

**CARACTERIZACIÓN DE PROCESO  
GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS**

Versión:	2
Fecha de aprobación:	1/11/2019
Código:	09-00-OD-0001

<b>1. MACROPROCESO:</b>	Misional
<b>2. PROCESO:</b>	Gestión Clínica de Urgencias
<b>3. OBJETIVO:</b>	Prestar una atención integral en el contexto de las atenciones de urgencia, a los usuarios que acuden al servicio de urgencias de la Subred Suroccidente, mediante la priorización de la atención según la gravedad con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, en el marco de una atención humanizada con información clara, educación sobre su estado de salud y una óptima utilización de recursos, que contribuya al restablecimiento de su salud o definición de conducta de acuerdo a las necesidades de salud identificadas.
<b>4. RESPONSABLE:</b>	Director técnico de urgencias
<b>5. ALCANCE:</b>	Desde el ingreso a los servicios de urgencias, la identificación del riesgo clínico según la clasificación triage hasta el egreso del servicio de urgencias, involucrando a todo el personal de urgencias, servicios complementarios y referencia de la institución.
<b>6. INDICADORES:</b>	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Mejoramiento del proceso (Acreditación) Porcentaje de cumplimiento de las acciones de mitigación del mapa de riesgos del proceso Proporción de Eventos Adversos gestionados asociados al proceso. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas Ocupación del servicio de urgencias Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto agudo de miocardio (IAM) Oportunidad traslados internos
<b>7. SUBPROCESOS O SERVICIOS:</b>	Urgencias, CREAT (Central de Referencia y atención de traslados), Programa de Atención Domiciliaria
<b>8. SOPORTES NORMATIVOS</b>	

Decreto 412 1992 "Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones".

Resolución 5261 1994 "Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. "

Decreto 2423 1996 "Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones. "

Decreto 806 1998 "Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. "

Resolución 1995 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica .

Ley 594 2000 "Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones."

"ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. De conformidad con la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001, la atención inicial de urgencias de la población desplazada por la violencia deberá ser prestada, independientemente de su capacidad de pago, en forma obligatoria por parte de las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud, aun cuando no se haya efectuado su inscripción en el Registro Unico de Población Desplazada de que trata el Decreto 2569 de 2000.

Decreto 2131 2003 Por el cual se reglamenta el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones.

Decreto 4747 2007 "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones " CAPITULO II "Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud"

Ley 2014 2014 Por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones.

Ley 1751 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

## CARACTERIZACIÓN DE PROCESO GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS

Versión:	2
Fecha de aprobación:	1/11/2019
Código:	09-00-OD-0001

Resolución 5596 2015 Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".

Resolución 3388 2016 Por la cual se efectúa una desagregación interna en el Presupuesto de Gastos de Inversión de la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, proyecto "Mejoramiento de la Red de Urgencias y Atención de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito - Subcuenta de ECAT FOSYGA", para la vigencia fiscal 2016.

Resolución 256 2016 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud" 12 Indicadores de gestión

Resolución 408 2018 "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones". 2 Indicadores y estándares de gestión

Decreto 682 2018 Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud.

Resolución 3280 2018 por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

Resolución 4886 2018 Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1

### 9.. DEFINICIONES

**Atención inicial de urgencia:** Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

**Atención de urgencias.** Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

**C.R.E.A.T:** Central la gestión de la referencia, contrareferencia y atención de traslados en la Subred Suroccidente a fin de garantizar la continuidad, oportunidad e integralidad en la atención del paciente.

**Programa de Atención Domiciliaria:** La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Esta cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud.

**Red de urgencias.** Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Servicio de urgencia.** Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para esa unidad.



**TRIAGE:** Palabra francesa que significa selección o clasificación. Categorización del paciente de acuerdo al riesgo que presenta su enfermedad, para priorizar el inicio de su atención dependiendo de los medios disponibles en cada institución. El riesgo de la enfermedad depende del grado de severidad, potenciales secuelas y riesgo de muerte.

En la Institución, dada la connotación original del término en eventos catastróficos, se ha decidido utilizar el término Clasificación Inicial de la Urgencia (C.I.U.) en su lugar, conservando su discriminación y aplicación.

