

1. MACROPROCESO:	Misional
2. OBJETIVO:	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.
3. RESPONSABLE:	Director técnico de urgencias
4. ALCANCE:	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.
5. INDICADORES:	* Indicadores Capital Salud - Contrato N° CS-AS-1 * Indicadores plan de gestión de gerencia PGG resolución 408 * Indicadores Plan de Acción Anual por Procesos * Indicadores de Mando Integral RISS SDS * Indicadores Política Institucionales
6. SUBPROCESOS O SERVICIOS:	01 - Atención de urgencias 02 - Atención domiciliaria 03 - Traslado de pacientes

7. SOPORTES NORMATIVOS

Normograma Institucional Código 15-00-F0-0010

8. DEFINICIONES

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.

Atención inicial de urgencia: Denominase 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.

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.

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.

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.

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

Atención Prehospitalaria: Es el servicio que se presta a la comunidad cuando se presentan urgencias, emergencias o desastres en el sitio de ocurrencia del evento y de manera conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Comprende los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se prestan a enfermos o accidentados fuera del hospital, constituyendo una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias.

Traslado Primario: Es el traslado de pacientes del lugar de ocurrencia del episodio patológico al hospital.

Traslado Secundario: Traslado interhospitalario de pacientes, el traslado de estos hacia sus domicilios y/o transporte de pacientes limitados que no puedan moverse por sus propios medios y no presenten patología de urgencia.

Ruta de agresiones, accidentes, traumas y violencias: Ruta integral de atención en salud con el fin de identificar, verificar y garantizar la adecuada atención a víctimas de violencias.

9. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

N°	PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDA	CLIENTE
1	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional, entes de control y entidades externas	Plan de Desarrollo Distrital, Plataforma estratégica interna, Plan de Desarrollo institucional, normatividad vigente, Plan Acción Anual Institucional (PAA), Matriz de riesgos institucional	Formular los planes, políticas, programas y/o herramientas de control y gestión propias del proceso (P)	Plan de acción anual del proceso Matriz de riesgos Indicadores del proceso Políticas operacionales	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional, entes de control y entidades externas
2	Entes de control externos, entes reguladores y líderes de procesos	Normatividad vigente	Identificar los requisitos normativos aplicables al proceso (P)	Normograma del proceso	Todos los procesos, entes de control
3	Colaboradores del proceso 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) requeridos para la operación del proceso (P)	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.
4	Proceso de Direccionamiento estratégico y desarrollo institucional, Entes de control externos y entes reguladores	Normatividad vigente Procedimiento de atención inicial en urgencias Historia clínica electrónica	Garantizar la atención inicial de un paciente que ingresa al servicio de urgencias (H)	Paciente con un diagnóstico, tratamiento y definición de conducta	Paciente y su familia Todos los procesos

CARACTERIZACIÓN DE PROCESO GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	4/11/2022
Código:	09-00-OD-0001

5	Proceso de Dirección estratégico y desarrollo institucional, Entes de control externos y entes reguladores Medico tratante	Normatividad vigente Solicitud de traslado en historia clínica electrónica	Garantizar los traslados y atención oportuna de especialistas, ayudas diagnósticas a nivel subred y prehospitalario. (H)	Paciente trasladado a una unidad requerida Formato Historia clínica de atención y traslado de pacientes	Paciente y su familia Todos los procesos Unidades de atención en salud
6	Proceso de Dirección estratégico y desarrollo institucional, Entes de control externos y entes reguladores Medico tratante	Normatividad vigente Ficha de notificación Historia clínica electrónica	Garantizar que los pacientes víctimas de violencia reciban la atención oportuna. (H)	Seguimiento por la ruta Resultados médicos Tratamiento medico	Paciente y su familia Todos los procesos Unidades de atención en salud
7	Proceso de Dirección estratégico y desarrollo institucional, Entes de control externos y entes reguladores	Reporte de indicadores del proceso Solicitudes externas	Monitorear los resultados de los indicadores del proceso (V)	Resultados y análisis de indicadores del proceso.	Proceso de Dirección estratégico y desarrollo institucional, Entes de control externos, entes reguladores y todos los procesos
8	Entes de control externos y entes reguladores Todos los procesos	Resultados de indicadores de gestión, informes de auditorías internas y externas, informes de gestión, ejecución de planes y compromisos de los diferentes comités institucionales	Formular planes o acciones de mejoramiento según resultados de la gestión del proceso (A)	Planes o acciones de mejoramiento del proceso	Entes de control externos y entes reguladores Todos los procesos

