

**LEVANTAMIENTO DE PROCESOS DE ATENCION AMBULATORIA DE  
URGENCIAS DE LA IPS UNIDAD DE SALUD MOMPOX**

BIBLIOTECA  
GERÓNIMO USIRIS

**MARIA ANTONIA GONZALEZ AMADOR  
CARMEN ALICIA PEREZ MENDOZA**

**CORPORACION UNIVERSITARIA DEL CARIBE -CECAR  
CENTRO DE EDUCACION CONTINUADA Y POSTGRADOS  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD  
SINCELEJO – SUCRE  
2012**

**LEVANTAMIENTO DE PROCESOS DE ATENCION AMBULATORIA DE  
URGENCIAS DE LA IPS UNIDAD DE SALUD MOMPOX**

BIBLIOTECA  
GERÓNIMO OSERIS

**MARIA ANTONIA GONZALEZ AMADOR  
CARMEN ALICIA PEREZ MENDOZA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD**

**Asesor  
JOHN DOUGLAS CONTRERAS**

**CORPORACION UNIVERSITARIA DEL CARIBE -CECAR  
CENTRO DE EDUCACION CONTINUADA Y POSTGRADOS  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD  
SINCELEJO – SUCRE  
2012**

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

---

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

**Sincelejo – Sucre, 05 de Octubre de 2012**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a:  
Dios, por permitirnos alcanzar  
nuestros objetivos.

Nuestras familias, que con su  
apoyo incondicional Nos han  
ayudado peldaño a peldaños  
nuestro Proyecto de vida, Por  
darnos apoyo y fortaleza en los  
tiempos difíciles y de felicidad.  
Nuestros docentes y tutores por  
brindarnos sus conocimientos y  
enseñarnos con sus experiencias.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a todas las personas que nos apoyaron y ayudaron a cumplir nuestra meta de culminar este postgrado.

A JOHN DOUGLAS CONTRERAS; Tus consejos y opiniones sirvieron para enriquecer el presente trabajo, por su colaboración, tiempo y conocimientos.

A cada uno de los trabajadores que nos ayudaron con su tiempo, conocimientos y experiencias.

## CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	
GLOSARIO	
INTRODUCCION	
1. ANTECEDENTES.....	16
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	16
1.3 OBJETIVOS.....	17
1.3.1 Objetivo general.....	17
1.3.2 Objetivos Específicos.....	17
2. MARCO REFERENCIAL.....	18
2.1 MARCO NORMATIVO.....	18
2.2 MARCO INSTITUCIONAL.....	18
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	19
2.3.1 El Enfoque de Gestión por Procesos.....	19
2.3.2 Pasos para adoptar la gestión basada en procesos.....	23
2.3.3 Identificación y secuencia de los procesos – mapa de procesos.....	23
2.3.4 Factores para identificación y selección de procesos.....	23
2.3.5 Mapa de proceso modelos para empresas de servicios.....	25
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
3.1 CONFORMACION DEL EQUIPO DE TRABAJO.....	26
3.2 IDENTIFICACION DE PROCESOS.....	27
3.3 LEVANTAMIENTO DEL MAPA DE PROCESOS.....	28
3.3.1 Definición de Misión y Visión.....	28
3.3.2 Grupos de interés / clientes / usuarios.....	29

<b>3.3.3 Necesidades y expectativas de clientes/usuarios.....</b>	<b>29</b>
<b>3.3.4 Identificación de servicios.....</b>	<b>31</b>
<b>3.3.5 Necesidades y expectativas cubiertas.....</b>	<b>31</b>
<b>3.3.6. Mapa de procesos.....</b>	<b>31</b>
<b>3.4 PRIORIZACIÓN Y APROBACIÓN DE LOS PROCESOS.....</b>	<b>32</b>
<b>3.5 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS.....</b>	<b>32</b>
<b>3.5.1 Identificación del Objetivo del Proceso.....</b>	<b>33</b>
<b>3.5.2 Identificación del (os) Responsable (s) del Proceso.....</b>	<b>33</b>
<b>3.5.3 Identificación de los Procedimientos y Actividades.....</b>	<b>34</b>
<b>3.6 HERRAMIENTAS PARA LA MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS (INDICADORES).....</b>	<b>34</b>
<b>4. PRESENTACION DE RESULTADOS:.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 MAPA DE PROCESOS DE LA IPS UNIDAD DE SALUD MOMPOX. ..</b>	<b>36</b>
<b>4.2 PROCESOS DEL AREA DE URGENCIA DE LA IPS UNIDAD DE SALUD MOMPOX.....</b>	<b>37</b>
<b>4.3 HERRAMIENTAS PARA LA MEDICION Y SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS DEL AREA DE URGENCIAS DE LA IPS UNIDAD DE SALUD MOMPOX.....</b>	<b>38</b>
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>49</b>
<b>6. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>50</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>51</b>

## LISTA DE TABLAS

	<b>pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Tipos de procesos.....	<b>22</b>
<b>Tabla 2.</b> Priorización de Procesos.....	<b>33</b>
<b>Tabla 3.</b> Ficha del Indicador. Oportunidad de la atención en sala de Reanimación.....	<b>38</b>
<b>Tabla 4.</b> Ficha del Indicador. Porcentaje de clasificación de triage.....	<b>39</b>
<b>Tabla 5.</b> Ficha del Indicador. Oportunidad en la atención de urgencias.....	<b>40</b>
<b>Tabla 6.</b> Ficha del Indicador. Tasa de Ingreso a sala de observación.....	<b>41</b>
<b>Tabla 7.</b> Ficha del Indicador. Tasa de Ingreso a sala de observación.....	<b>42</b>
<b>Tabla 8.</b> Ficha del Indicador. Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias...	<b>43</b>
<b>Tabla 9.</b> Ficha del Indicador. Oportunidad en la atención en sala de observación.....	<b>44</b>
<b>Tabla 10.</b> Ficha del Indicador. Porcentaje de pacientes Hospitalizados.....	<b>45</b>
<b>Tabla 11.</b> Ficha del Indicador. Comité de Garantía de la Calidad.....	<b>46</b>
<b>Tabla 12.</b> Número total de pacientes, atendido por especialidad.....	<b>47</b>
<b>Tabla 13.</b> Oportunidad en la atención de urgencias por Especialista.....	<b>48</b>

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pag.</b>
<b>Figura 1.</b> Definición de procesos.....	20
<b>Figura 2.</b> Mapa general de procesos de una entidad de salud.....	24
<b>Figura 3.</b> Mapa de procesos para la prestación de servicios.....	25

## **ANEXOS**

- Anexo A.** Admisión De Pacientes Al Servicio De Reanimación De Urgencias Ante La Voz De Alarma De Código Azul.
- Anexo B.** Atención En Consultorios De Urgencias.
- Anexo C.** Egreso De Pacientes Del Servicio De Observación De Urgencias Por Mejoría.
- Anexo D.** Egreso De Pacientes Del Servicio De Observación Por Remisión Original.
- Anexo E.** Egreso De Pacientes Del Servicio De Urgencias Por Fallecimiento.
- Anexo F.** Evolución Diaria De Pacientes Del Servicio De Observación De Urgencias.
- Anexo G.** Solicitud Y Respuestas De Interconsultas A Especialistas Que Están De Turno Presencial.
- Anexo H.** Traslado Interno De Pacientes Entre El Servicio De Urgencias Al Área De Hospitalización.
- Anexo I.** Traslado Interno De Pacientes Entre El Servicio De Urgencias Al Área De Hospitalización.
- Anexo J.** Actas de reunión de Grupo de trabajo
- Anexo K.** Cronograma de actividades

## GLOSARIO

**Actividades:** conjunto de operaciones afines y coordinadas que se necesitan realizar para ejecutar los actos administrativos. Buscan un fin práctico a través de la suma de las acciones que llevan a cabo cada uno de los miembros de la organización, a través de los pasos que realizan en el desempeño de su trabajo individual y que tiene una intención operativa.

**Cliente/usuario:** Persona que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa

**Expectativas:** calidades o requerimientos esperados del producto (bien/servicio) a adquirir para la satisfacción de necesidades.

**Grupo de interés:** todos aquellos que tienen interés en una organización, sus actividades y logros. Entre ellos se puede incluir a clientes, socios, empleados, accionistas, propietarios, la Administración, legisladores.

**Mapa de Procesos:** diagrama que permite identificar los procesos de una institución y describir sus interrelaciones principales.

**Necesidad:** carencia, falta de algo, usualmente indispensable para la vida, unida al deseo de satisfacerla.

**Procedimiento:** sucesión lógica de pasos u operaciones que conducen a la solución de un problema o a la producción de un bien o servicio. Un procedimiento consiste en un ciclo de operaciones que afectan generalmente a diversos funcionarios que trabajan en sectores distintos, y que se establece para asegurar el tratamiento uniforme de todas las operaciones respectivas para producir un bien o servicio determinado. Un procedimiento indica cómo proceder en una situación concreta.

**Proceso:** Sucesión e interrelación de pasos, tareas y decisiones, con valor agregado, que se vinculan entre sí para transformar un insumo en un producto o servicio.

**Resultado:** consiste en el producto –bienes, información o servicios- que resultan del proceso. Es el punto final del proceso.

**Servicio:** toda prestación de carácter intangible que contribuye a la satisfacción de una necesidad, sea individual o colectiva.

**Tarea:** también llamadas operaciones o actividades, es el conjunto de cada una de las acciones físicas o mentales, pasos o etapas, que es necesario ejecutar para llevar a cabo una labor determinada. Es la división mínima del trabajo administrativo.

**Usuario externo:** persona, grupo de trabajo, unidad administrativa o servicio que no trabaja en la misma organización que el productor y es quien recibe el producto. Son los usuarios finales, los que disfrutan de los productos o servicios de la organización.

**Usuario interno:** persona, grupo de trabajo, unidad administrativa o servicio que trabaja para la misma organización que el productor, cuyos productos o servicios que recibe los utiliza en su trabajo.

**Usuario:** es cualquier persona, grupo de trabajo o unidad administrativa, que recibe el producto y determina sus requerimientos.

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es levantar procesos ambulatorios del área de urgencias en la IPS Unidad de Salud Mompox, teniendo en cuenta fallas en la calidad evidenciado en el desconocimiento de la existencia de un Sistema que garantiza la prestación de servicios con atributos de calidad y eficiencia.

La falta de procesos en las instituciones de salud hace que subsista un clima organizacional desordenado y caótico en donde cada uno de los actores desconoce desde donde inicia su labor y donde termina, haciendo que el desgaste en los diferentes aspectos (económico, administrativo, etc.) sea mayor.

Este trabajo es de tipo descriptivo, utilizando metodología teniendo en cuenta la gestión basada en procesos lo que implica 'reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales'.

Se vincula para este trabajo a la planta de personal que labora en la institución, como actores principales y formuladores de procesos ya que son ellos los que conocen las tareas o actividades diarias del servicio, se crea el equipo de trabajo con representantes de cada área, se levanta un mapa de procesos, se priorizan y se describen los mismos, luego se elaboran las herramientas para su evaluación.

Así pues se evidencia una vez más que las instituciones que prestan servicios de salud y quieran hacerlo con calidad ajustado a las normas y leyes que lo exigen deben trabajar a partir de la identificación de las diferentes actividades y tareas que se realizan en un proceso para lograr un determinado resultado o producto.

## INTRODUCCION

El levantamiento y descripción de los procesos es una forma de representar la realidad de la manera más exacta posible, a partir de la identificación de las diferentes actividades y tareas que se realizan en un proceso para lograr un determinado resultado o producto.

Éste constituye un elemento clave del trabajo en calidad. A partir de aquí podemos ver lo que hacemos y cómo lo hacemos, utilizando y aplicando sobre esta información el análisis, los cambios y rediseños orientados a mejorar los resultados.

Para poder hacer el levantamiento y descripción de los procesos, un requisito indispensable es que las personas entren en contacto con los que realizan dichos procesos, ya que serán ellos los que podrán describir la forma en la cual se lleva a cabo cada actividad y tarea, qué recursos demanda y qué se espera como resultado. Este estrecho contacto con el personal permite recabar información invaluable para las etapas que siguen más adelante en cuanto a la optimización y los requisitos para que ésta se dé. De igual forma, la participación de ellos desde el inicio del trabajo facilitará la implementación posterior de los cambios que se decida efectuar.

La descripción de los procesos se apoya con la utilización de elementos gráficos, especialmente diagramas que pueden ser de mayor o menor complejidad. Se aconseja partir por un "mapa general de procesos" que señale en forma gruesa los procesos más importantes presentes en una determinada área de actividad y la asociación entre ellos. Este mapa debe incluir los procesos que se relacionan con agentes o instituciones externas así como la relación de los diferentes procesos entre sí.

A partir de esta mirada general que nos entrega el mapa de procesos, se puede trabajar con más detalle en aquellos procesos o subprocesos que aparecen como más relevantes, distinguir las interrelaciones entre actividades, tareas y sus puntos de contacto, y definir aquellas que resultan críticas, las secuencias y los participantes.

Al analizarlos, nos daremos cuenta de actividades o tareas que se repiten, de aquellas que toman más tiempo o demandan mayores recursos, de los pasos que son innecesarios, redundantes o superficiales, de los trayectos o pasos que resultan engorrosos, prescindibles o imprescindibles.

## **1. ANTECEDENTES**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:**

La falta de conocimientos de los procesos por parte del personal asistencial que labora en la institución y la ausencia de rutas de atención claras se evidencia en no poseer ninguna información propia del sistema de calidad, dado que esta es una IPS recientemente habilitada y las visitas de verificación de estándares de calidad han sido pocas, de las cuales solo se tienen datos del informe de visita realizada por la Superintendencia Nacional de Salud en marzo del presente año, dejando como conclusión que la institución no cuenta con el proceso de atención de urgencias documentado y no se observaron actas de socialización por cada componente que hace parte del proceso, incumpliendo con la resolución 1043 de 2006, anexo técnico 1<sup>1</sup>. Esto ha traído como consecuencia fallas en la calidad de la atención lo cual, debido al problema descrito anteriormente no existen registros de indicadores que midan la calidad y por ende los procesos. Al haber desconocimiento de los procesos se ven afectados las finanzas por el desgaste administrativo y económico.

### **1.2 JUSTIFICACIÓN:**

Dentro de los factores predisponentes a fallas en la calidad esta el levantamiento de procesos y la implementación de estos en las instituciones de salud, ya que este es el pilar fundamental para la definición de las rutas o pasos para el buen desempeño de estas, haciendo así el trabajo asistencial más eficiente y adaptado a las necesidades del cliente tanto interno como externo, minimizando errores y aprovechando eficiente y eficazmente los recursos, tanto humanos como materiales. Al hablar de calidad, los procesos permiten la medición de esta y corregir las fallas elaborando planes de mejoramiento teniendo en cuenta los problemas relevantes y que tienen impacto en el cliente externo.

Además la realización de este proyecto se hace como requisito para optar al título de grado como gerentes de la calidad y auditores en salud.

---

<sup>1</sup> ORTIZ. R. Luz Yamileth y CARRILLO. T. Flavia. Informe final de auditoría; Universidad de la Guajira; Superintendencia Nacional de Salud; 2010. 80 pág.

### **1.3 OBJETIVOS:**

#### **1.3.1 Objetivo General.**

Levantar los procesos de atención ambulatoria de urgencias de la IPS Unidad de Salud Mompox.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos:**

- ❖ Identificar los problemas críticos de la atención ambulatoria del área.
- ❖ Revisar los procesos que se realizan y hacer la respectiva documentación de estos.
- ❖ Elaborar un mapa de procesos e Identificar indicadores relevantes.
- ❖ Elaborar los flujogramas de información.

## **2. MARCO REFERENCIAL:**

### **2.1 MARCO NORMATIVO:**

- Ley 100 de 1993, por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
- Circular externa No 014 del 28 de diciembre de 1995, por el cual se imparten instrucciones para la atención de urgencias. Superintendencia Nacional de Salud.
- Decreto No. 412 del 6 de marzo de 1992, por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la protección social.
- Circular externa No. 045 del 17 de agosto de 1994, por el cual se imparten algunas instrucciones para el establecimiento de un registro consecutivo de ingresos de pacientes a los servicios de urgencias, hospitalización y cirugía ambulatoria. Superintendencia Nacional de Salud.
- Decreto 1011 del 3 de abril 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
- Ley 1121 de 9 de enero de 2007, or medio de la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

### **2.2 MARCO INSTITUCIONAL:**

La IPS UNIDAD DE SALUD MOMPOX, es una institución de segundo nivel de complejidad que se creó en el municipio de Mompox, Departamento de Bolívar el 7 de junio en 2004. Esta nace como respuesta inequívoca a una necesidad sentida en la región, la cual carecía de unos procesos dinámicos de competitividad y productividad en la oferta de los servicios de salud, que garantizaran de una manera optima la calidad de la atención y el aumento de la satisfacción de los pacientes con atributos como equidad, responsabilidad, pertinencia, continuidad y resolutivead.

En virtud a dicha necesidad y con la voluntad de vocación de servicio como profesionales de la salud se impulsa esta institución de naturaleza privada que atendiera la demanda creciente de la población que solicitaba los servicios. Cuenta con una capacidad instalada y resolutiva compuesta por los servicios de:

- Consulta de medicina general
- Consulta de odontología general
- Laboratorio clínico
- Programa de promoción y prevención
- Consultas especializada de ginecología, medicina interna, cirugía, anestesiología y pediatría
- Farmacia
- Fisioterapia
- Hospitalización
- Sala de cirugía
- Urgencias
- Sala de partos

Tiene como misión propender por la salud integral de la comunidad Momposina y sus alrededores ofreciendo calidad en los programas de programas que ofrece con infraestructura suficiente para satisfacer las necesidades de los clientes, con un equipo altamente calificada e idónea, que permite prestar un servicio oportuno, eficiente y eficaz.

Su visión será una IPS reconocida a nivel local, regional y departamental; a demás, generara la creación de diferentes programas que permitan prevenir enfermedades en la comunidad y su impacto.

Sus principios institucionales se fundamentan en la calidad, lealtad, igualdad, idoneidad, planeación, disciplina, honestidad, productividad, competitividad<sup>2</sup>.

## 2.3 MARCO CONCEPTUAL:

**2.3.1 El Enfoque de Gestión por Procesos.** Las instituciones de salud han venido desarrollando su gestión con base en la división y especialización del trabajo mediante el establecimiento de departamentos funcionales (organigramas) que al final dificultaban la orientación de los bienes y/o servicios institucionales hacia el usuario. Este tipo de organización permitio definir las relaciones jerárquicas entre los distintos niveles organizacionales de una institución, pero no se reflejo en ella el funcionamiento de la institución, las responsabilidades, las relaciones con los usuarios, los aspectos estratégicos, ni los flujos de información, comunicación y coordinación a lo interno de la institución.

La visión departamentalizada de las instituciones permitio la proliferación de actividades que no aportaban valor alguno a la misma institución, y en el peor de

---

<sup>2</sup> Portafolio de Servicios. Plataforma Estratégica IPS. Unidad de Salud Mompox. Mompox – Bolívar. 2004.

los casos, a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, en cambio, generó una burocratización de la gestión institucional y problemas de comunicación y coordinación entre unidades administrativas que al final se transformaron en duplicidad de funciones, indefinición de responsabilidades, incumplimiento de competencias, entre otros.

Un proceso se puede definir de varias formas:

- Secuencia de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada
- Sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido.
- Organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñados para generar un resultado específico
- Concatenación de las decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio.

En todas ellas el concepto subyacente es el mismo: Un conjunto de actividades destinadas a generar valor añadido sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente.



**Figura 1. Definición de procesos**

Entonces, se entenderá como proceso, al conjunto de procedimientos que se encuentran interrelacionados y se desarrollan cronológicamente para la consecución de una serie de objetivos, esto a la vez tomando en cuenta que los procedimientos se forman por tareas que especifican cómo ejecutar un trabajo. Cada proceso que se desarrolla se caracteriza por la transformación de insumos en productos (bienes/servicios), los cuales tienen como destinatario final tanto

usuarios internos como externos, que serán los que determinarán si el resultado obtenido responde a sus necesidades y expectativas.

Es importante indicar que los procesos existen en cualquier institución, sea pública o privada, aunque nunca se hayan identificado o definido, de esta manera, los procesos constituyen lo que hacemos y como lo hacemos.

En una institución, prácticamente cualquier actividad o tarea puede ser incluida en algún proceso. Pero no todas las actividades que se realizan son proceso ya que para ello deben cumplir criterios como:

- ❖ La actividad tiene una misión o propósito claro
- ❖ Tiene entradas y salidas, se pueden identificar los clientes, proveedores y producto final.

No se puede generar un bien y/o servicio, sin antes realizar un proceso, ni tampoco existe un proceso que no genere un bien y/o servicio.