**Urgencia.** Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

### 10. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

N°	PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDA	CLIENTE
1	1. Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional. 2. Proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo. 3. Comités institucionales. 4. Proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano. 5. Junta directiva	Plataforma estratégica interna , políticas institucionales, normatividad vigente, resultados de auditorías internas y externas , resultados del Sistema de Información Distrital de Quejas y reclamos	Formular plan operativo anual. Matriz de riesgo Autoevaluación de estándares de SUA . Planes de mejoramiento. (Planear)	1. Plan operativo anual del proceso. 2. Plan administrativo del riesgo. 3. Autoevaluación cualitativa y cuantitativa del SUA 4. Planes de mejoramiento.	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional, Gestión de calidad y mejoramiento continuo, entes de control y entidades externas (Secretaría de salud, Personería, Icontec, Contraloría, Revisoría Fiscal, Capital salud, FFDS, entre otros).

		<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS</b>		Versión:	2	
				Fecha de aprobación:	1/11/2019	
				Código:	09-00-OD-0001	
2	1. Colaboradores del proceso 2. Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional.	Necesidades del proceso , planes y programas del proceso, normatividad vigente.	Planificar los recursos (humanos, financieros, físicos, tecnológicos, entre otros) requerido para la operación del proceso (Planear)	Requerimiento de personal, necesidades de recursos financieros, físicas y tecnológicas	Proceso gestión del talento humano. Proceso de gestión financiera. Gestión del Ambiente Físico. Gestión de TICS. Proceso de gestión jurídica y contratación.	
3	1. Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional 2. Entes de control y entes reguladores	Normatividad vigente	Establecer los requisitos normativos aplicables al proceso. (Planear)	Normograma del proceso	Proceso de gestión jurídica y contratación. Entes de control.	
4	1. Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional 2. Proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano. 3. Aseguradores 4. Proceso de gestión del riesgo en salud 5. Gestión clínica ambulatoria 6. Gestión de servicios complementarios	1. Plan Operativo del proceso. 2. Plan administrativo del riesgo. 3. Planes de mejoramiento del proceso.	1. Ejecutar plan Operativo del proceso. 2. Ejecutar plan de administración de riesgo. 3. Ejecutar planes de mejoramiento. 4. Priorizar y desarrollar oportunidades de mejora del SUA. 5. Gestionar respuestas de SQRSS usuarios, familia y grupos de interes. (Hacer)	1. Plan operativo anual del proceso. 2. Plan administrativo del riesgo. 3. Planes de mejoramiento. 4. Planes de mejoramiento del SUA. 5. Indicador del cumplimiento de la oportunidad y calidad de la respuestas de SQRSS usuarios, familia y grupos de interes y a los niveles de satisfacción del usuario.	1. Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional Comités institucionales. 2. Proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano. 3. Colaboradores. 4. Usuario, familia y grupos de interes 5. Entes rectores y de vigilancia Entes de control y entidades externas	
5	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional, entidades externas e internas	Información de comportamiento de indicadores	Reportar los indicadores del proceso a instancias internas y externas. (Hacer)	Reporte de indicadores del proceso	1. Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional. 2. Proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo. 3. Usuario, familia y grupos de interes 4. Colaboradores. 5. Entes de control y entidades externas.	
6	1. Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional 2. Proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano. 3. Aseguradores 4. Proceso de gestión del riesgo en salud 5. Gestión clínica ambulatoria 6. Gestión de servicios complementarios	1. Plan operativo anual ejecutado. 2. Plan de administración del riesgo ejecutado. 3. Planes de mejoramiento ejecutado. 4. Reporte de indicadores del proceso. 5. Informe peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	1. Monitorear el plan Operativo del procesos. 2. Monitorear el plan de administración de riesgo del proceso. 3. Monitorear los resultados de los indicadores del proceso. 4. Monitorear el cumplimiento a planes de mejoramiento. 5. Realizar seguimiento al Indicador del cumplimiento de la oportunidad y calidad de la respuestas de SQRSS usuarios, familia y grupos de interes y a los niveles de satisfacción del usuario . (Verificar)	1. Indicador del cumplimiento de metas del plan operativo 2. Indicador del cumplimiento de metas del plan de administración del riesgo. 3. Indicador del cumplimiento del plan de mejoramiento del proceso. 4. Indicador del cumplimiento de la oportunidad y calidad de la respuestas de SQRSS usuarios, familia y grupos de interes y a los niveles de satisfacción del usuario	1. Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional. 2. Proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo. 3. Usuario, familia y grupos de interes 4. Colaboradores. 5. Entes de control y entidades externas.	
7	1. Entes internos y externos. 2. Proceso de Direccionamiento estratégico y Desarrollo Institucional. 3. Proceso de evaluación. 4. Proceso de Calidad y mejoramiento continuo. 5. Proceso de Participación social y atención al ciudadano	1. Resultados de indicadores de gestión. 2. Informes de auditorias internas y externas 3. Informes de gestión. 4. Ejecución de planes. 5. Encuestas de satisfacción del Usuario	Analizar los resultados de la gestión del proceso y formular las acciones o planes de mejoramiento según resultados de la gestión del proceso y desviaciones encontradas. (Actuar)	Acciones de mejora o planes de mejoramiento del proceso	1. Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional. 2. Proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo. 3. Usuario, familia y grupos de interes 4. Colaboradores. 5. Entes de control y entidades externas.	

