

MEJORES PRÁCTICAS

DE CALIDAD Y GESTIÓN EN SALUD

Edición 2

Medellín - julio 2015
ISSN 2390-0776



Mejores Prácticas de Calidad y Gestión en Salud

Nº2 Medellín de 2015

Fundación los Guayacanes Colombia
Carrera 63B Nº 32E 25 INT 103
www.fundacionguayacanes.org

Comité Editorial

Juan Carlos Murillo Correa
Fernando León Medina Monsalve

Autores

Juan Carlos Murillo Correa
Fernando León Medina Monsalve
Claudia Maria Murillo Correa
Luz Neida Blanco Chaparro
Yenny Pilar Torres Castro
Liliana Morales Zapata

Agradecimientos

ESE Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita"
Clínica Oftalmológica de Antioquia
ESE Hospital Pablo VI Bosa
Clínica SOMER
ESE Metrosalud

Colaboradores

Corrección

Lenny Parra Manrique

Diseño y diagramación

Jonatan Parra Manrique

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, sin permiso previo del editor.

ISSN 2390- 0776
Medellín, julio de 2015

Presentación

El reto de mejorar la calidad es una tarea exigente que implica, entre muchas otras acciones, concentrarse en los clientes, hacer buen uso de la información, desarrollar estrategias e incentivos para el trabajo en equipo y construir una visión dinámica del entorno.

En este contexto, la referenciación comparativa se constituye en una estrategia que cada vez se utiliza con mayor frecuencia y de manera más formal para desencadenar procesos de mejoramiento de la calidad en las Instituciones de salud, manteniendo a la organización en un proceso de continua investigación y medición de procesos, con el fin de buscar los más altos estándares con que comparar la gestión y así contribuir a la incorporación de prácticas exitosas en la organización.

En los servicios de salud, existe gran oportunidad para aprender y compartir tanto información como enseñanzas, a través de las múltiples experiencias que se viven.

El programa de referenciación de EXPERIENCIAS EXITOSAS permite identificar prácticas de excelencia en el sector, que podrán ser compartidas, con el objetivo de propiciar una sana competencia en la búsqueda para la mejor práctica. Además propone una triple perspectiva; por un lado, pretende aportar información útil para la gestión, permitiendo la identificación de áreas de mejora, para cada uno de las Instituciones participantes. Por otro lado, el estudio pretende aumentar el grado de conocimiento sobre los resultados del sector, mediante la publicación de indicadores regionales comparables a nivel nacional e internacional y por último compartir experiencias exitosas en el sector, para que sean adaptadas y adoptadas a la realidad de cada Institución.

Es por esto que para Asesorías y Soluciones Integrales y Fundación Guayacanes es un placer presentarles el libro de mejores prácticas de calidad en salud, publicación que se constituye en un instrumento educativo para las personas y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del país, el cual podrá ser utilizado con fines pedagógicos. Los aportes de las instituciones participantes en el programa de Experiencias Exitosas fueron imprescindibles para la publicación de este libro.

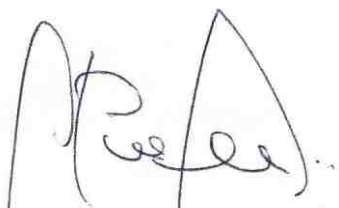
Prólogo

La referenciación comparativa es una herramienta de mejoramiento organizacional basado en la evaluación y el análisis sistemático y periódico de las prácticas y procesos reconocidos en el mercado como exitosos, para su posterior adaptación y asimilación por las organizaciones.

La presente obra proporciona un conjunto de experiencias exitosas en la prestación de los servicios de salud, identificadas a partir del desarrollo de procesos sistemáticos de referenciación de un grupo de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que han adoptado esta metodología como una herramienta de mejoramiento.

A lo largo de las páginas de esta publicación, el lector podrá comprobar de forma práctica, como la implementación de procesos de referenciación comparativa, permite identificar, adoptar prácticas y experiencias de otras organizaciones que permitirán acelerar los procesos de mejoramiento institucional y obtener excelentes resultados.

Así mismo, queremos destacar el grado de madurez y responsabilidad social de las organizaciones que permitieron divulgar sus prácticas para que sean utilizadas con fines de mejoramiento, por esta razón afirmamos, sin lugar a dudas, que este libro representa un aporte trascendente a la calidad en la prestación de los servicios de salud, debido a que las experiencias contenidas son de aplicación práctica, de alto poder innovador, presentadas de una manera sencilla y concisa, lo que permitirá ser el punto de partida para el mejoramiento de un gran número de instituciones.



Gabriel Jaime Guarín Alzate
Secretario de Salud de Medellín

Contenido

Capítulo 1

Gestión Clínica Proceso de Hospitalización - E.S.E Hospital del Sur de Itagüí 6

Capítulo 2

Experiencia Exitosa en la Atención Ambulatoria - Clínica Oftalmológica de Antioquia 31

Capítulo 3

Participación y comunicación con el usuario y la familia - E.S.E Hospital Pablo VI Bosa 43

Capítulo 4

Experiencia Exitosa en el Proceso de Laboratorio Clínico - Clínica SOMER 66

Capítulo 5

Experiencia Exitosa en el Laboratorio Clínico - E.S.E Hospital del Sur de Itagüí 81

Capítulo 6

Proceso de Atención en Urgencias - E.S.E Metrosalud Unidad Hospitalaria San Antonio de Prado 94

Gestión Clínica Proceso de Hospitalización

Capítulo 1





Gestión Clínica Proceso de Hospitalización

E.S.E Hospital del Sur de Itagüí

Visión global de la organización

El Hospital del Sur Itagüí fue creado el día 1 de septiembre del año 1999, según el acuerdo 011 del Concejo Municipal, fue transformado en Empresa Social del Estado, descentralizado del orden municipal, con patrimonio, personería jurídica, autonomía administrativa y financiera propia. Desde este momento la E.S.E. Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita" funciona en las sedes San Pío, Santamaría y Calatrava.

La E.S.E. Hospital del Sur se encuentra en un proceso de mejoramiento continuo enfocado en la calidad y eficiencia de la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad.

La Gerencia se basa en un Modelo de Desarrollo Empresarial que parte del cumplimiento de las necesidades y expectativas de sus clientes para lograr su satisfacción.

Ha obtenido reconocimientos como el Galardón TOP Bench "Excelencia en la Gestión" 2013, 2012, 2011, el Premio a la Gestión Transparente Antioquia Sana 2013, reconocimiento de Microsoft 2010, mención al Mérito "Luis Carlos Ochoa Ochoa" 2010, Certificado en Responsabilidad Social 2009, Premio Calidad en Salud Colombia 2006 - 2009, Acreditación en Salud 2005 y renovada en el 2014 y Certificación IAMI 2005.

Se destaca por promover la salud y prevenir la enfermedad, mediante la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, con un equipo humano comprometido con la calidad, seguridad, innovación, responsabilidad social y la atención centrada en las personas, contribuyendo al bienestar y satisfacción de sus necesidades.

Introducción

Los servicios hospitalarios son sistemas complejos, en donde interactúan un gran número de profesionales de las áreas de la salud, personal administrativo, pacientes, familiares, visitantes y proveedores, esta situación unido a que cada vez tenemos procedimientos clínicos y administrativos más complejos puede afectar la seguridad de los pacientes.

Así mismo, la experiencia de un paciente y su familia durante la estancia hospitalaria genera un sentimiento de inseguridad, vulnerabilidad y entrega a algo desconocido, por tanto la necesidad de sentirse protegido y seguro es percibida por los pacientes como un atenuante de la situación crítica en la que se encuentran al ingreso a un hospital.

Por estas razones los servicios de hospitalización deben desarrollar acciones para fortalecer los procesos haciendolos más seguros y centrados en el usuario y la familia, a continuación presentamos las estrategias que la E.S.E Hospital del Sur de Itagüí ha diseñado para este fin.

Derechos y deberes

La institución cuenta con una política de declaración de derechos y deberes como un compromiso gerencial y de todo el personal por el respeto de los mismos.

La oficina de atención a las personas cuenta con un plan de divulgación de derechos y deberes que está dirigido al cliente interno y al cliente externo, la divulgación se realiza por medio de diferentes estrategias:

1. Desde la **ronda de identificación de las necesidades del paciente y la familia** que se realiza a todos los pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización en el horario de visitas; se identifica y resuelven las necesidades de información y educación relacionada con los derechos del paciente.
2. Las **gestoras de bienestar** son personas seleccionadas por la institución por la calidez y conocimiento de los procesos administrativos del hospital, estas conocen las estrategias de los servicios; se identifican porque portan uniforme amarillo y se desplazan por todo el hospital ayudando a los usuarios que requieren algún tipo de información o resolución de algún inconveniente de tipo administrativo, identificación de pacientes que deben ser priorizados, etc.

En el servicio de hospitalización desarrollan las siguientes actividades: aplicación de la terapia de cariño, apoyo a la lactancia materna para las madres gestantes, divulgación de derechos y deberes, acompañamiento e identificación de las necesidades de los usuarios y sus familias.

Adicionalmente, las gestoras de bienestar realizan **intervenciones específicas** cuando se presentan dificultades entre los usuarios, las familias y los funcionarios, el enfoque de estas intervenciones se realiza desde los derechos y deberes (ej. una persona que llega tarde a la cita y la pierde, se le soluciona asignando una nueva, pero se le recuerda el deber cumplir un horario).

La promulgación de largas listas de derechos no son suficientes para garantizar un cuidado con calidad, solo el compromiso y apropiación por parte de directivos, personal y de los pacientes, se lograrán cambios significativos y sostenibles en la atención en salud.



3. La institución ha desarrollado el **manual del usuario** con mecanismos que garantizan la comunicación con todos los usuarios independiente de la condición física, cultural y cognitiva.



4. Se ha diseñado un **rotafolio** didáctico y muy visual para que los pacientes en condición de discapacidad o limitaciones auditivas o cognitivas puedan tener una comunicación abierta y efectiva y comprender sus derechos y deberes. El rotafolio tiene además todos los modelos, explicaciones y ayudas tanto para el usuario como para que el médico le explique todos los diagnósticos, procedimientos y los derechos y deberes de los usuarios.

5. La institución ha capacitado y entrenado a dos **funcionarios en lenguaje de señas** para personas audio impedidas.



6. Dentro del modelo de inclusión se cuenta con el **manual de derechos y deberes de los usuarios en Braille** para pacientes con dificultades visuales.

7. Se dispone de **derechos y deberes de los niños** dentro del modelo de atención materno infantil ubicados en el consultorio de AIEPI. Se buscan estrategias lúdicas para la divulgación de los derechos y deberes de los niños como derechos y deberes para colorear. Dentro de la estrategia materno infantil se tienen varios boletines "educando con amor" donde se dan pautas de crianza a los padres, esto se trabaja en todos los servicios y bajo la estrategia de AIEPI.



8. Se dispone además de los **derechos y deberes en los siguientes idiomas**: español, inglés, alemán y francés y se está trabajando en la elaboración de los derechos y deberes para pacientes en condición de discapacidad.

9. Se cuenta con un **plan padrino** donde cada funcionario administrativo tiene asignada una cama de hospitalización, cuando esta es asignada a un paciente este realiza una visita de 10 minutos al día para verificar que la atención es óptima, estos padrinos hacen divulgación de derechos y deberes y tienen una lista de chequeo donde identifican posibilidades de mejora.

DERECHOS DEL CUIDADOR DEL PACIENTE

- 1 Conocer el pronóstico del paciente
- 2 Recibir formación y entrenamiento sobre el cuidado del paciente
- 3 Ayudarlo a buscar soluciones para el cuidado del paciente, teniendo en cuenta sus capacidades individuales
- 4 Dedicar tiempo para actividades de descanso
- 5 Ser tratado por el personal de salud con respeto y solidaridad
- 6 Decir NO frente a las demandas excesivas del paciente
- 7 Que otras personas participen del cuidado del paciente
- 8 Disponer de un medio de comunicación con el equipo de salud, para aclaración de dudas en el manejo del paciente

DEBERES DEL CUIDADOR DEL PACIENTE

- 1 Solicitar instrucciones y recomendaciones para el cuidado del paciente
- 2 Reconocer y expresar sus capacidades y dificultades
- 3 Compartir con otros familiares la formación y el entrenamiento brindado por el equipo de salud, para el cuidado del paciente
- 4 Dar continuidad al cuidado del paciente en el hogar, según recomendaciones del equipo de salud
- 5 Tomar decisiones que no afecten el bienestar del paciente
- 6 Aprender como auto cuidar su salud física y emocional, mientras esté a cargo del cuidado del paciente
- 7 Comunicar oportunamente los signos de alarma detectados en el paciente, al personal de salud

DERECHOS DE LOS USUARIOS

Todo usuario debe contar de manera clara, oportuna, oportuna y de calidad con los servicios de salud, según sean, posibles, convenientes y posibles en relación a los siguientes derechos:

- 1 Contar junto con su familia los derechos y deberes que tiene en la institución.
- 2 Que se le garantice la accesibilidad a los servicios de salud.
- 3 Ser atendido en forma oportuna y puntual con calidad, seguridad, humanización e integridad.
- 4 Recibir un trato amable y cortés por parte de quien brinda los servicios de salud.
- 5 Recibir un trato digno, respetando sus creencias, raza, ideología política y costumbres.
- 6 Recibir atención en salas tranquilas, limpias e higiénicas y en condiciones de privacidad.
- 7 Ocurrir de una comunicación clara con el personal que le brinda la atención.
- 8 A decidir libremente la realización o no de procedimientos o investigaciones, dejando constancia escrita de ello.
- 9 Recibir atención prioritaria cuando su condición clínica o características de vulnerabilidad lo ameriten.
- 10 Ocurrir libremente el profesional de salud, de acuerdo con la disponibilidad del Hospital.
- 11 Aceptar o rechazar la participación de personal en entrenamiento durante el proceso de atención.
- 12 Ser atendido en caso de urgencia vital sin condicionamiento alguno.
- 13 Tener la compañía de su familia o cuidador en situaciones especiales.
- 14 Recibir o rechazar apoyo espiritual o moral.
- 15 Ser atendido oportunamente y adecuadamente a otra institución de salud.
- 16 Recibir una segunda opinión en caso de desacuerdo con el médico tratante, teniendo en cuenta los recursos del Hospital.
- 17 Morir con dignidad.
- 18 Que se garantice la confidencialidad de su información.
- 19 Recibir toda la información acerca de los trámites administrativos y tarifas.
- 20 A que se le brinde condiciones de seguridad sobre sus pertenencias mientras se encuentre en el proceso de atención.
- 21 Ser escuchado oportunamente y recibir respuestas a todas las quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones.
- 22 Participar en la planeación, gestión, evaluación y control de los servicios de salud.

www.hospitaldelsur.gov.co

DEBERES DE LOS USUARIOS

Al ingresar al Hospital del Sur, al acceder a los servicios y a los trámites los usuarios deben contribuir a la prestación de los servicios con calidad:

- 1 Asumir con responsabilidad el cuidado de su salud, su familia y la comunidad, acatando los tratamientos e instrucciones brindadas por el equipo de salud.
- 2 Seguir las recomendaciones, instrucciones y tratamientos dados por el equipo de salud.
- 3 Suministrar información clara y completa a los profesionales de la salud que lo atienden.
- 4 Presentar la documentación completa, veraz y actualizada y realizar los pagos respectivos.
- 5 Comunicar oportunamente los cambios de su información como: dirección, número de teléfono y documento de identidad.
- 6 Cumplir oportunamente con las citas acordadas y avisar mínimo con 6 horas de anticipación su cancelación.
- 7 Tratar con dignidad y respeto a todo el personal de la institución y a los demás usuarios, contribuyendo a la buena convivencia dentro del Hospital.
- 8 Cuidar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones, dotación y servicios del Hospital.
- 9 Respetar la intimidad y las creencias de los demás pacientes y sus familiares.
- 10 Participar de las actividades educativas que realiza la institución.
- 11 Representar con responsabilidad a los usuarios en la asociación de usuarios.
- 12 Presentar oportunamente sus reclamaciones, sugerencias y felicitaciones sobre nuestros servicios, usando los vías y medios establecidos para tal efecto (buzones, página web, oficina amiga del usuario, etc).