11. RIESGOS Y CONTROLES

RIESGOS	CONTROLES
1. Posibilidad de afectación económica y reputacional por diligenciamiento parcial de registros en historias clínicas de urgencias, debido a la baja adherencia, desconocimiento de la implicación legal y la rotación constante del personal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El grupo PAMEC según cronograma de trabajo anual, realizara la medición de adherencia a la calidad y registro clínico con periodicidad anual a los colaboradores de la dirección de urgencias. 2. Los líderes asistenciales de la dirección de urgencias realizaran Implementación de acciones de mejora según los resultados de medición de adherencia. 3. La dirección de urgencias desde el primer contacto con el colaborador realizara inducción frente al conocimiento y apropiación de la subred. 4. Los líderes asistenciales de la dirección de urgencias realizaran inducción a los colaboradores en puesto de trabajo.
2. Posibilidad de afectación económica y reputacional por inoportunidad de traslados internos entre las unidades de la subred, debido al inadecuado registro del formato de referencia y contrarreferencia, pertenencia en la solicitud de interconsultas y exámenes sin radicar y la falta de preparación según el tipo de ayuda diagnóstica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desde la dirección de urgencias se realiza Medición de adherencia a la calidad y registro clínico, como estrategia de autocontrol con periodicidad semestral. 2. Los líderes asistenciales de la dirección de urgencias realizaran reentrenamiento de procedimiento de referencia y contrarreferencia. 3. Los líderes asistenciales de la dirección de urgencias realizaran capacitación de guías de practica clínica. 4. Los líderes asistenciales de la dirección de urgencias realizaran acompañamiento y seguimiento a la entrega de turno multidisciplinaria.
3. Posibilidad de afectación económica y reputacional por identificación inadecuada de pacientes con riesgo de caída, debido a desconocimiento del mismo, falta de educación, rotación frecuente del personal y inadecuada identificación del riesgo priorizado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los líderes asistenciales de la dirección de urgencias realizaran fortalecimiento a la cultura de seguridad del paciente. 2. Los líderes asistenciales de la dirección de urgencias Verificaran la educación a cuidador y/o familiar frente a riesgo de caídas 3. Los líderes asistenciales de la dirección de urgencias garantizaran inducción a colaboradores en su puesto de trabajo. 4. Desde ruta Trauma se fortalecerá y verificara la importancia de la identificación de riesgo de caídas en sala de espera.
4. Posibilidad de afectación económica y reputacional por administración inadecuada de medicamentos, debido a falta de adherencia a la guía de buenas prácticas, desconocimiento de los 10 pasos correctos en la administración y la falta de verificación de acceso venoso.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los líderes asistenciales y/o referentes de enfermería fortalecerán en los colaboradores Guía de buenas prácticas en el uso de medicamentos. 2. Los líderes asistenciales y/o referentes de enfermería promoverán la buena practica de correctos de la administración de medicamentos 3. Los líderes asistenciales y/o referentes de enfermería recapitaran a los colaboradores la vía de administración de medicamentos (periférica, central) según tipo de medicamentos 4. Los líderes asistenciales y/o referentes de enfermería fomentar y verificaran en los colaboradores de urgencias la entrega de turno multidisciplinarias.
5. Posibilidad de afectación económica y reputacional por reingresos de pacientes en el manejo inadecuado de su patología, debido a la baja adherencia a las guías de practica clínica, falta de seguimiento a colaboradores y bajo análisis de causas de readmisión de pacientes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El grupo PAMEC medirá la adherencia a las Guías de Práctica Clínica priorizadas a la dirección de urgencias, con una periodicidad anual según cronograma PAMEC. 2. Los líderes asistenciales de la dirección de urgencias realizaran planes de mejoras de mejora según los resultados de adherencia, con una periodicidad anual. 3. Desde la dirección de urgencias Seguimiento a reingresos en el servicio de urgencias.
6. Posibilidad de afectación económica y reputacional por desconocimiento del perfil en la contratación de APH, a falta de la verificación de competencias y requerimientos académicos, como en las demora en el proceso de selección y contratación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El profesional de APH junto con el área de talento humano establecerá los requisitos de ingreso del colaborador de acuerdo a la normatividad vigente, para su ingreso al programa de atención prehospitalaria. 2. Realizar la inducción del personal que ingresa a la unidad funcional APH , garantizando apropiación de la misma a través del pretest y postest. 3. Se establecerá un programa de capacitación continuada con el personal para garantizar la asistencia a las capacitaciones pertinentes para el ejercicio de sus actividades
7. Posibilidad de afectación económica y reputacional al tener una móvil fuera de	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar con el área respectiva la existencia de mínimos y máximos de insumos en la farmacia de abastecimiento a las ambulancias garantizando la entrega de los mismos de manera oportuna y permanente