Para desarrollar cada proceso es necesario: a) requisitos que representan los condicionamientos que limitan la capacidad de acción de la institución (legales, estratégicas, viabilidad social y/o política, etc.); b) un grupo de recursos necesarios para llevar a cabo el proceso (recursos materiales, financieros, humanos, entre otros); y, c) un conjunto de métodos o procedimientos que lo conforman, que indican el conocimiento sobre la forma de actuar, que como resultado brindan una salida que se representa mediante el bien y/o servicio que deberá de estar acorde con las necesidades y expectativas del usuario que recibe el mismo.

Por ello, en el marco de la institución de salud, un proceso asistencial es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención en salud (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.), y la gestión por procesos implica 'reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales'.

En este sentido, un proceso asistencial debe tener una misión claramente definible (qué, para qué y para quién), unas fronteras delimitadas con entradas y salidas concretas, secuencias de etapa claramente integrables, y debe poder medirse (cantidad, calidad, coste).

Pero no todos los procesos que se llevan a cabo en las organizaciones tienen las mismas características, motivo por el que se pueden clasificar, en función del impacto más o menos directo sobre el usuario final, de la siguiente forma

- **Procesos estratégicos:** adecúan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios. En definitiva, guían a la organización para incrementar la calidad en los servicios que presta a sus clientes. Están orientados a las actividades estratégicas de la empresa: desarrollo profesional, marketing.
- **Procesos operativos:** aquéllos que están en contacto directo con el usuario. Engloban todas las actividades que generan mayor valor añadido y tienen mayor impacto sobre la satisfacción del usuario. Todos los procesos clínico-asistenciales se pueden considerar incluidos en esta categoría.
- **Procesos de soporte:** generan los recursos que precisan los demás procesos

PROCESOS ESTRATÉGICOS O DE GESTIÓN	PROCESOS OPERATIVOS O CLAVE	PROCESOS DE APOYO O SOPORTE
<p>NECESARIOS PARA EL MANTENIMIENTO Y PROGRESO DE LA ORGANIZACIÓN:</p> <p>Plan Estratégico. Encuestas de satisfacción. Planes de calidad. Plan de Investigación. Autoevaluación ...</p>	<p>GUARDAN RELACIÓN DIRECTA CON LOS CLIENTES, IMPACTO SOBRE SU SATISFACCIÓN:</p> <p>Proceso clínico-asistencial.</p>	<p>APOYAN A LOS PROCESOS OPERATIVOS PARA QUE ÉSTOS SE CUMPLAN:</p> <p>Gestión pacientes. Almacén. Hostelería, Mantenimiento. Farmacia....</p>

Fuente. BELTRAN Jaime, CARMONA Miguel, CARRASCO Miguel, RIVAS Jaime, TEJEDOR Fernando. "Guía para la Gestión Basada en Procesos", Valencia, Ediciones Berekintza, (2003). "Orientación Acerca del Enfoque Basado en Procesos para los Sistemas de la Gestión de la Calidad", Documento ISO TC/176 STTG, 2001.

### Tabla No. 1: Tipos de procesos

Para que las organizaciones operen de manera eficaz, tienen que identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados y que interactúan entre ellos, a menudo, el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso. La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la institución y en particular las interacciones entre tales procesos se conocen como "enfoque basado en procesos".

**2.3.2 Pasos para adoptar la gestión basada en procesos.** Los pasos para adoptar la gestión basada en procesos por parte de una organización a un sistema de gestión, se indican a continuación:

- Identificación y secuencia de los procesos – mapa de procesos.
- Descripción de cada uno de los procesos (diagrama de proceso y ficha de proceso).
- Seguimiento y medición.
- Mejora de los procesos en base al seguimiento y medición.

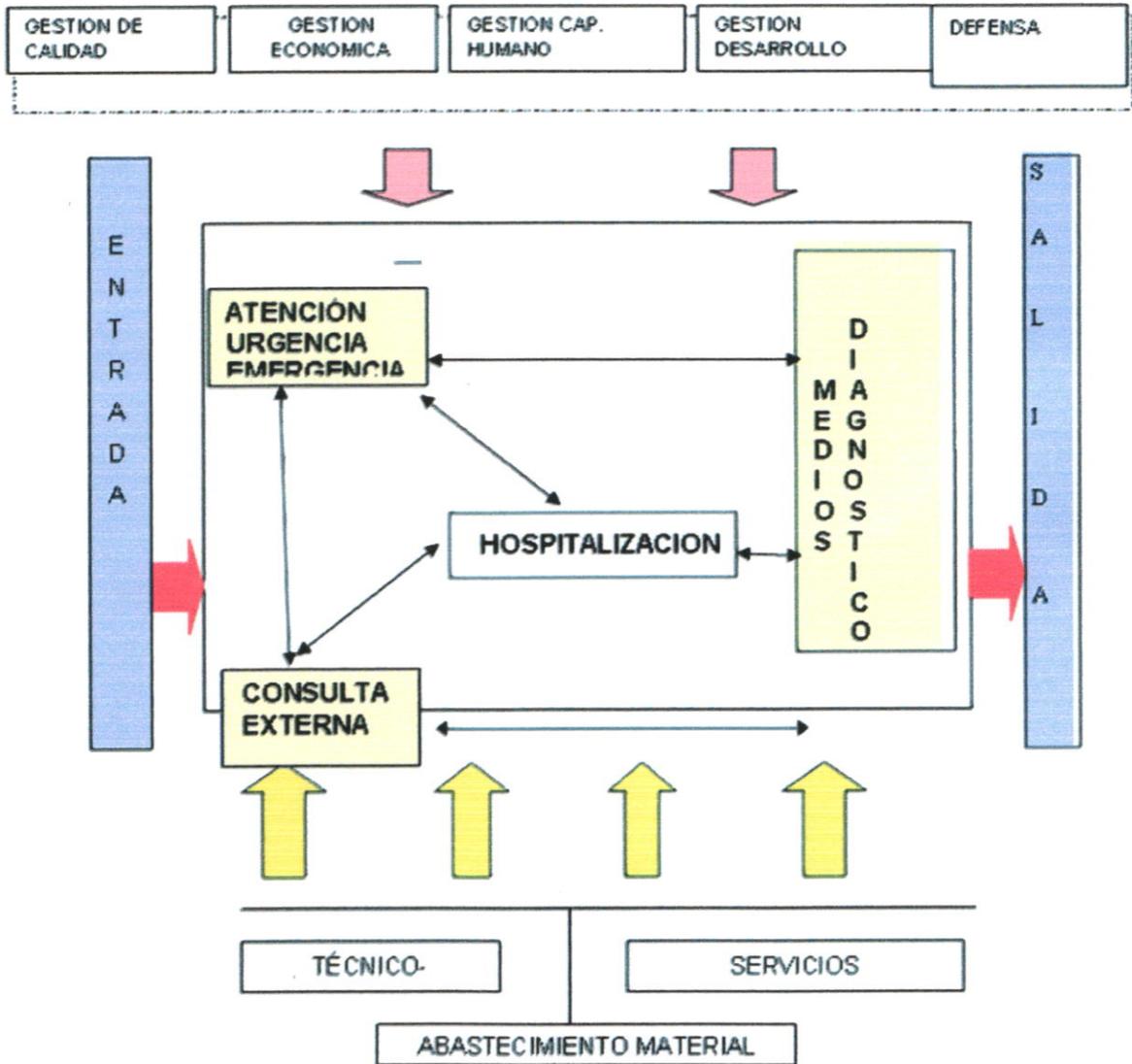
En los siguientes apartados se desarrolla cada uno de estos, de manera que a través de ello se pueda adoptar dicha metodología.

**2.3.3 Identificación y secuencia de los procesos – mapa de procesos.** El primer paso es identificar que proceso deben configurar el sistema, es decir que procesos deben aparecer en el mapa de procesos.

Antes de superar este obstáculo, es importante recordar que los procesos ya existen dentro de la organización, por lo tanto habrá que identificar cuales son los más significativos, para ello tome en cuenta los siguientes factores:

**2.3.4 Factores para identificación y selección de procesos.**

- Influencia en la satisfacción del cliente (cliente puede ser interno o externo a la empresa que se alimenta del resultado de un proceso).
- Los efectos de la calidad del producto o servicio.
- Influencia en factores clave de éxito.
- Influencia en los objetivos y estrategias.
- Utilización intensiva de recursos.
- Riesgos económicos y de la instalación.



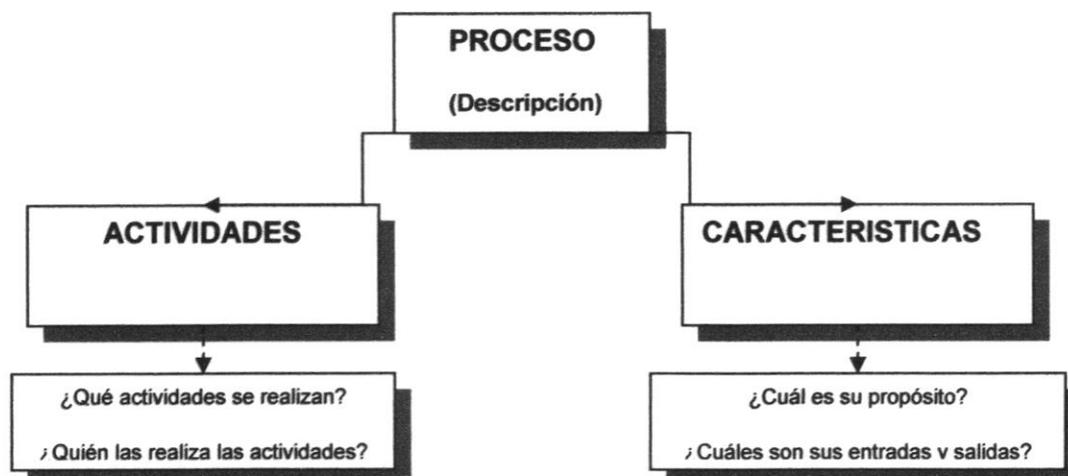
**Figura 2. Mapa general de procesos de una entidad de salud**

Una vez identificados los procesos claves procederemos a representarlos en un mapa de procesos clasificándolos en procesos gerenciales, operativos y de apoyo cuyo mapa de procesos debe ser útil para proporcionar a todos los miembros de la empresa de servicios una visión global del conjunto de actividades de la empresa constituyéndose este mapa de proceso en una excelente herramienta de planificación de la calidad.

**2.3.5 Mapa de proceso modelos para empresas de servicios.** La manera más precisa de reflejar los procesos identificados y sus interrelaciones es precisamente a través de un mapa de procesos, que viene a ser la representación grafica de la estructura de procesos.

Para la elaboración de un mapa de procesos, y con el fin de facilitar la interpretación del mismo, es necesario reflexionar previamente en las posibles agrupaciones en las que pueden encajar los procesos identificados. La agrupación de los procesos dentro del mapa permite establecer analogías entre procesos, al tiempo que facilita la interrelación y la interpretación del mapa en su conjunto.

El tipo de agrupación puede y debe ser establecido por la propia institución, no existiendo para ello ninguna regla específica, puede elegir como modelo de agrupación el que considere más adecuado, ejemplo de ellos están en las figuras 2 y 3.



**Figura 3. Mapa de procesos para la prestación de servicios**

Las agrupaciones permiten una mayor representatividad de los mapas de procesos, y además facilita la interpretación de la secuencia e interacción entre los mismos; De hecho se pueden entender como macro - procesos que incluyen dentro de si otros procesos, sin perjuicio, de que, a su vez, uno de estos se pueda desplegar en otros (que podrían denominarse como subprocesos o procesos de 2º nivel) y así sucesivamente.

El nivel de detalle de los mapas dependerá del tamaño de la organización y de la complejidad de sus actividades<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Guía para una gestión basada en procesos parte 1. Instituto andaluz de tecnología. BELTRAN S. Jaime; CARMONA Miguel y otros.

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO:

La metodología a utilizada para el levantamiento de procesos da la IPS Unidad de Salud Mompox fue:

3.1 **CONFORMACION DEL EQUIPO DE TRABAJO:** La formación del equipo de trabajo interdisciplinario deberá contar con las siguientes características:

- Nombramiento de un coordinador general, quién liderará el proceso de levantamiento o diseño de los procesos.
- Un representante de la gerencia, quién servirá como enlace de coordinación durante el avance del levantamiento o diseño de procesos.
- Estar conformado por al menos un miembro de cada unidad organizacional de la institución.
- Conocimientos en Sistemas de Gestión por Procesos por parte de alguno o algunos de sus miembros.
- Desarrollar un proceso de consenso a lo interno de la institución: se deberá realizar charlas y/o capacitaciones a todo el personal de la institución, en las cuales se informe quiénes son las personas encargadas de realizar el trabajo, la explicación del trabajo que se va a realizar (¿para qué?) y la importante necesidad de colaboración por parte de todos los funcionarios de la institución en este proceso.
- Determinación de la metodología: el equipo de trabajo debe determinar las herramientas metodológicas que se van a utilizar para el levantamiento y/o diseño de los procesos, indicando si se deben utilizar encuestas, formularios, entrevistas u otro tipo de instrumentos para recolectar la información necesaria.
- Establecer una planificación para el trabajo de levantamiento y/o diseño de los procesos y las reuniones de trabajo que comprenda:
  - ✓ Objetivo del proyecto y de las reuniones de trabajo.
  - ✓ Presentación de informes periódicos que evalúen el grado de avance del proyecto.
  - ✓ Programación en cronograma de las reuniones de trabajo.
  - ✓ Levantamiento de actas con los compromisos adquiridos en cada reunión.

Se debe iniciar la Conformación del equipo de trabajo con representantes de las diferentes áreas para análisis, diseño y elaboración del Mapa de Procesos a través de delegados así:

- a. Gerente.
- b. Un representante del Área financiera.
- c. Un representante del Área de calidad.
- d. Un representante del Área de servicios generales.
- e. Un representante del Área administrativa.
- f. Un representante del Área asistencial.
- g. Un representante del Área ambulatoria.

El equipo de trabajo estará formado por personas seleccionadas de la Unidad o área de Servicio, que conozcan los procesos que se gestionan en la misma. Al grupo se podrá incorporar puntualmente otras personas del Servicio cuando así lo aconseje el tema que se discuta.

Una vez constituido el grupo se facilitará una formación básica en aquellos aspectos necesarios para el desenvolvimiento de sus actividades. Esta formación deberá ser extendida, en el futuro, al resto del personal del Servicio.

La constitución del equipo se formalizara en un acta. En la reunión de constitución se fijaran las normas de funcionamiento. Se redactará un acta de todas las reuniones en donde se hará constar: asistentes, día, horas de inicio y finalización, temas tratados y acuerdos alcanzados.

### **3.2 IDENTIFICACION DE PROCESOS:**

Para la identificación de los procesos actuales en la IPS Unidad de Salud Mompox se tomaran en consideración ciertos elementos como:

1. La clara identificación del proceso, al cual deberá asignársele un nombre o denominación que permita identificarlo, ejemplo: "Evolución diaria del paciente en el sala de observación de urgencias".
2. La definición funcional: expresar en forma simple qué función central realiza o qué objetivo tiene el proceso que se está describiendo.
3. Cuáles son sus límites, en el sentido de delimitarlo y poder diferenciarlo de otros procesos cercanos o relacionados;
4. Destinatarios del proceso: a quiénes está dirigido el proceso, quiénes son los que valoran los resultados del proceso.

5. Cuáles son las expectativas, tanto de los destinatarios como de los gestores o responsables de dicho proceso. Esto es definir las condiciones óptimas para este proceso, desde ambas perspectivas.
6. Documentar la interrelación de los procesos en el Mapa de Procesos. Pie de página: guía para la identificación y análisis de procesos. Gestión de procesos de la Universidad de Cádiz.

### **3.3 LEVANTAMIENTO DEL MAPA DE PROCESOS**

Para elaborar el mapa de procesos se seguirá una metodología sencilla que parte de la misión y la visión de la Unidad o Servicio, de los clientes/usuarios y de las necesidades y expectativas de los mismos.

**3.3.1 Definición de Misión y Visión.** Un paso previo a la elaboración del mapa de procesos es la definición de la Misión y la Visión del Servicio/Unidad.

Entendida la Misión como la razón de ser de la institución, se comunica a través de una oración que define el propósito fundamental de su existencia, estableciendo, en su caso, su diferencia en relación a otras IPS.

Las orientaciones con las que se dio forma a la definición de Misión intentar contestar a las siguientes preguntas:

- ¿En qué nos diferenciamos?
- ¿Quiénes somos?
- ¿A qué nos dedicamos?
- ¿Por qué y para qué hacemos lo que hacemos?
- ¿Para quién lo hacemos?
- ¿Cómo lo hacemos?

Como Visión se entiende una apreciación idealizada de lo que sus miembros desean de la IPS en el futuro. Recoge lo valioso del pasado y la prepara para el futuro. Se comunica a través de una declaración que presenta: los valores, los principios y sus compromisos. Tiende a ser precisa, simple y al mismo tiempo retadora. La visión es conocida y compartida por todos los miembros de la institución y también por aquellos que se relacionan con ella. Es coherente con la misión, y expresa lo que el la IPS quiere en el futuro.

Al igual que en el caso de la Misión, se concreto la definición de Visión de un Servicio/Unidad respondiendo a las siguientes preguntas:

- ¿Qué y cómo queremos ser dentro de x años?
- ¿En qué nos queremos convertir?
- ¿Para quién trabajamos?
- ¿En qué nos diferenciamos?
- ¿Qué valores respetamos?

**3.3.2 Grupos de interés / clientes / usuarios.** Una vez definidas la Misión y la Visión, el siguiente paso para elaborar el mapa de procesos de una organización es la identificación de los grupos de interés, clientes y o usuarios.

**Grupo de interés:** todos aquellos que tienen interés en una organización, sus actividades y logros. Entre ellos se puede incluir a clientes, socios, empleados, accionistas, propietarios, la Administración, legisladores.

**Cliente/usuario:** Persona que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa

Para identificar los grupos de interés / clientes / usuarios de la IPS se sugiere realizar una sesión de trabajo comenzando por una tormenta de ideas inicial. Posteriormente para cada uno de los posibles grupos, clientes y o usuarios se realizará un debate en el cual se intentará identificar claramente cada uno de ellos y se relacionarán con los siguientes puntos: servicios demandados, necesidades que los mismos tendrían según la visión de la IPS o en base a estudios y análisis realizados previamente, expectativas que los clientes podrían tener sobre nuestros servicios presentes o futuros, etc.

Los clientes/usuarios podrán ser internos y o externos a la IPS. Su identificación es un punto clave. Los procesos claves están dirigidos a cubrir las necesidades o expectativas de estos clientes/usuarios.

**3.3.3 Necesidades y expectativas de clientes/usuarios.** Entenderemos por "necesidades" aquellos servicios que son requeridos, por los clientes/usuarios, al Servicio o Unidad.

Entenderemos por "expectativas" las características o prestaciones que los clientes/usuarios esperan que tengan los servicios que son demandados al Servicio o Unidad.

Las “necesidades” de los clientes / usuarios son la razón de ser de un proceso. Los procesos claves tienen como objetivo cubrir las necesidades de los clientes/usuarios. Las “expectativas” marcan el nivel de satisfacción de los clientes. En función de cómo se cubran las expectativas de los clientes/usuarios se obtendrá un mayor o menor grado de satisfacción de los mismos. El Servicio/Unidad debe centrar sus esfuerzos en cubrir las necesidades de los clientes/usuarios alcanzando el mayor grado de satisfacción posible.

Valores que el cliente puede apreciar ante el servicio demandado.

- **Básicos**: sin ellos no tiene sentido el servicio no se cubre la necesidad básica demandada. Ejemplo:  
Necesidad: El cliente tiene la necesidad de calmar un dolor abdominal y acude a la IPS.  
Valor básico: La enfermera le aplica un analgésico luego de ser valorado por el médico.
- **Esperados**: valores que el cliente da por supuesto. Ejemplo: Expectativa: Limpieza, amabilidad, profesionalidad, atención inmediata.
- **Deseados**: valores que el cliente no lo espera pero lo valora y lo aprecia. Ejemplo: poco ruido, un ambiente fresco, sábanas impecables, privacidad.
- **No previstos**: atributos sorpresa más allá de sus deseos o expectativas lógicas. Ejemplo: Ubicación en cubículo unipersonal respetando su privacidad.

La percepción del cliente / usuario SIEMPRE tiene que ser mayor que la expectativa para que se produzca satisfacción.