HOSPITAL DEL SUR
ITAGÜÍ

TEL: 444 2715 • FAX: 444 28173
CALLE HOSPITAL DEL SUR 1602

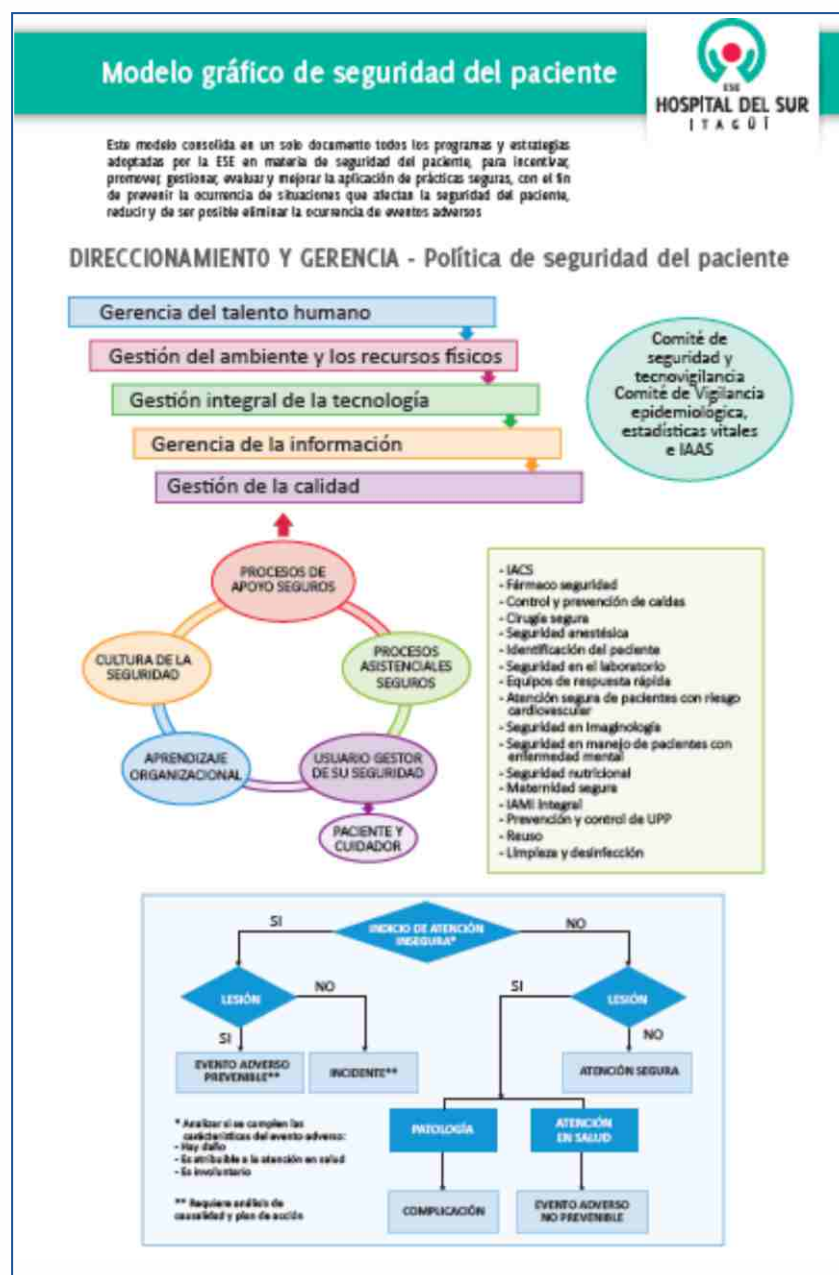
BOGOTÁ D.C. • COLOMBIA

10. Se cuenta con **derechos y deberes para los cuidadores** los cuales son entregados en una libreta de terapia del cariño que se le entrega al paciente en su ingreso.

11. Los **guardianes de derechos y deberes** son funcionarios que están por todos los servicios verificando que no haya vulneración de estos, son guiados desde atención al usuario y tienen un plan de trabajo de divulgación, tienen listas de chequeo y verificación y deben presentar un informe con listas de asistencia de pacientes, familiares y funcionarios y se centran en el derecho y deber del mes y lo hacen a través de los diferentes medios de comunicación y con estrategias innovadoras.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

La institución cuenta con un modelo de seguridad del paciente el cual se consolida en un solo documento todos los programas y estrategias adoptadas por la institución para incentivar, promover, gestionar, evaluar y mejorar la aplicación de prácticas seguras, con el fin de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos.



Estrategias de Seguridad del Paciente

Los funcionarios de diferentes áreas han sido entrenados en los temas de seguridad del paciente y cuando se encuentran oportunidades de mejora se incluyen dentro del plan de mejoramiento individual del funcionario.

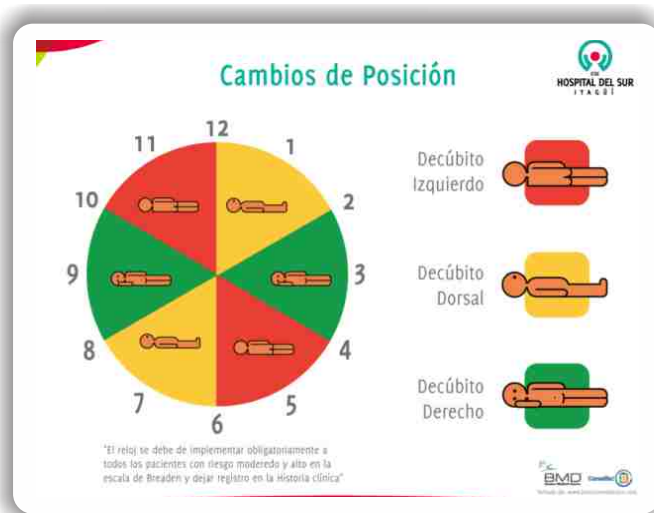


Dentro de las estrategias que se han venido implementando en el servicio de hospitalización, se encuentran la **prevención de úlceras por presión** y **prevención de caídas** identificando a los usuarios con riesgos en los diferentes servicios mediante la aplicación de escalas de valoración mundialmente aceptadas, en las cabeceras de las camas hospitalarias se cuenta con las alertas de seguridad.



La caída de pacientes es un acontecimiento que podemos evitar con algunas medidas sencillas, incluidas en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.

La identificación de los pacientes que presentan estos riesgos se realiza mediante códigos internos de colores y de siglas, acorde a los riesgos identificados, luego de la aplicación de estas escalas, a las cuales se les hace seguimiento, medición e intervención cuando el indicador no se está cumpliendo. Así mismo en la historia clínica electrónica se incorporaron controles y barreras para la aplicación de estas escalas, no permitiendo el cierre del registro si no existe el diligenciamiento por parte del profesional; lo que aumenta la adherencia.



HOSPITAL DEL SUR ITAGUÍ

INSTRUCTIVO PARA EVITAR LAS CAÍDAS

- Use el **TIMBRE** y pida ayuda al personal de enfermería para salir de la cama, tanto para ir al baño, usar el plato o ducharse. **NUNCA LO HAGA SOLO.**
- Al salir de la cama: siéntese en el borde de la cama antes de pararse, muévase despacio y equilibrese bien antes de caminar.
- Si al pararse siente que se marea, que no tiene buen equilibrio, o tiene visión borrosa, siéntese otra vez y pida ayuda.
- Evite hacer movimientos rápidos y repentinos. Al cambiar de posición, muévase despacio y con cuidado.
- Para ponerse de pie use **SIEMPRE** calzado idealmente antideshlizante.
- Mantenga al alcance **TODOS** los objetos de uso frecuente.
- Mantenga la cama lo mas **BAJA** posible.
- **NO** dejar objetos en el suelo para **EVITAR** posibles accidentes.
- Mantenga las barandas de la camilla **SIEMPRE** elevadas.

Te damos bienestar

La institución cuenta con un **programa de farmacoseguridad, tecnovigilancia y reactivovigilancia**. El químico farmacéutico está trabajando en equipo con el personal de hospitalización e interviene desde la primera ronda de planeación del cuidado y tratamiento verificando los medicamentos que se le prescribieron al paciente y que estén acordes a la guía de práctica clínica de la institución, adicionalmente, previene sobredosificaciones y subdosificaciones e interacciones relacionadas con los medicamentos y/o productos que toma en la casa. De igual manera se realiza la identificación de posibles alergias, cuando el químico encuentra alguna anomalía o hallazgo hace la intervención e informa al equipo de salud.

Además de esta ronda de planeación de cuidado y tratamiento el químico realiza una ronda individual para evaluar a los pacientes a quienes se les administran medicamentos de alto riesgo, teniendo en cuenta los protocolos existentes para ello, adicionalmente se hace seguimiento a la implementación de los 10 correctos para la administración de los medicamentos.



La institución ha implementado un sistema de **identificación redundante de pacientes** no sólo en el servicio de hospitalización sino en todos los servicios que buscan prevenir incidentes y eventos adversos por errores en la identificación, por ello se han contruido listas de chequeo que incluye la identificación de la alerta de la Organización Mundial de la Salud - OMS.

Específicamente en el servicio de hospitalización la identificación se ubica en tableros en la cabecera de la cama del paciente hospitalizado en el cual se consignan nombre completo, número de identificación y fecha de ingreso. Además, se le colocan las alertas que se hayan identificado al ingreso del usuario al servicio (alergias, caídas, suicidio, entre otros).

De igual manera la institución cuenta con manillas de identificación por colores en la cual se consignan los datos de identificación del usuario desde su ingreso.

Nombre completo _____
 Documento de identidad _____
 Documento de identidad del acudiente _____
 Fecha de ingreso _____ Habitación _____
 Antecedentes Alérgicos: _____

Nombre completo _____
 Documento de identidad _____
 Documento de identidad del acudiente _____
 Fecha de ingreso _____ Habitación _____
 Antecedentes Alérgicos: _____



El "Programa de Usuario y Su Familia como Gestores de su Seguridad" de la ESE Hospital del Sur, es escogido como experiencia exitosa.

La **ESE Hospital del Sur** como institución acreditada, hace parte de los hospitales que están trabajando con el Ministerio de Salud y Protección Social, en el fortalecimiento de la política de seguridad del paciente a nivel nacional; esta política es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente y prácticas exitosas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

En este sentido el "Programa de Usuario y Su Familia como Gestores de su Seguridad" del Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita" del municipio de Itagüí, fue seleccionado como experiencia exitosa, lo que llevo a que nuestra institución fuera seleccionada para **APADRINAR** a nivel nacional la actualización del Paquete "**ILUSTRAR AL PACIENTE EN EL AUTOCUIDADO DE SU SEGURIDAD**".



Con el programa se busca generar cultura de autocuidado y seguridad en los pacientes y sus familiares, dándoles un papel activo y protagónico en el proceso de atención, desde una posición de individuos formados e informados, entrenándolos desde su ingreso, para la identificación de acciones inseguras en la atención, prevención de incidentes y eventos adversos, a su vez capacitándolos para garantizar la continuidad de los cuidado en el hogar. Este reconocimiento es el resultado de un excelente trabajo en equipo, donde se demuestra que los usuarios son la razón de ser de nuestra institución, y que día a día estamos trabajando en pro de su bienestar y calidad de vida.



 **Te damos bienestar**



ESE
HOSPITAL DEL SUR
I T A G Ü Í

En el servicio de hospitalización y urgencias se tiene implementado un **sistema de alertas por código de colores**, en el cual se encuentran identificadas situaciones de riesgo que el personal de salud debe identificar tempranamente en el paciente y controlar a través de medidas preventivas o cuidados especiales durante su estancia hospitalaria, para minimizar el riesgo de un incidente, evento adverso o situación no esperada y mitigar su posible impacto. El sistema de alertas funciona como un mecanismo preventivo y proactivo de identificación de riesgos.

Además, de acuerdo a la clasificación del riesgo se tienen definidas alertas las cuales cuentan con una ficha técnica que contiene: nombre de la alerta, color que la identifica, signos de alarma, causas intrínsecas y extrínsecas, acciones de prevención, cuidados a tener en cuenta según la escala y acciones en caso presentarse el hecho.