**11. RIESGOS Y CONTROLES**

**CARACTERIZACIÓN DE PROCESO  
GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS**

Versión:	2
Fecha de aprobación:	1/11/2019
Código:	09-00-OD-0001

RIESGOS	CONTROLES
<p>           Inoportunidad en la atención de triage II en el servicio de urgencias            Diagnóstico errado del paciente en el servicios de urgencias            Registro inadecuado e incompleto de las atenciones de los pacientes en el servicio de urgencias            Ausencia de barreras de seguridad para la prevención de caídas del pcte en el servicio            Aplicación incorrecta del procedimiento de venopunción            Demora en el traslado de los pacientes entre las USS u otra institución            Inoportunidad en el manejo de pacientes con cuadros de dolor abdominal en el servicio de urgencias            Fallas en la de supervisión de contratos y/u OPS, que generan favorecimiento propio o a terceros         </p>	<p>           "Manual de triage            Monitorización de triage"            Socialización de guías de manejo clínico de urgencias.            Medición de adherencia a la calidad y registro de la historia clínica            Reporte de eventos adversos causados por caídas en el servicio de Urgencias.            "Socialización Procedimiento de venopunción            Reporte de eventos adversos causados por caídas en el servicio de Urgencias"            Medición de oportunidad de traslados            "Socialización guía de dolor abdominal            Seguimiento a usuarios que ingresan con cuadro de dolor abdominal"            Informe de Quejas relacionadas con el favorecimiento a terceros.         </p>

**CARACTERIZACIÓN DE PROCESO  
GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS**

Versión:	2
Fecha de aprobación:	1/11/2019
Código:	09-00-OD-0001

**TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS**

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO
1		Emisión del proceso
2	15/08/2018	Actualización de proceso
	22/10/2019	Se realiza actualización de normograma, riesgos, controles y paso a paso en la descripción de actividades

**REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO**

09-00-PR-0001 Procedimiento de atención por urgencias V3.  
 09-02-PR-0001 Procedimiento de Atención Domiciliaria en Urgencias V2.  
 09-03-PR-0002 Procedimiento de traslados internos V6.  
 09-03-PR-0003 Procedimiento referencia y contrarreferencia V5.  
 02-03-MA-0001 Manual de la mejora institucional V6.

**CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO**

Lugar y tiempo de Archivo: Según lo definido en TRD (Tabla de retención documental)  
 Disposición final: Archivo central

	ELABORÓ	REVISÓ	AVAL DE CALIDAD	APROBÓ
Nombre y apellidos.	Cindy Vargas Pinilla	Yanith Piragauta Gutiérrez	Rosa Nohemí Mora Díaz	Victoria Eugenia Martínez Puello
Cargo y/o actividad:	Profesional Especializado	Director de Urgencias	Profesional Especializado	Gerente
Fecha :	22/10/2019	22/10/2019	31/10/2019	1/11/2019

**INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO**

Logo Subred	Indique el nombre completo del proceso. Ej. Caracterización de proceso Gestión del riesgo.	Indique la versión del documento. La fecha de aprobación y el código será diligenciado por el área de calidad.	Escudo de Bogotá
----------------	--	--	------------------