Entre la oferta de servicios y las necesidades y expectativas de los clientes se pueden dar desajustes. Podrían darse las siguientes situaciones:

- **El desajuste promocional**: las expectativas generadas acerca del servicio difieren de lo que finalmente se ofrece (ofrecer cosas que no se pueden dar)
- **El desajuste de comprensión**: la percepción de las expectativas de cliente son inexactas (no entiendo lo que quiere)
- **El desajuste de procedimiento**: las expectativas de los clientes no se traducen en un procedimiento o sistema adecuado (sé lo que quiere, pero no soy capaz de engrasar la maquinaria para dárselo)

- **El desajuste de comportamiento:** el servicio difiere de las especificaciones que se dan al cliente (se lo ofrezco, se lo que quiere, puedo dárselo, pero la personal final del servicio la fastidia)
- **El desajuste de percepción:** la percepción del cliente no se corresponde con el servicio que se ofrece (lo hago bien, pero la percepción es mala)

El grupo de trabajo identificará, para cada uno de los grupos de interés / clientes / usuarios, las necesidades y expectativas de cada uno de ellos. Estas necesidades y expectativas se formularán por escrito generando una ficha para cada uno de los mismos.

**3.3.4 Identificación de servicios.** En este punto se identificarán y analizarán cada uno de los servicios que se prestan desde la Unidad o Servicio con la identificación de las características de los mismos y los grupos de interés, clientes / usuarios a los que se destina.

Para cada uno de los servicios identificados en el apartado anterior se confeccionará una pequeña ficha en la que se identificarán: las características de cada uno, momento en el que se suministra y todos aquellos puntos que pudieran contribuir a la definición de los mismos.

**3.3.5 Necesidades y expectativas cubiertas.** Finalmente se realizará un trabajo de contraste entre las necesidades y expectativas identificadas para los grupos de interés / clientes / usuarios y las que pueden ser cubiertas por los servicios que han sido identificados y descritos anteriormente.

El trabajo sobre procesos está dirigido a la mejora y esta apartado es una primera reflexión sobre cuáles son los puntos en los que se necesita mejorar y por tanto concentrar los esfuerzos de la Unidad o Servicio.

**3.3.6. Mapa de procesos.** En el mapa de procesos debemos incluir:

- Procesos de planificación como aquellos procesos que están vinculados al ámbito de las responsabilidades de la dirección.
- Procesos de gestión de recursos como aquellos procesos que permiten determinar, proporcionar y mantener los recursos necesarios (recursos humanos, infraestructura y ambiente de trabajo).

- Procesos de realización del producto/servicio como aquellos procesos que permiten llevar a cabo la producción y/o la prestación del servicio.
- Procesos de medición, análisis y mejora como aquellos procesos que permiten hacer el seguimiento de los procesos, medirlos, analizarlos y establecer acciones de mejora

### **3.4 PRIORIZACIÓN Y APROBACIÓN DE LOS PROCESOS.**

Antes de ser publicados y distribuidos en la organización, los procesos y procedimientos institucionales deberán ser dados a conocer por parte del equipo encargado del levantamiento de los procesos, para su respectiva revisión, priorización y aprobación.

Para esta priorización se debe tomar como referencia el impacto del proceso en los objetivos estratégicos y las metas institucionales y la repercusión o impacto en el usuario.

Asimismo, podrán ajustarse antes de proceder con la validación o aprobación de los procesos institucionales, lo que le genera un grado de formalidad a la aplicación de los procesos. Para su formalización, los procesos se agrupan en un Manual de Procesos o Procedimientos.

Teniendo en cuenta lo anterior se seleccionan las oportunidades de mejora mediante una matriz de priorización de procesos operativos o procesos claves, debido a que tienen relación directa con los usuarios y tienen alto impacto en su satisfacción, lo que significa que no se busca evaluar el desempeño de los procesos, dado que este es el resultado del ejercicio de autoevaluación, sino identificar los procesos que mejorando a corto plazo tienen mayor impacto en el mejoramiento institucional, dándose calificación a cada proceso teniendo en cuenta la puntuación entre 1 y 5, donde 1 significa bajo impacto, 3 impacto medio y 5 alto impacto. Para la escogencia se totaliza y los procesos con mayor puntaje serán los susceptibles para el levantamiento de procesos. Ver tabla No. 5.

### **3.5 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS.**

Una vez que se tienen identificados y clasificados los procesos a partir del listado de procesos institucionales generado en la etapa anterior, se debe proceder a realizar una descripción de los mismos. Cada proceso se encuentra conformado por una serie de procedimientos, y estos a su vez por actividades o tareas por desarrollar. Para realizar una adecuada descripción de los procesos,

procedimientos y actividades institucionales debe contarse con un conocimiento preciso y claro de los mismos, por ello es bastante recomendable que los funcionarios responsables de su ejecución participen de este proceso descriptivo.

Se debe tener la certeza de que los procesos y/o procedimientos establecidos correspondan con las políticas institucionales y los planes diseñados para alcanzar sus objetivos, y que dichos procesos faciliten la consecución de los mismos. El equipo de trabajo encargado del levantamiento de los procesos, ante ello, deberá obtener la siguiente información de cada uno de los procesos:

PROCESOS INSTITUCIONALES (OPERATIVOS)	CALIFICACIÓN DE PRIORIDAD (1 a 5)				
	Impacto en el usuario	Impacto en los procesos de control de calidad	Impacto en el cliente interno	Impacto en la imagen	TOTAL
Atención en el Servicio de Urgencias	5	5	5	5	625
Atención en el Servicio de Consulta Externa	5	4	3	5	300
Atención en el Servicio de Hospitalización	5	5	3	5	375
Atención en el Servicio de Cirugía	5	5	4	5	500

Fuente. Autores del proyecto.

Tabla No. 2: Priorización de procesos

**3.5.1 Identificación del Objetivo del Proceso.** Al identificar el objetivo del proceso, debe explicarse de forma resumida los motivos por los cuales se lleva a cabo cada proceso institucional. Se puede denominar, de algún modo como la "misión" del proceso.

**3.5.2 Identificación del (os) Responsable (s) del Proceso.** La identificación del proceso debe realizarse tanto por la unidad organizacional responsable, como por el(los) funcionario(s) responsable(s) dentro de dicha unidad. El responsable del proceso es la persona que vela por el cumplimiento de todos los requisitos del proceso, realiza un seguimiento de sus indicadores, verificando su eficacia y eficiencia, así como del avance en el logro de los objetivos definidos para dicho proceso, en cualquier gestión (productividad, calidad, seguridad, entre otros). Este

responsable, tiene plena autoridad para realizar cualquier cambio al proceso –sin modificar los recursos asignados–, siempre y cuando realice la debida consulta a los responsables de otros procesos implicados que se puedan ver afectados por los cambios.

**3.5.3 Identificación de los Procedimientos y Actividades.** Se deberá identificar cada uno de los procedimientos y actividades necesarias para desarrollar de manera correcta el proceso. De esta forma pueda determinarse:

- a) Si el proceso detectado es realmente un proceso, es decir, un grupo de procedimientos enfocados a producir un bien o servicio;
- b) Si es más bien un procedimiento, es decir un grupo de actividades necesarias para producir un bien o servicio;
- c) Si lo que ha sido erróneamente catalogado como un proceso o un procedimiento, no es más que una simple actividad dentro de un procedimiento. Este tipo de situaciones donde se presentan procedimientos o actividades como si fueran procesos, es bastante común.

### **3.6 HERRAMIENTAS PARA LA MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS (INDICADORES)**

La medición y seguimiento de los procesos constituyen la base para saber que se esta obteniendo, en que extensión se cumplen los resultados deseados y por donde se deben orientar las mejoras.

Para que los indicadores sean considerados adecuados deben cumplir las siguientes características:

- Representatividad
- Sensibilidad
- Rentabilidad
- Fiabilidad
- Relatividad

Asimismo los indicadores de cada proceso se realizan en consenso entre quien ejecuta las actividades del mismo y quien procesa la información, lo que permitirá establecer de manera coherente los resultados obtenidos. A continuación se

plantean los pasos a tener en consideración para la medición de procesos a través de indicadores:

1. Reflexionar sobre la misión del proceso.
2. Determinar la tipología de resultados a obtener y las magnitudes a medir.
3. Determinar los indicadores representativos de las magnitudes a seguir.
4. Establecer los resultados que se desean alcanzar para cada indicador definido.
5. Formalizar los indicadores con los resultados que se desena alcanzar. (objetivos)<sup>4</sup>.

Cada indicador deberá definirse mediante una ficha. El formato de ficha de datos y la información contenida es la siguiente:

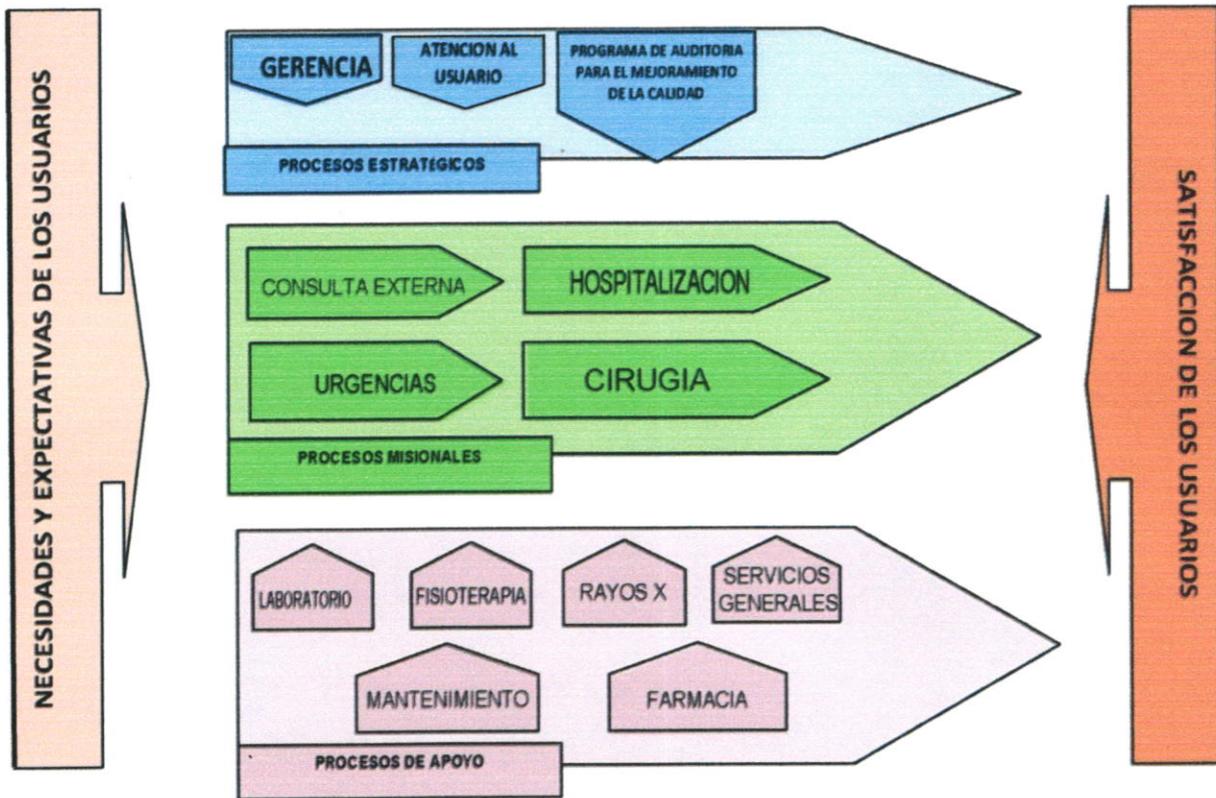
---

<sup>4</sup> Guía para una gestión basada en procesos parte 1. Instituto andaluz de tecnología. BELTRAN S. Jaime; CARMONA Miguel y otros.

#### 4. PRESENTACION DE RESULTADOS:

##### 4.1 MAPA DE PROCESOS DE LA IPS UNIDAD DE SALUD MOMPOX.

<b>MAPA DE PROCESOS IPS UNIDAD DE SALUD MOMPOX</b>	<b>Versión:</b>
	<b>Fecha de aprobación:</b>
	<b>Código:</b>



<b>Elaborado por:</b> Comite de Calidad	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b> Gerencia
Fecha: Junio de 2011		

#### **4.2 PROCESOS DEL AREA DE URGENCIA DE LA IPS UNIDAD DE SALUD MOMPOX**

Tomando como referencia la metodología descrita en este proyecto, se levantaron los procesos del área de urgencias de la IPS Unidad de Salud Mompox, describiendo las actividades mediante tablas que responden a las preguntas que, quién, cómo, cuándo y dónde; herramientas indispensables y claras para trabajar en el área de calidad. Los procesos levantados fueron:

1. ADMISION DE PACIENTES AL SERVICIO DE REANIMACION DE URGENCIAS ANTE LA VOZ DE ALARMA DE CODIGO AZUL. (Ver Anexo A).
2. ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS. (Ver Anexo B).
3. EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACION DE URGENCIAS POR MEJORIA.(Ver Anexo C).
4. EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACION POR REMISION ORIGINAL. (Ver Anexo D).
5. EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR FALLECIMIENTO.(Ver Anexo E).
6. EVOLUCIÓN DIARIA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS. (Ver Anexo F).
7. SOLICITUD Y RESPUESTAS DE INTERCONSULTAS A ESPECIALISTAS QUE ESTAN DE TURNO PRESENCIAL.(Ver Anexo G).
8. TRASLADO INTERNO DE PACIENTES ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL ÁREA DE HOSPITALIZACION.(Ver Anexo H).
9. TRASLADO INTERNO DE PACIENTES ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.(Ver Anexo I).

#### 4.3 HERRAMIENTAS PARA LA MEDICION Y SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS DEL AREA DE URGENCIAS DE LA IPS UNIDAD DE SALUD MOMPOX.

Para llevar a cabo la medición y seguimiento de los procesos levantados en la IPS Unidad de Salud Mompox, se tuvieron en cuenta los indicadores arrojados durante la descripción y se elaboraron las siguientes fichas de caracterización:

	CODIGO DEL INDICADOR: URG-ARU01
	NOMBRE DEL INDICADOR: Oportunidad de la atención en sala de reanimación.
	APROBADO POR: Comité de Garantía de la Calidad
	FECHA: Agosto 2011
<b>ATRIBUTO:</b>	Eficacia en la realización del procedimiento
<b>FUENTE DE LA INFORMACION</b>	Libro de ingreso de urgencias, Historia Clínica
<b>RESPONSABLE</b>	Reporte: Enfermera Jefe de urgencias
	Recepción: Auditora
	Análisis: Comité de garantía de la calidad
<b>FORMULA DEL INDICADOR</b>	Total de pacientes con reanimaciones satisfactorias/Numero total de pacientes ingresados a la sala * 100.
<b>RESULTADO</b>	Paciente que egresa de la sala de reanimación con signos vitales estables.
<b>META DEL INDICADOR</b>	95%
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	Numerador: Se obtendrá Sumando el total de pacientes a los que se les realiza reanimación y salen de la crisis durante el periodo estudiado según reporte en HC
	Denominador: Se obtendrá sumando el Número total de pacientes ingresados a la sala de reanimación en el periodo en el mes registrado en Libro de ingresos.

**Tabla 3. Ficha del Indicador. Oportunidad de la atención en sala de reanimación.**

	CODIGO DEL INDICADOR: URG-ACU02
	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de clasificación de triage.
	APROBADO POR: Comité de Garantía de la Calidad
	FECHA: Agosto 2011
<b>ATRIBUTO:</b>	Eficacia en la realización del procedimiento
<b>FUENTE DE LA INFORMACION</b>	Libro de ingreso de urgencias, Historia Clínica
<b>RESPONSABLE</b>	Reporte: Enfermera Jefe de urgencias
	Recepción: Auditora
	Análisis: Comité de garantía de la calidad
<b>FORMULA DEL INDICADOR</b>	Número de pacientes clasificador por Triage/numero de ingresos a la urgencias * 100
<b>RESULTADO</b>	Paciente al que se le atiende por prioridad según clasificación triage.
<b>META DEL INDICADOR</b>	95%
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	Numerador: Se obtendrá de la sumatoria total de pacientes a los que se les realiza clasificación según criterios del triage durante el periodo estudiado.
	Denominador: Se obtendrá del Número total de pacientes ingresados a la sala de reanimación en el periodo estudiado.

**Tabla 4. Ficha del Indicador. Porcentaje de clasificación de triage.**

	CODIGO DEL INDICADOR: URG – ACU03
	NOMBRE DEL INDICADOR: Oportunidad en la atención de urgencias.
	APROBADO POR: Comité de Garantía de la Calidad
	FECHA: Agosto 2011
<b>ATRIBUTO:</b>	Eficacia en la realización del procedimiento
<b>FUENTE DE LA INFORMACION</b>	Historia Clínica
<b>RESPONSABLE</b>	Reporte: Enfermera Jefe de urgencias
	Recepción: Auditora
	Análisis: Comité de garantía de la calidad
<b>FORMULA DEL INDICADOR</b>	Sumatoria total del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico/ Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias.
<b>RESULTADO</b>	Paciente al que se le presta servicio inmediato según clasificación triage.
<b>META DEL INDICADOR</b>	Entre 5 y 15 minutos.
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	Numerador: Se obtendrá de la sumatoria total del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico

**Tabla 5. Ficha del Indicador. Oportunidad en la atención de urgencias.**

	CODIGO DEL INDICADOR: URG – EOU04
	NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de ingreso a sala de observación
	APROBADO POR: Comité de Garantía de la Calidad
	FECHA: Agosto 2011
ATRIBUTO:	Eficacia en la realización del procedimiento
FUENTE DE LA INFORMACION	Historia Clínica
RESPONSABLE	Reporte: Enfermera Jefe de urgencias
	Recepción: Auditora
	Análisis: Comité de garantía de la calidad
FORMULA DEL INDICADOR	$\text{N}^{\circ} \text{ total de Egresos de Observación} / \text{N}^{\circ} \text{ ingresos totales a observación} * 100$
RESULTADO	Pacient
META DEL INDICADOR	50%
FUENTE DE LOS DATOS	Numerador: Se obtendrá de la sumatoria total de egresos de la sala de observación.
	Denominador: Se obtendrá del número total de ingresos a sala de observación.

**Tabla 6. Ficha del Indicador. Tasa de Ingreso a sala de observación.**

	CODIGO DEL INDICADOR: URG – EOU05
	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de referencia a otro nivel.
	APROBADO POR: Comité de Garantía de la Calidad
	FECHA: Agosto 2011
ATRIBUTO:	Eficacia en la realización del procedimiento
FUENTE DE LA INFORMACION	Historia Clínica
RESPONSABLE	Reporte: Enfermera Jefe de urgencias
	Recepción: Auditora
	Análisis: Comité de garantía de la calidad
FORMULA DEL INDICADOR	$\text{N}^{\circ}$ de remisiones a otro nivel/ $\text{N}^{\circ}$ total de egresos por urgencias *100
RESULTADO	Referencias oportunas
META DEL INDICADOR	10%
FUENTE DE LOS DATOS	Numerador: Se obtendrá de la sumatoria total de referencias a otro nivel en el periodo.
	Denominador: Se obtendrá del número total de egresos por urgencias.

**Tabla 7. Ficha del Indicador. Porcentaje de Remisiones a otro nivel de atención.**

	CODIGO DEL INDICADOR: URG – EOU06
	NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias.
	APROBADO POR: Comité de Garantía de la Calidad
	FECHA: Agosto 2011
ATRIBUTO:	Eficacia en la realización del procedimiento
FUENTE DE LA INFORMACION	Historia Clínica
RESPONSABLE	Reporte: Enfermera Jefe de urgencias
	Recepción: Auditora
	Análisis: Comité de garantía de la calidad
FORMULA DEL INDICADOR	$N^{\circ}$ de pacientes que fallecen en el servicio/ $N^{\circ}$ total de egresos del servicio*100
RESULTADO	Atención inmediata del usuario.
META DEL INDICADOR	5%
FUENTE DE LOS DATOS	Numerador: Se obtendrá de la sumatoria total de pacientes que fallecen luego del ingreso a la sala de urgencias
	Denominador: Se obtendrá del número total de egresos del servicio de urgencias en el periodo.

**Tabla 8. Ficha del Indicador. Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias.**

	CODIGO DEL INDICADOR: URG – EDOU07
	NOMBRE DEL INDICADOR: Oportunidad en la atención en sala de observación.
	APROBADO POR: Comité de Garantía de la Calidad
	FECHA: Agosto 2011
ATRIBUTO:	Eficacia en la realización del procedimiento
FUENTE DE LA INFORMACION	Historia Clínica
RESPONSABLE	Reporte: Enfermera Jefe de urgencias
	Recepción: Auditora
	Análisis: Comité de garantía de la calidad
FORMULA DEL INDICADOR	Sumatoria total del tiempo en minutos de estancia en la observación en el periodo/ N° de pacientes en observación en el periodo
RESULTADO	Atención oportuna del usuario.
META DEL INDICADOR	
FUENTE DE LOS DATOS	Numerador: Se obtendrá de la sumatoria total de pacientes que fallecen luego del ingreso a la sala de urgencias
	Denominador: Se obtendrá del número total de egresos del servicio de urgencias en el periodo.