Paciente con Riesgo de:

1. CAIDAS
2. SUICIDIO
3. PERDIDA DE MENORES
4. UPP
5. FUGA
6. IAAS
7. VIOLENCIA INTRAHOSPITALARIA
8. ALERGIA
9. RCP
10. PRESUNTO DE ABUSO SEXUAL
11. PACIENTE PSIQUIATRICO

C

S

PM

UPP

VI

F

I

A

AS

RCP

PP

		"Sistema de Alertas en los Servicios Asistenciales"	
Nombre		Paciente con Riesgo de Caída	
Código de Alerta		VERDE	
Signos de alarma		El riesgo de caída es necesario valorarlo en todos los usuarios desde su ingreso por urgencias y durante su hospitalización. Esto implica identificar las causas que lo hacen propenso a sufrir caídas, las cuales se clasifican en: • Causas extrínsecas: que son las que se relacionan con el entorno del paciente, por desconocimiento del entorno y de las medidas de precaución tales como: Baranda de la cama inadecuada, iluminación deficiente, timbre de llamada muy retirado, suelo mojado, ropa y calzado inadecuado, espacios reducidos. • Causas intrínsecas: que se relacionan directamente con el paciente como sus condiciones físicas, mentales y emocionales entre ellas antecedentes de caídas, dificultad cognitiva, edad superior a 65 años o inferior a 5 años, maternidad, estado de confusión, desorientación o alteración de la marcha, inestabilidad motora y debilidad por parálisis, Parkinson, artrosis...) inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilización prolongada, alteraciones oculares o sensitivas, sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos, alcoholismo y/o drogadicción, actitud resistente, agresiva o temerosa, hipotensión, hipoglucemia, patologías neurológicas y/o cardíacas, portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulación (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones...) • Otras: paciente sin acompañante	
Acciones de prevención		<u>Cuidados Básicos de Enfermería</u> <u>Clasificación Sin Riesgo</u> <u>Morse (0-24)</u> • Identificar visiblemente al paciente según el riesgo de caída. • Aplicar escala Morse de valoración del riesgo de caída • Hacerle entrega al paciente y sus familiares del instructivo de prevención de caídas del servicio y explicárselos, verificando su entendimiento • Educar al paciente y su familia con respecto al ambiente hospitalario. • Involucrar a la familia y entrenarla para que brinde apoyo en el cuidado seguro del paciente • Mantener comunicación continua con el paciente y su familia • Verificar que la cama se encuentre en buen estado tanto las barandas como los frenos. • Brindar una atención oportuna al llamado. • Siempre movilizar al paciente por su lado dominante y/o más fuerte. • Brindar apoyo durante el inicio progresivo de deambulación • Sugerirle al paciente y su familia el uso de calzado antideslizante. • Estar valorando la movilidad del paciente y sus limitaciones para la marcha y registrarlo en la historia clínica. • Dejarle siempre al alcance el timbre de llamado y todos sus objetos de uso personal.	



Dentro de la **estrategia de maternidad segura** se han diseñado estrategias para minimizar las barreras de acceso a esta población, en los casos en los cuales se identifican pacientes con problemas en la seguridad social, no niegan el servicio ni crean barreras, sino que se procede a brindar la atención y la facturación, esta se realiza a través del rubro de responsabilidad social; se firma un convenio con el municipio de Itagüí de corresponsabilidad para que la responsabilidad sea compartida.

Dentro de la maternidad segura también se identifica al acompañante como parte fundamental para la identificación de riesgos durante el trabajo de parto, parto y post-parto, el acompañamiento es permanente y es vital para que el cuidador sea la persona que informe sobre anormalidades y se vea al acompañante como un apoyo. La preparación para el trabajo de parto y durante el parto se hace con las familias, ya que se está involucrando a los padres en la crianza y acompañamiento de los hijos y el empoderamiento del hombre para una crianza con afecto desde el control prenatal, por lo tanto ellos asisten a todo el programa de control prenatal con sus esposas y realizan un recorrido que se hace por la sala de partos para que se familiaricen con la situación y haya un acompañamiento adecuado, aprendiendo como apoyar al equipo de salud para que no se presenten fallas durante la atención y se eviten los mitos sobre lactancia materna en las familias.

Atención segura de pacientes con enfermedad cardiovascular, el enfoque de atención en estos pacientes está centrado desde la educación, conocimiento de su patología y el uso de sus medicamentos (si son anti coagulados tener cuidado con el uso de medicamentos y productos que pueden acelerar la anti coagulación y tener riesgo si hay sangrado), se cuenta con el Club del Sol y Club de la Luna, programas para pacientes hipertensos y diabéticos donde se les enseña el uso seguro de los medicamentos y todos los signos y síntomas de alarma que deben tener en cuenta.

Atención segura de los pacientes psiquiátricos, la institución ha realizado seguimiento al ingreso de pacientes psiquiátricos identificando cuales son los picos de ingreso de estos pacientes al servicio identificando los meses y días del año en los que se presenta un aumento de entrada al servicio; cuando llegan estos meses se genera un contacto más estrecho con el Hospital Mental.

Con los pacientes psiquiátricos la mayoría de eventos adversos que se presentan corresponden a la fuga del servicio de urgencias por tal motivo se está trabajando en el protocolo de contención y sedación basados en las guías del Hospital Mental, ya que se está buscando que el manejo del paciente psiquiátrico sea acorde con las mejores prácticas.

Para los pacientes psiquiátricos con riesgo de suicidio se mantiene acompañante permanente, se administra contención química y contención mecánica humanizada, cuando se aplica esta última se firma previamente un consentimiento y se utiliza hasta que haga efecto la contención química, debido a que la finalidad es evitar que el paciente se haga daño o le haga daño a las personas que están a su alrededor. Estos pacientes no se ubican en habitaciones alejadas del puesto de control o donde existan objetos con los que se puedan hacer daño y se inicia con la intervención de trabajo social y psicología para realizar un apoyo emocional del paciente, familia y funcionarios ya que según el protocolo del Hospital Mental estos pacientes deben estar mínimo 72 horas en observación para descartar que una causa orgánica sea la que acciona el evento psiquiátrico.

Se cuenta con un entrenamiento de funcionarios en las **guías de reacción inmediata** desde todos los servicios, apoyadas con entrenamiento y reentrenamiento del personal para que todas las acciones sean de manera oportuna, estas guías están publicadas en todos los servicios. De igual manera, se realizan simulacros de reacción inmediata por servicio.



La institución cuenta con gestores de seguridad, quienes realizan patrullajes de seguridad por los servicios, mediante la aplicación de listas de chequeo verifican:

CRITERIO
Adherencia al programa de control de infecciones asociadas a la atención en salud.
Verificar la adherencia al manual de limpieza y desinfección
Verificar la adherencia al programa de lavado e higienización de manos
Verificar la adherencia a las 5 ESES
Verificar la adherencia a las normas de Bioseguridad
Verificar en coordinación con el servicio Farmacéutico la adherencia a los 10 correctos y todo lo relacionado con la seguridad en el uso de medicamentos
Verificar manejo de medicamentos de control
Verificar manejo de carros de paro
Verificar recepción de medicamentos y oxígeno
Verificar el reporte y gestión de eventos de Tecnovigilancia
Verificar la validación de equipos del servicio antes de iniciar el turno
Verificar la seguridad del ambiente físico
Verificar las actividades relacionadas con la Seguridad de los Neonatos y menores de edad
Verificar la adherencia al protocolo de pérdida de usuarios
Verificar la implementación de alertas de seguridad
Verificar adherencia al protocolo de aislamiento hospitalario
Verificar adherencia al programa de prevención y control de UPP
Verificar adherencia al programa de prevención y control de caídas
Verificar manejo seguro de heridas
Verificar proceso de esterilización y manejo de equipos de reúso
Verificar adecuado manejo de residuos (cortopunzantes, farmacéuticos, biológicos, etc.)
Verificar la implementación del programa de USUARIO GESTOR DE SU SEGURIDAD
Verificar información y entrenamiento que se le brinda al usuario y su cuidador
Verificar privacidad
Verificar manejo de dolor
Verificar adherencia al protocolo de código Rojo
Verificar adherencia al protocolo de código Azul
Verificar entregas de turno (médicos, enfermeras, auxiliares administrativos)

El paciente y su seguridad

El paciente también se involucra en la seguridad dentro del servicio de hospitalización, para lo cual la institución cuenta con un programa denominado: los gestores y sus familias, este programa consiste en la aplicación de una encuesta a los usuarios y sus familias como gestores de seguridad, se realiza a todos los servicios y monitorea situaciones que durante el proceso de atención pueden poner en riesgo su salud y seguridad e invita a que el usuario sea un miembro activo del proceso de atención.

Teniendo en cuenta los hallazgos la institución realiza las intervenciones necesarias, esta encuesta se aplica mensualmente lo cual permite tener la trazabilidad de los resultados e identificar oportunidades de mejora, esta es una encuesta diferente a la de satisfacción para el servicio de hospitalización, se hace posterior a la salida del paciente.



Las fallas de comunicación son un factor muy frecuente en la gestación de eventos adversos la Joint Commission on Accreditation of Health Care indica que el 60% de las causas raíz de los eventos centinela se encuentran en fallas de comunicación.

AMIGO USUARIO: Te invitamos a que nos ayudes a detectar aquellas situaciones durante tu atención que puedan poner en riesgo tu salud y tu seguridad, por eso te damos las siguientes recomendaciones:

HOSPITAL DEL SUR ITAGÜÍ

	SI	NO	N/A
¿Las personas que te atendieron se lavaron las manos antes de hacerlo?			
¿Cuándo lo atendieron lo llamaron por su nombre?			
¿Le explicaron para que sirve el medicamento aplicado?			
¿Noto algún daño en los equipos médicos usados para su atención?			
¿La información brindada por el personal de salud le fue dada de manera clara, oportuna y completa?			
¿Le brindaron entrenamiento relacionada con los cuidados que debe de tener en su hogar para continuar con el tratamiento?			
¿Le explicaron los signos y síntomas de alarma por los que debe de consultar y/o informar al médico?			

Si la respuesta es NO en alguna de las preguntas: ¡EXIGE TU DERECHO!

Gracias, con su ayuda le brindamos una atención más **SEGURA**

EL USUARIO Y SU FAMILIA COMO GESTORES DE SU SEGURIDAD

HOSPITAL DEL SUR ITAGÜÍ

Señor usuario:

Para nosotros es fundamental su salud, por lo cual implementamos todas las acciones tendientes a mejorarla; para lograrlo necesitamos su ayuda; por lo tanto recuerde:

1. Asegúrese de que usted si es el paciente correcto
2. Informe siempre al personal que lo atiende: Si está embarazada, si es alérgico, si tiene dificultades para moverse o si tiene algún riesgo que se deba considerar en su atención
3. Exija que se laven las manos antes de realizarle cualquier procedimiento
4. Verifique que el personal hace uso de los elementos de protección personal
5. Verifique que las instalaciones estén limpias y ordenadas
6. Indague sobre su enfermedad
7. Pregunte sobre sus medicamentos
8. Pregunte por los exámenes ordenados
9. Asegúrese de que en su atención no se reusan dispositivos médicos.
10. Verifique que los equipos estén en buen estado
11. Solicite información sobre los alimentos que puede consumir sin que afecten su manejo clínico
12. Solicite información para prevenir caídas
13. Solicite la información necesaria para su cuidado en el hogar y los signos y síntomas de alarma por los cuales debe de volver a consultar.
14. Si usted va a ser remitido, pregunte la causa y lo que usted debe tener en cuenta durante la remisión

EL USUARIO Y SU FAMILIA COMO GESTORES DE SU SEGURIDAD

Gracias, con su ayuda le brindamos una atención más **SEGURA**

AMIGO USUARIO: Te invitamos a que nos ayudes a detectar aquellas situaciones durante tu atención que puedan poner en riesgo tu salud y tu seguridad, por eso te damos las siguientes recomendaciones:



Si estás hospitalizado asegúrate que la enfermera verifique con tu brazalete y con la tabla de identificación de cada cama, TU NOMBRE y LOS MEDICAMENTOS que te van a administrar o a dar antes de hacerlo.

Es muy importante que aprendas sobre tu enfermedad y tu tratamiento, recuerda que tienes derecho a PEDIR INFORMACIÓN a los profesionales que te están atendiendo, no te de temor pedir una segunda opinión.

Gua al médico o a la enfermera, cuando creas que te están aplicando o dando el medicamento equivocado, y no te de miedo PREGUNTAR todo a cerca de tu enfermedad.

Un buen tratamiento necesita de tu supervisión permanente; asegúrate que las HORAS para ponerte o darte tus medicamentos sean las ordenadas por el médico, sino es así debes avisarle al profesional encargado de tu cuidado.

Revisa con tu familiar o acudiente los consentimientos para los procedimientos o tratamientos que te van a hacer antes de firmarlos y asegúrate que si entendiste la información que te dieron; también TU FAMILIA puede hacer preguntas sobre tu tratamiento y cuidado.

Identifica al personal de salud del Hospital y asegúrate que las personas que te están atendiendo estén identificadas con el CARNE del hospital.

Dile al profesional que te está atendiendo, si crees que te han confundido con otro paciente y asegúrate de poder leer la letra de todas las fórmulas que te entreguen, sino es así avísale al profesional que las hizo para que te LAS REPITA con letra clara hasta que tu las entiendas.

Avisa al médico o a la enfermera cuando algo te parezca que no está bien y recuérdale a la enfermera o al médico que las BARANDAS de la cama o camilla deben estar arriba porque puedes caerte

Durante tu tratamiento pueden estar utilizando algún EQUIPO; pide la información sobre su uso y no dudes en avisar cuando veas que algo no esté funcionando bien con el equipo.



Gracias, con su ayuda le brindamos una atención más **SEGURA**

EL USUARIO Y SU FAMILIA COMO GESTORES DE SU SEGURIDAD



Señor usuario:

Para nosotros es fundamental su salud, por lo cual implementamos todas las acciones tendientes a mejorarla; para lograrlo necesitamos su ayuda; por lo tanto recuerde:

1. Solicite al personal que lo atiende que se identifique y porte carnet de identificación

2. Si le colocaron manilla de identificación verifique los datos registrados en ella

3. Siempre informe al personal de salud: Si está embarazada, si es alérgico a algún medicamento o alimento, si tiene dificultades para moverse o si tiene algún riesgo que se deba considerar en su atención

4. Exija que se laven las manos antes de realizarle cualquier procedimiento

5. Verifique el personal hace uso de los elementos de protección personal

6. Verifique que las instalaciones estén limpias y ordenadas

7. Pregunte donde puede guardar sus pertenencias

8. Pregunte sobre los medicamentos que le están administrando:

¿Para qué sirve?
¿Qué efectos secundarios traen?
¿A qué horas se los deben poner? y exíjalo puntualmente
¿Qué riesgos corre si no me los administran?

