

Proceso Auditado:	CORUS	Fecha:	28/02/2026
Proyecto Auditado:	SDS	Gerente de Proyecto:	Carlos Martínez
Responsable de la auditoría:	Luisa Barrera-Carol Ramírez-Cindy Arenales Luis Alfredo Pabón	Líder de Proyecto:	Viviana Bedoya

INFORME DE AUDITORÍA CALIDAD OPERATIVA

1. Objetivo

Evaluar el cumplimiento, la eficacia y la calidad del proceso de regulación de urgencias y emergencias en salud ejecutado por el personal involucrado (TARM, médicos reguladores, jefes de enfermería y psicólogos), verificando su adherencia al lineamiento e instructivo de regulación vigente, con el fin de identificar oportunidades de mejora y fortalecer la seguridad del paciente.

2. Alcance:

La auditoría comprenderá:

- Recepción y gestión de llamadas de urgencias y emergencias.
- Clasificación y priorización.
- Regulación médica y despacho de recursos.
- Registro y documentación en los sistemas de información.
- Actuación del personal involucrado:
 - TARM
 - Médicos reguladores
 - Jefes de enfermería
- Cumplimiento del lineamiento e instructivo institucional vigente.

3. Principios y métodos:

La metodología usada en la auditoria ha sido la revisión documental del lineamiento e instructivo de regulación medica vigente, creación del formulario de calificación, muestreo aleatorio de llamadas grabadas verificando los tiempos de respuesta, clasificación de prioridades, revisión de la información registrada en el sistema y observación de manera directa al proceso operativo.

4. Criterios de la auditoría:

Los criterios utilizados en la auditoría se fundamentaron en la revisión del Lineamiento de Regulación Médica de Urgencias y Emergencias, así como en el Instructivo Operativo del Centro de Contacto, estableciendo una sinergia con los indicadores de calidad definidos.

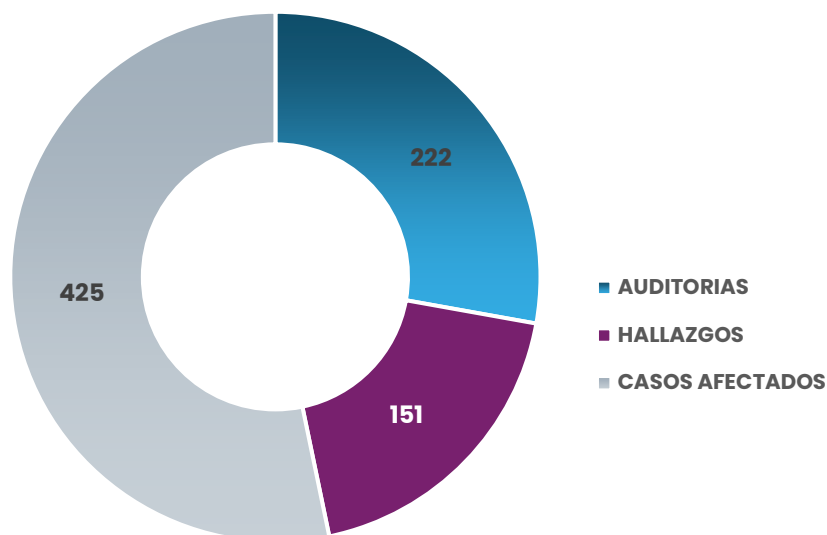
Estos documentos constituyen el marco de referencia para la evaluación, permitiendo medir el nivel de cumplimiento de los protocolos establecidos y verificar la correcta aplicación de los procedimientos durante la atención y regulación de los casos auditados.

CRITERIO EVALUADO	LINEAMIENTO/ INSTRUCTIVO	PESO %
Saludo Protocolario	Tarea #1: Al recibir la transferencia de voz del incidente, realice el siguiente saludo protocolario: Secretaría Distrital de Salud (Salud Mental), buenos (días, tardes, noches), continúe el diálogo validando la información que se encuentra registrada en la bitácora e identifique la situación urgencia o emergencia.	7%
Generar Empatía	Lineamiento Apartado # 5 Generalidades - 5.1 Recomendaciones Generales: Mantenga la calma y guíe al solicitante para que le ofrezca información veraz, oportuna y suficiente. No pierda el control y sea amable y cordial en el trámite de la solicitud	5%
Validación de datos inicial	Toma y verificación de datos completos y que no estén registrados en PrimerOne, importante también para validación de duplicados.	Datos informativos
USO SIDCRUE	Utilice la plataforma tecnológica en mención con la finalidad de crear las preguntas trazadoras definidas al inicio del incidente.	Datos informativos
Aplicación de preguntas trazadoras.	Tarea #2, Lineamiento apartado # 5 generalidades- 5.3 Preguntas trazadoras: Formular y registrar las preguntas definidas en el "LINEAMIENTO REGULACIÓN MÉDICA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS" y SIDCRUE.	15%
Preguntas según tipo de incidente.	Lineamiento apartado # 5 generalidades- 5.4 Preguntas según el tipo de incidente: Formular las preguntas definidas en el LINEAMIENTO REGULACIÓN MÉDICA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS y SIDCRUE según el tipo de incidente correspondiente y registre los datos suministrados por el usuario en la Plataforma tecnológica PrimerOne.	15%
USO RAPID S.O.S	No registra su uso en el instructivo	Datos informativos
Registro de información (motivo del incidente)	Tarea #3: Registro en la plataforma tecnológica PrimerOne la información brindada del incidente e informe al médico regulador de manera objetiva, veraz y oportuna. Consignando el nombre del médico regulador de urgencias.	10%
Clasificación y priorización.	Tarea #5: Realización de clasificación y priorización de solicitudes de atención en casos de urgencias y emergencias en salud (Triage telefónico) Análisis de la información y síntomas reportados por el llamante. Consignando el nombre del médico regulador de urgencias.	10%