**Tabla 9. Ficha del Indicador. Oportunidad en la atención en sala de observación.**

	<b>CODIGO DEL INDICADOR:</b> URG – TRPUH08
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Porcentajes de Pacientes Hospitalizados.
	<b>APROBADO POR:</b> Comité de Garantía de la Calidad
	<b>FECHA:</b> Agosto 2011
<b>ATRIBUTO:</b>	Eficacia en la realización del procedimiento
<b>FUENTE DE LA INFORMACION</b>	Historia Clínica
<b>RESPONSABLE</b>	<b>Reporte:</b> Enfermera Jefe de urgencias
	<b>Recepción:</b> Auditora
	<b>Análisis:</b> Comité de garantía de la calidad
<b>FORMULA DEL INDICADOR</b>	Número de pacientes hospitalizados por el servicio de urgencias / N° total de pacientes que ingresaron por urgencias
<b>RESULTADO</b>	Atención oportuna del usuario.
<b>META DEL INDICADOR</b>	50%
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>Numerador:</b> Se obtendrá del número total de pacientes que ingresan a hospitalización a través del servicio de urgencia en el período en estudio.
	<b>Denominador:</b> Se obtendrá del número total de pacientes que ingresan a la urgencia.

**Tabla 10. Ficha del Indicador. Porcentaje de pacientes Hospitalizados.**

	<b>CODIGO DEL INDICADOR:</b> URG – TRPUC09
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Porcentajes de Pacientes que Ingresan a cirugía a través del servicio urgencias.
	<b>APROBADO POR:</b> Comité de Garantía de la Calidad
	<b>FECHA:</b> Agosto 2011
<b>ATRIBUTO:</b>	Eficacia en la realización del procedimiento
<b>FUENTE DE LA INFORMACION</b>	Historia Clínica
<b>RESPONSABLE</b>	<b>Reporte:</b> Enfermera Jefe de urgencias
	<b>Recepción:</b> Auditora
	<b>Análisis:</b> Comité de garantía de la calidad
<b>FORMULA DEL INDICADOR</b>	Número total de Pacientes que ingresaron a cirugía por urgencias/ Número total de ingresos por urgencias
<b>RESULTADO</b>	Atención oportuna del usuario.
<b>META DEL INDICADOR</b>	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>Numerador:</b> Se obtendrá del número total de pacientes que ingresan a cirugía a través del servicio de urgencia en el período en estudio.
	<b>Denominador:</b> Se obtendrá del número total de pacientes que ingresan a la urgencia.

**Tabla 11. Ficha del Indicador. Comité de Garantía de la Calidad.**

	<b>CODIGO DEL INDICADOR:</b> URG-INTER10-01
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Número total de pacientes, atendido por especialidad.
	<b>APROBADO POR:</b> Comité de Garantía de la Calidad
	<b>FECHA:</b> Agosto 2011
<b>ATRIBUTO:</b>	Eficacia en la realización del procedimiento
<b>FUENTE DE LA INFORMACION</b>	Historia Clínica
<b>RESPONSABLE</b>	<b>Reporte:</b> Enfermera Jefe de urgencias
	<b>Recepción:</b> Auditora
	<b>Análisis:</b> Comité de garantía de la calidad
<b>FORMULA DEL INDICADOR</b>	Sumatoria total de pacientes atendidos por especialista
<b>RESULTADO</b>	Atención oportuna del usuario.
<b>META DEL INDICADOR</b>	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	Sumatoria total de pacientes atendidos por especialista

**Tabla 12. Ficha del Indicador. Número total de pacientes, atendido por especialidad.**

	<b>CODIGO DEL INDICADOR:</b> URG-INTER10-02
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Oportunidad en la atención de urgencias por Especialista.
	<b>APROBADO POR:</b> Comité de Garantía de la Calidad
	<b>FECHA:</b> Agosto 2011
<b>ATRIBUTO:</b>	Eficacia en la realización del procedimiento
<b>FUENTE DE LA INFORMACION</b>	Historia Clínica
<b>RESPONSABLE</b>	<b>Reporte:</b> Enfermera Jefe de urgencias
	<b>Recepción:</b> Auditora
	<b>Análisis:</b> Comité de garantía de la calidad
<b>FORMULA DEL INDICADOR</b>	Sumatoria total de los minutos transcurridos desde que el médico de la urgencia hace la solicitud y la realización de la interconsulta por el especialista/número total de pacientes atendidos en la urgencia por especialista
<b>RESULTADO</b>	Atención oportuna del usuario.
<b>META DEL INDICADOR</b>	5 minutos.
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>Numerador:</b> Sumatoria total de los minutos transcurridos desde que el médico de la urgencia hace la solicitud y la realización de la interconsulta por el especialista.
	<b>Denominador:</b> Sumatoria total de pacientes atendidos en la urgencia por especialista

**Tabla 13. Ficha del Indicador. Oportunidad en la atención de urgencias por Especialista.**

## 5. CONCLUSIONES

Un enfoque orientado hacia los procesos y basados en ellos permite una rápida y sencilla identificación de los problemas; así como la rápida resolución de los mismos, teniendo en cuenta desde donde se originó la falla y quien (es) es (son) el (los) responsable(s); lo que repercute positivamente en todos los aspectos de la institución y su capacidad para adaptarse a un mercado más exigente y competitivo.

Un sistema por proceso es más fácil de implementar y más económico de mantener en correcto funcionamiento, involucrando el capital humano que posee la empresa, ya que son parte importante en la ejecución de las actividades, evaluación de los procesos y generación de la información para dicha evaluación, haciendo más sencillo cambiar o mejorar partes de ellos, sin que se vean afectados en su totalidad.

Lo anterior conlleva a la consecución de la eficiencia, la eficacia y en general la calidad en las empresas productoras de bienes y servicios.

El establecer manuales de proceso, dentro de las empresas, es de gran utilidad durante el desarrollo de la documentación de los sistemas de gestión, pues, proveen una descripción de los procesos y detalles de las actividades que contribuye resolver la resistencia en el personal que labora en estas instituciones a emplear los documentos como referentes para el desempeño de las tareas.

Además dentro de este sistema, establecer flujogramas para cada uno de los procesos permite indicar el flujo de todo el trabajo mostrando las interrelaciones entre los diferentes departamentos, secciones y personas.

Mediante el levantamiento de procesos, implementación y aplicación de éstos en las empresas, permite alcanzar altos estándares de calidad, pero para llegar a ello, se necesita hacer seguimiento y evaluar lo que solo se consigue con la elaboración de indicadores que arrojen resultados que permitan la toma de decisiones o correctivos

## **6. RECOMENDACIONES**

El levantamiento de proceso consiste en aceptar un reto cada día, esto debe ser progresivo y continuo e incorporar todas las actividades que se realizan en la empresa, en todos los niveles.

La IPS Unidad de Salud Mompox, deberá desarrollar una estrategia de calidad a largo plazo, después debe asegurarse de que todo el personal comprenda la nueva etapa que acaba de iniciar, levantando los procesos de cada uno de los servicios que la IPS ofrece a los usuarios contando con la participación de cada uno de los actores.

## BIBLIOGRAFIA

<http://www.mistareas.com.ve/investigacion-explicativa.html>.

MORA MARTÍNEZ, JR. Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de enfermería en centro de salud. Revista de administración sanitaria 2002; 6 (21): 135-159.

NOGUEIRA RIVERA, D. (2002). Modelo Conceptual y herramientas de apoyo para potenciar el Control de Gestión en las Empresas Cubanas. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Técnicas. Universidad de Matanzas "Camilo Cienfuegos". Matanzas, Cuba.

RAMOS ALFONSO, Y. (2005). Gestión y mejora de procesos Hospitalarios: Gestión de Calidad y Medios diagnósticos. Tesis de diploma de Ingeniería Industrial. Universidad de Matanzas. Cuba

SESCAM (2002). La Gestión por Procesos [On line] Disponible en: <http://www.chospab.es/calidad/UCalidad/Documentos/Gestiondeprocesos.pdf>.

BELTRAN Jaime, CARMONA Miguel, CARRASCO Miguel, RIVAS Jaime, TEJEDOR Fernando. "Guía para la Gestión Basada en Procesos", Valencia, Ediciones Berekintza, (2003). "Orientación Acerca del Enfoque Basado en Procesos para los Sistemas de la Gestión de la Calidad", Documento ISO TC/176 STTG, 2001.

POSADA ARANGO, Jaime. "Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Administrativos y Asistenciales", 2004.

ASENJO Miguel A. (2000). Las claves de la gestión hospitalaria. Gestión 2000. Barcelona.

DONABEDIAN A (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor Mich.

HERNÁNDEZ NARIÑO, A. (2005). Contribución al perfeccionamiento de la gestión hospitalaria en el Hospital Militar Mario Muñoz Monroy. Tesis presentada en opción al título científico de Master en Ciencias. Universidad de Matanzas "Camilo Cienfuegos". Cuba

<http://www.sistemasdecalidad.com/general/como-hacer-un-mapa-de-procesos.html>

Pepper S. Levantamiento y descripción de los procesos. Medwave2011;11(06). doi: 10.5867/medwave.2011.06.5057

BIBLIOTECA  
GERÓNIMO OSIRIS

# ANEXOS

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 1 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	ADMISIÓN DE PACIENTES AL SERVICIO DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS ANTE LA VOZ DE ALARMA DE CÓDIGO AZUL.		IPSUSM-M-URG-AD-CA	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Dos		diciembre de 2010		Junio 2011

<b>1. JERARQUIZACION DEL PROCESO</b>		
<b>MEGAPROCESO</b>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>
PROCESO ASISTENCIAL	GESTION DE URGENCIAS	ADMISIÓN DE PACIENTES AL SERVICIO DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS ANTE LA VOZ DE ALARMA DE CÓDIGO AZUL.
<b>2.OBJETO</b>		
Detallar los pasos a seguir desde que se da la voz de alarma "código azul" hasta que el paciente se le practique los procedimientos de resucitación en la sala de reanimación de urgencias		
<b>3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACION</b>		
Se aplica a toda actividad realizada en el servicio de urgencias desde que se da la alarma que un paciente está en paro cardiorrespiratorio u otra circunstancia, por las evidencias observadas hacen presentir un inminente fallecimiento en dicho paciente, ante lo cual se corre la voz de "código azul" y se activan procesos inmediatos y sincronizados para llevar el paciente a reanimación de urgencias y salvarle la vida.		
<b>4. RESPONSABLE</b>		
Participan en el proceso los siguientes actores; vigilantes, personal de servicios generales, médicos especialista de urgencias, médicos generales de urgencias, jefes de enfermería, auxiliares de enfermería, camilleros.		
<b>5. PRODUCTO/SERVICIO ESPERADO</b>		
Ubicación en forma inmediata en sala de reanimación y realización del procedimiento de forma sincronizada, tratando al máximo de obtener resultados favorables.		

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 2 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	ADMISIÓN DE PACIENTES AL SERVICIO DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS ANTE LA VOZ DE ALARMA DE CÓDIGO AZUL.		IPSUSM-M-URG-AD-CA	<b>RESPONSABLE</b>	Urgencias Medico Coordinador Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	Dos		diciembre de 2010	Junio 2011	

## 6. DEFINICION

**CODIGO AZUL:** frase mundialmente aceptada para anunciar en un servicio de urgencias que hay un paciente en paro cardiorrespiratorio o en cualquier otra circunstancia de muerte inminente y ante lo cual se debe proceder en forma instantánea y sincronizada para salvarle la vida.

**SALA DE REANIMACION:** área dentro del servicio de urgencias exclusivamente destinada y dotada para todas las maniobras de resucitación estandarizadas que se le realizan a un paciente en paro cardio-respiratorio o cualquier otra circunstancia clínica por la cual esté en inminente posibilidad de fallece

## 7. NORMATIVIDAD

- ✚ Decreto 1043 de 2006
- ✚ Protocolos De Manejo
- ✚ Resolución 5261/1994 De Minsalud (MAPIPOS)
- ✚ Ley 1122 de 2007

## 8. INDICADORES

\* Oportunidad de la atención en sala de reanimación: Numero de reanimaciones satisfactorias/Numero de pacientes ingresados a la sala \* 100

## 9. RECURSOS

\* **Logísticos:** elementos disponibles de transporte(camillas, sillas de ruedas) sala de reanimación dotada

\* **Humanos:** funcionarios de admisiones, vigilantes, personal de oficios varios, camilleros, medico especialista, médicos generales, jefe de enfermería, auxiliares de enfermería, terapistas respiratorias

\* **Metodológicos:** libro de ingreso a sala de urgencias, libro de ingreso a sala de reanimación, historia clinica.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 3 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	ADMISIÓN DE PACIENTES AL SERVICIO DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS ANTE LA VOZ DE ALARMA DE CÓDIGO AZUL.		IPSUSM-M-URG-AD-CA	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Dos		diciembre de 2010		Junio 2011

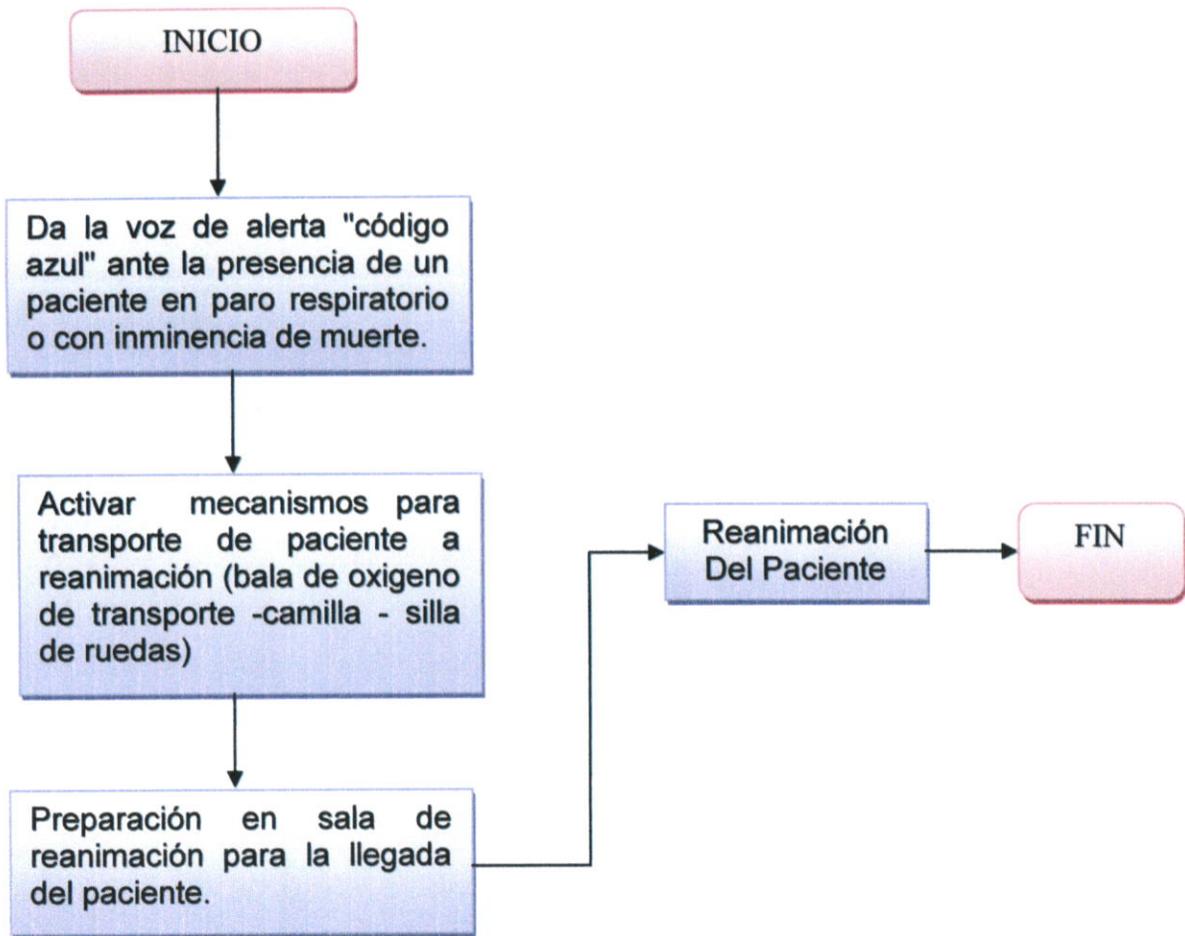
<b>10. DETALLE DE ACTIVIDADES</b>							
N.	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO	
1.	Da la voz de alerta "código azul" ante la presencia de un paciente en paro respiratorio o con inminencia de muerte.	Vigilante, Medico De Urgencias, Medico Especialista, Auxiliar De Enfermería, Enfermera Jefe	En el instante que detecten un paciente en paro respiratorio o con inminencia de muerte.	Servicios Urgencias	De	Para iniciar la sincronización de las acciones a fin de llevar al paciente a reanimación evitando perder tiempo.	Mediante la observación directa del paciente crítico y expresando en forma clara y enérgica la frase "código azul".
2.	Activar mecanismos para transporte de paciente a reanimación (bala de oxígeno de transporte -camilla - silla de ruedas)	Auxiliar De Enfermería, Camillero.	Simultáneamente a la orden código azul.	Servicios Urgencias	De	Para garantizar el traslado del paciente a reanimación lo más ágil y seguramente posible.	Sincronizando con el personal presente, el acercamiento de medios de transporte (silla de ruedas, camilla, oxígeno de transporte). Siguiendo protocolos para extremar cuidados a la movilización del paciente.
3.	Preparación en sala de reanimación para la llegada del paciente.	Auxiliar De Enfermería - Enfermera Jefe.	Simultáneamente a la orden código azul	Sala Reanimación Urgencias.	De De	Para tener todo preparado e iniciar procedimientos de reanimación tan pronto ingrese el paciente al área de reanimación.	Alistar fuentes y elementos para el suministro de oxígeno - alistar electrodos - laringoscopio - tubos endotraqueales - medicamentos del carro de paro. se debe realizar en perfecta sincronización con todo el equipo médico y paramédico.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 4 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	ADMISIÓN DE PACIENTES AL SERVICIO DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS ANTE LA VOZ DE ALARMA DE CÓDIGO AZUL.		IPSUSM-M-URG-AD-CA	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
Dos		diciembre de 2010		Junio 2011	

<b>10. DETALLE DE ACTIVIDADES</b>						
N.	QUE	QUIEN	CUANDO I	DONDE	PARA QUE	COMO
4.	Reanimación Del Paciente	Solo un médico general en forma sucesiva va dando las órdenes, cuando llegue el especialista este asume las órdenes, entre tanto las dan con jerarquía sucesiva así: md general, jefe de enfermería, auxiliar de enfermería.	Inmediatamente al llegar el paciente a reanimación.	Sala De Reanimación	Iniciar la estabilización del paciente.	Siguiendo el protocolo de reanimación.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 5 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	ADMISIÓN DE PACIENTES AL SERVICIO DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS ANTE LA VOZ DE ALARMA DE CÓDIGO AZUL.		IPSUSM-M-URG-AD-CA	<b>RESPONSABLE</b>	Urgencias Medico Coordinador Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	Dos		diciembre de 2010	Junio 2011	

**11 FLUJOGRAMA**



 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 6 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	ADMISIÓN DE PACIENTES AL SERVICIO DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS ANTE LA VOZ DE ALARMA DE CÓDIGO AZUL.		IPSUSM-M-URG-AD-CA	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Dos		diciembre de 2010		Junio 2011

<b>11 APROBACIÓN</b>				
	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>	Dr. MARIA ANTONIA GONZALEZ AMADOR	CONTRATISTA	DICIEMBRE 2010	
<b>VALIDÓ</b>	FERNANDO AMARIZ HERNANDEZ	COORDINADOR DE URGENCIAS	DICIEMBRE 2010	
<b>APROBÓ</b>	YOLANDA MARIA PEÑA CAMARGO	GERENTE	DICIEMBRE 2010	

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 1 de 9	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS		IPSUSM-M-URG-ACU	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	Dos		DICIEMBRE 2010	Diciembre de 2011	

<b>1. JERARQUIZACION DEL PROCESO</b>		
<b>MEGAPROCESO</b>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>
PROCESO ASISTENCIAL	GESTION DE URGENCIAS	ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS
<b>2.OBJETO</b>		
<p>Atender a los usuarios de acuerdo a la clasificación del triage, elaborar historia clínica correspondiente y definir conductas para lograr una atención oportuna y de alta calidad en el servicio de urgencias</p>		
<b>3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACION</b>		
<p>Se aplica a toda actividad relacionada con la atención en el consultorio de urgencias.</p>		
<b>4. RESPONSABLE</b>		
<p>Participan en este proceso médico general, personal de enfermería, los servicios de apoyo diagnostico, Camilleros, Vigilantes, Auxiliares de facturación.</p>		
<b>5. PRODUCTO/SERVICIO ESPERADO</b>		
<p>Paciente Hospitalizado</p> <p>Paciente En Observación</p> <p>Paciente Ambulatorio</p>		

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 2 de 9	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS		IPSUSM-M-URG-ACU	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Dos		DICIEMBRE 2010		Diciembre de 2011

## 6. DEFINICION

**TRIAGE:** Es la clasificación de la gravedad del paciente.

**TRIAGE I: URGENCIA VITAL ATENCION INMEDIATA.** Este paciente es el que se traslada inmediatamente a sala de reanimación o de procedimientos.