9. Pregunte por las ayudas diagnósticas que le ordenaron

¿Para qué sirve?
¿Qué efectos secundarios traen?
¿A qué horas se los deben tomar?
¿Pregunte sobre resultados?

10. Indague sobre su enfermedad:

¿Qué es lo que tiene?
¿Cómo da, porque, que síntomas genera?
¿Qué cuidados debe tener?
¿Qué complicaciones podrían sufrir?

11. Solicite que le expliquen el tratamiento ordenado y usted decida libremente si lo acepta o lo rechaza

12. Si usted va a ser remitido, pregunte la causa y lo que usted debe tener en cuenta durante la remisión

13. Asegúrese de que en su atención no se reusan dispositivos médicos. En su presencia se debe destapar el instrumental a utilizar

14. Verifique que los equipos usados en usted cuenten con certificados de mantenimiento

15. Antes de que le realicen cualquier procedimiento o le apliquen medicamentos, solicite al personal que realice verificación redundante de su identidad y de los insumos médicos que utilizará

16. Solicite información sobre los alimentos que puede consumir sin que afecten su manejo clínico

17. Solicite información para prevenir caídas

18. Solicite la información necesaria para su cuidado en el hogar y los signos y síntomas de alarma por los cuales debe de volver a consultar.

19. Tenga en cuenta que durante su atención el personal de salud no debe atender llamadas personales

Mi enfermera me explico esta lista de normas de seguridad

.....

Gracias, con su ayuda le brindamos una atención más **SEGURA**

Registro e ingreso

Proceso para la admisión del usuario al servicio de hospitalización

La institución ha implementado un proceso de inscripción del servicio de urgencias hacia hospitalización, donde se tiene definido que al momento de identificar que el usuario requiere ser hospitalizado, el auxiliar de enfermería del servicio de urgencias lo reporta y hace entrega del paciente al servicio de hospitalización.

La auxiliar de enfermería del servicio de hospitalización recibe al paciente adecuadamente identificado con toda la información (nombre, edad, antecedentes, alertas de seguridad, diagnóstico del médico, cuidados claves, dieta, programa de líquidos y medicamentos).

Se realiza entrega de la habitación al paciente en donde encontrará en la cama un manual del usuario, candado, encuesta del usuario gestor, la tarjeta de bienvenida y la terapia de cariño.

Adicionalmente se realiza la presentación del compañero de habitación y del equipo que estará a cargo de su atención, se brinda educación al usuario y su familia sobre aspectos administrativos, horarios de visita y alimentación, entre otros; y se aprovecha este espacio para preguntar a los usuarios sobre sus gustos y preferencias para tener en cuenta y ser flexibles en la preparación de sus alimentos.

La educación que se le brinda al usuario contiene además: observaciones para el ingreso de acompañantes y visitantes, portafolio de servicios, copagos, derechos del POS y POS subsidiado, normas de la institución, declaración de derechos y deberes, estrategia de escucha activa del usuario para identificar oportunidades de mejora, plan de emergencias, consentimiento informado, plan de manejo de residuos sólidos hospitalarios, ofrecer actividades lúdicas (juegos de mesa), se entrega el manual del usuario y un formato de entrega de elementos bajo responsabilidad del usuario. Se identifica si el usuario requiere de acompañante permanente y se le informa a la familia.



HOSPITAL DEL SUR
ITAGÜÍ

**INVENTARIO DE HABITACIÓN Y
COMPROMISO DE PACIENTE Y
CUIDADOR**

Código: 1011-13-006

Versión: 3

Fecha de actualización:
Enero de 2014

Página 1 de 2

Nombre del paciente	Cama
Fecha de ingreso	Fecha de egreso

Recuerde que usted tiene **DERECHO** a recibir una atención humanizada y segura, en sitios tranquilos que garanticen su privacidad y que sean limpios e higiénicos. De la misma manera es su **DEBER** cuidar y hacer uso racional de los recursos dispuestos para su atención, es por ello que le hacemos entrega formal de los siguientes elementos en buen estado:

ELEMENTO	ENTREGADO	RECIBIDO	OBSERVACIÓN
Tarjeta de bienvenida			
Candado o llave			
Nochero			
Teléfono			
Cobija			
Sábana			
Almohada			
Funda			
Timbre de llamado			
Control de TV			
Manual del usuario			
Lapicero			
Libreta de TERAPIA DE CARIÑO			
Tarjeta con huella del bebe			
Fotografía de recién nacido			
Material lúdico			
OTRO			

Nota: Los elementos relacionados anteriormente debe devolverlos en el momento de ser dado de alta

FUNCIONARIO QUE ENTREGA INVENTARIO

FUNCIONARIO QUE RECIBE INVENTARIO



APRECIADO USUARIO:



Sea usted bienvenido a la ESE Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita", durante su estancia en nuestro Hospital trabajaremos por mejorar sus condiciones de salud con calidad, amabilidad, responsabilidad y respeto, porque para nosotros su bienestar y seguridad es lo más importante.

Usted y su familia estarán informados por el personal de salud que lo atiende, cualquier inquietud que presente no dude en comunicarla, pues estamos atentos ante sus necesidades para ofrecerle una atención humanizada respetando sus derechos.



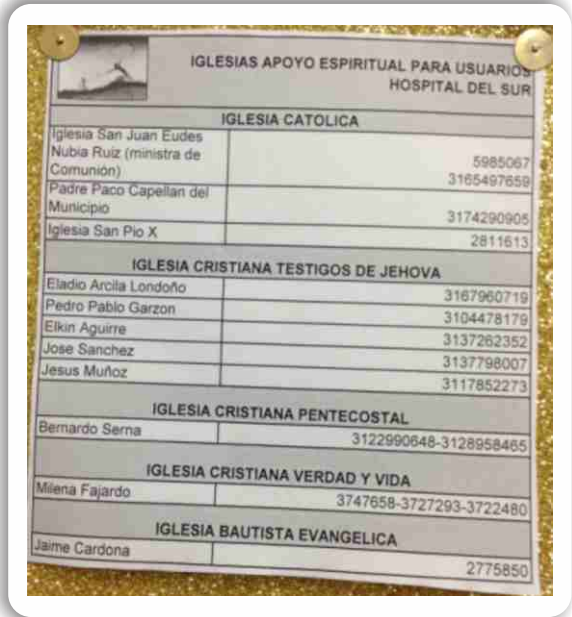
Le deseamos una pronta recuperación

OFICINA AMIGA DEL USUARIO
Teléfono: 444 57 55 (1) Ext. 119

Cuando hay pacientes que requieren apoyo espiritual se cuenta con un directorio de líderes espirituales dependiendo de la creencia de cada paciente y se llama cuando sea necesario. Esta necesidad se identifica desde el ingreso del paciente y forma parte de la identificación de necesidades del paciente.

Identificación de necesidades y expectativas

Para verificar la comprensión de la información suministrada por el equipo de salud al paciente, la institución ha implementado la **ronda de identificación de necesidades y expectativas del usuario** la cual se realiza una vez durante toda la hospitalización, en el horario de la 1:00 pm buscando que participen los acompañantes durante la visita.



IGLESIAS APOYO ESPIRITUAL PARA USUARIOS HOSPITAL DEL SUR		
IGLESIA CATOLICA		
Iglesia San Juan Eudes		
Nubia Ruiz (ministra de Comunión)		5985067
Padre Paco Capellan del Municipio		3165497658
Iglesia San Pio X		3174290905
		2811613
IGLESIA CRISTIANA TESTIGOS DE JEHOVA		
Eladio Arcila Londoño		3167960719
Pedro Pablo Garzon		3104478179
Elkin Aguirre		3137262352
Jose Sanchez		3137798007
Jesus Muñoz		3117852273
IGLESIA CRISTIANA PENTECOSTAL		
Bernardo Serna		3122990848-3128958465
IGLESIA CRISTIANA VERDAD Y VIDA		
Milena Fajardo		3747658-3727293-3722480
IGLESIA BAUTISTA EVANGELICA		
Jaime Cardona		2775850

El paciente debe jugar un papel activo durante el proceso de atención, esto puede determinar el éxito o el fracaso de un tratamiento.

Esta ronda tiene por objetivo identificar las necesidades de educación, verificar la comprensión del usuario sobre la información suministrada, resolver sus dudas, conocer sus expectativas y reforzar la información que el usuario no tenga clara e incorporar en el plan de tratamiento aquellos aspectos del entorno emocional, social y educativo que sean relevantes para el manejo del paciente.

La ronda es realizada por un grupo interdisciplinario que consta de químico, bacterióloga, enfermera, Gabrielita y médico, uno de ellos toma la vocería de la ronda para dirigirle las preguntas al usuario.

Para la realización de la ronda la institución cuenta con una plantilla en el sistema donde se registran las diferentes necesidades de educación del paciente, esta hace parte de la historia clínica del paciente.

En la plantilla queda consignado el personal que asistió a la ronda y se indaga por lo siguiente:

Identificación de necesidades médicas:

- ✓ Entiende la enfermedad.
- ✓ Entiende las complicaciones.
- ✓ El tiempo que va a permanecer hospitalizado.
- ✓ Conocimiento del pronóstico de la enfermedad.

Identificación de necesidades educativas de enfermería:

- ✓ Si el usuario conoce el procedimiento de enfermería a realizar.
- ✓ Si entiende los requerimientos para los exámenes.
- ✓ Si conoce los cuidados que debe tener durante la hospitalización.

Identificación de necesidades educativas de nutrición:

- ✓ Si conoce el tipo de alimentación a suministrar.
- ✓ Si puede recibir alimentos de visitas.
- ✓ Si conoce la dieta que debe llevar para una adecuada lactancia.

Identificación de necesidades de educación farmacológica:

- ✓ Si conoce el tratamiento.
- ✓ Si conoce la vía de administración.
- ✓ Si sabe las posibles reacciones de los medicamentos que le están aplicando.

Identificación de necesidades de educación administrativas:

- ✓ Si conoce los derechos y deberes.
- ✓ Si sabe a quién dirigirse en caso de algún inconveniente.
- ✓ Si conoce como guardar sus pertenencias.
- ✓ Si sabe cómo llamar a la enfermera.
- ✓ Si sabe cómo manejar las basuras del servicio.
- ✓ Si conoce el nombre del compañero de habitación.
- ✓ Si conoce los horarios y normas de visitas.
- ✓ Si conoce que hacer en caso de una emergencia.

Además, se revisa si el paciente tiene algún síntoma de infección.

En esta misma plantilla se deja consignado el plan educativo que se le impartió al paciente según las necesidades detectadas.

Si el paciente tiene alguna duda o no se le explico algo, la persona del equipo relacionada con la duda es quien le realiza la educación al paciente.

La institución ha desarrollado como estrategia de educación al paciente, las vías clínicas para el paciente y su familia con el objetivo de guiar al usuario y su familia en los cuidados que debe tener de acuerdo a su condición, con la ayuda de esta se le realiza un entrenamiento al paciente desde el servicio y se le entrega la vía clínica para que conozca cómo hacerlo en casa.

Hay vías clínicas para: pacientes con colostomía, pacientes con sonda vesical, pacientes objeto de remisión, pacientes que requieren uso de oxígeno en casa, cuidado de heridas, entre otras.

Existen algunas otras vías clínicas para población especial dentro de las cuales se encuentran recién nacido, gestantes, población pediátrica sin clasificación de riesgo, adulto mayor, entre otras.

Aislamiento

La institución cambio el lenguaje de aislamiento por **protección** específica para dignificar la condición del paciente y que no se sienta aislado, ya que se está trabajando en inclusión y el paciente debe ser manejado bajo ciertas condiciones específicas para controlar su infección pero no debe sentirse aislado.



Planeación del cuidado y tratamiento

Se ha implementado la ronda de planeación del cuidado y tratamiento del usuario en la cual participan el médico, jefe de enfermería y químico farmacéutico los cuales evalúan las metas de tratamiento, definen posibilidades de tratamiento, identifican la necesidad de realizar cambios y definen si el paciente se le da de alta, continúa hospitalizado o requiere remisión.

La ronda consiste en que el equipo interdisciplinario al terminar la entrega de turnos se reúne y revisan en la plantilla del sistema el caso de cada paciente para luego realizar la ronda, los aspectos que registran en la plantilla de planeación del cuidado y tratamiento son los siguientes:

- ✓ Personal que realiza la ronda.
- ✓ Diagnóstico del paciente.
- ✓ Cuantos días lleva hospitalizado.
- ✓ Medicamentos tomados por el paciente en la casa.
- ✓ Si tiene alguna alergia a un medicamento.
- ✓ Medicamentos en hospitalización (Medicamento, dosis, vía y frecuencia).
- ✓ Plan de cuidados nutricionales.
- ✓ Restricciones alimentarias.
- ✓ Ayudas diagnósticas.
- ✓ Plan emocional para el paciente y su familia.
- ✓ Diagnóstico NANDA de enfermería.
- ✓ Plan de cuidados de enfermería.
- ✓ Eficacia del tratamiento que le están realizando (Buena respuesta, no respuesta, respuesta parcial).
- ✓ Conducta a tomar (Continúa igual, pendiente por remisión, posible alta).
- ✓ Solicitud de medicamentos.

Después de la revisión de la información del paciente se procede a realizar la ronda y si es necesario se realizan cambios en el plan de tratamiento.



CURSO BÁSICO SEGURIDAD DEL PACIENTE

INVERSIÓN: \$ 400.000

Pregunte por nuestros descuentos especiales

Teléfono: (4) 265 56 55 - 320 622 9839

Correo: enlaces@fundacionguayacanes.org

www.fundacionguayacanes.org



**DESARROLLA
COMPETENCIAS PARA
SALVAR VIDAS**

**DURACIÓN
60 HORAS**

**MODALIDAD
100% VIRTUAL**



Entrenamiento de los pacientes y familiares para desarrollar competencias en el auto cuidado de su salud

Para esto se han implementado dos estrategias: las vías clínicas explicadas anteriormente y la terapia de cariño.

La terapia de cariño es una estrategia que integra a la familia y cuidadores en el cuidado del paciente haciendo una entrega de turno entre familiares a quienes se les entrega una libreta estandarizada para la entrega de turnos que consta de la siguiente información:

- ✓ Datos de identificación del paciente.
- ✓ Recomendaciones al ingreso.
- ✓ Recomendaciones brindadas por el equipo de salud durante la ronda.
- ✓ Fecha de alta.
- ✓ Recomendaciones al alta.
- ✓ Preguntas.
- ✓ Tarjeta de medicamentos que incluye: Nombre del medicamento, vía, dosis, frecuencia, horario y observaciones.
- ✓ Línea de atención farmacéutica.
- ✓ Teléfono de contacto en caso de signos de alarma.
- ✓ Derechos y deberes del cuidador.

