóstica. Más del 90% de las historias clínicas evaluadas no cuentan con el registro de codificación diagnóstica (CIE 10), lo que dificulta el proceso de facturación e identificación del perfil epidemiológico de la población que consulta a esta institución.

7.3.8 Presencia y conocimiento de guías de manejo en el servicio de urgencias. No existen guías y protocolos de manejo documentados en la institución.

7.3.9 Población atendida sin afiliación al sistema de salud. Se identificó

que el 12% de la población que asistió a consulta en el servicio de urgencias durante el periodo evaluado no cuenta con vinculación al sistema general de seguridad social en salud, lo cual desvirtúa la afirmación de cobertura universal en el Departamento del Huila.

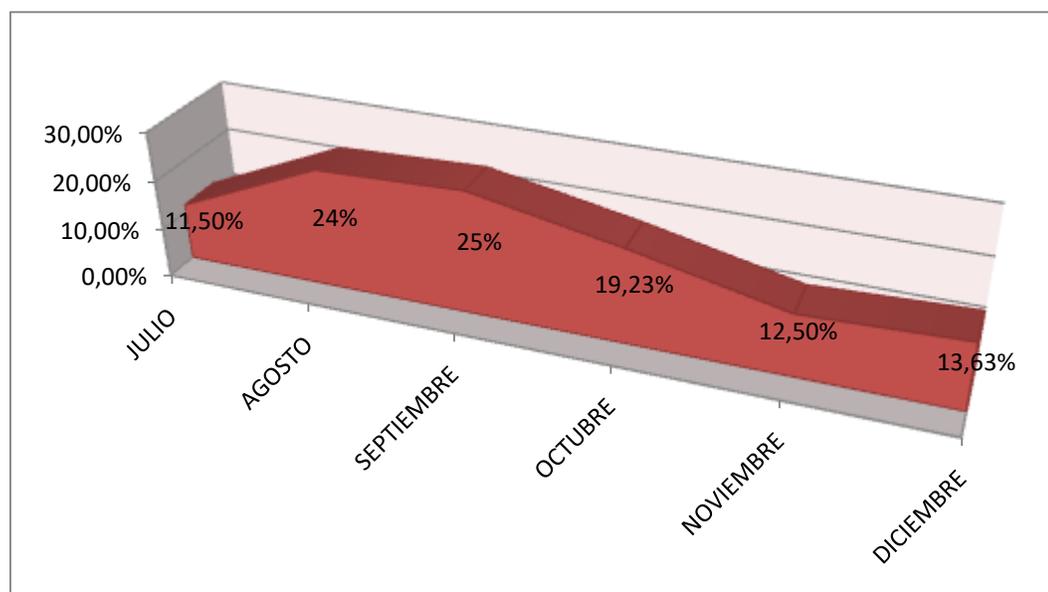
Gráfica 6. **Población atendida sin afiliación al Sistema de Salud en Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007.**



7.3.10 Reconsultas en las siguientes 24 horas al servicio de urgencias. El porcentaje de reconsulta en el servicio de urgencias durante el periodo evaluado oscilo entre el 1,34% y el 2,32%, lo que demuestra calidad en el diagnóstico y manejo de los pacientes.

7.3.11 Reconsultas antes de 24 horas por deficiente manejo. El número de reconsulta que se evidenciaron por deficiente manejo del total de reconsultas evaluadas fue de 17,64%, evidenciando que las reconsultas que se generaron en el servicio en más del 80% fueron por una causa no atribuible a un deficiente manejo inicial.

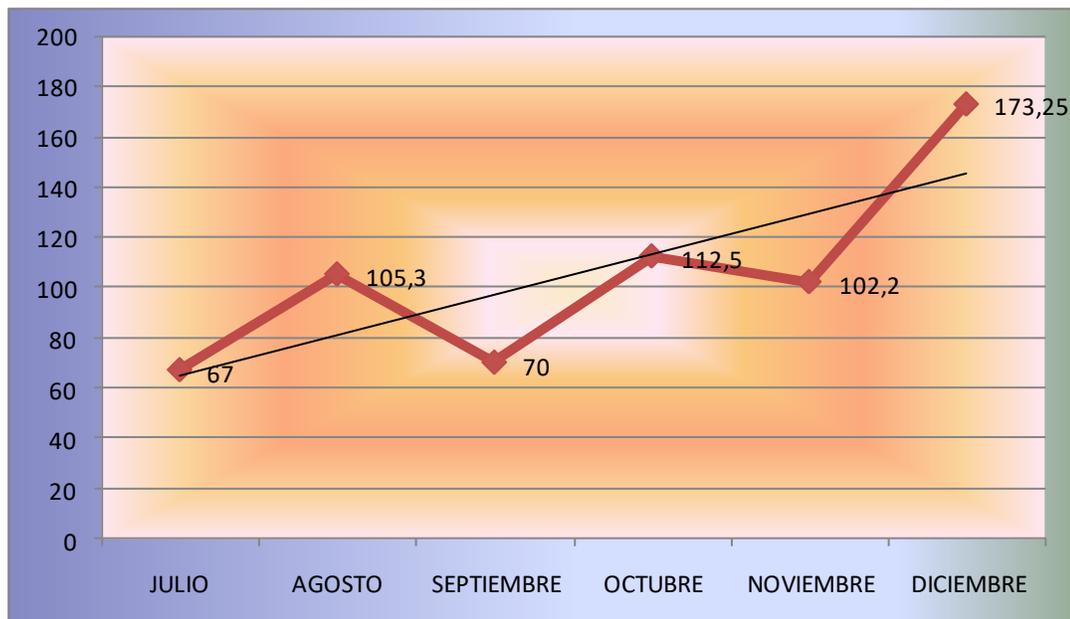
Gráfica 7. Reconsultas antes de 24 Horas por deficiente manejo en el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007.