**TRIAGE II: ATENCION DURANTE LA PRIMERA MEDIA HORA DE HABER LLEGADO A URGENCIAS.** Este paciente es al que se le establece un turno de espera pero resaltando la prioridad de la atención.

**TRIAGE III: URGENCIA NO VITAL.** Establecer turno correspondiente y direccionar al paciente a sala de espera de consulta de urgencias.

**TRIAGE IV:** Se direcciona al paciente a consulta prioritaria o consulta externa.

**HOSPITALIZACIÓN:** Requerimiento por el cual el paciente debe ingresar y/o ocupar una cama para tratamiento intrahospitalario

**OBSERVACIÓN:** Requerimiento por el cual el paciente requiere pruebas complementarias o vigilancia mientras se define la conducta.

## 7. NORMATIVIDAD

- \* Protocolos De Manejo
- \* Resolución 5261/1994 De Minsalud (MAPIPOS)
- \* Ley 100 De 1993
- \* Resolución 1995 De 1999 (Normatividad Sobre La Historia Clínica)
- \* Decreto 1043 De 2006
- \* Ley 1122 de 2007

## 8. INDICADORES

- % clasificación de triage: Numero de pacientes clasificador por triage/numero de ingresos a la urgencias \* 100
- OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE URGENCIAS CIRCULAR 030

## 9. RECURSOS



Unidad de Salud Mompós

**PROCEDIMIENTO**

**PÁGINA**

Página 3 de 9

**IDENTIFICACIÓN**

**CÓDIGO**

**ÁREA**

Urgencias

ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS

IPSUSM-M-URG-  
ACU

**RESPONSABLE**

Medico Coordinador De  
Urgencias

**VERSIÓN**

**FECHA EMISIÓN**

**FECHA PRÓXIMA REVISIÓN**

Dos

DICIEMBRE 2010

Diciembre de 2011

\* **Logísticos:** Equipos de cómputo, línea abierta telefónica, software, datación del consultorio de acuerdo a la resolución 1043 de 2006.

\* **Humanos:** Personal medico, de enfermería, ayudas diagnosticas, auxiliares administrativos y servicios generales.

\* **Metodológicos:** formatos de Historia clínica de urgencias, libro de ingreso de urgencias, Base de datos y paginas Web de las EPS.

**10. DETALLE DE ACTIVIDADES**

N.	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO
1.	Admisión en la unidad de urgencias	Auxiliar enfermería	de Inmediatamente a la llegada del paciente.	Urgencias	Inicio de la atención del usuario mediante la toma de las constantes vitales y valoración por enfermería.	Diligenciar formato de atención inicial de urgencias con todos los datos de identificación, registro de signos vitales, para su clasificación de Triade .
2.	Presencia de un paciente con clasificación de triage I	Médico Urgencias	De Inmediatamente al examinar al paciente con triage I	Urgencias	Para no perder instantes vitales que pueden poner en riesgo la vida del paciente	Cumpliendo Guías De Manejo Urgencias
3.	Completar la estabilización inicial del paciente con triage I ubicándolo en área de reanimación o área de procedimientos de enfermería.	Médico Urgencias	De Inmediatamente al examinar al paciente con triage I	Urgencias	Para consolidar el tratamiento inicial del paciente	Cumpliendo Guías De Manejo Urgencias



Unidad de Salud Mompós

<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 4 de 9
<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	Urgencias
ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS		IPSUSM-M-URG-ACU	<b>RESPONSABLE</b> Medico Coordinador De Urgencias
<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
Dos		DICIEMBRE 2010	Diciembre de 2011

4.	Consignar en la historia clínica la anamnesis, el examen físico. registre los diagnósticos, las órdenes médicas, y solicitud de paraclínicos registre el procedimiento en la hoja de ruta.	Médico Urgencias	De	Inmediatamente al estabilizar el paciente	Urgencias	Para cumplir con la normatividad sobre registro de historias clínicas (Resolución 1995 De 1998)	Cumpliendo guías de manejo urgencias
5.	Indicar según el caso necesidad de para clínicos y direccionar al acompañante a las dependencias correspondientes indicando que al obtener los resultados se revisarán nuevamente con el paciente	Médico Urgencias	De	Cada vez que se requiera solicitar paraclínicos a un paciente	Urgencias	Para documentar según se requiera con más precisión el estado clínico de un paciente	Cumpliendo Guías De Manejo Urgencias
6.	Dirigirse con el paciente a practicarle paraclínicos, e iniciar ordenes médicas explicar procedimiento a realizar	Jefe de Enfermería y/o Auxiliar De Enfermería	De	Cuando se soliciten paraclínicos.	Dependencias De Apoyo (Laboratorio, Rx)	Para seguir con el proceso de atención y obtener los resultados de los paraclínicos.	Según normas de los servicios de apoyo (rx. laboratorio).
7.	Recibir de los resultados de los paraclínicos, y presénteselos al medico para evaluar los reportes y revalorar al paciente.	Auxiliar De Enfermería/Camiller o	De	Al Recibir Los Resultados De Los Paraclínicos	Urgencias	Para seguir el proceso de atención y buscar que se le defina la conducta a seguir	Dirigirse a las dependencias de apoyo diagnostico para verificar que estén listos los exámenes paraclínicos. a la hora señalada



Unidad de Salud Mompós

<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 5 de 9
<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>
ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS		IPSUSM-M-URG-ACU	<b>RESPONSABLE</b>
<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
Dos		DICIEMBRE 2010	
		Dicembre de 2011	

8.	Analizar los paraclínicos, revalore el paciente. si se decide interconsulta ,hospitalización, remisión, cirugía, siga los pasos 4 y 5. si se decide manejo ambulatorio se elabora formula, indicación de cuidados en casa, signos de alarma, controles a seguir	Médico Urgencias	De	Cada vez que se analicen resultados paraclínicos	Urgencias	Para concluir el proceso de atención en consultorio	Cumpliendo Guías De Manejo Urgencias
9.	Analizar la posibilidad de interconsulta con especialista.	Médico Urgencias	De	Una vez analizado el caso del paciente	Urgencias	Para continuar con el manejo integral del paciente.	Proceso de interconsulta.
10.	Dar cumplimiento a las órdenes médicas y según ellas ubique el paciente en reanimación, cirugía, observación o traslado a piso.	Jefe de enfermería de urgencias o auxiliar enfermería.	De	Inmediatamente se registren las órdenes médicas	Urgencias	Para dar cumplimiento a las órdenes médicas y seguir con el proceso de hospitalización del paciente	Cumpliendo Guías De Manejo Urgencias
11.	Presencia de un paciente con clasificación de triage II	Médico Urgencias	De	Al examinar al paciente con triage II	Urgencias	Para dar cumplimiento a la norma que un paciente con triage ii debe ser atendido durante la primera media hora de su llegada.	Cumpliendo Guías De Manejo Urgencias
12.	Ubicar al paciente en uno de los consultorios para la atención inicial de urgencias.	Médico Urgencias	De	Al examinar al paciente con triage II	Urgencias	Para dar seguimiento a la atención de un paciente con triage II	Cumpliendo Guías De Manejo Urgencias
13.	Continuar con el diligenciamiento de la Historia Clínica.	Médico Urgencias	De	Al terminar la evaluación del paciente	Urgencias	Para garantizar mediante manejo hospitalario la recuperación del paciente	Cumpliendo guías de manejo urgencias

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 6 de 9	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS		IPSUSM-M-URG-ACU	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	Dos		DICIEMBRE 2010	Diciembre de 2011	

14.	A continuación se realizan los mismos pasos del punto 4 y 5.	Médico Urgencias	De	Cada vez que se requiera solicitar paraclínicos a un paciente	Urgencias	Para documentar según se requiera con más precisión el estado clínico de un paciente	Cumpliendo guías de manejo urgencias
15.	A continuación se realizan los mismos pasos del punto 6	Auxiliar Enfermería	De	Cuando le soliciten paraclínicos	Dependencias De Apoyo (Laboratorio, Rx)	Para seguir con el proceso de atención y obtener los resultados de los paraclínicos.	Según normas de los servicios de apoyo (rx. laboratorio).
16.	A continuación se realizan los mismos pasos del punto 7	Auxiliar Enfermería/Camillero	De	Al recibir los resultados de los paraclínicos	Urgencias	Para seguir el proceso de atención y buscar que se le defina la conducta a seguir	Dirigirse a las dependencias de apoyo a reclamar exámenes paraclínicos. a la hora señalada
17.	A continuación se realizan los mismos pasos del punto 8 y 9.	Médico Urgencias	De	Cada vez que se analicen resultados paraclínicos	Urgencias	Para concluir el proceso de atención en consultorio	Cumpliendo guías de manejo urgencias
18.	Valorar paciente que tenga clasificación triage III O IV	Médico urgencias	de	Cada vez que se atienda un paciente con TRIAGE III O IV	Urgencias	Para decidir la conducta en un paciente clasificado como TRIAGE III O IV	Cumpliendo guías de manejo urgencias
19.	Ubicar al paciente en uno de los consultorios para la atención inicial de urgencias.	Médico urgencias	de	Al examinar al paciente con triage II	Urgencias	Para dar seguimiento a la atención de un paciente con triage II	Cumpliendo guías de manejo urgencias
20.	Si decide solicitar paraclínicos siga pasos 8 al 9. si decide manejo ambulatorio siga paso 8.	Médico Urgencias	De	Cada vez que se atienda un paciente con triage iii o iv	Urgencias	Para decidir la conducta en un paciente clasificado con triage iii o iv	Cumpliendo guías de manejo urgencias



Unidad de Salud Mompós

**PROCEDIMIENTO**

**PÁGINA**

Página 7 de 9

**IDENTIFICACIÓN**

**CÓDIGO**

**ÁREA**

Urgencias

ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS

IPSUSM-M-URG-ACU

**RESPONSABLE**

Medico Coordinador De Urgencias

**VERSIÓN**

**FECHA EMISIÓN**

**FECHA PRÓXIMA REVISIÓN**

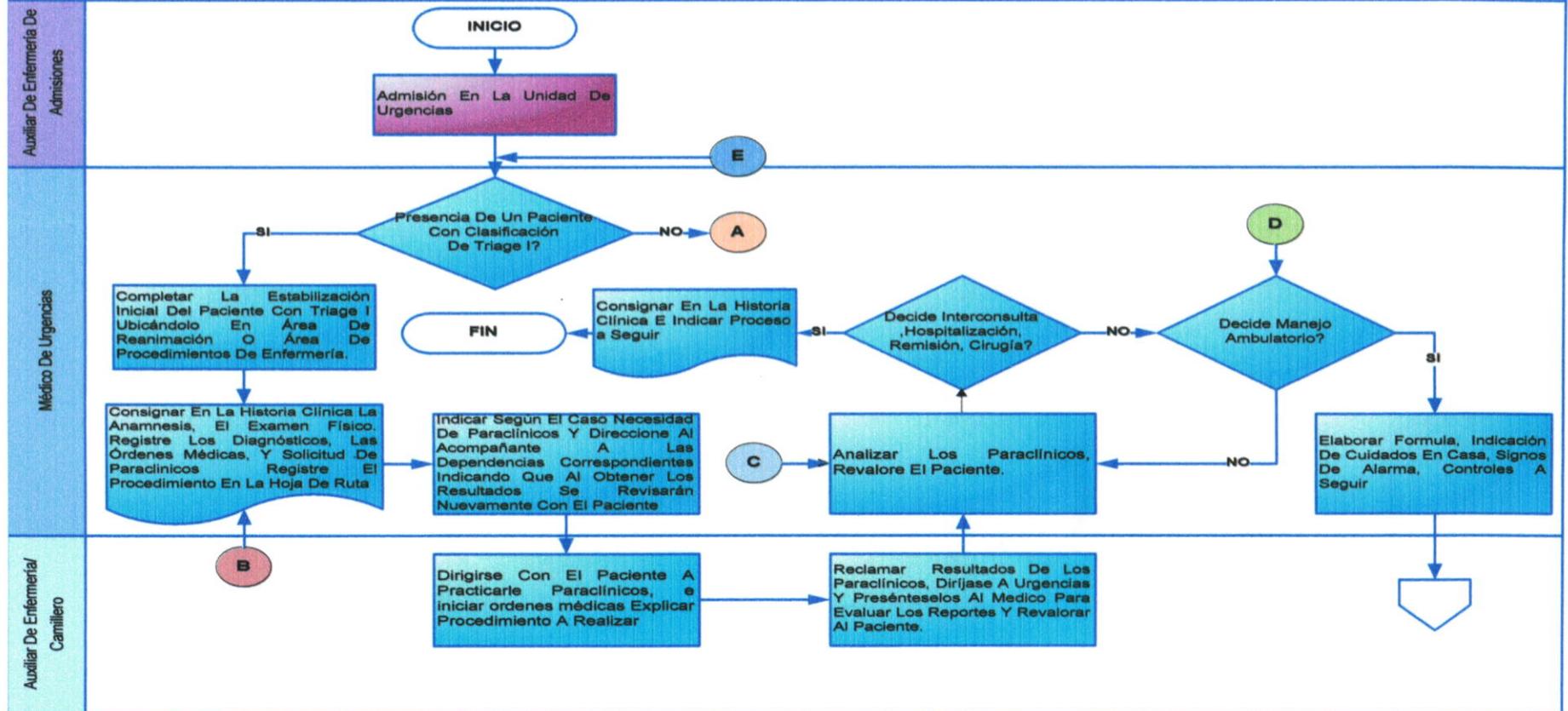
Dos

DICIEMBRE 2010

Diciembre de 2011

**11 FLUJOGRAMA**

ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS





Unidad de Salud Mompós

PROCEDIMIENTO

PÁGINA

Página 8 de 9

IDENTIFICACIÓN

CÓDIGO

ÁREA

Urgencias

ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS

IPSUSM-M-URG-ACU

RESPONSABLE

Medico Coordinador De Urgencias

VERSIÓN

FECHA EMISIÓN

FECHA PRÓXIMA REVISIÓN

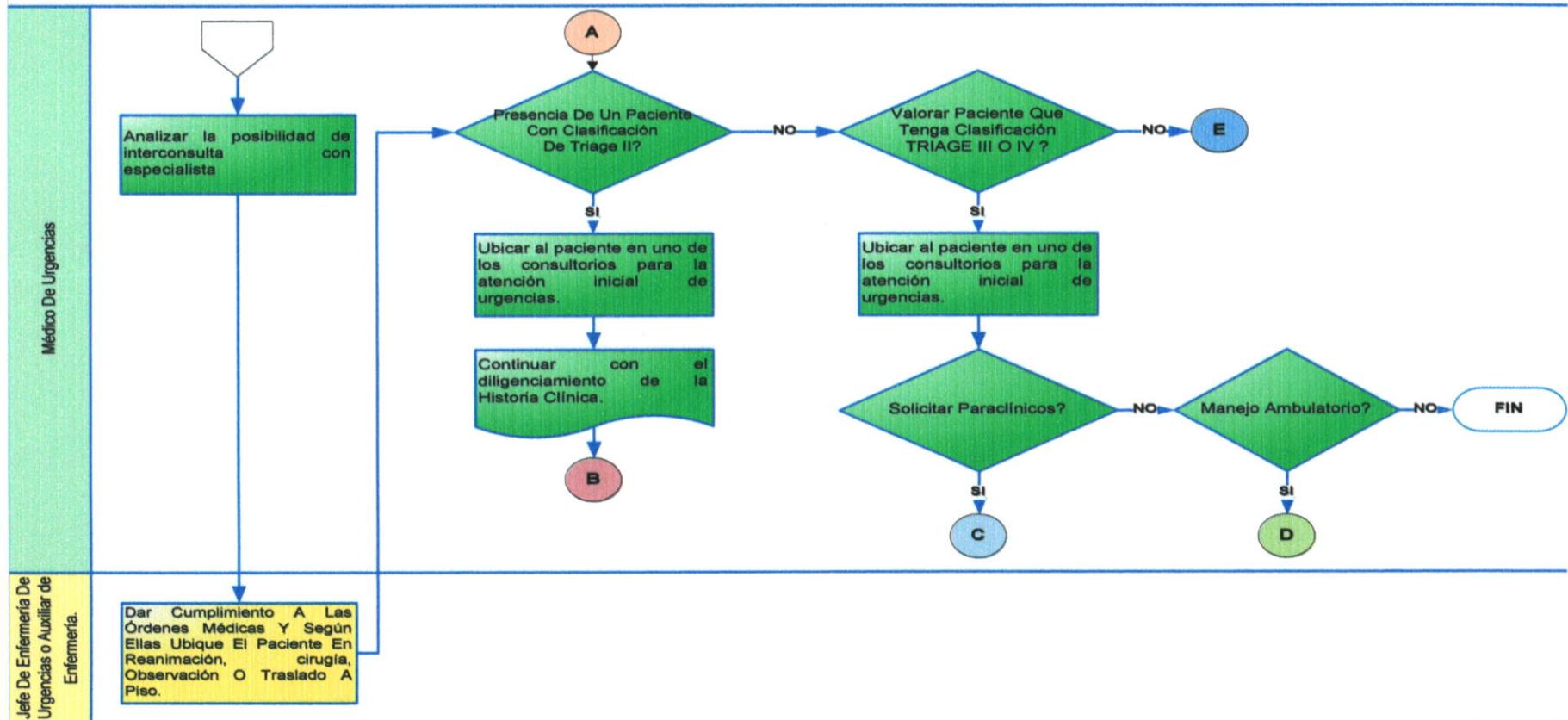
Dos

DICIEMBRE 2010

Diciembre de 2011

### 11 FLUJOGRAMA

#### ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS



 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 9 de 9	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE URGENCIAS		IPSUSM-M-URG- ACU	<b>RESPONSABLE</b>	Urgencias  Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Dos		DICIEMBRE 2010		Diciembre de 2011

<b>12 APROBACIÓN</b>				
	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>	MARIA A. GONZALEZ AMADOR	CONTRATISTA	DICIEMBRE 2010	
<b>VALIDÓ</b>	FERNANDO AMARIS HERNANDEZ	COORDINADOR DE URGENCIAS	DICIEMBRE 2010	
<b>APROBÓ</b>	YOLANDA PEÑA CAMARGO	GERENTE	DICIEMBRE 2010	

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 1 de 5	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR MEJORÍA		IPSUSM-M-URG-EG-OB	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Dos		DICIEMBRE 2010		Diciembre 2011

<b>1. JERARQUIZACION DEL PROCESO</b>		
<b>MEGAPROCESO</b>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>
PROCESO ASISTENCIAL	GESTION DE URGENCIAS	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR MEJORÍA
<b>2.OBJETO</b>		
Formalizar los procedimientos a seguir para el adecuado egreso por mejoría del paciente que se encuentra en observación de urgencias.		
<b>3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACION</b>		
Se aplica a toda actividad relacionada con el egreso por mejoría del paciente que se encuentra en observación de urgencias. intervienen en este proceso: medico de turno del área de urgencias, enfermeras jefes, auxiliares de enfermería, usuarios, funcionarios de facturación y liquidador		
<b>4. RESPONSABLE</b>		
Participan en este proceso medico de turno del área de urgencias, enfermeras jefes, auxiliares de enfermería, usuarios, funcionarios de facturación. y liquidador		
<b>5. PRODUCTO/SERVICIO ESPERADO</b>		
Egreso del paciente por mejoría		
<b>6. DEFINICION</b>		
<p><b>EGRESO POR MEJORÍA:</b> incluye a los pacientes que se les da orden de salida con destino a su domicilio.</p> <p><b>COPAGO:</b> liquidación en dinero de lo que el familiar debe cancelar al egreso del paciente con destino a la eps por concepto del porcentaje de ley teniendo en cuenta el monto total de la factura de los servicios prestados y la clasificación según ingreso base de cotización.</p>		

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 2 de 5	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR MEJORÍA		IPSUSM-M-URG-EG-OB	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Dos		DICIEMBRE 2010		Diciembre 2011

## 7. NORMATIVIDAD

- \* Protocolos De Manejo Adoptados por la EPS
- \* Resolución 5261/1994 De Minsalud (MAPIPOS)
- \* Ley 1122 De 2006
- \* Resolución 1995 De 1999 (Normatividad Sobre La Historia Clínica)

## 8. INDICADORES

Tasa de ingreso a sala de observación:  $N^{\circ}$  De Egresos de Observación /  $N^{\circ}$  ingresos totales a observación\*100

## 9. RECURSOS

- \* **Tecnológicos:** Equipos De Cómputo (Facturación).
- \* **Logísticos:** Papelería ( Formato De Epicrisis, Formato De Evolución Historia Clínica, Formato De Boleta De Salida)
- \* **Humanos:** Personal asistencial y de facturación
- \* **Metodológicos:** Seguir Instructivos Para Diligenciar Epicrisis - COPAGOS - Facturación - Boleta De Salida

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 3 de 5	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR MEJORÍA		IPSUSM-M-URG-EG-OB	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Dos		DICIEMBRE 2010		Diciembre 2011

### 10. DETALLE DE ACTIVIDADES

N.	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO
1.	Determinar la salida del paciente	Medico de turno en salas de observación de urgencias	Cuando se de la orden de salida por parte del medico tratante.	Servicios De Observación	Dar por finalizada la atención al superar factores de riesgo e indicar pautas para manejo ambulatorio.	Se informa a la familia por parte del médico y/o de la enfermera jefe
2.	Efectuar la correspondiente Epicrisis, formulación y recomendaciones pertinentes.	Médico de turno en salas de observación de urgencias.	Inmediatamente cuando se da la orden de salida.	Servicios De Observación	Para formalizar el proceso de egreso y dar toda la información pertinente y mediante la contrarreferencia inducir los controles y la entrega de medicamento.	Se registra en la evolución la orden de salida, se llena formato de Epicrisis y fórmulas si es el caso. se indica a la familia que la historia clínica va a ser llevada a facturación.
3.	Facturación y determinación del monto del copago	Facturador	Cuando la historia clínica sea entregada en el servicio de facturación	Servicio de facturación	Para dar cumplimiento con el proceso de facturación.	El Facturador elabora la correspondiente factura determina el monto del copago hace entrega de la documentación a los familiares y les indica el valor a cancelar.
4.	Cancelación Del COPAGO	Familia	Al obtener el recibo del COPAGO	Punto de caja de recibo de COPAGO	Para dar cumplimiento a los requerimientos legales.	Familia cancela El COPAGO y el funcionario expide un recibo
5.	Autorización de retiro del paciente del servicio	Enfermera Jefe	Egreso del paciente	Servicios De Observación De Urgencias	Darle de alta del paciente	Verifica que la documentación esté completa se hace un último registro de la situación del paciente al salir con las indicaciones finales (fórmulas, paraclínicos pendientes, citas de control) se verifica la cancelación del COPAGO.