La participación del paciente y sus familiares en el proceso de atención a la salud es fundamental, por esta razón hay que fomentar la confianza de expresar sus dudas ante su enfermedad y tratamiento y resolvérselas, ahorrará tiempo. fortalecerá el vínculo con el paciente.



Además de ser un instrumento de apoyo para el personal asistencial, representa una estrategia de empoderamiento de la familia y cuidadores en el cuidado del paciente, se tiene definida como una estrategia de seguridad y humanización.

[illegible][illegible]

Salida y seguimiento del usuario

Desde la entrega de turno el médico indica la posibilidad de dar el alta al paciente, para iniciar el proceso se realiza una verificación de la comprensión del paciente acerca de la información brindada sobre los cuidados que debe tener en casa y se le resuelven dudas.

Se refuerza la instrucción mediante las vías clínicas en caso de que le apliquen, de lo contrario se imparten recomendaciones del médico, el usuario que requiera cita de revisión posterior debe salir con esta asignada, en el caso de los recién nacidos se les asigna una cita de revisión a los 72 horas de nacidos y a las mamás una cita de revisión post parto a los 8 días, de esta manera se hacen dos revisiones: al recién nacido para detectar problemas tempranos y tardíos, se verifica que tengan el registro civil, que se haga el aseguramiento y que se haya brindado el correcto entrenamiento a la mamá en las vías clínicas y se garantiza el ingreso a crecimiento y desarrollo.

Adicionalmente, se entrega al usuario el formulario de familia gestora y el cuéntanos que piensas (buzón de sugerencias), la encuesta de satisfacción se realiza vía telefónica después de que el paciente sale para no retrasar el egreso.

El tiempo de egreso se mide desde que al paciente se le informa que se le va dar de alta hasta el momento en que sale en silla de ruedas a portería con boleta de salida, el estándar está en 45 minutos.



Recomendaciones para que las Madres empiecen a dar a su bebé los cuidados necesarios para una vida feliz



1. En los siguientes 8 días al parto, debe asistir a la cita de control que le asignan cuando sale de la ESE Hospital del Sur.
2. La madre y el bebé deben asistir a Vacunación del Hospital, para completar e iniciar su esquema de Vacunación. Horario: de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.
3. La madre debe inscribirse en el Programa de Planificación Familiar y el bebé en Crecimiento y Desarrollo cuando tenga registro civil de nacimiento y carné del Sisben. La cita será asignada en el teléfono: 444 57 55 Ext. 123 Sede San Pío.
4. Del quinto al noveno día se le debe realizar al bebé la prueba de TSH (Tiroides).
5. El mejor alimento para su bebé es la leche materna en forma exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.
6. No le de chupos ni biberones a su bebé a cualquier edad.

VIGILADO Superárid

Te damos bienestar

Recuerde que como usuario de la E.S.E. Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita", debe conocer y aplicar sus derechos y deberes.

Resultados

A continuación, mostramos los resultados que se obtienen al incluir estas prácticas y que presentan diferencias estadísticamente significativas frente al resto de instituciones con las que se compararon.

Indicadores	Resultados
Proporción de usuarios satisfechos frente al registro e ingreso del paciente en el servicio de hospitalización.	99.70
Proporción de usuarios satisfechos frente a la información sobre derechos y deberes en el servicio de hospitalización.	100.00
Proporción de usuarios satisfechos frente a la evaluación de necesidades al ingreso en el servicio de hospitalización.	100.00
Proporción de usuarios satisfechos frente a la planeación y cuidado y tratamiento en el servicio de hospitalización.	99.80
Percepción del cliente interno frente a la seguridad de los procesos hospitalarios.	91.00
Proporción de adherencia al diligenciamiento completo y correcto del consentimiento informado.	93.00
Proporción de usuarios satisfechos frente al ambiente físico del servicio de hospitalización.	100.00
Proporción de usuarios satisfechos frente a la salida e seguimiento del servicio de hospitalización.	88.80
Proporción de usuarios satisfechos del servicio de hospitalización.	100.00

Experiencia Exitosa en la Atención Ambulatoria

Capítulo 2



Experiencia Exitosa en la Atención Ambulatoria

CLOFÁN

Visión global de la organización

La Clínica Oftalmológica de Antioquia - CLOFÁN, es la primera institución de la especialidad fundada en Medellín. En sus más de 30 años se ha dedicado a ofrecer diferentes alternativas en la especialidad de la oftalmología acompañada de tecnología de vanguardia, personal altamente calificado y compromiso por el mejoramiento continuo de sus procesos buscando la satisfacción de los grupos de interés.

Su fundación se remonta al año 1984, cuando se hizo realidad el sueño de varios Oftalmólogos que querían crear la mejor clínica de oftalmología de la ciudad con proyección nacional e internacional, ofreciendo calidad, tecnología y el mejor recurso humano, enfocados en la búsqueda del bienestar de los pacientes.

Como uno de los objetivos en su plataforma estratégica y metas de proyección, en pro de la excelencia en el servicio en el año 2010 la Clínica obtuvo el Premio a la Calidad de la Gestión en Salud - Ciudad de Medellín, en la categoría plata - servicios ambulatorios, el cual fue ratificado en el año 2011, 2012 y otorgado nuevamente en el 2013 en la misma categoría.

Desde el año 2010 a la fecha la Clínica está certificada bajo la norma ISO 9001:2008, otorgada por la firma Bureau Veritas.

En el año 2012 en la línea del mejoramiento continuo, la clínica obtuvo una acreditación internacional concedida por la Asociación Americana para la Acreditación Internacional de Instalaciones quirúrgicas Ambulatorias- AAAASF.

Por dos años consecutivos se obtuvo con el apoyo de Fenalco el certificado de responsabilidad social como compromiso con el desarrollo sostenible.

Introducción

El desempeño de los sistemas de salud en un país se debe en gran medida de la calidad y eficiencia de los servicios ambulatorios, por esta razón el reto es brindar atenciones centradas en los pacientes y sus familias, equitativos, accesibles, oportunos, efectivos y seguros.

El reciente estudio AMBEAS desarrollado por OPS/OMS estimó en 5,1% la prevalencia de Eventos Adversos en los servicios de Atención Ambulatoria en 4 (cuatro) países latinoamericanos (Brasil, Colombia, México y Perú) en donde los eventos adversos relacionados con la medicación, la prescripción y los fallos en la comunicación constituyen las tres principales causas de los mismos.

Por otro lado los diferentes estudios de percepción de los usuarios de servicios ambulatorios, demuestran que los factores más sensibles y determinantes de la calidad de una atención son la oportunidad, amabilidad y la información suministrada.

En estas experiencias se presentan las diferentes estrategias implementadas por la Clínica Oftalmológica de Antioquia - Clofán, para fortalecer la prestación de los servicios con énfasis en la humanización y la seguridad del paciente.

Derechos y deberes

Clofán construyó un decálogo de derechos y deberes de los usuarios con la participación activa de la Junta Directiva, el Comité de Gerencia, Atención al Cliente y el área de Mercadeo.

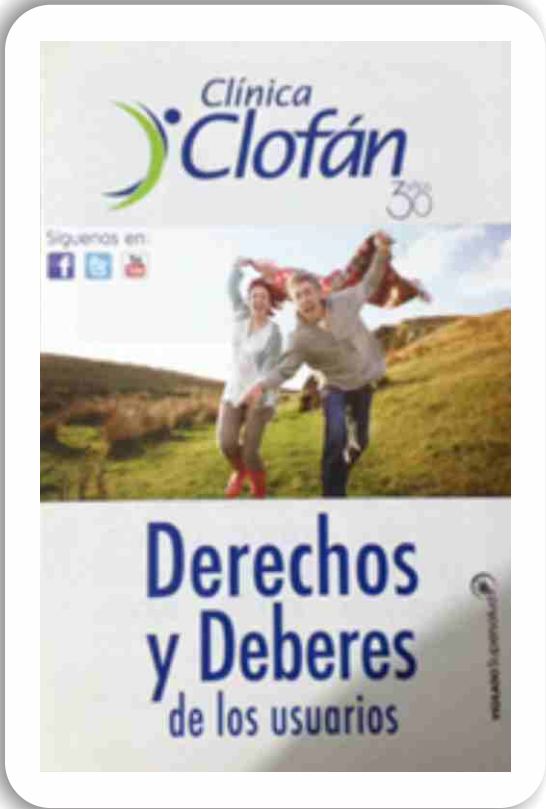
En la actualidad se realiza el despliegue de los derechos y deberes al cliente interno por medio del periódico digital diario llamado "Clofán al día" que se envía a todos los empleados de la clínica por correo electrónico, las carteleras y en la red interna (intranet). Como estrategia para generar recordación en los empleados de los derechos y deberes, semanalmente se hace énfasis en un derecho y un deber, ésta información se divulga en el periódico digital "Clofán al día".

Los medios utilizados actualmente para realizar el despliegue a los usuarios son: pantallas en las salas de espera, carteleras, habladores en los baños, página web de la clínica, tótems; en las recomendaciones generales para la realización de los procedimientos y de manera especial las auxiliares de sala, quienes hacen entrega física de los derechos y deberes y explican su contenido a los usuarios en las salas de espera.

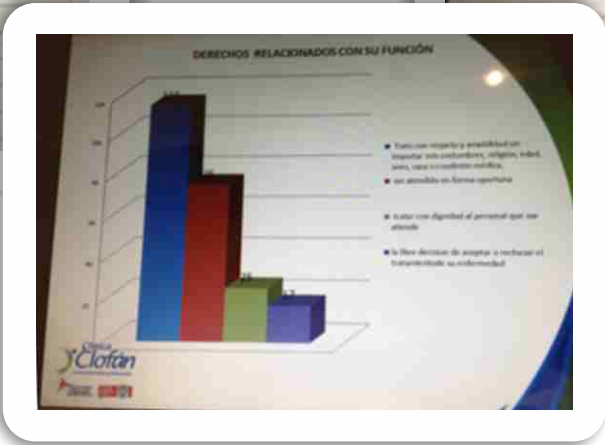


La Clínica cuenta con una asociación de usuarios que se conformó en el año 2012 a la que se le capacita de manera constante en diferentes temas como derechos y deberes de los usuarios, seguridad del paciente, etc, con la finalidad de ser apoyo en la divulgación de las diferentes estrategias de la institución.

Para realizar la verificación a la comprensión de los derechos y deberes en al cliente interno, se utiliza una encuesta de satisfacción al cliente. Cuando se inició la implementación, se preguntaba a los usuarios en la encuesta, si conocían o comprendían un derecho o un deber, como resultado del proceso de mejoramiento en la actualidad, se indaga de manera específica por el derecho y el deber que entienden o comprenden y si estos fueron explicados; adicionalmente, se inició la evaluación de la efectividad de los medios para la comunicación de los derechos y deberes. En cuanto a la verificación del conocimiento y comprensión de los derechos y deberes del cliente interno se han desarrollado varias estrategias como evaluaciones de conocimiento y talleres lúdicos como concursos.



Pregunta	Respuesta
1. ¿Le informaron sobre sus derechos o deberes?	☐ SI ☐ NO ☐ NS
2. ¿Recibió la información de los derechos y deberes de forma comprensible?	☐ SI ☐ NO ☐ NS
3. ¿Comprendió los derechos y deberes?	☐ SI ☐ NO ☐ NS
Agregue algún otro:	
4. ¿Considera que en la clínica se le explicó correctamente a sus derechos?	☐ SI ☐ NO ☐ NS





LÍNEAS DE ACCIÓN

Gestión de la Calidad

- Implementación del Sistema Único de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Territoriales y EPS.
- Implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC para IPS, Entidades Territoriales y EPS.
- Implementación del Sistema Único de Habilitación.
- Estructuración del Sistema de Información para la Calidad.
- Implementación de Estándares Internacionales de Acreditación con Joint Commision International en asocio con Quality Resources International.
- Desarrollo de la estrategia de atención segura.

Gestión Empresarial y Consultoría

Desarrollamos estudios técnicos de:

- Mercado.
- Demanda y oferta de servicios.
- Reordenamiento y ajuste.
- Sistemas de Control de Gestión.
- Operación en outsourcing de procesos administrativos.
- Implementación Sistemas de Costos Hospitalarios.
- Gestión y cálculo de pasivos pensionales laborales.
- Estudios de viabilidad empresarial.
- Consultoría para el diseño del plan de desarrollo institucional.
- Estudio e implementación de perfiles.
- Elaboración de manuales de procesos y procedimientos.

Gestión del Conocimiento

- Desarrollo de proyectos de investigación

Auditoría e Interventoría

- Auditoría de cuentas.
- Auditoría de calidad y servicios.
- Interventoría del régimen subsidiado.
- Interventoría de proyectos sociales.

Salud Pública y Bienestar Social

- Proyectos de promoción y prevención en salud.
- Proyectos de bienestar social.
- Proyectos de salud pública.
- Proyectos dirigidos a población infantil, adulto mayor y en situación de discapacidad.
- Asistencia social para generación de oportunidades de emprendimiento y/o inclusión social.

Asignación de citas y admisión del paciente

El ingreso del paciente se puede dar de dos maneras: la primero es que la aseguradora autoriza la atención y el paciente llama telefónicamente para que la cita le sea asignada, la llamada telefónica se recibe en un call center, el menú se encuentra organizado por entidades para direccionar la atención y así poder ejercer un control de la oportunidad por aseguradora, al paciente inicialmente se el proporciona la cita mas rápida disponible de acuerdo a la especialidad o a la subespecialidad, si el paciente quiere ser atendido por un profesional de su preferencia, se ofrece la disponibilidad con dicho profesional. La segunda forma de ingreso de los usuarios a la clínica es la consulta prioritaria, la aseguradora autoriza una consulta de este tipo paciente por su estado o condición clínica, el paciente se presenta directamente a consulta externa y accede sin una asignación de cita previa. La institución cuenta con un oftalmólogo para realizar la consulta prioritaria.