7.3.12 Oportunidad en la respuesta a interconsultas. El tiempo de respuesta a interconsulta para la valoración por especialista fue 105,04 minutos, evidenciando deficiencias para la oportuna atención de los pacientes en un centro de mediana complejidad. Este tiempo de respuesta se ve afectado ya que los especialistas no se encuentran de forma permanente en la institución, lo que es permitido por la normatividad de habilitación del servicio y

la poca oferta que hay de profesionales especializados en las diferentes áreas clínicas.

Gráfica 8. Oportunidad en la respuesta a interconsultas en el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007.

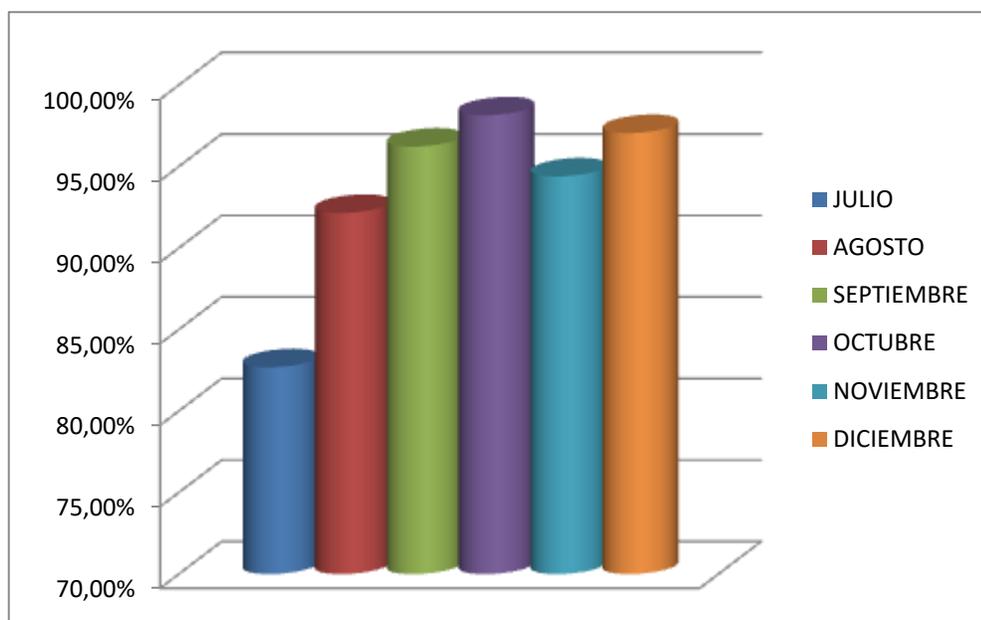


7.3.13 Mortalidad. Por cada mil consultas que se realizan en el servicio de urgencias 1,11 pacientes mueren en el proceso asistencias durante las primeras 24 horas a su ingreso. Para evidenciar posibles causas de aumento de mortalidad de acuerdo a la época del año se deben efectuar análisis sistemáticos y cualitativos de la mortalidad.

7.3.14 Proporción de vigilancia de eventos adversos. No es posible el análisis de este indicador por falta de registros de estos eventos en la institución.

7.3.15 Tasa de satisfacción global. En el transcurso de los seis meses de evaluación se evidencio que la percepción de satisfacción de los usuarios respecto a los servicios y el trato recibido por parte de la institución se encuentra mayor a un 93%, demostrando la buena percepción de los usuarios de los servicios prestados por la institución.

Gráfica 9. Tasa de satisfacción global en el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007.



7.3.16 Proporción de quejas resueltas antes de 15 días. Se encontró que en un 10% de las quejas presentadas por los usuarios hubo demora en su resolución; lo cual debe ser evaluado y corregido para llegar a un 100% de resolución antes de 15 días.

7.4. ANALISIS DE RECURSOS: INVENTARIO DE RECURSOS TECNOLOGICOS, FISICOS Y HUMANOS Y SU UTILIZACION.

El área de servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul del Municipio de Garzón, viene desarrollando sus actividades a través de un recurso humano permanentemente apoyado por profesionales experimentados en cada área de servicio, distribuidos de tal forma que se garantice la oportunidad eficaz y eficiente en la prestación del servicio a los usuarios del área de influencia del Hospital, por medio de tres turnos: mañana, tarde noche; tres médicos en el primero (6 am a 2 pm), tres en el segundo (2 pm a 10 pm) además del médico de refuerzo que trabaja de 1 pm a 7 pm, y dos en el tercero (10 pm a 6 am).

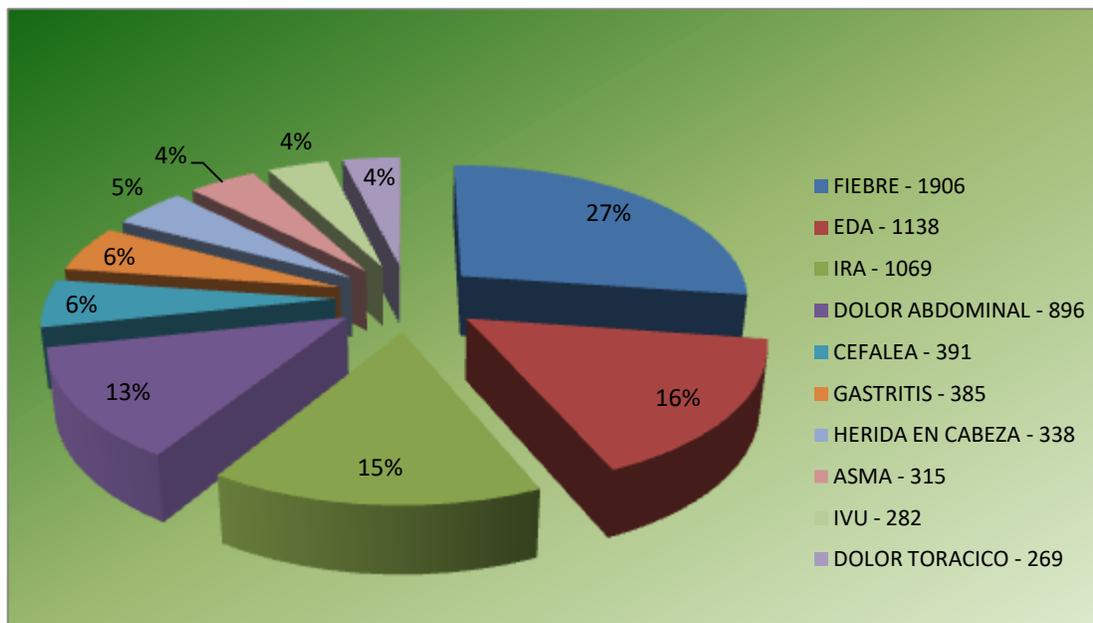
El equipo de médicos es apoyado por profesionales en enfermería a razón de una profesional por turno, en el mismo horario de los médicos, y estas a su vez tienen a cargo a tres auxiliares por turno para tareas de apoyo propias de la enfermería.