Confirmación de datos. Despacho	Tarea #8: Completar y validar en los incidentes con indicación de despacho de recurso los datos solicitados en la validación de datos inicial.	10%
Conducta y orientación.	Tarea #12: Informar la asesoría y la conducta correspondiente de acuerdo con la instrucción dada por el medico regulador de urgencias, nombre que debe ir registrado en la plataforma tecnológica PrimerOne.	7%
Brinda recomendaciones básicas	Brindar recomendaciones de salud de acuerdo con la guía de recomendaciones o instrucción dada por el médico regulador.	8%
Seguimiento	Tarea #15: Realizar seguimiento de acuerdo con la prioridad del incidente, respetando los tiempos estipulados en el instructivo.	8%
Cierre y Despedida	Tarea #17: Dar cierre al incidente de acuerdo con lo establecido en el lineamiento de códigos de cierre, despedirse de manera cordial y respetuosa, uso de guion establecido.	5%

5. Resultados de la auditoría:

A continuación, se presentan los resultados generados en las auditorías que se realizaron del 06 al 27 de febrero de 2026



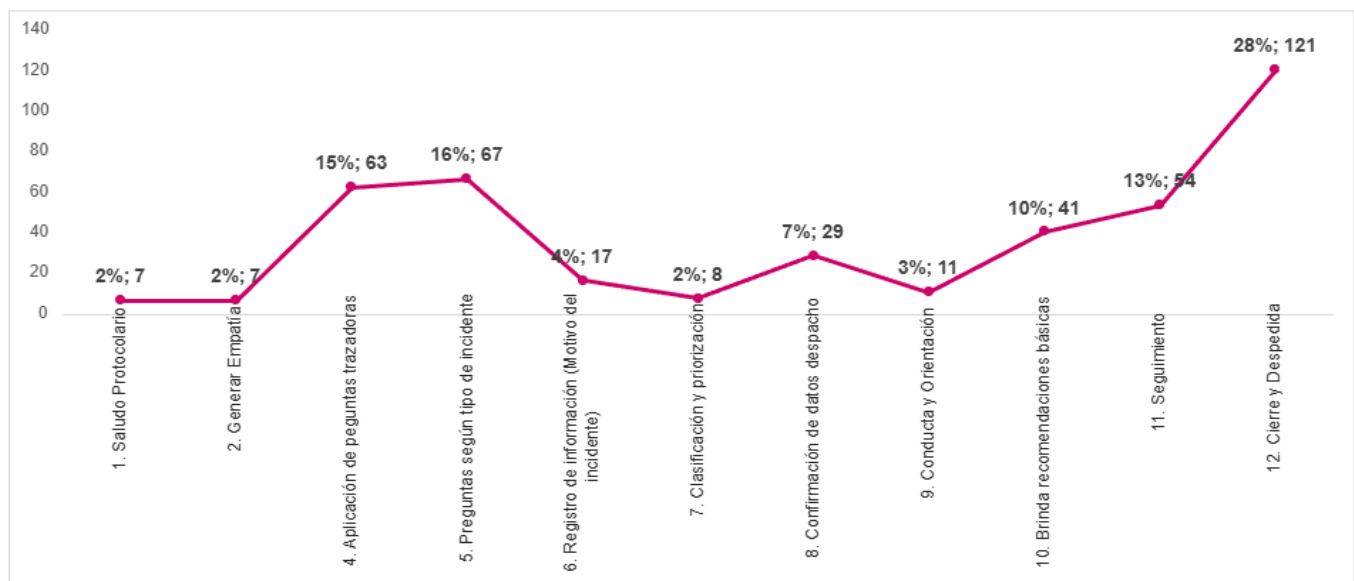
(Nota: Ver Excel Auditoria febrero)

En el mes de febrero se registró una nota de calidad general del **81.82%**, resultado de 222 auditorías aplicadas a 70 TARM, seleccionados de manera aleatoria según los turnos asignados. De cada recurso

se generaron hasta seis muestras, obtenidas mediante el acompañamiento lado a lado y la revisión de grabaciones de llamadas, garantizando así la trazabilidad y objetividad del proceso de evaluación.