La Dirección Médica es la responsable de la asignación de los tiempos de los profesionales para la atención de los usuarios con base en lo establecido en el documento características del servicio. Cada mes se realiza la programación, la Dirección Médica envía a la Coordinación del call center la disponibilidad para la realización de las agendas las que se realizan, dependiendo de la actividad: consulta, cirugía, procedimiento diagnóstico, etc. Si se presenta alguna novedad, la información se despliega a los interesados por medio de un correo electrónico cuyo uso es exclusivo para las agendas de los profesionales.

Oportunidad y accesibilidad

Clofán ha definido el modelo de prestación de servicios de salud, el cual tiene como propósito asegurar que a la población atendida se le brinde una atención oportuna, segura, continua y pertinente; cumpliendo con los requerimientos del estado en el marco de las políticas públicas de salud.

La responsabilidad de la generación del indicador de oportunidad es de la Dirección Médica y el análisis del comité de calidad de acuerdo con la metodología de mejoramiento, en la que se encuentra establecido por norma general que cuando un indicador no cumple con la meta por tres meses consecutivos, es necesario el desarrollo de un plan de mejoramiento. El indicador de oportunidad se discrimina por especialidad y se toman decisiones para intervenir los problemas que se están presentando. La oportunidad se encuentra a 10 días.

Además de la consulta programada, se cuenta con servicio de consulta prioritaria, para la cual hay un consultorio y un médico especialista exclusivo, atendiendo pacientes programados por agenda o que solicitan el servicio sin cita previa; la promesa de atención para estos pacientes es de máximo 12 horas para pacientes sin cita previa o para los pacientes de consulta prioritaria programada de 48 horas. Si de ésta consulta se deriva una cirugía urgente se cuenta con oftalmólogo de turno, turnos quirúrgicos y personal asistencial, para la realización de los procedimientos no programados o urgentes. Para prestar una atención oportuna la clínica, se encarga de realizar los trámites de autorización pertinentes.

El call center permite hacer un seguimiento a la demanda insatisfecha, el coordinador identifica en tiempo real el estado de las llamadas "en cola", "contestada", "esperando" o "atendida", esto permite una intervención inmediata. Con el aplicativo se mide la efectividad de la respuesta a las llamadas en cuanto al volumen relacionando el número de llamadas entrantes, el número de llamadas atendidas y el número de llamadas abandonadas, otra medición es el tiempo de espera promedio para ser atendida una llamada, el tiempo promedio de duración de una llamada al aire, adicionalmente

permite la grabación de las llamadas con lo cual se hace verificación al proceso de asignación de citas, esta información se consolida mensualmente y es analizada por la gerencia.

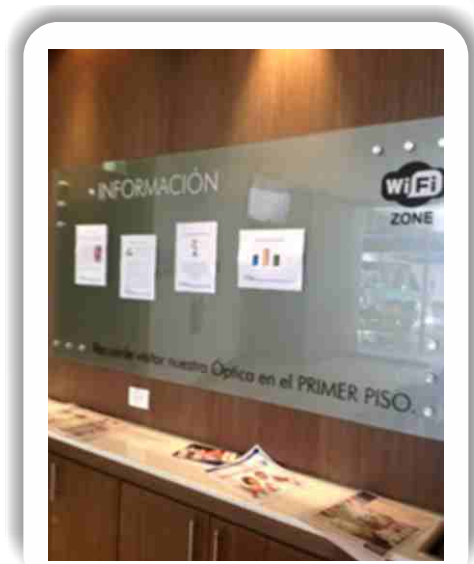


El personal del call center utiliza un guión con la información administrativa como ordenes, copagos y cuotas moderadoras la cual se le suministra al paciente en el momento de la asignación de la cita.

Espera para la atención

Las auxiliares de sala reciben y preguntan a los usuarios a que horas tienen programada la atención para estar vigilantes de su cumplimiento, cuando se presentan retrasos la auxiliar de sala averigua la situación, para explicar a los pacientes las causas del mismo y plantear una alternativa de solución.

En algunos casos, es necesaria una preparación previa para la realización de la consulta como la dilatación de la pupila; como el tiempo para de preparación es diferente para cada usuario, al momento de la asignación de la cita se informa que debe asistir con un acompañante y que además debe disponer de tiempo suficiente.



Cuando el paciente se muestra inconforme con el tiempo de espera para ser atendido, puede manifestar su situación en los buzones de sugerencias dispuestos en las salas de espera de la institución o puede dirigirse a la oficina de atención al cliente directamente. Otro mecanismo son las auxiliares de sala, ellas están disponibles para los pacientes en las salas de espera, prestas a resolver cualquier dificultad que se pueda presentar.

Consentimiento informado

Como requisito general, el consentimiento informado no se obtiene hasta haber suministrado toda la información relacionada con su procedimiento, riesgos de realizarse o no el procedimiento, beneficios del mismo y haber resuelto las dudas del usuario y/o acompañante acudiente.

La obtención del consentimiento informado se ha documentado en los diferentes protocolos, instructivos y procedimientos de cada servicio.

Consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica. Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el diligenciamiento del consentimiento informado, cada especialista es el responsable de explicar en lenguaje claro al paciente y diligenciarlo en la consulta, previo al procedimiento. La auxiliar de enfermería de consulta externa apoya este proceso y verifica que los registros se encuentren adecuadamente diligenciados y comprendidos por el paciente.

Existe un consentimiento informado el cual es diligenciado por todos los pacientes a los que se les realiza un procedimiento y formatos de consentimiento informado específicos por procedimiento el que es llenado para cada caso.

En la consulta pre anestésica, la enfermera explica al paciente el consentimiento informado y el anestesiólogo refuerza la información durante la misma.

Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente. Ministerio de Salud y Protección Social.

Privacidad durante la atención

El diseño de la infraestructura de la clínica contribuye en la privacidad ya que se dispone de espacios adecuados para cada servicio, en el área de cirugía, se diseñaron unos espacios llamados "conversatorios" en los que se le transmite la información a los acompañantes del estado de salud de los pacientes que se encuentran en el quirófano. Como lineamientos institucionales se tiene establecido que el paciente tiene la potestad de permitir o no, la presencia del acompañante durante la consulta.

Guías clínicas de atención

Clofán adoptó las guías de práctica clínica de la Sociedad Colombiana de Oftalmología, las cuales se socializaron para su implementación. En la actualidad, las guías están en fase de revisión, por medio de la red interna se realiza la verificación del conocimiento de los profesionales y a través de la auditoría de historias clínicas se evalúa la adherencia a dichas guías.

Los hallazgos y resultados de la adherencia a las guías se retroalimentan a los profesionales en las reuniones de los grupos primarios, dichos resultados son objeto de análisis en el comité de historias clínicas en el cual se toman las decisiones y las acciones necesarias hacia las áreas y los profesionales.

Cuidado en casa

Las actividades de educación al usuario y su familia, hacen parte integral de las etapas de atención y son consideradas indispensables para asegurar la eficacia de los tratamientos y la seguridad misma del usuario; por tal motivo, este es un factor que se promueve a través de campañas dirigidas al usuario, información masiva y personalizada.

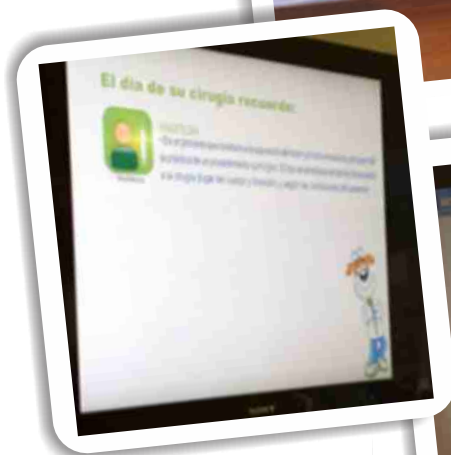
En los casos de cirugías y algunas ayudas diagnósticas, se brinda la explicación pertinente por parte del profesional de la salud acerca del plan de cuidado en casa y se refuerza con la entrega de folletos e instrucciones escritas que el usuario puede consultar en caso de ser necesarias.

Adicionalmente, existe la posibilidad de contacto con la institución y con el profesional de la salud, para responder a inquietudes del usuario posteriores a la atención y derivadas de procedimientos o cirugías.

Adicional a la información personal que da el médico tratante se cuenta con las siguientes estrategias para informar los cuidados que el usuario debe tener en la casa: plegables de las patologías más comunes para entregar a los usuarios las recomendaciones que se deben tener antes y después de la cirugía, las pantallas de televisión que se encuentran en las salas de espera y la página web.



El autocuidado según el Ministerio de Salud y Protección Social son todas aquellas acciones que realiza un individuo por voluntad propia, la familia o la comunidad para promover, mantener y mejorar la salud y el bienestar, previniendo y tratando su enfermedad.



Remisión de pacientes

La remisión de los usuarios cuando por su condición clínica supera la capacidad resolutive por su complejidad, se realiza de acuerdo a la red de la aseguradora a la que pertenece el usuario. Para ello se cuenta con un proceso de remisión documentado, en el que se describe la manera de coordinar la atención del paciente con los centros de referencia y la red de instituciones a las cuales se pueden enviar los pacientes que requieran traslado. Este procedimiento describe la metodología y los responsables para el manejo de urgencias vitales y las no vitales.

Cuando el paciente debe ser hospitalizado y esta orden se deriva de la consulta, se soporta con los registros clínicos y un resumen de la atención que contiene, sugerencia de manejo de la patología oftalmológica.

Los pacientes que se encuentran en situaciones críticas y requieren ser remitidos a otra institución, son monitorizados en el servicio de cirugía donde se cuenta con los recursos para la atención y estabilización. La clínica tiene convenio con una red de instituciones para brindarle soluciones a nuestros pacientes.

Sistema de manifestaciones

Desde el área de servicio al cliente se han estandarizado los métodos de atención de reclamos, sugerencias y felicitaciones (RSF), el cual cuenta con mecanismos para la recolección de información permanente de todos nuestros grupos de interés dentro de su proceso de atención y que busca fundamentalmente garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en cada uno de los servicios. Se abren todas las alternativas para nuestros usuarios: una oficina con dos personas y un practicante, dos auxiliares de sala y medios para llegar a cada uno de los públicos.

Los sistemas de recolección de información con respecto a solicitudes, reclamos, sugerencias y felicitaciones se garantizan con la revisión diaria por parte de personal de la oficina de servicio al cliente de los buzones ubicados en las áreas de lo cual se deja registro en una planilla.

Todos los reportes reciben un consecutivo lo que permite controlar la trazabilidad del mismo, lo mismo para los reportes telefónicos y los que llegan por correo electrónico. Todo el sistema es responsabilidad del área de mercadeo y comunicaciones de quien depende servicio al cliente y que cuenta con todos sus procesos documentados y auditados periódicamente.

La percepción de los usuarios sobre la atención, seguridad y humanización en la prestación del servicio en la Clínica Clófán, se evidencia también en la evaluación de la satisfacción del usuario que se realiza mensualmente a través de entrevista telefónica con encuestas diseñadas según el servicio en el cual fue atendido.

Estos resultados se tabulan, se exponen en carteleras para los usuarios y se presentan en el comité de calidad para retroalimentación de los líderes.

Adicionalmente a la medición de la satisfacción a través de las encuestas, se evalúan los principales satisfactores directamente en la prestación de los servicios.

Cada dos años se realizan mediciones de satisfacción a clientes institucionales (aseguradoras, convenios, etc.) y clientes estratégicos (médicos socios y no socios).

Una vez se reciben los reclamos, se realiza una primera investigación por parte del área, para ampliar la información y entregar al líder responsable el reporte con los soportes necesarios para una segunda instancia de análisis. Los tiempos para la devolución de los reclamos se controlan a través de indicadores que miden la efectividad de la respuesta al área de servicio al cliente, quienes finalmente son las responsables de cerrar el reporte al establecer comunicación efectiva con el usuario.

Los indicadores del proceso de reclamos, sugerencias y felicitaciones se presentan mensualmente en el comité de calidad del cual hace parte la gerencia, el coordinador de calidad y los líderes de los servicios, allí se identifican las posibles acciones que pueden generarse y que permiten mejoras en los diferentes procesos de la institución en beneficio de los grupos de interés.

Se cuenta con un software que permite monitorear los acuerdos de servicio que establecemos con nuestros clientes. En tiempo real se puede observar el nivel de servicio que estamos entregando a nuestros usuarios, a través de estadísticas consolidadas y detalladas podemos generar indicadores que miden la productividad del personal, la calidad en la atención, el cumplimiento de los compromisos y generar desde allí acciones que generen mejoras en los diferentes procesos.



Capítulo 3





Experiencia Exitosa en la Atención al Ciudadano

HOSPITAL PABLO VI DE BOSA

Visión global de la organización

El Hospital Pablo VI de Bosa E.S.E es una institución socialmente responsable, líder en la prestación de servicios de salud de primer nivel, humanizados y con estándares superiores de calidad en el marco del Modelo de Atención Primaria en Salud.

Su historia se remonta al año 1968 cuando se construyó el centro de salud Pablo VI Bosa, ubicada en la localidad de Bosa en el distrito capital en terrenos y con materiales donados por la comunidad, en el año 1998, en cumplimiento de la Ley 100 de 1993, el Concejo de Bogotá expide el Acuerdo 17 de ese año, por medio del cual se crea la Empresa Social del Estado, Hospital Pablo VI Bosa, entendida como una entidad pública descentralizada del orden distrital, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, con autonomía administrativa, personería jurídica y presupuesto propio.

Trabajamos para agregar valor a nuestros grupos de interés; promoviendo su desarrollo a través de la consolidación de la cultura de participación, mejora continua, seguridad del usuario, trabajo en redes e innovación.

En los últimos años la entidad se ha consolidado como líder a nivel nacional en la implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud, se ha consolidado como empresa acreditada, que avanza de manera firme hacia la seguridad del usuario, la investigación, la gestión de conocimiento y un impacto positivo en sus grupos de interés.

La institución ha logrado durante casi una década la consecución de logros y reconocimientos que exaltan la incansable labor realizada con la Responsabilidad Social, dentro de los que se encuentran: La Acreditación Nacional, Premio Distrital a la Gestión en Salud, Top Bench Excelencia en la Gestión, Premio Nacional de Alta Gerencia.