El servicio es acompañada por camillero, servicio permanente de tres ambulancias con sus respectivos conductores, una auxiliar de admisiones, un portero, una persona de servicios generales y un facturador por turno.

El proceso de funcionamiento y utilización de los diferentes elementos es determinado de acuerdo a la necesidad presentada, pero se hace necesario recalcar que los elementos son de uso del Hospital en general y que si se llegasen a necesitar este dispondría de ellos pero sin lugar a dudas sin ánimo de perjudicar al área específica de urgencias por la importancia que este amerita y teniendo en cuenta los indicadores de oportunidad, eficiencia y eficacia, que ya vienen siendo

desarrollados por todos los prestadores de servicios de salud con una amplia cobertura e influencia en las regiones del departamento.

Gráfica 10. Patologías más frecuentes de consulta en el Servicio de Urgencias HSVP, Julio – Diciembre de 2007.



De las 13564 consultas de urgencias atendidas durante los meses de julio a diciembre de 2007, 6389 (47.1%) de las consultas fueron clasificadas dentro de las 10 primeras causas de consulta en el servicio de urgencias en el Hospital San Vicente de Paul. Se deberá iniciar la creación de las guías de manejo con el fin de cumplir con la normatividad vigente y minimizar riesgos en la prestación de servicios de salud.

8. CONCLUSIONES

- La ausencia de un sistema de información no permite la evaluación, análisis, y mejoramiento continuo de las actividades asistenciales y administrativas del servicio.
- Si el servicio de urgencias no alcanza los estándares mínimos establecidos y se propone prestar servicios con calidad para consolidar su imagen ante los usuarios y los administradores de salud, correrá serios riesgos en su funcionamiento y permanencia a futuro con el inminente ingreso al mercado local de IPS privadas.
- Los indicadores nos demostraron fallas importantes en los procesos de atención de pacientes como son el tiempo de espera para atención, la demora en interconsultas, la falta de codificación diagnóstica, los parámetros mínimos de los registros de atención y la falta de guías de manejo, entre los más importantes.
- Una deficiencia grande evidenciada en el servicio de urgencias es el seguimiento a riesgo, lo que convierte la prestación del servicio en un área vulnerable en cuanto a seguridad del paciente, punto primordial hoy en día para lograr una certificación de calidad.
- A pesar de no contar el servicio de urgencias de la institución con las guías de manejo, los indicadores de calidad como reingresos de pacientes y mortalidad menor a 24 horas no evidenciaron deficiencias significativas.

- Con el reconocimiento de las 10 primeras causas de consulta en el servicio se da un paso muy importante en la identificación del perfil epidemiológico de la Institución, nulo por el momento en el servicio y que da una base para la realización de guías y protocolos de manejo de acuerdo a estos hallazgos del servicio.
- Además con la realización de esta identificación y la posterior realización de las guías se unificarán conceptos médicos, lo que llevará a una atención inicial de urgencias con calidad identificando oportunamente los motivos de consulta y el tratamiento eficaz de cada patología.

9. RECOMENDACIONES

- Realizar evaluación de la condiciones de habilitación en forma trimestral con el fin de ir encontrando oportunidades de mejora e igualmente los estándares ya logrados mantenerlos permanentemente.
- Diseño, socialización, evaluación y seguimiento en la aplicación de las guías de manejo de las 10 primeras causas de consulta en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul.
- Creación del comité de urgencias con el fin de evaluar periódicamente el adecuado funcionamiento del servicio y mantener la periodicidad de los demás comités (COVE, Infecciones Intrahospitalarias).
- Tomar como línea de base los resultados obtenidos el presente estudio para generar indicadores de calidad para el servicio de urgencias acorde con su nivel de complejidad, socializarlos y evaluarlos periódicamente.
- Es responsabilidad de las directivas del Hospital San Vicente de Paul velar por el cumplimiento de estos estándares de habilitación e incluirlos en los planes de desarrollo de la institución.

BIBLIOGRAFIA

BLANCO R, Jorge Humberto. “Administración de Servicios de Salud”. Fundamentos de Salud Publica Segunda edición. Editorial CIB, Evaluación de servicios de salud (capitulo 5) pág. 55 – 66.

CASTELLS, Xavier. “Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica”. Hospital del Mar-IMAS. Passeig Maritim, 25-29. 08003 Barcelona. España, 2006.

INFORME DE GESTIÓN AÑO 2006. Resultados por servicios de Satisfacción del Cliente. Año 2006. ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl. Área de Estadística.

DONABEDIAN, Avedis. Continuidad y cambio de la búsqueda de la calidad”. Escuela de Salud Publica de la Universidad de Mitigan, calidad de la Atención a la Salud:, 1995

FELISART J, Requena J, Roqueta F, Saura R. M^a, Suñol R, Tomàs S. “Servicios de urgencias: *Indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria*”. Barcelona: Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 2001 (BR01/2001 B-17.723-2001) Barcelona España.