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS	Versión: 3			
		Fecha de aprobación:	4/11/2022		
		Código:	09-00-OD-0001		
servicio por falta de insumos, medicamentos y dispositivos médicos, debido al inadecuado control y gestión de los mismos, incumplimiento de los proveedores que abastecen la atención prehospitalaria y el desabastecimiento a nivel distrital y nacional.	<ol style="list-style-type: none"> 2. El profesional en medicina realizará manejo médico para estabilizar al paciente , según los signos y síntomas y así mismo su vía de administración 3. Realizar seguimientos periódico a las móviles a fin de establecer el manejo adecuado de inventarios garantizando con plenitud los insumos, dispositivos y medicamentos. 				
8. Posibilidad de afectación económica y reputacional por el inadecuado diligenciamiento de las Historias clínicas, debido a la falta de adherencia de la guía, claridad de los lineamientos exigidos por la resolución 1995 de 1999 y carencia de capacitaciones al personal de urgencias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar al personal, frente al adecuado manejo de la historia clínica y la guía del subproceso de APH 2. Auditoría de los registros clínicos de acuerdo a la muestra establecida, (registro clínico y coherencia de las medicalizadas) 3. Periódicamente se capacitara al personal, frente al adecuado manejo de la historia clínica 				
9. Posibilidad de afectación económica y reputacional por insuficiencia de equipos biomédicos, debido a la mala practica y capacitación de los colaboradores, retraso en los mantenimientos preventivos y correctivos y carencia de proveedores contratados por la entidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periódicamente se capacitara al personal en el adecuado manejo de equipos biomédicos 2. Realizar seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo del proceso de APH 3. Garantizar los equipos biomédicos requeridos para las móviles según su tipología (TAM Y TAB) 				
10. Posibilidad de afectación económica y reputacional por falta de adherencia al procedimiento APH y las guías de practica clínica de la atención prehospitalaria, asociado a la falta de gestión en el reporte de sucesos de seguridad y a la inoportunidad en la identificación e intervención de acciones inseguras que puedan ocasionar los sucesos de seguridad del paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quincenalmente los profesionales idóneos de las diferentes ramas capacitan a los colaboradores frente a las guías básicas de atención prehospitalaria, inducción y reinducción, así como socialización y evaluación del análisis causal evidenciado en seguridad del paciente. 2. La profesional de enlace sensibiliza a los colaboradores frente a las novedades administrativas y asistenciales así como sus respectivas consecuencias económicas y reputacionales. 3. El gestor externo junto con el líder de APH coordinan el recurso humano necesario para el cubrimiento de las unidades móviles garantizando la mayor operatividad posible. 4. El líder de APH aplica los descuentos económicos frente al incumplimiento de horas laboradas para los colaboradores y los envía al área de financiera para su ejecución. 				
11. Posibilidad de afectación económica y reputacional por el retraso en los pagos del convenio con la SDS, debido a la demora en la elaboración y recopilación de información por los diferentes procesos que interviene en la gestión del convenio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer mecanismos de comunicación con los procesos que intervienen en la gestión del convenio para obtener los informes oportunamente. 2. Búsqueda activa de información por parte del personal de APH y los actores del proceso que intervienen en la presente actividad. 				