<b>1. MACROPROCESO:</b>	Indique el macroproceso del cual se deriva el proceso al que se le hará la caracterización. Puede ser: estratégico, misional, apoyo o misional.
<b>3. OBJETIVO:</b>	Indique el propósito general del proceso, debe responder a la pregunta ¿Para qué?, debe ser medible y coherente, con el alcance del documento, su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo que indique la acción.
<b>4. RESPONSABLE:</b>	Registrar el Cargo o Rol del responsable de la aprobación técnica, socialización, ejecución, seguimiento y actualización del proceso. Ejemplos: Director de servicios compartidos, Jefe Oficina de Control Interno, entre otros.
<b>5. ALCANCE:</b>	Describa de manera general los límites del proceso, definiendo su inicio o fin, tome como referencia la primera y la última actividad descrita en el proceso.
<b>6. INDICADORES:</b>	Enuncie los indicadores que usa el proceso para evaluar y hacer seguimiento al objetivo del mismo.
<b>7. SUBPROCESOS O SERVICIOS:</b>	Indique los subprocesos o servicios dependientes del proceso que aquí se describe

**8. SOPORTES NORMATIVOS**

Indique el marco regulatorio nacional que existe en el ordenamiento jurídico que se relacione con el alcance y objetivo del proceso

**9.. DEFINICIONES**

Se deben enunciar las definiciones que permitan el entendimiento del documento o que requiere de alguna aclaración para comprender el contexto del documento, la palabra a definir se marca en negrilla, y se colocan en orden alfabético.

**10. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

Nº	PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	PHVA	SALIDA	CLIENTE
	Registrar el nombre de un proceso, un cargo o rol, o entidad externa que provee insumos para ejecutar las actividades del proceso. Puede ser un documento, bien o servicio.	Insumo proporcionado por los proveedores. Las entradas pueden ser, información de tipo legal, documentos o necesidades.	Registrar la acción en orden secuencial que hace parte del proceso. Su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo. En este campo se puede realizar llamados a otros documentos que se encuentren en ALMERA (Procesos, procedimientos, guías, entre otros) para identificar la relación entre los mismos.	Para la definición de las actividades asociadas al proceso se usa el ciclo PHVA (P=Planear, H= Hacer, V= verificar, A=actuar), en esta casilla por favor escriba la inicial de PHVA acorde a la actividad enunciada.	Detallar los productos (Documentos o registros) que se generan al ejecutar la actividad. Ejemplo: Plan Estratégico aprobado.	Registrar el nombre de un proceso, cargo o rol, o entidades externas que reciben la salida generada de la ejecución de la actividad.

**11. RIESGOS Y CONTROLES**

RIESGOS	CONTROLES
Indique los riesgos asociados al proces. (Referencia en Desarrollo Institucional)	Asocie el control correspondiente al riesgo definido.

**TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS**

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO
En esta parte se describen los cambios realizados en cada versión del documento, lo anterior permite el control y trazabilidad del mismo; para ello deberá colocar por cada versión la fecha de aprobación de cada una formato (dd-mm-aaaa) y en la descripción, detalle de manera simplificada las modificaciones realizada.		

**REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO**

Relacione el nombre del registro o formato que se genera o soporta la actividad y el código que lo identifica, si se aplica en caso de no generarse ningún registro dejar la casilla en blanco

**CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO**

Señale claramente en dónde, dentro de la Subred, está indicada la utilización del presente proceso, a qué equipo de trabajo va dirigido y la relación existente con otros documentos.

Lugar y tiempo de Archivo: Según lo definido en TRD (Tabla de retención documental)

Disposición final: Archivo central

	ELABORÓ	REVISÓ	AVAL DE CALIDAD	APROBÓ
Nombre y apellidos:	Nombre del colaborador que elabora el documento	Nombre del director o líder del proceso	Nombre del profesional de calidad designado para hacer revisión el document tanto de fondo como de	Nombre de la Gerentede la Subred
Cargo y/o actividad:	Cargo del colaborador o líder.	Director, jefe de oficina o líder.	Profesional de apoyo del área de calidad	Gerente
Fecha :	Fecha en que se elaboró el documento.	Fecha en que se revisó por parte de la dirección el documento.	Fecha de aprobación y publicación del documento	Fecha de aprobación y publicación del documento