FERRER, Iraola. Marcos D. “Calidad en Medicina de Emergencia”, Revista Electrón Biomed / Electrón J Biomed, Cienfuegos. Cuba 2004; 1:24-39.

GARCÍA Fernández C, Cano Sánchez L, Lucas Imbernon FJ, López González A, (2003), *Análisis de la Calidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias*, Ciberrevista Enfermeriadeurgencias.com, Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, Numero XIII.

GEA, María Teresa; Hernán, Mariano; Jiménez, Manuel; Cabrera, Alberto. “Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves”. Rev, Calidad Asistencial 2001; 16: 37-44.

GÓMEZ Arango S., Vélez Arango L.A.,(1998), Programa Nacional de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud. Avances en capacitación (Talleres Nacionales y regionales), Revista Med 1998, 92-6, COLCIENCIAS Colombia

HERNÁNDEZ Bello, Amparo; Cantor Molina, Beatriz; Vega Romero, Román. “Uso de servicios de salud de usuarias con complicaciones hipertensivas del embarazo en Bogotá”. Revista Gerencia y Políticas de Salud. No. 3 Diciembre de 2002. Pag 116 -129.

MARTIN Chávez, Adolfo; Vásquez Salas, Javier. “Estudio de calidad del servicio de emergencia del Hospital Central de la PNP”. Lima – Perú. 2003

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. COLOMBIA. Resolución 1446 de 2006, por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: El Ministerio, 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. COLOMBIA. Resolución 1445 de 2006, por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio, 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. COLOMBIA. Resolución 1043 de 2006, Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio, 2006.

NAVARRO Villanueva, R.; Lopez-Andujar Aguiriano, L.; Pastor Roca, P.; et al. *“Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias”*. Estudio multicéntrico en los servicios de urgencias hospitalarias de la Comunidad Valenciana. *Emergencias* 2005; 17:209-214.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª revisión. Washington, DC. 1995.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. COLOMBIA. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: La Presidencia, 2006.

RUIZ Luna, Alonso.; Barrera Ávila, Manuel, García Luque, José María.; Garrido Roció; *“Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias”*. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de

Asistencia Sanitaria. JUNTA DE ANDALUCÍA. Consejería de Salud. Año de edición, 2000.

Referencias Electrónicas

COLOMBIA. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, REDATAN BASE, <http://www.dane.gov.co/Censo2005>

Sitio oficial de Garzón en Huila - COLOMBIA., <http://www.garzon-huila.gov.co/index.shtml>.

MATUSEVICH, Mario; Quadrini, Nelo; Slepatis Aldo M. "Calidad en los Servicios de Guardia Médica; Hospital. General de Agudos Enrique Tornú". info@ambiente-ecologico.com

ANEXOS

Anexo A. **Instrumento diario para recolección de datos**

Fecha: ____/____/2.007

Número de Consultas Urgentes		No. pacientes Vinc y/o Desplazados	
Numero de Remisiones			
Numero ingresos a Observación			
Hospitalizados desde Urgencias			
Reconsultas en < 24 horas x la misma causa		Ingresos a hospitalización x reconsulta	
Mortalidad			
Eventos adversos.			

Anexo C. Instrumento para recolección de información por análisis del Sistema de Información (SIAU) mensual.

Tasa de satisfacción global	MES	No. Encuestados	No. usuarios satisfechos
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	MES	No. Quejas	No. quejas resueltas

Anexo D. **Criterios de habilitación a verificar en el Servicio de Urgencias.**

RECURSOS HUMANOS	CARACTERISTICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
URGENCIAS DE ALTA Y MEDIANA COMPLEJIDAD:	En mediana complejidad, Médico general o médico especialista en medicina de urgencias permanente, enfermera profesional, auxiliar en enfermería Permanentes. Médicos especialistas o Subespecialistas en las especialidades o subespecialidades ofrecidas, que podrán estar de disponibilidad	X	
	Los médicos generales que se desempeñen en urgencias de mediana complejidad deberán contar con entrenamiento certificado en soporte vital avanzado de mínimo 48 horas.		X
	Todo el personal mencionado excepto el médico, debe contar con entrenamiento certificado en soporte vital básico de mínimo 20 horas.		X
ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES	Auxiliar en enfermería o tecnólogo o técnico en atención prehospitalaria, con entrenamiento certificado en soporte vital básico de mínimo 20 horas. En caso de que el servicio incluya la asistencia de un médico general o especialista, este debe contar con entrenamiento certificado en soporte vital avanzado de mínimo 48 horas.		X

INSTALACIONES FISICAS	CARACTERISTICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
TODOS LOS SERVICIOS	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.	X	
	Los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios debe estar separado con barreras físicas.		X
	Cuenta con fuente de energía de emergencia.	X	
	Deben contar como mínimo con un depósito de cadáveres con buena ventilación.	X	
	Cuenta con tanques de almacenamiento de agua, que garantiza como mínimo, 24 horas de servicio; y su construcción permite que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua.	X	

	Tiene un área para el uso técnico de los elementos de aseo. Los baños cuentan con los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos o disponen de un ambiente específico para este proceso, el cual debe contar con unidad sanitaria exclusiva para este fin.		X
	Cuenta con un ambiente físico exclusivo y delimitado y dispone de las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Puesto de enfermería, el cual debe contar como mínimo con los siguientes ambientes: trabajo sucio, unidad sanitaria y depósito • Consultorios con las características de consulta externa. • Sala de procedimientos con área para curaciones. Si cuenta con sala ERA, rehidratación oral o sala de yeso deberá cumplir con los requisitos solicitados en dichos servicios. • Sala de observación (si atiende pacientes pediátricos contará con ambiente separado para este tipo de pacientes) • Sala de Reanimación (en baja complejidad puede ser la misma área de procedimientos). • Área general de aseo para el servicio; puede ser compartido con otros servicios cercanos. 		X
	El servicio garantiza la disponibilidad de oxígeno en los consultorios, en el área de observación y en la sala de reanimación.	X	
	Presta servicios 24 horas.	X	
SALA DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS.	<ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra dentro del servicio de urgencias. • Dispone de un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no es utilizada • como área de tránsito entre otras áreas de la Institución. • El acceso permite el ingreso fácil de camillas. • Los pisos son impermeables, sólidos, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes, y con nivelación adecuada para facilitar drenaje. Además los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, resistentes a factores ambientales. • El área alrededor de la mesa de procedimientos permite la instalación y movilización de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia. • Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno. • Los equipos eléctricos estarán conectados a 		X