12. Posibilidad de afectación económica y reputacional a falta de experiencia y competencia de los colaboradores en la atención domiciliaria de salud mental, por el desconocimiento y adherencia a los protocolos y guías que se tienen desde el centro regulador de urgencias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dentro del proceso se realizan programas de capacitación para el personal en relación al manejo de patología para manejo de salud mental. 2. El profesional designado realizará inducción al personal que labora en el convenio de salud mental en relación a la operación a través del CRUE/ radiocomunicaciones 3. El profesional designado realizará pretest y postest de las capacitaciones en la atención de Salud mental y evaluara su respectiva adherencia. 				
13. Posibilidad de afectación económica y reputacional en la gestión parcial del manejo de la Historia clínica que optimiza el proceso de facturación, a causa del inadecuado o nulo proceso en las respectivas EPS, situación contractual institucional y registro clínico por los tripulantes de cada móvil.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semestralmente se realizará gestión de facturación a las EPS con convenio y presentar paquetes de atención domiciliaria prioritaria en salud mental a las EPS. 2. El profesional designado por el subproceso de atención de urgencias realizar seguimiento periódico a los registros clínicos (5%) de muestras del mes. 				
14. Posibilidad de afectación económica por la no atención domiciliaria de pacientes en atención de salud mental, debido a la falta de recursos, manejo de los tiempos de la tripulación y la operatividad de las móviles contratadas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realiza socialización, implementación y seguimiento trimestral del anexo técnico de tiempos operativos (Documento anexo al convenio). 2. El líder de salud mental realizara trimestralmente el seguimiento al contrato de transportes y supervisara las actividades establecidas dentro del mismo. 				
15. Posibilidad de afectación económica y reputacional por el uso inadecuado del emblema de Misión Médica a causa del desconocimiento y adherencia al manual.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El líder del salud mental realiza medición y seguimiento continuo al manual de Misión Médica (a través de las actividades que establecidas en el manual desde capacitación, carnetización y reportes). 				
16. Posibilidad de afectación reputacional por el inadecuado manejo de la crisis inicial en los pacientes con patología de salud mental, a causa de fallas en el seguimiento clínico del paciente y la falta de experticia de los colaboradores.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El grupo de salud mental realiza adherencia al proceso de atención bajo criterios establecidos por norma (analizar casos de eventos adversos o novedades asistenciales) reportadas por SDS. 				

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1	15/08/2018	Emisión del proceso
2	22/10/2019	Se realiza actualización de normograma, riesgos, controles y paso a paso en la descripción de actividades
3	18/08/2022	Se realiza actualización de subprocesos, indicadores, normatividad, riesgos, controles y paso a paso en la descripción de actividades

REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO

02-03-MA-0001 Manual de la mejora institucional
09-00-PR-0001 Atención Inicial en Urgencias
09-03-PR-0003 Procedimiento de aceptación de pacientes de Referencia y Contrarreferencia
09-03-PR-0001 Procedimiento de Atención Pre hospitalaria APH
09-03-PR-0002 Procedimiento traslados internos

CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO

Todos los procesos institucionales
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:	Diana Andrea Paz Acuña	Juan Manuel Mendieta Novoa	Claudia Patricia Rosero Caicedo	Martha Yolanda Ruiz Valdés
Cargo y/o actividad:	Profesional Especializado	Director Técnico de Urgencias	Jefe Oficina de Calidad	Gerente
Fecha :	18/08/2022	18/08/2022	4/11/2022	4/11/2022