Unidad de Salud Mompós

**PROCEDIMIENTO**

**PÁGINA**

Página 4 de 5

**IDENTIFICACIÓN**

**CÓDIGO**

**ÁREA**

Urgencias

EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR MEJORÍA

IPSUSM-M-URG-EG-OB

**RESPONSABLE**

Medico Coordinador De Urgencias

**VERSIÓN**

Dos

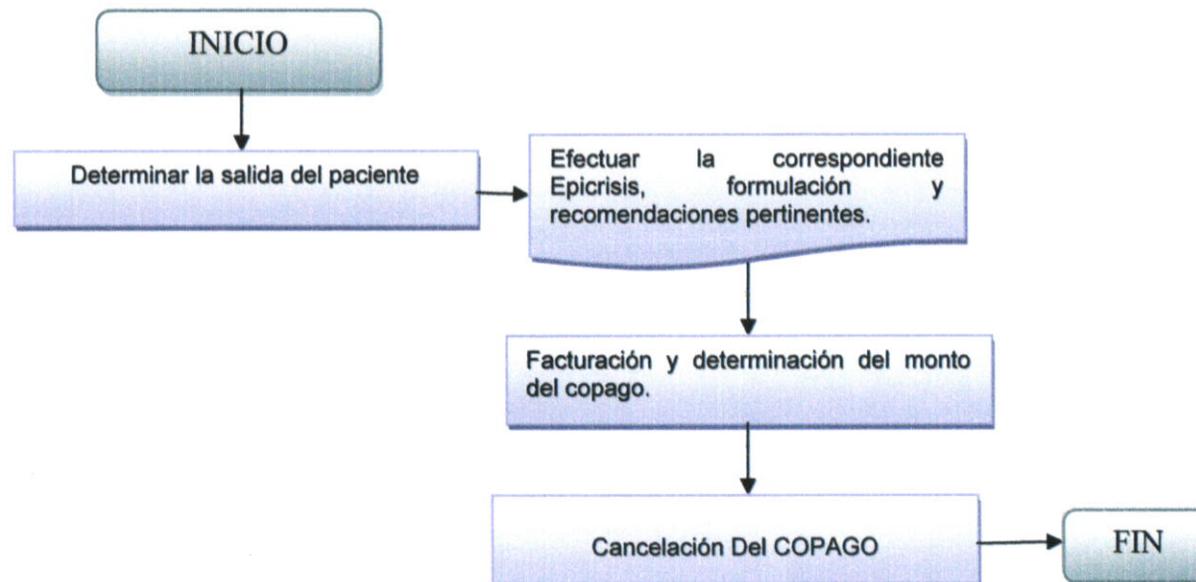
**FECHA EMISIÓN**

DICIEMBRE 2010

**FECHA PRÓXIMA REVISIÓN**

Diciembre 2011

**11 FLUJOGRAMA**



 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 5 de 5	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR MEJORÍA		IPSUSM-M-URG-EG-OB	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Dos		DICIEMBRE 2010		Diciembre 2011

## 12 APROBACIÓN

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
<b>ELABORÓ</b>	MARIA A. GONZALEZ A.	CONTRATISTA	DICIEMBRE 2010	
<b>VALIDÓ</b>	FERNANDO AMARIS HERNANDEZ	COORD. DE URGENCIAS	DICIEMBRE 2010	
<b>APROBÓ</b>	YOLANDA MARIA PEÑA CAMARGO	GERENTE	DICIEMBRE 2010	

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 1 de 7	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR REMISIÓN.		IPSUSM-M-URG-EG-PR	<b>RESPONSABLE</b>	MEDICO COORDINADOR DE URGENCIAS
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Uno		Diciembre 2010		Junio 2011

<b>1. JERARQUIZACION DEL PROCESO</b>		
<b>MEGAPROCESO</b>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>
PROCESO ASISTENCIAL	GESTION DE URGENCIAS	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR REMISIÓN.
<b>2.OBJETIVO</b>		
Estandarizar los procedimientos a seguir para el adecuado egreso por remisión del paciente que se encuentra en observación de urgencias.		
<b>3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACION</b>		
Se aplica a toda actividad relacionada con el egreso por remisión del paciente que se encuentra en observación de urgencias. intervienen en este proceso: medico de turno del área de urgencias, enfermeras jefes, auxiliares de enfermería, usuarios, funcionarios de facturación y liquidador		
<b>4. RESPONSABLE</b>		
Participan en este proceso medico de turno del área de urgencias, enfermeras jefes, auxiliares de enfermería, usuarios, funcionarios de facturación y liquidador.		
<b>5. PRODUCTO/SERVICIO ESPERADO</b>		
Egreso del paciente hacia otra institución de un nivel de complejidad igual o mayor		
<b>6. DEFINICION</b>		
<b>EGRESO POR REMISION:</b> Procedimiento mediante el cual se remite al usuario a otra institución de un nivel superior o igual para la complementar el tratamiento de la enfermedad que padece.		
<b>OBSERVACIÓN DE URGENCIAS:</b> Actividad por la cual se vigila y maneja un usuario que solicita los servicios mientras se define la conducta a seguir.		

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 2 de 7	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR REMISIÓN.		IPSUSM-M-URG-EG-PR	<b>RESPONSABLE</b>	MEDICO COORDINADOR DE URGENCIAS
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Uno		Diciembre 2010		Junio 2011

## 7. NORMATIVIDAD

- \* Decreto 2759 de 1991
- \* Resolución 5261/1994 De Minsalud (MAPIPOS)
- \* Ley 1122 De 2007
- \* Resolución 1995 De 1999 (Normatividad Sobre La Historia Clínica)

## 8. INDICADORES

Porcentaje de remisiones a un nivel superior: N° de remisiones a otro nivel/ N° total de egresos \*100

## 9. RECURSOS

- \* **Tecnológicos:** Equipos De Cómputo (Facturación).
- \* **Logísticos:** Papelería ( Formato De Epicrisis, Formato remisión a otro nivel, Bitácora de traslados)
- \* **Humanos:** Medico de urgencias, especialistas, personal de enfermería, paramédico y conductor de la ambulancia.
- \* **Metodológicos:** Seguir instructivos para diligenciar Epicrisis, formatos de referencia y contra referencia, facturación.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 3 de 7	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR REMISIÓN.		IPSUSM-M-URG-EG-PR	<b>RESPONSABLE</b>	MEDICO COORDINADOR DE URGENCIAS
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Uno		Diciembre 2010		Junio 2011

### 10. DETALLE DE ACTIVIDADES

N.	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO
1.	Determinar la remisión del paciente	Especialista tratante y Medico de turno en sala de observación de urgencias	Cuando se dé la orden de salida por remisión por parte del médico o especialista tratante.	Servicio observación de	Dar por finalizada la atención al interior de la institución para ser trasladado a otro nivel de complejidad.	Diligenciando la remisión correspondiente por parte del profesional con todos los anexos.
2.	Diligenciamiento de formato de referencia y contrarreferencia, Epicrisis, formulación y recomendaciones pertinentes.	Médico de turno en salas de observación de urgencias.	Inmediatamente cuando se da la orden de salida.	Servicios observación de	Para formalizar el proceso de egreso y dar toda la información pertinente para el traslado, se diligencian los formatos de la historia clínica.	Se registra en la evolución la orden de salida, se llena formato de referencia y contrarreferencia informando los datos de estado clínico, tratamiento realizado y motivo de remisión, se diligencia Epicrisis y fórmulas si es el caso. Se indica a la familia que la historia clínica va a ser llevada a facturación.
3.	Realizar trámite de remisión	Jefe encargada del servicio- personal administrativo encargado del trámite	Una vez se haya determinado la especialidad, motivo de remisión y se haya diligenciado el formato de referencia y contrarreferencia	Servicio observación de	Para la búsqueda y ubicación de la institución a la cual se va a remitir.	Realizando llamado al Centro regulador de urgencias teniendo en cuenta la red de servicios con la que cuenta la EPS a la que el usuario este afiliado con el fin de ubicarlo en la institución receptora.

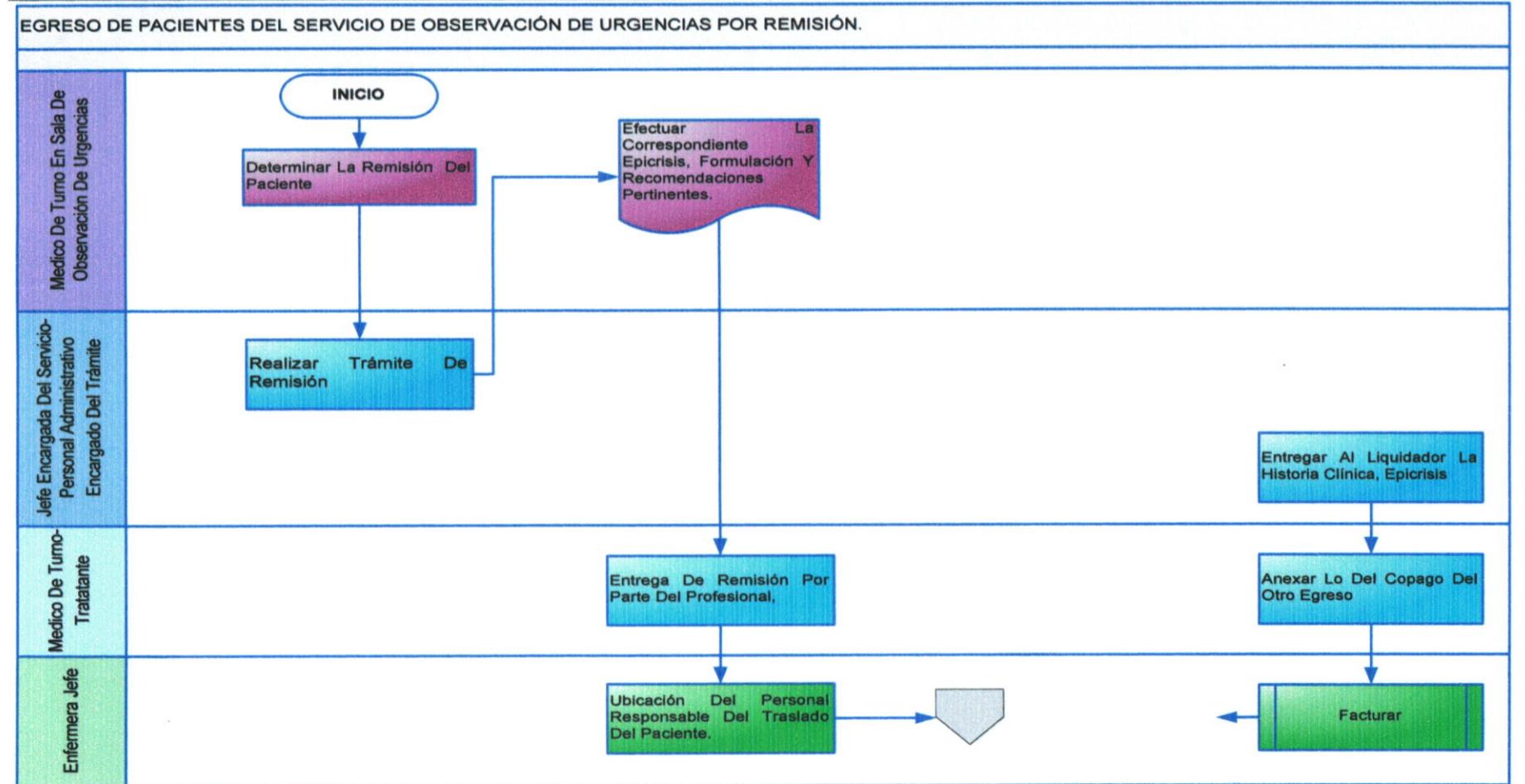
BIBLIOTECA  
CENTRO OSIRIS

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 4 de 7	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR REMISIÓN.		IPSUSM-M-URG-EG-PR	<b>RESPONSABLE</b>	MEDICO COORDINADOR DE URGENCIAS
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Uno		Diciembre 2010		Junio 2011

10. DETALLE DE ACTIVIDADES						
N.	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO
4.	Facturación y determinación del monto del COPAGO	Facturador	Cuando la historia clínica sea entregada en el servicio de facturación	Servicio de facturación	Para dar cumplimiento con el proceso de facturación.	El facturador elabora la correspondiente factura determina el monto del COPAGO Hace entrega de la documentación a los familiares y les indica el valor a cancelar.
5.	Cancelación Del COPAGO	Familia	Al obtener el recibo del COPAGO	Punto De Caja De Recibo De COPAGO	Para dar cumplimiento a los requerimientos legales.	Familia cancela el COPAGO y el funcionario expide un recibo
6.	Ubicación del personal responsable del traslado del paciente.	Enfermera Jefe	Una vez confirmada la remisión, ubicación del paciente y facturación de HC.	Servicio de observación de urgencia	Con el fin de ubicar los responsables y dar celeridad a la remisión.	Comunicación vía telefónica.
7.	Entrega del usuario al equipo responsable del traslado,	Medico de turno tratante	Una vez se hayan determinado con claridad los medios para su remisión.	Servicio de observación de urgencias	Como requisito para el traslado del paciente.	Entregando la remisión al profesional que acompañará al paciente, determinando que todos los insumos, recursos se encuentren disponibles para el traslado del paciente.
8.	Autorización de retiro del paciente del servicio	Enfermera Jefe	Egreso Del Paciente	Servicios de observación de urgencias	Darle inicio al traslado del usuario.	Verifica que la documentación esté completa se hace un último registro de la situación del paciente al salir con las indicaciones finales (fórmulas, paraclínicos pendientes) se verifica la cancelación del COPAGO.

 <p>Unidad de Salud Mompós</p>	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 5 de 7	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR REMISIÓN. DE		IPSUSM-M-URG-EG-PR	<b>RESPONSABLE</b>	Urgencias MEDICO COORDINADOR DE URGENCIAS
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
Uno		Diciembre 2010		Junio 2011	

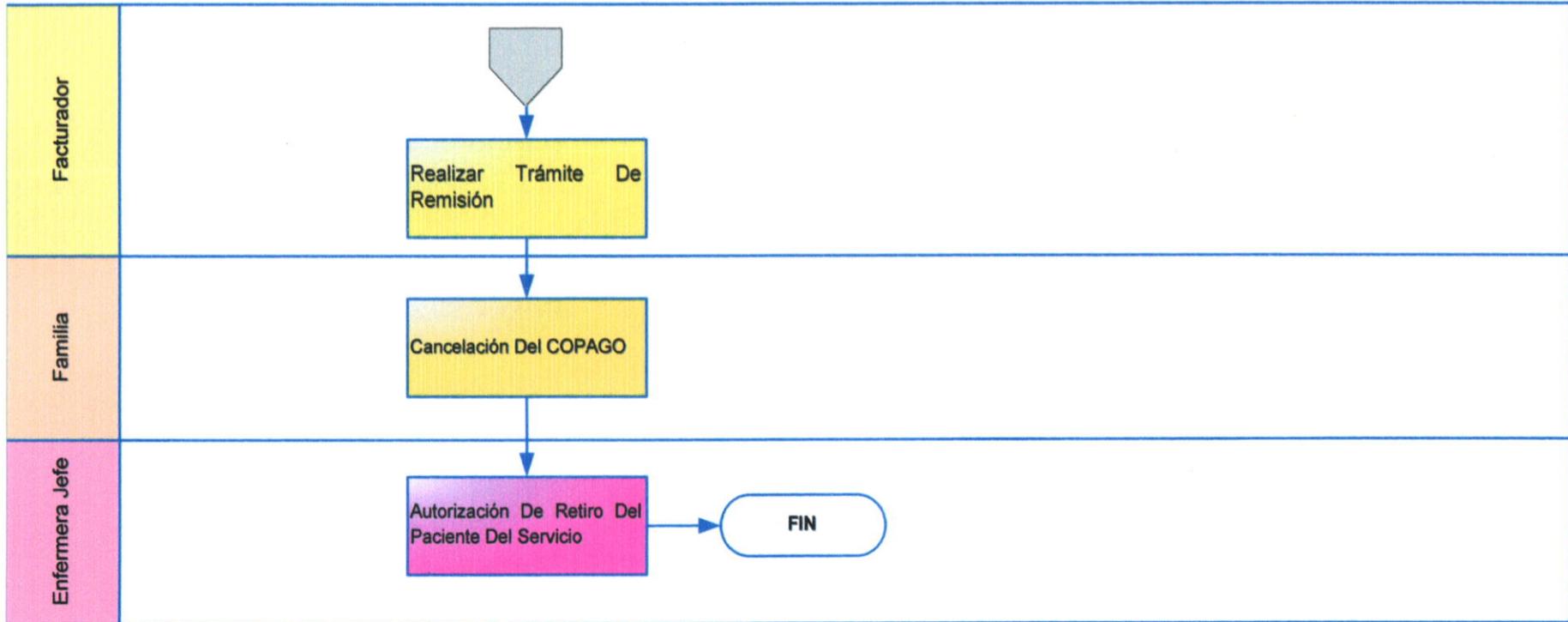
## 11 FLUJOGRAMA



 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 6 de 7	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR REMISIÓN.		IPSUSM-M-URG-EG-PR	<b>RESPONSABLE</b>	MEDICO COORDINADOR DE URGENCIAS
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Uno		Diciembre 2010		Junio 2011

**11 FLUJOGRAMA**

EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR REMISIÓN.