	<p>tomas eléctricos que cuenten con un sistema de polo a tierra.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área de aseo para este servicio, en caso de no compartirlo con otros servicios aledaños. 		
--	---	--	--

DOTACION Y MANTENIMIENTO	CARACTERISTICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
TODOS LOS SERVICIOS	Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.	X	
URGENCIAS BAJA, MEDIANA COMPLEJIDAD	Si el servicio es de baja o mediana complejidad cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> • En el área de consulta médica: Camilla con estribos, salvo en urgencias pediátricas que no requieren estribos, tensiómetro y fonendoscopio, termómetro, equipo de órganos de los sentidos, balanza de pie. • En urgencias pediátricas: balanza pesa bebé y cinta métrica. • En Sala de procedimientos: Camillas rodantes con freno y con barandas, equipo de pequeña cirugía. • En Sala de Observación: Camillas rodantes con barandas. 		X
DOTACION PARA TODO EL SEVICIO:	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumental gineco-obstétrico, • Monitor de signos vitales, • Aspirador de secreciones, • Material para inmovilización para adulto y pediátrico. • Equipo de toracostomía. 	X	
CARRO DE PARO DEBE CONTENER:	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos para permeabilización de vía aérea (bajalenguas, tornillos, pinzas maguill) cánulas orofaríngeas: guedelmayo, bergman y nasofaríngeas blandas o rígidas de diferentes tamaños. • Dispositivo para ventilación transtraqueal percutánea. • Laringoscopio, pilas, valvas para adulto y paciente pediátrico, de diferentes tamaños, rectas y curvas. • Tubos endotraqueales de diferentes tamaños. • Máscaras laríngeas de diferentes tamaños o combitubo. 	X	

	<ul style="list-style-type: none"> • Fijadores de tubo endotraqueal. • Mangueras conectoras a fuentes de oxígeno. • Dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio para adultos y pediátrico. • Máscara de no reinhalación con reservorio para adultos y pediátrico. 		
SALA DE REANIMACION	Instrumental o equipo de pequeña cirugía, Monitor de signos vitales, succionador y material para inmovilización adulto y pediátrico, puede ser compartido con todo el servicio de urgencias. Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos, que cada servicio tenga definido en una relación fácilmente disponible. La dotación mínima será Ambú, Laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica, Guía de entubación (adulto y pediátrica). Ambú y laringoscopio neonatales, desfibrilador, equipo de toracostomía, que pueden ser compartidos con todo el servicio de urgencias.	X	

HISTORIAS CLINICAS Y REGISTROS ASISTENCIALES	CARACTERISTICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.	X	
	Deberá contar con tarjetas de Triage o de clasificación de multitud de lesionados.		X
	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X	
	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.	X	

	<p>Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.</p> <p>Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.</p>		X
--	--	--	---

PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CARACTERISTICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
TODOS LOS SERVICIOS	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.		X
	Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.		X
	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso.		X
	Si la institución ofrece servicios de urgencias, cuidado intensivo e intermedio tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de interconsultas y un sistema organizado de alerta (Código Azul), en el cual se definan los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro-cardiopulmonar.		X
	Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares incluido el servicio de unidad de quemados, urgencias y obstetricia.		X
HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS	Si la IPS realiza transfusión de sangre o de sus componentes sanguíneos, éstos últimos deben ser provenientes de un banco de sangre o de un servicio de transfusión sanguínea. Los prestadores que realicen la transfusión tendrán bajo su responsabilidad la verificación y registro de la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente.	X	

URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Además de las definidas para la atención hospitalaria, deben tener guías sobre atención médica inicial y definición de conducta. Revisión en cada turno del equipo de reanimación. Metodología y definición de clasificación de pacientes (triage) si realiza este procedimiento.		X
	Planes hospitalarios para emergencias internas y externas.	X	
TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.	X	
	Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, codifiquen y sustituyan.	X	
	Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.	X	
	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	X	
	La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.		X
	Si la institución que presta servicios hospitalarios, y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencia, cuenta con: Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes. Guías o manuales de los siguientes procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Reanimación Cardiocerebropulmonar. • Control de Líquidos. • <input type="checkbox"/> Plan de cuidados de enfermería. • <input type="checkbox"/> Administración de medicamentos. • <input type="checkbox"/> Inmovilización de pacientes. • <input type="checkbox"/> Venopunción. 		X

	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Toma de muestras de laboratorio. ☐ Cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnósticas. 		
	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.	X	
	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.	X	
	Además de las definidas para la atención hospitalaria, deben tener guías sobre atención médica inicial y definición de conducta. Revisión en cada turno del equipo de reanimación. Metodología y definición de clasificación de pacientes (triage) si realiza este procedimiento. Planes hospitalarios para emergencias internas y externas.		X
SALA DE REANIMACION	Técnicas de asepsia y antisepsia en relación con: Planta física, Equipo de salud, El paciente, Instrumental y los equipos. Transfusión de sangre o de sus componentes sanguíneos, provenientes de un Banco de Sangre o de un servicio de transfusión sanguínea. Los prestadores que realicen la transfusión tendrán bajo su responsabilidad la verificación y registro de la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente. Guías sobre Atención médica inicial y definición de conducta.	X	
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	Debe contar con la relación de procedimientos que se realizan en la sala. Debe tener definidos criterios explícitos y documentados sobre el tipo de procedimientos que se pueden realizar en la sala y de los que no se pueden realizar. Los criterios deben enmarcarse en las características generales de procedimientos menores establecidas en la definición de procedimientos menores. Protocolos de los procedimientos que se realizan en la sala, que incluyan consentimiento informado. Procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin		X

	hospitalización. Guías de manejo de patologías de Urgencia Manual de bioseguridad.		
--	---	--	--

INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS	CARACTERISTICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios de urgencias de baja complejidad cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio clínico. • Servicio farmacéutico. • Ambulancia. • Radiología. • Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento). 	X	
	Urgencias de mediana o alta complejidad, además de lo exigido para baja complejidad, cuenta con servicios de: <ul style="list-style-type: none"> • Transfusión sanguínea las 24 horas o Banco de Sangre. • Quirófano. • Nutrición. • Terapia respiratoria. 	X	

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	CARACTERISTICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.		X
	Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> • Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución. • Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros). • Disponibilidad de medios de transporte. • Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes 		X

SEGUIMIENTO A RIESGOS	CARACTERISTICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
<p>TODOS LOS SERVICIOS</p>	<p>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La ficha técnica del indicador • La estandarización de las fuentes. • La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas. • Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. • Guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre control de infecciones, manejo de antibióticos, manejo de productos biológicos y manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones • Normas de bioseguridad, limpieza y desinfección, incluidos los servicios de odontología, laboratorio clínico, esterilización, o en los consultorios donde se realicen procedimientos y en todas las demás áreas donde se requiera de un proceso de limpieza y asepsia más profundo • Guías establecidas por el comité de farmacia y terapéutica, sobre el correcto uso de los medicamentos incluyendo controles sobre el uso de los psicotrópicos y otros medicamentos que causan adicción física y psíquica, en caso de ser utilizados por la institución. • Mortalidad en Urgencias • Potencial incremento en el tiempo de atención de urgencias vitales. Consiste en que los usuarios de este servicio, perciban que la atención se preste de manera permanente y acudan a los puntos de atención en caso de presentar una urgencia vital en el momento en que el punto de atención no se encuentre funcionando, con lo cual se puede incrementar la demora en casos de urgencias vitales. 		<p>X</p>

Anexo E. Instrumento de evaluación de Historias Clínicas.

		Historia Nº 1	Historia Nº 2	Historia Nº 3	Historia Nº 4
CRITERIOS DE ADMISION	PORCENTAJE TOTAL ASIGNADO	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
NUMERO DE HISTORIA CLINICA		0	0	0	0
Identificación del usuario	2	0	0	0	0
Número de Historia Clínica	2	0	0	0	0
Fecha de Nacimiento	2	0	0	0	0
Procedencia	2	0	0	0	0
Fecha y Hora de Atención	2	0	0	0	0
TOTAL	10				
CRITERIOS CLINICOS					
Motivo de Consulta	5	0	0	0	0
Evolución de enfermedad actual	5	0	0	0	0
Antecedentes personales	5	0	0	0	0
Revisión por sistemas	5	0	0	0	0
Examen físico					
Signos Vitales	2	0	0	0	0
Estado general	2	0	0	0	0
Cabeza	2	0	0	0	0
Cuello	2	0	0	0	0
Cardiopulmonar	2	0	0	0	0
Abdomen	2	0	0	0	0
Genitourinario	2	0	0	0	0
Extremidades	2	0	0	0	0
Neurologico	2	0	0	0	0
Piel y faneras	2	0	0	0	0
Diagnostico	5	0	0	0	0
CIE 10	5	0	0	0	0
Plan de Manejo	10	0	0	0	0
TOTAL	60				
ATRIBUTOS DE CALIDAD					
Legibilidad y diligenciamiento de la Historia Clínica	5	0	0	0	0
Racionalidad de la formulación	5	0	0	0	0
Pertinencia de la Formulación	5	0	0	0	0
Racionalidad en ayudas Diagnosticas	5	0	0	0	0
Pertinencia en ayudas diagnosticas	5	0	0	0	0
Pertinencia en solicitud de Interconsultas	5	0	0	0	0
TOTAL	30				
RESULTADO FINAL	100	0	0	0	0
OBSERVACIONES					

Anexo F. Inventario Servicio de Urgencias y Observación.

CONSULTORIOS (TRES)

ESCRITORIO EN MADERA TIPO SECRETARIA CON DOS CAJONES
COMPUTADOR: MONITOR HP TECLADO HP Y MOUSE MCA GENIUS CPU
UPS MCA QPCOM
CAMILLA GINECOLOGIA CON DOS SERVICIOS
ESCALERILLA METALICA DE DOS PASOS
NEGATOSCOPIO
EQUIPO DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS MCA WELCH ALLYN DE PARED CON OTOSCOPIO Y OFTALMOSCOPIO
FLUJOMETRO DOBLE MCA AGA
SILLA TAPISADA CON RODACHINES GIRATORIA
TENSIOMETRO DE PARED MCA TYCOS
SILLA RIMAX (2)

PASILLO

AIRE ACONDICIONADO MCA CARRIER DE 24000 BTU
PESA MCA DETECTO CON TALLIMETRO
PESA BEBE MCA KUHN T FLEICHEL
MESA METALICA
ESCRITORIO EN MADERA DE TRES CAJONES
SILLA RIMAX (2)

AREA DE HIDRATACION

ATRIL METALICO CON TRES RODACHINES (2)
ESCALERILLA METALICA DE DOS PASOS
CAMILLA METALICA CON RODACHINES COLCHONETAS Y BARANDAS (2)
CAMILLA METALICA FIJA CON COLCHONETA
SILLA RIMAX