El análisis de los resultados evidencia desviaciones en el cumplimiento del lineamiento e instructivo de regulación vigente, tanto en el personal antiguo como en el personal de reciente ingreso. Estas afectaciones se relacionan principalmente con la adherencia a los protocolos establecidos y la estandarización del proceso, impactando de manera directa la calificación general obtenida.

6. Hallazgos:



(Nota: Ver tabla hallazgos por TARM)

Teniendo en consideración los atributos evaluados dentro del proceso de calidad, a continuación, se presentan aquellos que han recibido mayor nivel de penalización, junto con el análisis detallado de cada uno de ellos.

1. Cierre y Despedida:

Se ha evidenciado un impacto significativo en el proceso de cierre de la atención, particularmente en los casos en los que se ejecuta el envío de recurso. En estas situaciones, se ha identificado que el TARM no cumple de manera consistente con la despedida protocolaria establecida, la cual debe formularse de la siguiente manera:

“Usted habló con... (informar nombre, apellidos y perfil)”.

Asimismo, debe agregarse al final del contacto la indicación: “Por favor, no realice ningún pago a la tripulación de la ambulancia por la atención o traslado del paciente”.

2. Aplicación de preguntas trazadoras:

En el marco del proceso de auditoría, se ha identificado que el componente correspondiente a las preguntas trazadoras presenta un alto nivel de impacto en los siguientes escenarios:

- Se evidencia que, aunque las preguntas trazadoras son formuladas de manera verbal durante la atención, no se realiza su respectivo registro en la plataforma tecnológica PrimerOne, lo que genera inconsistencias en la trazabilidad de la gestión.
- Se observa que únicamente se formula una de las preguntas trazadoras —por ejemplo, estado de conciencia o si el paciente está respirando— aun cuando, de acuerdo con el protocolo, corresponde aplicar la totalidad de las preguntas establecidas.
- Se identifican casos en los que no se realiza ninguna pregunta trazadora, pese a que estas resultan aplicables según la tipificación del caso.

3. Preguntas según tipo de incidente:

Dentro del proceso orientado a determinar el estado del paciente mediante la aplicación de preguntas específicas, se han identificado las siguientes situaciones:

- Si bien se realizan preguntas generales y se valida información relacionada con antecedentes, no se ejecutan las preguntas específicas correspondientes a determinados tipos de incidente, tales como 608, 924, 610, 607 y 613, según lo establecido en el protocolo.

4. Seguimiento:

De acuerdo con la criticidad del caso, se ha evidenciado que los seguimientos no se están ejecutando conforme a la prioridad asignada. Particularmente, en los casos clasificados como Prioridad 2, se ha identificado que transcurren más de 30 minutos antes de que el TARM realice el respectivo seguimiento. Asimismo, en los eventos catalogados como Prioridad 1, se presentan lapsos superiores a 20 minutos sin que se efectúe ningún tipo de contacto o verificación del estado del caso.

5. Brinda recomendaciones básicas:

Dentro del proceso se establece que las recomendaciones básicas constituyen una orientación fundamental para el llamante o el paciente, ya que permiten preservar su estado de salud mientras se ejecuta el envío del recurso. No obstante, en la auditoría realizada se han identificado los siguientes hallazgos:

1. No se brinda ningún tipo de recomendación básica en incidentes tipificados como 604, 613, 601, 608 y 610, pese a que estas aplican conforme al protocolo.
2. En otros casos, las recomendaciones se proporcionan de manera incompleta, omitiendo indicaciones relevantes según el tipo de incidente.

6. Confirmación de datos de despacho:

Dentro del proceso de envío de la ambulancia se establece que el TARM debe cumplir con puntos clave en la toma y verificación de datos, con el fin de garantizar que el recurso se dirija al lugar correcto y sin contratiempos. No obstante, en el proceso de auditoría se han identificado los siguientes incumplimientos:

- El llamante proporciona información relevante sobre puntos de referencia o ubicación, pero esta no es registrada en el sistema.
- No se solicitan datos básicos del paciente, lo que limita la adecuada identificación y preparación del recurso asistencial.
- No se realiza la confirmación expresa de la dirección suministrada, incrementando el riesgo de errores en la localización.
- No se validan ni confirman los puntos de referencia indicados por el llamante.