 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 7 de 7	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR REMISIÓN.		IPSUSM-M-URG-EG-PR	<b>RESPONSABLE</b>	MEDICO COORDINADOR DE URGENCIAS
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	Uno		Diciembre 2010	Junio 2011	

## 12 APROBACIÓN

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>	MARIA A. GONZALEZ AMADOR	CONTRATISTA	DICIEMBRE 2010	
<b>VALIDÓ</b>	FERNANDO AMARIS HERNANDEZ	COORDINADOR DE URGENCIAS	DICIEMBRE 2010	
<b>APROBÓ</b>	YOLANDA PEÑA CAMARGO	GERENTE	DICIEMBRE 2010	

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 1 de 8	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR FALLECIMIENTO		IPSUSM -M-URG-EG-PF	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Una		Diciembre de 2010		Diciembre de 2011

<b>1. JERARQUIZACION DEL PROCESO</b>		
<b>MEGAPROCESO</b>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>
PROCESO ASISTENCIAL	GESTION DE URGENCIAS	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR FALLECIMIENTO
<b>2.OBJETO</b>		
Precisar las actividades que se deben efectuar, con el fin de optimizar los trámites para el traslado del paciente fallecido del servicio de urgencias al depósito de cadáveres		
<b>3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACION</b>		
Se aplica a toda actividad relacionada con el egreso del paciente por defunción ocurrido en el servicio de urgencias y su traslado al depósito de cadáveres		
<b>4. RESPONSABLE</b>		
Participan en este proceso medico de turno del área de urgencias, jefe de enfermería, usuarios, auxiliares de enfermería, camillero, personal de facturación y admisiones, psicóloga.		
<b>5. PRODUCTO/SERVICIO ESPERADO</b>		
Egreso del servicio de urgencias del fallecido al depósito de cadáveres		
<b>6. DEFINICION</b>		
<p><b>DEFUNCIÓN:</b> Momento En el cual el ser deja de vivir. cesación post-natal de los signos vitales sin posibilidad de resucitar (OMS)</p> <p><b>CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:</b> Documento oficial del Ministerio De la Protección social y el DANE para registrar ordenadamente la causa de muerte y los datos demográficos del paciente.</p> <p><b>DEPOSITO DE CADÁVERES:</b> Lugar donde reposa el cadáver mientras se terminan los trámites administrativos y es reclamado por sus familiares o personas responsables.</p>		

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 2 de 8	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR FALLECIMIENTO		IPSUSM -M-URG-EG-PF	<b>RESPONSABLE</b>	Urgencias Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Una		Diciembre de 2010		Diciembre de 2011

## 7. NORMATIVIDAD

- \* Protocolos De Manejo
- \* Resolución 5261/1994 De Minsalud (MAPIPOS)
- \* Ley 1122 De 2007
- \* Resolución 1995 De 1999 (Normatividad Sobre La Historia Clínica)

## 8. INDICADORES

\*Tasa de mortalidad hospitalaria en el servicio de urgencias:  $N^{\circ}$  de pacientes que fallecen en el servicio/ $N^{\circ}$  de ingresos al servicio\*100

## 9. RECURSOS

- \* **Logísticos:** Papelería (formato de certificado de defunción - epicrisis -formatos de facturación)
- \* **Humanos:** Médico de turno - jefe de enfermería - auxiliares de enfermería - camilleros - trabajadora social - usuarios - funcionarios de admisiones y facturación
- \* **Metodológicos:** Pagina Web para registro de certificado de defunción.



Unidad de Salud Mompós

<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 3 de 8
<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	Urgencias
EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR FALLECIMIENTO		IPSUSM -M-URG-EG-PF	<b>RESPONSABLE</b> Medico Coordinador De Urgencias
<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
Una		Diciembre de 2010	Diciembre de 2011

### 10. DETALLE DE ACTIVIDADES

N.	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO
1.	Corroborar la muerte clínicamente del paciente	Medico Urgencias	De Cuando se tenga la certeza que ocurrió un fallecimiento.	Servicio urgencias	de Para asegurarse que no hay que realizar procedimientos de reanimación adicionales y preparar los trámites a seguir.	Seguir cánones semiológicos establecidos para tener la certeza clínica de que ocurrió un fallecimiento.
2.	Informar al familiar la muerte del paciente.	Medico urgencia	de En el instante en que se corrobore clínicamente el fallecimiento.	Servicio urgencias	de Para iniciar el proceso de traslado del cadáver al deposito.	Se llama o informa a los familiares y acompañantes del paciente deceso del paciente.
3.	Plasmar en la historia clínica las actividades realizadas durante la atención del paciente. (Tenga en cuenta las guías de manejo.) Elaborar la Epicrisis.	Medico urgencia	de En el momento en que se corrobore el fallecimiento.	Servicio urgencias	de Para dar cumplimiento a la normalización y manejo de la historia clínica según Resolución 1995 De 1999 / Minproteccion social	Diligenciando los formatos, la historia clínica de manera clara, detallada y oportuna de los procedimientos, medicamentos aplicados y causa de muerte.
4.	Solicitar el certificado de defunción para diligenciarlo.	Medico urgencia	de Al momento de presentarse de el fallecimiento	Servicio urgencias	de Para poder realizar el diligenciamiento del certificado de defunción dando cumplimiento a las políticas estadísticas del DANE.	Solicitándolo a la enfermera jefe de manera verbal.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 4 de 8	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR FALLECIMIENTO		IPSUSM -M-URG-EG-PF	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	Una		Diciembre de 2010	Diciembre de 2011	

<b>10. DETALLE DE ACTIVIDADES</b>						
N.	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO
5.	Diligenciar el certificado de defunción con los datos del paciente fallecido.	Medico urgencia de	Al momento de presentarse el fallecimiento	Servicio urgencias de	Para dar cumplimiento a la ley que todo fallecimiento debe tener un certificado de defunción firmado por médico y para que la familia pueda seguir con los trámites correspondientes.	Aplicando estrictamente todo el instructivo que trae anexo el certificado.
6.	Diligenciar la planilla de control de certificados de defunción con los datos del paciente: nombre, edad, afiliación, número de cama y firma.	Enfermera Jefe	Al momento de llenar el certificado de defunción	Servicio urgencias de	Para llevar el control de certificados de defunción diligenciados y poder solicitar más a la secretaria de salud.	Con letra clara y llenando todas las casillas.
7.	Entregar a la enfermera jefe la historia clínica, epicrisis y el certificado de defunción.	Médico urgencia de	Inmediatamente al terminar de diligenciar todos los formatos	Servicio urgencias de	Para garantizar la custodia de todos los documentos.	La entrega se hace personalmente a la enfermera jefe.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 5 de 8	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR FALLECIMIENTO		IPSUSM -M-URG-EG-PF	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Una		Diciembre de 2010		Diciembre de 2011

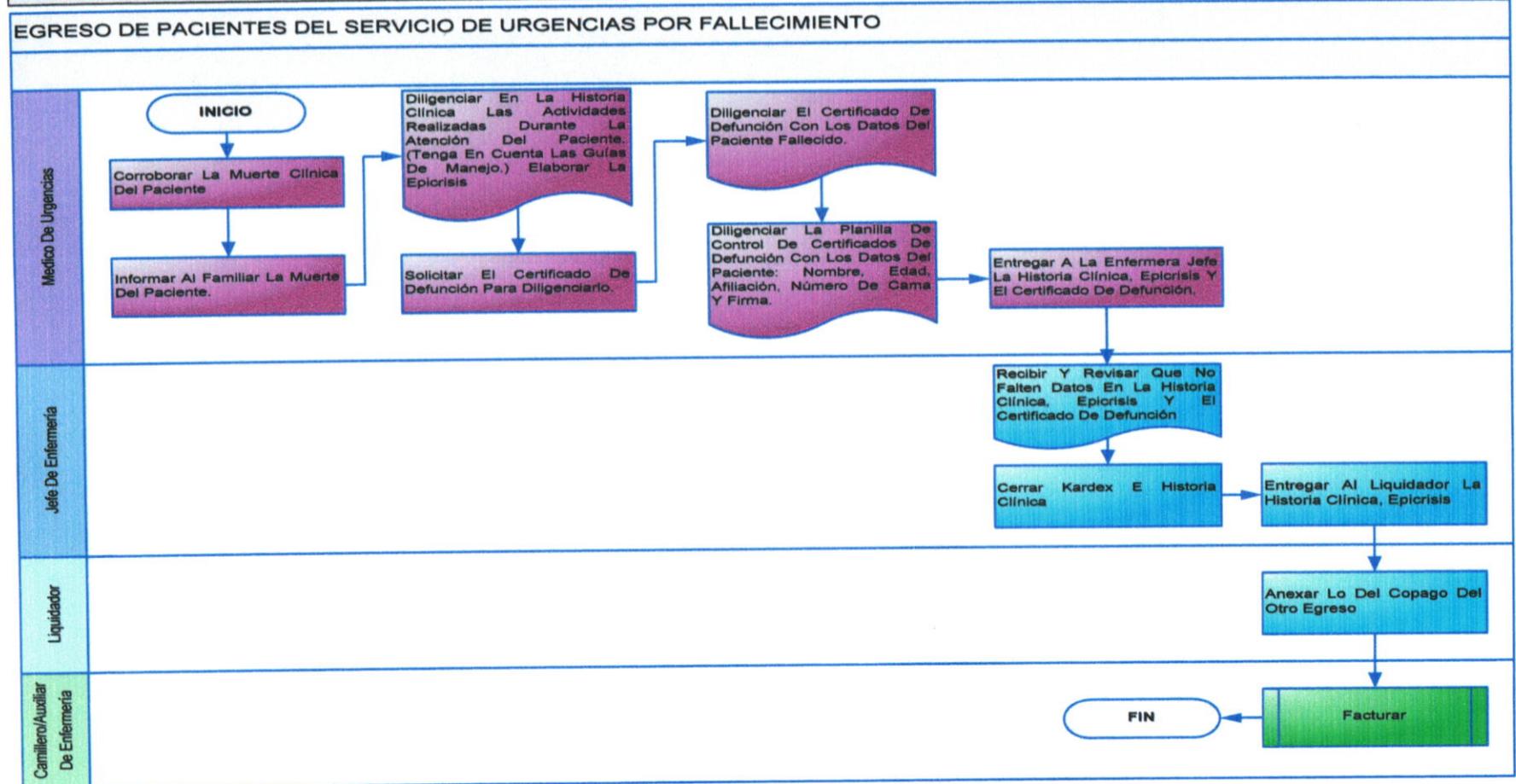
<b>10. DETALLE DE ACTIVIDADES</b>								
N.	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO		
8.	Recibir y revisar que no falten datos en la historia clínica, epicrisis y el certificado de defunción (tenga en cuenta que se haya registrado en la historia clínica los procedimientos realizados durante la atención del paciente por parte de enfermería, según guías de manejo.)	Jefe enfermería	de	Quando el medico le entregue la historia clínica con los documentos anexos	Servicio urgencias	de	Para garantizar que todo esté completo.	Observando detalladamente cada uno de los documentos recibidos.
9.	Cerrar kardex e historia clínica	Jefe enfermería	de	Quando el medico le entregue la historia clínica con los documentos anexos.	Servicio urgencias	de	Para que se pueda proseguir con los siguientes pasos del proceso.	Siguiendo el protocolo estándar para tal fin.
10.	Entregar al liquidador la historia clínica, epicrisis.	Jefe enfermería	de	Tan pronto se halla cerrado el kardex y la historia clínica.	Servicio urgencias	de	Para que se pueda proseguir con los siguientes pasos del proceso	Llevando todos los documentos a facturación.
11.	Facturación y determinación del monto del COPAGO	Facturador	de	Quando la historia clínica sea entregada en el servicio de facturación	Servicio de facturación	de	Para dar cumplimiento con el proceso de facturación.	El facturador elabora la correspondiente factura determina el monto del COPAGO Hace entrega de la documentación a los familiares y les indica el valor a cancelar.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 6 de 8	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR FALLECIMIENTO		IPSUSM -M-URG-EG-PF	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	Una		Diciembre de 2010	Diciembre de 2011	

<b>10. DETALLE DE ACTIVIDADES</b>						
<b>N.</b>	<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PARA QUE</b>	<b>COMO</b>
12.	Cancelación Del COPAGO	Familia	Al obtener el recibo del COPAGO	Punto De Caja De Recibo De COPAGO	Para dar cumplimiento a los requerimientos legales.	Familia cancela el COPAGO y el funcionario expide un recibo
13.	Traslado del cadáver a la morgue.	Camillero/Auxiliar De Enfermería	Cuando se halla dado la orden médica para el traslado y luego de haber terminado los tramites administrativos.	Deposito de cadáveres	Para esperar que los familiares o responsables recojan el cadáver.	Antes de iniciar el traslado se debe informar a los familiares el sitio de la misma entregando la copia del certificado de defuncion.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 7 de 8	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR FALLECIMIENTO		IPSUSM -M-URG-EG-PF	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Una		Diciembre de 2010		Diciembre de 2011

## 11 FLUJOGRAMA



 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 8 de 8	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR FALLECIMIENTO		IPSUSM -M-URG-EG-PF	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Una		Diciembre de 2010		Diciembre de 2011

<b>12 APROBACIÓN</b>				
	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>	MARIA A. GONZALEZ AMADOR	CONTRATISTA	DICIEMBRE 2010	
<b>VALIDÓ</b>	FERNANDO AMARIS HERNANDEZ	COORDINADOR DE URGENCIAS	DICIEMBRE 2010	
<b>APROBÓ</b>	YOLANDA PEÑA CAMARGO	GERENTE	DICIEMBRE 2010	

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 1 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EVOLUCIÓN DIARIA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS		IPSUSM -M-URG- EV-PU	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	1ª		Diciembre 2010	Diciembre 2011	

<b>1. JERARQUIZACION DEL PROCESO</b>		
<b>MEGAPROCESO</b>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>
PROCESO ASISTENCIAL	GESTION DE URGENCIAS	EVOLUCIÓN DIARIA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS
<b>2.OBJETO</b>		
Unificar los procedimiento a seguir para la evolución en cada turno de los pacientes que están en observación de urgencias		
<b>3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACION</b>		
Se aplica a toda actividad relacionada con los procedimientos a seguir para la evolución en cada turno de los pacientes que están en observación de urgencias (se debe también observar lo incluido en el proceso de entrega de turno).		
<b>4. RESPONSABLE</b>		
Participan en este proceso; medico de turno de urgencias, pacientes, jefes de enfermería, especialistas, auxiliares de enfermería.		
<b>5. PRODUCTO/SERVICIO ESPERADO</b>		
Evolución según corresponda teniendo en cuenta las características de cada paciente en cada turno del servicio de observación de urgencia.		
<b>6. DEFINICION</b>		
<b>EVOLUCIÓN:</b> Actividad médica por la cual el médico tratante se entera de la condición del paciente, registra en la historia clínica los hallazgos, el análisis de los mismos y describe el plan a seguir.		
<b>KARDEX:</b> Archivo de enfermería en donde van quedando registradas las actividades pendientes por realizar en el paciente y las ya realizadas.		
<b>7. NORMATIVIDAD</b>		
* Protocolos De Manejos Médicos Y De Enfermería		
* Decreto 1011 /2006 De Minsalud (Nivel De Oferta De Servicios)		
* Resolución 1995 De 1999 (Normatividad Sobre La Historia Clínica)		

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 2 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EVOLUCIÓN DIARIA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS		IPSUSM -M-URG- EV-PU	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	1ª		Diciembre 2010	Diciembre 2011	

## 8. INDICADORES

\* Oportunidad en la atención en la sala de observación = ( Sumatoria total del tiempo en minutos de estancia en la observación en el periodo/ Numero de pacientes en observación en el periodo)\*100

## 9. RECURSOS

\* **Logísticos:** Papelería ( formatos de evolución de historia clínica.)

\* **Humanos:** Médicos de urgencias, jefes de enfermería, auxiliares de enfermería.

\* **Metodológicos:** Registrar meticulosamente según lo establecido en la Resolución 1995 De 1999 De Minproteccion social todo lo relacionado a la evolución del paciente

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 3 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EVOLUCIÓN DIARIA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS		IPSUSM -M-URG- EV-PU	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	1ª		Diciembre 2010		Diciembre 2011

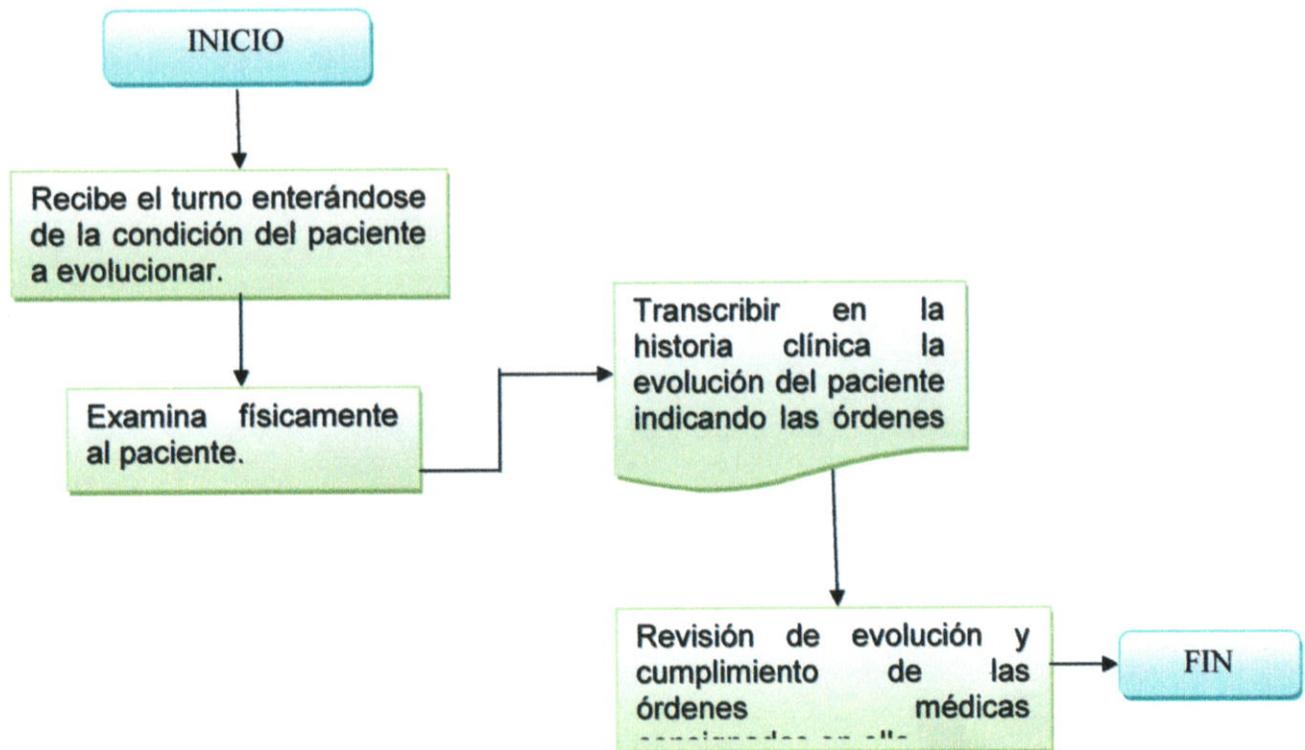
<b>10. DETALLE DE ACTIVIDADES</b>						
N.	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO
1.	Recibe el turno enterándose de la condición del paciente a evolucionar.	Medico de urgencias	De acuerdo al turno correspondiente (Mañana Tarde - Noche)	Servicios de observación de urgencias	Para ir considerando todo lo pertinente a fin de garantizar un óptimo cuidado médico de cada paciente asignado.	Revisando lo registrado en la historia clínica, ampliando la anamnesis con los acompañantes del paciente y si es posible reinterrogando al propio paciente.
2.	Examina físicamente al paciente.	Medico de urgencias	A continuación de cada anamnesis.	Servicios de observación de urgencias	Para verificar según los hallazgos semiológicos la condición física, mental y psíquica del paciente y tomar las medidas más acertadas a seguir.	Siguiendo los cánones de la semiología médica.
3.	Transcribir en la historia clínica la evolución del paciente indicando las órdenes médicas.	Medico de urgencias	A continuación de realizar cada examen físico.	Servicios de observación de urgencias	Para dar cumplimiento a la normalización y manejo de la historia clínica según Resolución 1995 De 1999. Minproteccion.	Registrando con letra clara en la historia clínica de cada paciente lo relacionado a la evolución diaria. siguiendo lo normalizado en la Resolución 1995 de 1999 de Minproteccion. Se debe anotar el procedimiento realizado en la hoja de ruta del paciente con cada código correspondiente y la firma del medico.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 4 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EVOLUCIÓN DIARIA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS		IPSUSM -M-URG- EV-PU	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	1ª		Diciembre 2010	Diciembre 2011	

<b>10. DETALLE DE ACTIVIDADES</b>						
N.	QUE	QUIEN	CUANDOI	DONDE	PARA QUE	COMO
4.	Revisión de evolución y cumplimiento de las órdenes médicas consignadas en ella.	Enfermera jefe o auxiliares de enfermería del servicio de urgencias.	Inmediato (en cada momento que se deja consignación en la historia clínica de las anotaciones respectivas por parte del médico)	Servicios de observación de urgencias	Enterarse de las prescripciones médicas. Elaborar kárdex y documentos correspondientes. Organizar la realización de los procedimientos y para clínicos si están ordenados.	De acuerdo a las guías y protocolos de enfermería.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 5 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	EVOLUCIÓN DIARIA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS		IPSUSM -M-URG- EV-PU	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	1ª		Diciembre 2010	Diciembre 2011	

**11 FLUJOGRAMA**





Unidad de Salud Mompós

<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 6 de 6
<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	Urgencias
EVOLUCIÓN DIARIA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS		IPSUSM -M-URG- EV-PU	<b>RESPONSABLE</b> Medico Coordinador De Urgencias
<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
1ª		Diciembre 2010	Diciembre 2011

## 12 APROBACIÓN

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>	MARIA A. GONZALEZ AMADOR	CONTRATISTA	DICIEMBRE 2010	
<b>VALIDÓ</b>	FERNANDO AMARIS HERNANDEZ	COORDINADOR DE URGENCIAS	DICIEMBRE 2010	
<b>APROBÓ</b>	YOLANDA PEÑA CAMARGO	GERENTE	DICIEMBRE 2010	

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 1 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	SOLICITUD Y RESPUESTAS DE INTERCONSULTAS A ESPECIALISTAS QUE ESTAN DE TURNO PRESENCIAL		IPSUSM -M-URG-INTER	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	Primera		Diciembre de 2010	Diciembre de 2011	

<b>1. JERARQUIZACION DEL PROCESO</b>		
<b>MEGAPROCESO</b>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>
PROCESO ASISTENCIAL	GESTION DE URGENCIAS	SOLICITUD Y RESPUESTAS DE INTERCONSULTAS A ESPECIALISTAS QUE ESTÁN DE TURNO PRESENCIAL.
<b>2.OBJETO</b>		
Organizar los procedimientos a seguir para la solicitud y respuesta de interconsultas para definir conductas en pacientes que estén en observación de urgencias		
<b>3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACION</b>		
Se aplica a toda actividad relacionada con la solicitud y respuesta de interconsultas		
<b>4. RESPONSABLE</b>		
Participan en este proceso; médicos especialistas de turno de urgencias, medico general, pacientes, jefes de enfermería, auxiliares de enfermería, camilleros y personal del servicio de admisiones.		
<b>5. PRODUCTO/SERVICIO ESPERADO</b>		
Respuesta a una interconsulta para decidir conductas a seguir con un paciente determinado.		
<b>6. DEFINICION</b>		

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 2 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	SOLICITUD Y RESPUESTAS DE INTERCONSULTAS A ESPECIALISTAS QUE ESTAN DE TURNO PRESENCIAL		IPSUSM -M-URG-INTER	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	Primera		Diciembre de 2010	Diciembre de 2011	

**INTERCONSULTA:** Procedimiento por el cual se solicita la opinión a un especialista para confirmar o descartar un diagnóstico y realizar el debido tratamiento dependiendo de la patología.