SALA DE PROCEDIMIENTOS

BANDEJA CON TAPA EN ACERO INOXIDABLE
PINSA DE DISECCION CON GARRA (2)
PINSA DE DISECCION SIN GARRA
PORTA AGUJAS (4)
TIJERA (6)
PINSA MOSQUITO
HOJA DE LARINGOSCOPIO GRANDE
HOJA DE LARINGOSCOPIO MEDIANA

HOJA DE LARINGOSCOPIO PEQUEÑA
SONDA ACANALADA
PINZA DE CUELLO (2)
PINZA KELLY CURVA
PINZA KELLY
BANDEJAS MEDIANAS EN ALUMINIO
BANDEJA EN ACERO INOXIDABLE
MESA DE MAYO CON RODACHINES Y BANDEJA (3)
SUCCIONADOR ASPIRADOR MCA THOMAS CON RODACHINES Y DOS FRASCOS
TENSIOMETRO DE PARED MCA TYCOS
MESA PARA CURACIONES CON DOS SERVICIOS UN ENTREPAÑO EN ACERO INOXIDABLE
MODULO PARA MONITORES DE SIGNOS VITALES CON LAMPARA
MONITOR SIGNOS VITALES MCA GENERAL ACCESORIOS: CABLE DE ELECTRO CABLE SATURACION CABLE DE OXIMETRIA
FLUJOMETRO SENCILLO MCA OHMEDA (2)
LAMPARA CUELLO DE CISNE
HORNO MICRO ONDAS MCA WHIRPOOL
COMODA PARA RESERVA DE MEDICAMENTOS
VITRINA EN ACERO INOXIDABLE DE CINCO ENTRE PAÑOS
MODULO PARA MONITORES DE SIGNOS VITALES CON LAMPARA
CAMILLA PARA ANESTECIA DE PEDAL MCA AMSCO SURGICAL
CUBETA ESMALTADA CON TAPA EN ACERO INOXIDABLE GRANDE (3)
SILLA RIMAX

REANIMACION

ATRIL METALICO CON TRES RODACHINES
VITRINA METALICA DE UN CUERPO CON TRES SERVICIOS
CARRO DE PARO EN ACRIRICO CON 4 CAJONES Y ATRIL
DEFIBRILADOR MCA GENERAL CON DOS PALETAS
MODULO PARA MONITORES DE SIGNOS VITALES CON LAMPARA
TENSIOMETRO MCA BAXTER
BOMBA DE INFUSION 3 M MOD AVA 275
ASPIRADOR SUCCIONADOR MCA THOMAS MDELO 1240
MESA DE CURACION CON DOS SERVICIOS UN ENTREPAÑO EN ACERO INOXODABLE
HOJA PARA LARINGOSCOPIO (6)
MANGO PARA LARINGOSCOPIO (2)
CUBETA EN ACERO INOXIDABLE CON TAPA
MESA DE CURACION CON DOS SERVICIOS UN ENTREPAÑO EN ACERO INOXODABLE
ELECTROCARDIOGRAFO MCA BURDICK
FLUJOMETRO DOBLE MCA AGA
PISINGO
CAMILLA LAMINA EN ACERO INOXIDABLE CON COLCHONETA RUEDAS

MODULO PARA MONITORES DE SIGNOS VITALES CON LAMPARA
MONITOR SIGNOS VITALES MCA DASHCON CABLE DE ELECTRO OXIMETRIA Y TENSIOMETRO
SILLA RIMAX

PASILLO NEBULIZACIONES

ESCRITORIO METALICO DE DOS CAJONES
NEBULIZADOR MCA PULMOAIDE MODELO 5650D (2)
RECIPIENTE EN ACERO INOXIDABLE
SILLA RIMAX (2)
AIRE ACONDICIONADO MCA CARRIEL CAPACIDAD 24000 BTU

SALA DE YESOS

NEGATOSCOPIO
MESA METALICA PEQUEÑA CON UN CAJON
SILLA RIMAX
ATRIL METALICO CON TRES RODACHINES
CAMILLA METALICA FIJA CON COLCHONETA
SILLA METALICA TIPO BAR
RIÑONERA EN ACERO INOXIDABLE
RECIPIENTE PARA PREPARAR YESO EN ACERO INOXIDABLE

SALA DE CANALIZACION

ESTANTE METALICO DE 7 ENTREPAÑOS
ESCRITORIO METALICO PEQUEÑO DE UN CAJON
SILLA TIPO BAR
ESCRITORIO METALICO Y MADERA DE DOS CAJONES
SILLA GIRATORIA TAPIZADA CON RODACHINES
ATRIL METALICO CON TRES RODACHINES (2)
SILLA RIMAX (2)
CARRO DE PARO DE 5 CAJONES CON SERVICIO LATERAL METALICO Y EN ACERO INOXIDABLE CON ATRIL
GLUCOMETRO MCA GLUCOCARD

PUESTO DE ENFERMERIA

EXTINTOR SATELITE MULTIPROPOSITO CAPACIDAD 150 LIBRAS
SILLA RIMAX (3)
NEGATOSCOPIO
CARRO PORTAHISTORIA METALICO (2)
BUTACO GIRATORIO