Introducción

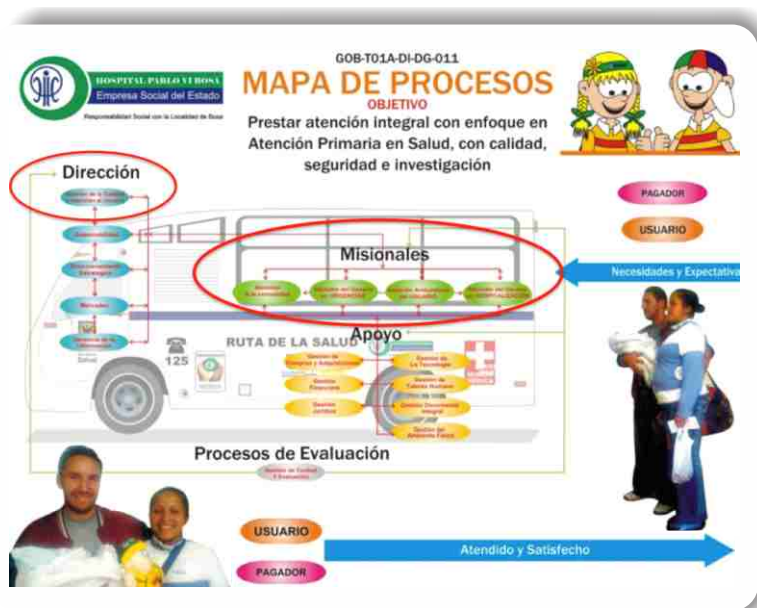
Dentro de los ejes de Sistema Único de Acreditación se han definido una serie de ejes trazadores que son: La atención centrada en el usuario, la gestión clínica excelente y segura, la Humanización de la atención en salud, Gestión del riesgo, gestión de la tecnología, transformación cultural permanente y la responsabilidad social.

Basados en este concepto, podemos decir que la atención centrada en el usuario de los servicios de salud, implica identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades de usuarios, sus familiares, cuidadores los trabajadores, los directivos y la comunidad en general.

En este capítulo conoceremos algunas de las estrategias que el Hospital Pablo VI de Bosa, viene implementando para ubicar al usuario, familia y cuidador como el centro del accionar del hospital.

Atención al ciudadano

La atención al ciudadano en el Hospital Pablo VI de Bosa se encuentra ubicada en el mapa de procesos dentro del proceso de Gestión de la Calidad y Atención al Usuario en el macroproceso de direccionamiento estratégico, permitiendo proyectar todas las estrategias y políticas de la atención centrada en el usuario y su familia a nivel institucional y comunitario, este proceso se relaciona directamente con la gerencia y trabaja de la mano con la oficina de calidad.



INVERSIÓN: \$ 580.000

Pregunte por nuestros descuentos especiales

Teléfono: (4) 265 56 55 - 320 622 9839

Correo: enlaces@fundacionguayacanes.org

www.fundacionguayacanes.org

CURSO DE PAMEC COMO HERRAMIENTA PARA EL MEJORAMIENTO

**DURACIÓN
60 HORAS**

**MODALIDAD
100% VIRTUAL**

**CONVIÉRTETE EN UN
LÍDER PARA EL
MEJORAMIENTO
INSTITUCIONAL**



Este proceso interactúa de manera transversal con los procesos misionales de atención a la comunidad, atención hospitalaria, atención en urgencias y atención ambulatoria, aportando a la lectura de necesidades y expectativas siempre en busca de la satisfacción de los clientes.

Enfoque de la atención al ciudadano

En el Hospital Pablo VI de Bosa el servicio al ciudadano no es solo una oficina, si no que involucra a cada uno de los servidores del hospital (gerencia, personal administrativo, equipo de salud, guardas, personal de aseo, etc), por esta razón se ha capacitado a todo el personal en la filosofía de "La atención está centrada en el usuario, la familia y la comunidad", en este proceso se tienen en cuenta tanto las necesidades de los pacientes que son atendidos como sus familias, cuidadores y la comunidad en general.

Para lograr el cumplimiento de los objetivos de calidad relacionados con la atención centrada en el usuario, el hospital se vio en la necesidad de implementar **la política de deberes y derechos basada en el enfoque diferencial y la política de resarcimiento.**

La política de resarcimiento que se implementa para los siguientes casos:

- Cancelación de citas sin previo aviso al usuario.
- No entrega de medicamentos según plan de beneficios y contrato establecido con la administradora de planes de beneficio.
- Inadecuada actitud por los profesionales o colaboradores que lo atienden.
- Inadecuada remisión a los diferentes servicios.
- No cumplimiento con la estrategia de atención prioritaria a poblaciones especiales o estrategia de estrellas luminosas.

Con relación a la cancelación citas y procedimientos sin previo aviso el hospital está en la disposición de otorgarle una nueva cita en el horario y día que más le convenga, en referencia a la no entrega de medicamentos contemplados en el plan de beneficios y en el contrato con el asegurador del paciente, el hospital le garantizará la entrega en la sede más cercana de su domicilio luego de hacer el trámite correspondiente para la consecución del fármaco requerido, cada colaborador o profesional que esté implicado en el retraso, en una actitud inadecuada o sea responsable de la falta de atención de un usuario tendrá que manifestar sinceras disculpas al usuario, cuando el usuario es referido de forma equivocada, es responsabilidad del hospital solucionar la situación que aqueja al mismo.

Oficina de atención al ciudadano

La atención en la oficina de atención al ciudadano es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua, los días sábados la atención se realiza de 7:00 a.m. a 11:00 a.m. y después de ese horario hasta el día domingo el apoyo al ciudadano lo realiza la trabajadora social que se ubica en el servicio de urgencias garantizando continuidad en la prestación del servicio.

Líneas de acción



1. Estrategias para garantizar el acceso: La primera estrategia con la que cuenta la institución es la constitución del **equipo de primer contacto** en cada sede asistencial conformado por guardas de seguridad, informador, facturador y comunicador, creado para fortalecer el proceso educativo del usuario, identificar riesgos al ingreso del usuario, realizar lectura de necesidades de información y/o orientación y resolver dificultades durante el proceso de atención y trabajar de manera sinérgica para evitar las barreras de acceso. Este equipo se capacitó por personal de trabajo social quienes se encargaron de fortalecer sus competencias.

Guardas de seguridad, la información que el guarda de seguridad brinda a los usuarios es dar la bienvenida, hora de apertura y cierre del centro, ubicación de baños, orientación hacia el informador, facturación y/o comunicador e identificar los niños menores de 7 años con la manilla de seguridad.



El informador, se encuentra al ingreso de la institución en la sala de espera, esta encargado de dar la bienvenida al usuario y realizar procesos educativos con el usuario en salas de espera reforzando la información sobre derechos y deberes, mecanismos de escucha, portafolio de servicios, seguridad del usuario, ciclo de atención y prioriza usuarios a través de la estrategia denominada ESTRELLITAS LUMINOSAS, a partir de la cual identifica mediante una estrella de color a la población gestante, adulto mayor de 60 años, población en condición de discapacidad y menores de

5 años. Igualmente, da orientación e información a los usuarios sobre dificultades que se presenten para acceder a los servicios, identifica barreras de acceso en fila, identifica demanda no atendida, hace proceso de referencia a trabajo social de usuarios con problemas administrativos no resueltos. Para ello se estableció un protocolo de charlas educativas.

El comunicador, se encuentra en el área de verificación y asignación de citas, área donde además se encuentra el facturador, este solicita documentos de identificación y afiliación, realiza la verificación y da la posibilidad de escoger el profesional, da orientación para resolver situaciones de dificultad en el sistema de aseguramiento e identifica casos de usuarios con barreras de acceso.

El facturador, es quien se encarga de realizar todo el proceso de facturación de los servicios que viene a demandar el usuario.

Los trabajadores sociales apoyan en el área de urgencias y consulta externa.

Este equipo se capacita mensualmente y los perfiles varían de bachilleres a administradores en salud.

El equipo de primer contacto tiene un uniforme que los caracteriza y permite que el usuario los identifique fácilmente. Uniformados: con blusa blanca para mujeres o camisa blanca para hombres y con su corbata roja o pañoleta roja de ser el caso y un chaleco; cuando ellos terminan un período de contrato entregan estos elementos a la institución como garantía del control e imagen institucional.



El equipo de primer contacto identifica las dificultades administrativas y con base en los procedimientos documentados resuelven la dificultades o direccionan al usuario.

Además del equipo de primer contacto, la institución cuenta nivel extramural con los **equipos de respuesta inicial** conformados por auxiliares de enfermería, jefes de enfermería y médicos, los cuales dentro del marco del modelo de atención en salud, realizan caracterización de

la población habitante de la localidad de Bosa casa a casa y realizan educación e identificación de las barreras de acceso; las cuales son canalizadas al equipo de respuesta complementaria, conformado por diferentes disciplinas que dan respuesta a las necesidades detectadas.

Se tiene además un equipo de **atención personalizada** constituido para dar continuidad al proceso de identificación y seguimiento a las barreras de acceso de la población usuaria. Este equipo lo conforman trabajadoras sociales con experiencia en el tema de aseguramiento, seguridad social en salud y se convierten en el referente del equipo de primer contacto para dar solución a las barreras de acceso de la institución.



EQUIPOS DE RESPUESTA INICIAL

Estas profesionales se encargan de realizar el registro y direccionamiento del usuario con barrera de acceso a través del Formato de Direccionamiento de Usuarios, indicando al usuario sobre el lugar donde será atendido para la resolución de su barrera; el objetivo del direccionamiento escrito, es contar con un soporte que evidencie la gestión institución y genere corresponsabilidad en el proceso de resolución con el usuario.

El formato de direccionamiento de usuarios contiene:

1. Datos del usuario.
2. Tipo de población (Persona mayor, desplazado, gestante, etc).
3. Gestión a realizar dentro de las que se encuentran:
No aparece en base de datos.
Solicite carta de retiro EPS contributivo.
Solicite carta de retiro EPS subsidiado.
Realice su afiliación a la EPS contributivo.
Realice su afiliación a la EPS subsidiado.
Solicite su carnetización en la EPS contributivo.
Solicite instrumento provisional.
Presenta inconsistencias con su seguridad social.
Solicite la visita para obtener nivel SISBEN.
Solicite carta de retiro en EPS-S del municipio origen.
Tramite en registraduría su documento.
Diríjase a la oficina de servicio al ciudadano CAMI.
Solicite carta de certificación como población especial.
Solicite su carnetización en la EPS subsidiado.
4. Datos de la entidad.
5. Observaciones y seguimiento con fecha, hora, trámite y observaciones.
6. Nombre del colaborador.
7. Centro de atención.
8. Firma del usuario.

Estas barreras son registradas en el aplicativo de la Secretaría Distrital de Salud denominado **SIDBA** (Sistema de Información de Barreras de Acceso, formato único de direccionamiento y base de datos exclusiva de trabajo social, cuyo objetivo es identificar el motivo de la barrera de acceso, la entidad generadora de la barrera, la caracterización de la población afectada con la barrera para dar respuesta a las necesidades detectadas).

Esta misma oficina gestiona con otros entes territoriales trámites administrativos.

2. Sistema distrital de quejas y reclamos: Es la línea gratuita 195 del derecho a la salud de la Dirección Distrital de Servicio al Ciudadano de la Alcaldía de Bogotá que es apoyada por funcionarios del hospital, esta tiene como propósito garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención en salud de todos los ciudadanos. Busca además contribuir a la disminución de las Barreras de Acceso de tipo administrativo y/o asistencial en los servicios de salud en el Distrito Capital. Es operada 24 horas de domingo a domingo por profesionales quienes reciben y gestionan, en forma inmediata, las llamadas que por barreras de acceso presentan los usuarios y usuarias por fallas en los procesos administrativos y/o asistenciales.

3. Lectura de necesidades y expectativas: En esta área la institución cuenta con dos trabajadoras sociales en el servicio ambulatorio que hacen la lectura de necesidades y expectativas además de estar encargadas de realizar acompañamiento a los profesionales en salud y también personal administrativo en cada uno de los territorios.

4. Ruta de la salud: Es un convenio con la Secretaría de Salud y está enfocado a garantizar el acceso a los servicios de I, II, III y IV nivel de complejidad a nivel distrital de la población prioritaria, actualmente la institución cuenta con 7 rutas de la salud, las cuales se encargan de trasladar al usuario de un centro de atención a otro para la obtención o cumplimiento de su cita, impactando sobre las barreras de acceso de tipo geográfico y económico, proceso liderado por la Defensoría del Ciudadano.



Ruta de la Salud

POBLACIÓN BENEFICIADA

1. Gestantes
2. Adulto Mayor de 60 años
3. Niños Menores de 5 años
4. Personas en Condición de Discapacidad

CONDICIONES DE USO

1. Solo se permitirá trasladar un acompañante mayor de edad por paciente según necesidad y responsable del usuario sin excepción alguna.
2. No se deben consumir alimentos en los vehículos durante el recorrido.
3. El servicio de traslados en colectivo no individual; todos los traslados se hacen por grupos.
4. No se trasladan usuarios que requieran servicios de urgencias.
5. Se requiere solicitar el servicio con un mínimo de 48 horas de anticipación.
6. Si es cancelada la cita por favor avisar con anticipación a la coordinación para cancelar el servicio.
8. Se solicita cumplimiento de los horarios según programación.
9. No se recogen ni se dejan usuarios en casas ni vía pública.
10. No se trasladan documentos, ni se tramitan servicios bajo ninguna circunstancia sin autorización de la coordinación.
11. No se trasladarán pacientes que estén en trabajo de parto.
12. No se trasladará ningún tipo de usuario que requiera traslado bajo supervisión médica.
13. No requerir de aplicación de medicamentos durante el traslado.
14. No tener potencial de riesgo de afectación hacia el paciente o los demás.
15. No requerir asistencia médica durante su traslado o que se prevea que no existe riesgo para su integridad física.

5. Defensor del ciudadano: Con el objetivo de visualizar la política pública de participación, mejorar la calidad, dar respuesta a los requisitos del cliente y garantizar una excelente atención a los usuarios el hospital implementó la figura del Defensor del Ciudadano, la cual es ejercida por el colaborador que tenga a su cargo la Unidad Funcional de Servicio al Ciudadano, profesional capacitado en gestión de calidad, manejo de los derechos de los usuarios, resolución de conflictos, seguridad social, barreras de acceso, sistema de quejas y soluciones entre otros.

Dentro de las actividades del Defensor del Ciudadano se encuentran:

- Ser vocero de los usuarios ante el Hospital, para la protección de sus derechos en los diferentes espacios de comunicación.
- Conocer y resolver de forma objetiva y gratuita los requerimientos o quejas individuales, que los ciudadanos y ciudadanas presenten.
- Resolver las controversias que se generen en las relaciones entre el hospital y los usuarios por los servicios que presta, dentro de las limitaciones establecidas por la ley.
- Asesorar al Hospital en la formulación y aplicación de las políticas que tiendan a mejorar la calidad de los servicios, las buenas relaciones y la confianza con sus usuarios.