**TURNO PRESENCIAL:** Es el horario de turno que por agenda está estipulado que el especialista debe permanecer dentro de la I.P.S.

**TURNO DE DISPONIBILIDAD:** Es el horario de turno que por agenda el especialista no debe permanecer dentro de la institución pero debe estipularse el teléfono ( Celular O Fijo) con el que se puede obtener comunicación permanente durante ese tiempo y, según se requiera, desplazarse hasta la I.P.S.

## 7. NORMATIVIDAD

- \* Protocolos De Manejo
- \* Agendas Y Turnos A Elaborar Según Contratación De Personal
- \* Decreto 1011 /2006 De Minsalud (Nivel De Oferta De Servicios)
- \* Resolución 1995 De 1999(Normatividad Sobre La Historia Clínica)
- \* Ley 1122 de 2007

## 8. INDICADORES

- Numero total de pacientes atendidos por especialidad
- Oportunidad en la atención de urgencias por el especialista: sumatoria total de los minutos transcurridos desde que el medico de la urgencia hace la solicitud y la realización de la interconsulta por el especialista/numero total de pacientes atendidos en la urgencia por especialista.

## 9. RECURSOS

- \* **Logísticos:** Papelería ( - Formatos de turnos - formatos de interconsulta - libro de registros de interconsultas solicitadas) -Teléfono
- \* **Humanos:** médicos general de turno en urgencias, pacientes, especialistas, auxiliares de enfermería, enfermera, camilleros, personal de admisiones

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 3 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	SOLICITUD Y RESPUESTAS DE INTERCONSULTAS A ESPECIALISTAS QUE ESTAN DE TURNO PRESENCIAL		IPSUSM -M-URG-INTER	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
Primera		Diciembre de 2010	Diciembre de 2011		

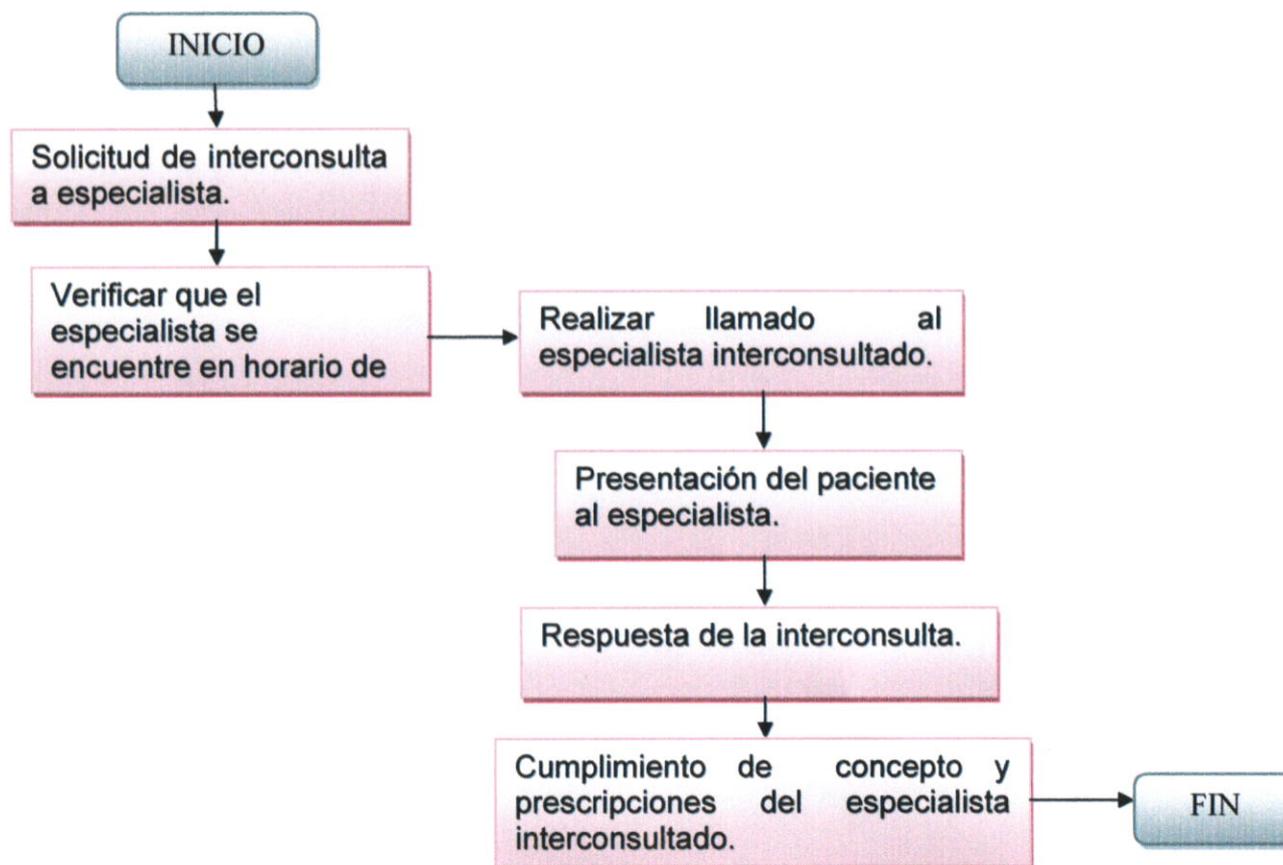
<b>10. DETALLE DE ACTIVIDADES</b>						
N.	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO
1.	Solicitud de interconsulta a especialista	Médico General.	En el momento que se requiera la interconsulta	Servicio de urgencias	Para obtener una segunda opinión de acuerdo a la especialidad de la patología del paciente.	Escribiendo en las órdenes médicas de la historia clínica del paciente que se solicita la interconsulta y elaborando el formato correspondiente.
2.	Verificar que el especialista se encuentre en horario de turno.	Jefe de enfermería de urgencias.	Inmediatamente se genere la interconsulta	En el cuadro de turno de cada especialidad en el servicio de urgencias.	Para poder iniciar el proceso de llamado a interconsulta.	Verificando las agendas correspondientes a cada especialista.
3.	Realizar llamado al especialista interconsultado	Jefe de enfermería de urgencias	Inmediatamente se verifique que el especialista solicitado está de turno.	Servicios de urgencias	A fin de iniciar el proceso de comunicación para que el especialista se entere que es requerido en urgencias.	Mediante comunicación telefónica, informándole que es solicitado en urgencias (si el especialista está asignado en el momento a actividades en consulta externa,
4.	Presentación del paciente al especialista	Medico de urgencias	Inmediatamente el especialista llegue al servicio	Servicio de urgencias	Para enterar al especialista de la condición del paciente.	Dando a conocer un resumen detallado de la historia clínica del paciente.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 4 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	SOLICITUD Y RESPUESTAS DE INTERCONSULTAS A ESPECIALISTAS QUE ESTAN DE TURNO PRESENCIAL		IPSUSM -M-URG-INTER	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	Primera		Diciembre de 2010	Diciembre de 2011	

<b>10. DETALLE DE ACTIVIDADES</b>						
N.	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO
5.	Respuesta de la interconsulta.	Especialista Interconsultado	Inmediata	Servicios de urgencias	Dar la opinión, concepto, solicitud de paraclínicos, formulación y demás procedimientos para atención integral.	Guías de manejo, respuesta de interconsulta en historia clínica. El especialista debe anotar la actividad con su respectivo código y firmar. Información a padres o familiares del paciente.
6.	Cumplimiento de concepto y prescripciones del especialista interconsultado.	Médico de turno / Enfermera Jefe	Inmediata	Servicios de urgencias	Médico y enfermera se enteran y realizan prescripciones, y laboratorios, según corresponda a cada uno.	Guías de manejo. anotaciones en historia clínica.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 5 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	SOLICITUD Y RESPUESTAS DE INTERCONSULTAS A ESPECIALISTAS QUE ESTAN DE TURNO PRESENCIAL		IPSUSM -M-URG-INTER	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Primera		Diciembre de 2010		Diciembre de 2011

## 11 FLUJOGRAMA



 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 6 de 6	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	SOLICITUD Y RESPUESTAS DE INTERCONSULTAS A ESPECIALISTAS QUE ESTAN DE TURNO PRESENCIAL		IPSUSM -M-URG-INTER	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Primera		Diciembre de 2010		Diciembre de 2011

## 12 APROBACIÓN

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>	MARIA A. GONZALEZ AMADOR	CONTRATISTA	DICIEMBRE 2010	
<b>VALIDÓ</b>	FERNANDO AMARIS HERNANDEZ	COORDINADOR DE URGENCIAS	DICIEMBRE 2010	
<b>APROBÓ</b>	YOLANDA PEÑA CAMARGO	GERENTE	DICIEMBRE 2010	

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 1 de 5	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	TRASLADO INTERNO DE PACIENTES ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.		IPSUSM -M-URG- TRP-UR-H	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Primera		Diciembre de 2010		Diciembre de 2011

<b>1. JERARQUIZACION DEL PROCESO</b>		
<b>MEGAPROCESO</b>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>PROCESO</b>
PROCESO ASISTENCIAL	GESTION DE URGENCIAS	TRASLADO INTERNO DE PACIENTES ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.
<b>2.OBJETO</b>		
Formalizar los procedimientos a seguir para el adecuado traslado interno de pacientes entre el servicio de urgencias al servicio de hospitalización.		
<b>3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACION</b>		
Se aplica a toda actividad relacionada con el traslado de pacientes de urgencias hacia las áreas de hospitalización		
<b>4. RESPONSABLE</b>		
Participan en el proceso los siguientes actores: médicos especialista, pacientes, jefes de enfermería, medico general en áreas de cirugía, auxiliares de enfermería, camilleros, personal facturación en pisos.		
<b>5. PRODUCTO/SERVICIO ESPERADO</b>		
Asignación de cama en piso y ubicación del paciente.		
<b>6. DEFINICION</b>		
<b>TRASLADO A PISO:</b> Procedimiento por el cual le es asignada una cama y se ubica a un paciente determinado, teniendo en cuenta la patología, en el servicio de hospitalización.		

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 2 de 5	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	TRASLADO INTERNO DE PACIENTES ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.		IPSUSM -M-URG- TRP-UR-H	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Primera		Diciembre de 2010		Diciembre de 2011

## 7. NORMATIVIDAD

- \* Protocolos y guías de manejo
- \* Resolución 5261/1994 De Minproteccionsocial (MAPIPOS)
- \* Convenios Interinstitucionales (EAPB) Para Definir Especialidades Ofertadas
- \* Resolución 1995 De 1999(Normatividad Sobre La Historia Clínica)

## 8. INDICADORES

- \* % de pacientes hospitalizados: nº de pacientes hospitalizados por el servicio de urgencias / N° total de pacientes que ingresaron por urgencias

## 9. RECURSOS

- \* **Logísticos:** Papelería (formato de historia clínica)
- \* **Humanos:** Medico del turno, auxiliares de enfermería y camilleros

## 10. DETALLE DE ACTIVIDADES

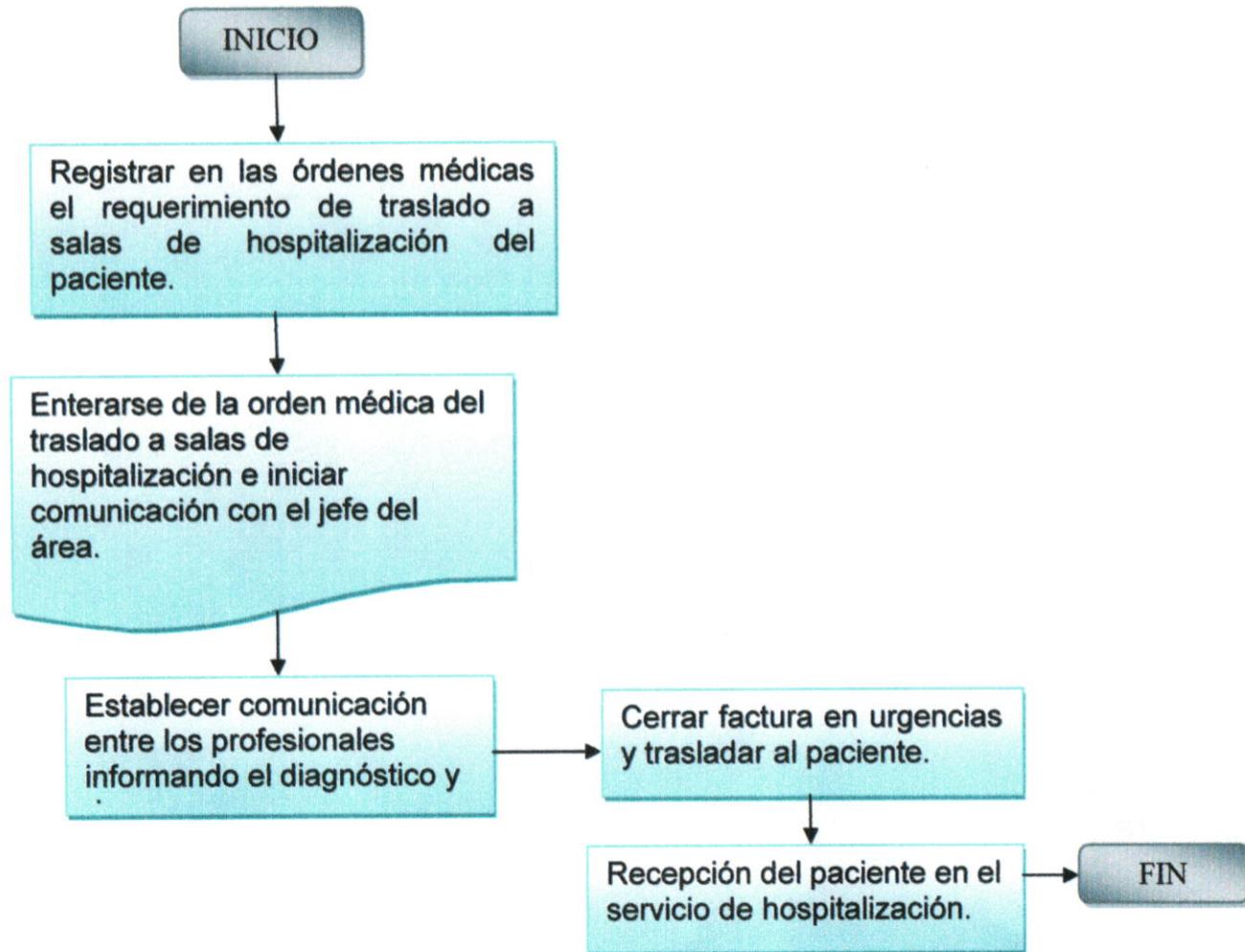
N.	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO
1.	Registrar en las órdenes médicas el requerimiento de traslado a salas de hospitalización del paciente.	Médico especialista que realiza la evolución del paciente	Cada vez que al realizar la evolución se defina que el paciente deba ser ubicado en sala de hospitalización.	Servicios de urgencias	Para la realización del tratamiento intrahospitalario indicado por el especialista.	Registrando claramente la orden de traslado a sala de hospitalización y firmando dichas órdenes médicas.
2.	Enterarse de la orden médica del traslado a salas de hospitalización e iniciar comunicación con la jefe del área.	Jefe de enfermería de urgencias	Cada vez que al realizar una evolución se defina que el paciente sea ubicado en sala de hospitalización.	Servicios De Urgencias	Para en conjunto con jefe de enfermería iniciar la preparación de la unidad donde va a ser ubicado el paciente.	Telefónicamente estableciendo comunicación con la jefe del servicio de hospitalización.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 3 de 5	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	TRASLADO INTERNO DE PACIENTES ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.		IPSUSM -M-URG- TRP-UR-H	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Primera		Diciembre de 2010		Diciembre de 2011

3.	Establecer comunicación entre los profesionales informando el diagnóstico y riesgos.	Enfermera jefe del servicio de urgencias.	Cada vez que se va a ubicar un paciente en sala de hospitalizados.	Urgencias/ Sala de Hospitalizados	Entregar la información necesaria con historia clínica, tratamientos y necesidades o riesgos que motivan el traslado.	Estableciendo comunicación entre el medico de urgencias e informando el diagnóstico y riesgos.
4.	Cerrar factura en urgencias y trasladar al paciente.	Facturación, enfermera jefe, auxiliares.	Permanente	Servicios de Urgencias/ sala de Hospitalizados.	Traslado del paciente en condiciones adecuadas.	Se realiza la correspondiente liquidación de los servicios prestados y seguidamente se traslada el paciente.
5.	Recepción del paciente en el servicio de hospitalización.	Enfermera Jefe-Auxiliar del servicio de hospitalización.	Al momento de ubicar el paciente en el servicio	Servicio hospitalizados de	Cumplir el plan de estudio y terapéutico a seguir.	Según tratamiento indicado.

 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 4 de 5	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	TRASLADO INTERNO DE PACIENTES ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.		IPSUSM -M-URG- TRP-UR-H	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>	<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>	
	Primera		Diciembre de 2010	Diciembre de 2011	

**11 FLUJOGRAMA**



 Unidad de Salud Mompós	<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>PÁGINA</b>	Página 5 de 5	
	<b>IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ÁREA</b>	
	TRASLADO INTERNO DE PACIENTES ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.		IPSUSM -M-URG- TRP-UR-H	<b>RESPONSABLE</b>	Medico Coordinador De Urgencias
	<b>VERSIÓN</b>		<b>FECHA EMISIÓN</b>		<b>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN</b>
	Primera		Diciembre de 2010		Diciembre de 2011

<b>12 APROBACIÓN</b>				
	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>	MARIA A. GONZALEZ AMADOR	CONTRATISTA	DICIEMBRE 2010	
<b>VALIDÓ</b>	FERNANDO AMARIS HERNANDEZ	COORDINADOR DE URGENCIAS	DICIEMBRE 2010	
<b>APROBÓ</b>	YOLANDA PEÑA CAMARGO	GERENTE	DICIEMBRE 2010	