TELEFONO MCA PANASONIC
TELEFONO MCA SONY
CONTROL DE ALARMA MCA AGA
CAJA CON SWICH DE PUERTOS
UPS QPOM
AIRE ACONDICIONADO MCA CARRIEL
IMPRESORA HP MODELO LASER JEP 2420
MUEBLE METALICO
TENSIOMETRO DE MERCURIO DE PARED
SILLA DE RUEDAS
OBSERVACION
LOOKERS DE 12 CUERPOS MCA CRUZ (2)
LOOKERS DE 4 CUERPOS MCA CRUZ
LAVAPLATOS EN ACERO INOXIDABLE CON SOPORTE METALICO
LOOKERS METALICO DE 10 CUERPOS
PATO COPROLOGICO (3)
PISCINGO
VASOS EN ACERO INOXIDABLE (2)
TENSIOMETRO DE MERCURIO CON RODACHINES MCA ALPK2
TENSIOMETRO WELCH ALLYN TYCOS (2)
RIÑONERA EN ACERO INOXIDABLE
CPU MCA ZIP TECLADO MCA GENIUS MONITOR MCA VIEW SONY
CENTRAL DE MONITOREO CON TECLADO MCA MARQUETTE ELECTRO NIC
ESCRITORIO EN MADERA DE TRES CAJONES MAS DOS SERVICIOS
SILLA RIMAX
SILLA TAPIZADA JIRATORIA CON RODACHINES
SILLA DE RUEDAS TUFFCARE (2)
CARRO DE TRANSPORTE PARA BALA DE OXIGENO
MANOMETRO PARA BALA DE OXIGENO
MONITOR DE SIGNOS VITALES MCA GENERAL MODELO DASH 2000CON CABLE DE OXIMETRIA TENSIOMETRO Y ELECTRO
SIERRA CORTA YESOS AESCULAC
TENSIOMETRO PEDIATRICO MARCA WELCH ALLYN (2)
TELEFONO MCA INTELSA
CAMILLA METALICA CON LLANTAS BARANDAS Y COLCHONETAS (6)
CAMILLA METALICA CON LLANTAS Y COLCHONETAS (2)
ATRIL METALICO CON TRES RODACHINES (3)
ESCALERILLA METALICA DE DOS PASOS (2)
AIRE ACONDICIONADO MCA CARRIER DE 24000 BTU (2)
RADIOTELEFONO MARCA MOTOROLA
TABLA PARA INMOVILIZAR PACIENTES (2)

HABITACION # 1

BOMBA DE INFUSION MARCA ABBOT MODELO 4P

MODULO PARA MONITORES DE SIGNOS VITALES

FLUJOMETRO MCA AGA

MESA DE NOCHE METALICA Y MADERA DE DOS SERVICIOS

MESA DE PUENTE PARA ALIMENTOS METALICA Y MADERA CON RODACHINES (2)

MODULO PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES

ATRIL METALICO CON TRES RODACHINES

SILLA RIMAX

CAMILLA METALICA CON LLANTAS BARANDAS Y COLCHONETAS (2)

BOLSO DE CODIGO AZUL

PULSO-OXIMETRO MCA CONICA MINOLTA

EQUIPO AVANZADO DE REANIMACION MCA WELCH ALLYN CON SU CARGADOR

AMBU ADULTO CON RESERVORIO

AMBU PEDIATRICO CON RESERVORIO

LARINGOSCOPIO CON DOS HOJAS UNA PEDIATRICA No 1 Y ADULTO No 2

FONENDOSCOPIO ADULTO

TENCIOMETRO ADULTO

LINTERNA

SUCCIONADOR MANUAL

PINZA MAGGI

CUARTO DE JEFES

PESA TIPO CONSULTORIO

BRAZALETES PEDIATRICOS MCA WELCH ALLYN

BRAZALETES NEONATAL MCA WELCH ALLYN

MONITOR PORTATIL MCA NEXT VISION CON CARGADOR

PICINGO

HOJA PARA LARINGO HOJA No 1 Y HOJA No 2 MCA WELCH ALLYN

TENSIO METRO ADULTO MCA WELCH ALLYN

TIJERA CORTA ANILLOS

ALICATE CORTA ANILLO CON SIERRA

VINITRA METALICA DE DOS ENTREPAÑOS

PESA TIPO CONSULTORIO

SILLA RIMAX

HABITACION # 2

MONITOR DE SIGNOS VITALES DASH 2000 CON CABLE DE OXIMETRIA ELECTRO Y TENSIOMETRO
MODULO PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES
MESA DE NOCHE METALICA Y MADERA (2)
MESA DE PUENTE PARA ALIMENTOS METALICA Y MADERA (2)
ATRIL METALICO CON TRES RODACHINES
MODULO PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES
SILLA RIMAX
CAMILLA METALICA CON LLANTAS BARANDAS Y COLCHONETAS (2)

HABITACION # 3

MODULO PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES
MONITOR DE SIGNOS VITALES MCA LG DASH 2000 CON CABLE DE OXIMETRIA ELECTRO Y TENSIOMETRO (2)
MESA DE NOCHE METALICA Y MADERA DE DOS SERVICIOS (2)
SILLA RIMAX
MESA DE PUENTE PARA ALIMENTOS (2)
MODULO PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES
ATRIL METALICO CON TRES RODACHINES
CAMILLA METALICA CON LLANTAS BARANDAS Y COLCHONETAS (2)

HABITACION # 4

MODULO PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES
MONITOR DE SIGNOS VITALES DASH 2000
MESA DE PUENTE PARA ALIMENTOS METALICA Y MADERA (2)
ESCALERILLA METALICA DE DOS PASOS
MESA DE NOCHE METALICA DE MADERA DE DOS SERVICIOS (2)
MODULO PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES
BOMBA DE INFUCION 3 M
ATRIL METALICO CON TRES RODACHINES
FLUJOMETRO SENCILLO MARCA CHEMETRON
CAMILLA METALICA CON LLANTAS BARANDAS Y COLCHONETAS (2)

HABITACION # 5

MODULO PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES
LAVAPLATOS EN ACAERO INOXIDABLE CON MUEBLE METALICO
SILLA RIMAX
CUNA METALICA PEQUEÑA
MODULO PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES
MESA DE PUENTE PARA ALIMENTOS METALICA Y MADERA (2)
FLUJOMETRO SENCILLO CHEMETRON

MESA DE NOCHE METALICA DE DOS SERVICIOS
ATRIL METALICO (2)
ESCALERILLA METALICA DE DOS PASOS
CAMILLA METALICA CON LLANTAS BARANDAS Y COLCHONETAS (2)
AIRE ACONDICIONADO
NEGATOSCOPIO