Conclusiones y recomendaciones:

Conclusiones

1. Se identifican deficiencias recurrentes en la ejecución de los protocolos establecidos para la atención de incidentes, incluyendo la validación de datos inicial, el registro de preguntas trazadoras y la entrega completa de recomendaciones básicas.

2. Existe inconsistencia entre la información brindada durante la llamada y lo registrado en el aplicativo PrimerOne, lo que afecta la trazabilidad de la gestión y la calidad de los registros.
3. La toma de datos y la verificación de direcciones y puntos de referencia por parte del TARM presentan fallas que pueden generar retrasos o errores en el despacho de ambulancias.
4. Los seguimientos a los casos no se realizan dentro de los tiempos establecidos según la prioridad, afectando la oportunidad en la atención y el cumplimiento de los protocolos de criticidad.
5. La comunicación con el llamante durante el cierre de la atención no cumple de manera consistente con la despedida protocolaria, lo que impacta en la percepción de formalidad y profesionalismo del servicio.

Recomendaciones

1. **Fortalecer la validación inicial de datos:** Implementar el registro obligatorio de la información proporcionada por el llamante, incluyendo dirección, puntos de referencia y datos del paciente, antes de ejecutar el despacho del recurso.
2. **Asegurar el cumplimiento de preguntas trazadoras y recomendaciones básicas:**
 - a. Aplicar todas las preguntas trazadoras correspondientes según el tipo de incidente y registrar su diligenciamiento en PrimerOne.
 - b. Proporcionar todas las recomendaciones básicas completas y específicas según el protocolo, evitando omisiones que puedan afectar la seguridad del paciente.
3. **Estandarizar la comunicación de cierre:** Asegurar que el TARM cumpla con la despedida protocolaria completa, incluyendo la identificación personal y la indicación de no realizar pagos a la tripulación de la ambulancia, evitando expresiones informales.
4. **Implementar controles y capacitaciones periódicas:** Desarrollar monitoreos, auditorías internas y capacitaciones para reforzar el cumplimiento de los protocolos, mejorar la calidad de los registros y asegurar la atención oportuna y segura de los pacientes.
5. **SIDCRUE:** Dentro de las auditorías realizadas se evidencia que el uso del SIDCRUE está presente en el 53% de los casos (118), mientras que en el 35% de los casos (77) no se utiliza.

Si bien se observa una implementación parcial de la herramienta, es importante resaltar que el uso del SIDCRUE es fundamental dentro del proceso operativo, por lo que debería aplicarse en el 100% de los casos para garantizar la correcta gestión y trazabilidad de la información.

6. **RAPID SOS:** Dentro de las auditorías realizadas se evidencia que el 45% de los casos (100) no registran uso de la herramienta RAPID SOS, mientras que su utilización se presenta únicamente en el 22% de los casos (48).

Durante el periodo, se ejecutaron retroalimentaciones individuales al perfil de TARM tras la identificación de cada hallazgo, con el fin de asegurar la corrección oportuna de las novedades operativas, como consta en el registro "RETROALIMENTACIONES DE CALIDAD - FEBRERO".

7. Plan de acción Marzo:

El presente plan de acción está diseñado para cubrir al 100% del personal operativo, integrando la totalidad de los perfiles de TARM, médicos y jefes de enfermería asignados a la operación.

PLAN DE ACCION			
Proyecto	Hallazgo identificado	Causa Raíz	Actividad/ Tarea Especifica
SDS CORUS	Seguimiento a protocolo establecido en lineamiento de regulación médica	Se evidencia incumplimiento del lineamiento establecido para la gestión realizada en el Centro de Contacto. Esta desviación puede estar asociada a factores como la confianza derivada de la experiencia, que lleva a omitir pasos del proceso por considerarlos conocidos, así como a la falta de refuerzo continuo en las pautas y actualizaciones del procedimiento. Lo anterior genera inconsistencias en la aplicación del protocolo y repercute directamente en los resultados del indicador de calidad	Acción #1: Realizar retroalimentación sobre las afectaciones recurrentes con base en la estructura del lineamiento.
			Proporcionar ayuda visual a través de habladores con los atributos más afectados.
			Acción #2: Capacitar y reforzar al personal en el uso del documento "lineamiento e instructivo de regulación médica".

Con el desarrollo de esta estrategia, se espera transformar el resultado del 81,82% en una oportunidad para el fortalecimiento estructural del proceso, promoviendo una cultura de calidad, seguridad del paciente y excelencia operativa.

Durante el mes de marzo se realizará la evaluación del personal que presente reincidencia en los hallazgos identificados, con el fin de diseñar planes de acción específicos orientados al fortalecimiento de la mejora continua y al incremento de la adherencia a los lineamientos establecidos por parte de cada colaborador.

Firma.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Viviana Bedoya".

Viviana Bedoya.

Líder Calidad y Formación Yeapdata.