Solución de inconvenientes frente al acceso



Para la solución de inconvenientes frente al acceso, El primer funcionario que identifica el inconveniente inicia el proceso de direccionamiento al usuario, la institución cuenta con el equipo de primer contacto que es la primera cara al usuario, ellos identifican las dificultades administrativas y con base en los procedimientos documentados con el paso a paso del quehacer frente a estas situaciones pueden resolver la dificultad o direccionar al usuario mediante el "formato único de seguimiento a barreras de acceso" a la trabajadora social encargada de la línea de atención personalizada quien sera la encargada de dar solución al inconveniente.

Las barreras de acceso una vez identificadas son registradas en el aplicativo de la Secretaría de Salud llamado SIDBA (Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso) este aplicativo permite categorizar la barrera.

Una vez registrada se direcciona a la entidad correspondiente y la institución realiza seguimiento para confirmar que fue exitosa la resolución del trámite.



Las trabajadoras sociales también realizan acompañamiento al personal asistencial y administrativo de los 16 centros de atención de la institución en:

- Dificultades de los usuarios en trámites administrativos.
- Realizan despliegue de la política de deberes y derechos y mecanismo de escucha activa.
- Realizan seguimiento a la atención centrada en el usuario.
- Dan orientación al usuario.
- Verifican el cumplimiento del proceso de calidad.
- Verifican que la información sea clara para el paciente.
- Se realiza acompañamiento en todo lo que es primer contacto.
- Acompañamiento en indicadores que para la institución son trazables.

Para ello estas profesionales son capacitadas en barreras de acceso e identificación de necesidades y cuentan con documentos de apoyo como el manual de información de atención al usuario y el manual de barreras de acceso para realizar su labor.

A raíz de la identificación de necesidades de los usuarios se han desarrollado diferentes estrategias institucionales para contrarrestar las barreras de acceso tales como:

Creación del centro integral de servicios: Sede creada con el objetivo de focalizar en un solo espacio físico las áreas que de manera sinérgica se articularon para dar respuesta efectiva a las necesidades del usuario, tales como facturación, servicio al ciudadano; conformado por trabajo social, defensor del ciudadano, ruta de la salud y un espacio educativo a través de la biblioteca institucional. Desde allí se realiza:

- Contacto directo con las oficinas de atención al usuario de las EPS a nivel distrital y nacional.
- Gestión de autorizaciones de otro ente territorial a población gestantes.
- Presencia en el punto de atención e información Súper CADE de Bosa: son centros de servicios donde bajo un solo techo se pueden realizar más de 250 trámites (agrupados en 160 tipologías) y obtener servicios de entidades públicas tanto del orden distrital, nacional y privado.

Barrera	Porcentaje
Inconsistencia en base de datos	94%
No autorizacionb por ente territorial	3.60%
Lugar retirado de residencia del usuario	0.40%
dificultad para prestacion de servicios POS	0.60%
otras	1.40%



- Central de servicios para autorización de urgencias está conformado por tres auxiliares las 24 horas del día las cuales son encargadas de llamar al ente territorial para garantizar que la estancia de los pacientes por una autorización no se prolongue.
- Convenio de ruta de salud ampliado que traslada pacientes priorizados niños menores de cinco años, gestantes, población adulta mayor y población con algún tipo de discapacidad.
- Apoyando la línea 195 por medio de persona de primer contacto.
- Gestión interinstitucional con la red de hospitales.
- Capacitación a personal.
- Acompañamiento por trabajo social.
- Verificación del aseguramiento de Sistema Distrital de Salud.

Resultados frente al acceso

Los siguientes son los resultados de percepción de satisfacción del usuario frente al acceso captados por medio de:

- Teleauditoría: 96.2%
- Paciente trazador: 100%
- Encuesta de satisfacción: 97.1%



Principales motivos de barreras de acceso 2012 - 2013

PRINCIPALES MOTIVOS DE BARRERAS DE ACCESO AÑO 2012

- 4- Dificultad acceso a servicios por inconsistencias en Base de Datos.
- 11- Inadecuada o no clara orientación sobre derechos, deberes, trámites a realizar, que dificultan el acceso a los servicios de salud
- 22- Prestación de servicios en lugares retirados de donde reside usuario

MOTIVOS DE BARRERAS DE ACCESO AÑO 2013

- 4- Dificultad acceso a servicios por inconsistencias en Base de Datos.
- 6- No facilitación del acceso, teniendo en cuenta un enfoque diferencial, perspectiva de género, cultura, religión, etnia, raza, ciclo vital y educación
- 11- Inadecuada o no clara orientación sobre derechos, deberes, trámites a realizar, que dificultan el acceso a los servicios de salud
- 14- No capacidad para pago de servicios, medicamentos, terapias, o exámenes de apoyo diagnóstico

Tipos de barreras de acceso 2012 - 2013

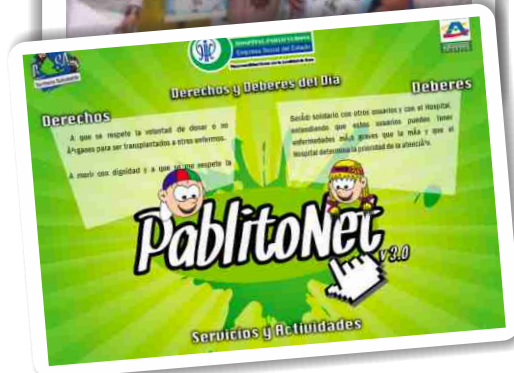
TIPO DE BARRERA DE ACCESO	2012	TIPO DE BARRERA DE ACCESO	2013
ADMINISTRATIVA	1474	ADMINISTRATIVA	1448
GEOGRÁFICA	7	CULTURAL	281
CULTURAL	7	TÉCNICA	25
ECONÓMICA	4	ECONÓMICA	22
TÉCNICA	1	GEOGRÁFICA	15

Fuente: Informes Barreras de Acceso

Mecanismos de divulgación de información para los usuarios:

- Charlas en salas de espera donde se despliega portafolio de servicios, mecanismos de deberes y derechos.
- Estrategias lúdico pedagógicas (obras de teatro, canciones, terapia de la risa, rompecabezas).
- A través de la trabajadora social en salas de espera y atención personalizada.
- A través del equipo extramural.
- Página web.
- **PablitoNet:** Cuenta con una serie de actividades didácticas para los usuarios como el rompecabezas saludable, destruyamos las bacterias, pabli basketball, además de permitir por este medio escribir alguna sugerencia, reclamo o felicitación, acceder al portafolio de servicios o al digiturno virtual y brinda información de derechos y deberes.

http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/hpvi_web/PablitoNet/index.php



**Somos su aliado más confiable
para la gestión efectiva
de su organización**

Guía del usuario



Línea 195

Línea **195**

Redes sociales



- Formas de participación social en salud.
- Video institucional.
- Línea telefónica institucional.

Mecanismos institucionales de escucha activa a los usuarios

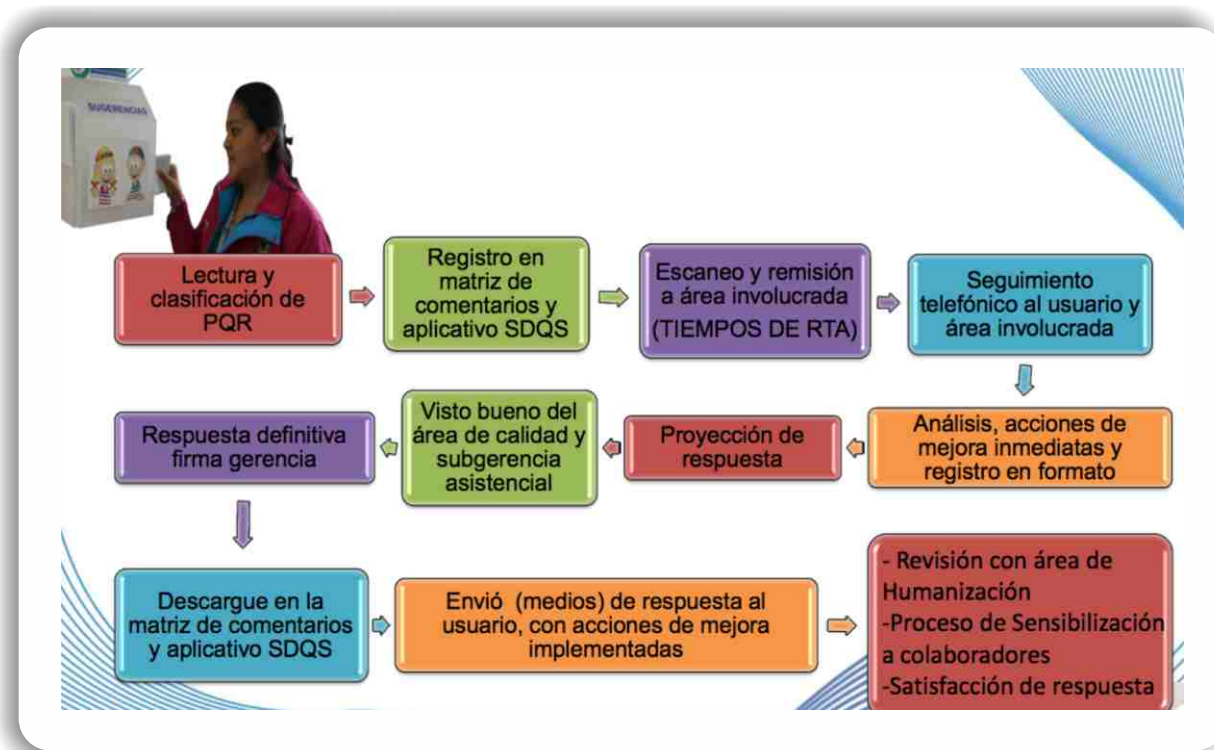
Dentro de las estrategias que la institución ha desarrollado para identificar y responder a las necesidades de expresión de los usuarios, familias y cuidadores se encuentran:

- Buzón de comentarios.
- Consejeros zonales, COPACOS y asociación de usuarios.
- Tele auditoría: Este mecanismo consiste en llamadas telefónicas al usuario después de haber recibido atención en la institución con el fin de revisar adherencia al tratamiento, reforzar derechos y deberes, intención de regresar a la institución, evaluar la satisfacción del usuario.
- Encuestas de satisfacción: encuestas aplicadas por la comunidad dos al año, una encuesta aplicada por entidad externa.



- Página web.
- Sistema de quejas y soluciones.
- Atención personalizada: Estrategia explicada anteriormente la cual cuenta con cuatro trabajadoras sociales en consulta externa y servicio de urgencias y hospitalización e informadores en todos los centros.
- PablitoNet: Computador que se encuentra en cada centro donde los usuarios pueden solicitar información de servicios, direcciones y escribir comentarios.

Gestión de las expresiones de los usuarios



La institución cuenta con un procedimiento de respuesta a las expresiones de los usuarios el cual se ha socializado con el equipo de primer contacto y los líderes que son las personas que van a filtrar el comentario para hacer el seguimiento y análisis, el procedimiento consiste en:

1. Clasificarla de acuerdo al tipo (reclamo, queja, derecho de petición, felicitación, sugerencia o solicitud de información).
2. Hacer el registro en la matriz de comentarios que permite realizar el monitoreo, registrando la información completa del usuario y el motivo de la queja, reclamo o sugerencia.

3. Definir el derecho vulnerado y a quien se direcciona.
4. Se realiza un escaneo de los documentos y se remite a las áreas involucradas a quien corresponda el comentario.
5. Llamar a los usuarios que dieron un comentario para ampliar la información, para revisar datos de contacto y para que confirme porque medio quiere recibir su respuesta
6. Las áreas deben realizar el respectivo análisis y redactan la respuesta haciéndola llegar a servicio ciudadano.
7. Servicio al ciudadano hace la lectura, hace la redacción de la respuesta y envía posteriormente para vistos buenos a calidad y subgerencia.
8. El área de calidad y subgerencia dan correcciones, modificaciones o demás.
9. Por último, cuando la respuesta cuenta con los vistos buenos pasa a firma de gerencia, se registra y se envía. En las respuestas se le brinda información al usuario acerca de las acciones que se realizaron según su comentario.

Oportunidad de la respuesta:

- Para recepcionar y direccionar: dos días.
- Para dar respuesta por el área responsable: tres días hábiles.
- Para aprobar mediante las áreas involucradas: un día.
- Si hay observaciones o correcciones: un día.
- Hacer la entrega de correspondencia: un día.

Comentarios por tipo

TIPO DE COMENTARIO POR AÑO	2009		2010		2011		2012		2013	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
FELICITACIONES	383	37,73	563	43,14	646	45,24	588	43,33	848	50,87
QUEJAS	115	11,33	156	11,95	190	13,31	229	16,88	307	18,42
RECLAMOS	422	41,58	427	32,72	355	24,86	373	27,49	268	16,08
SUGERENCIA	78	7,68	58	4,44	93	6,51	80	5,90	92	5,52
MANIFESTACIÓN	1	0,10	0	0	0	0	0	0	0	0
DERECHO DE PETICIÓN	3	0,30	97	7,43	61	4,27	10	0,74	19	1,14
PETICIÓN DE INTERES PARTICULAR	13	1,28	NA	NA	NA	NA	19	1,40	3	0,18
SOLICITUD DE INFORMACION	0	0	4	0,31	83	5,81	58	4,27	130	7,80
TOTAL	1015		1305		1428		1357		1667	

Fidelización de usuarios

Algunas de las estrategias que la institución ha desarrollado para fidelizar a los usuarios son:



Pablito te lleva a casa: Está destinado a las madres que tienen su bebe en el hospital, este programa hace el traslado de la mamá y el bebe hasta la casa, acompañada por una auxiliar de enfermería quien es la encargada de apoyar ese traslado y recordar en todo el recorrido los aspectos más relevantes sobre el cuidado del bebe.



Kit del recién nacido: Contiene pijama, cobija con la imagen de Pablito y Pablita (imagen institucional).



Kit materno: El cual contiene pijama y útiles de aseo.

La primera foto del bebe:
Que trae impresa sus huellas.



Kit de aseo para usuarios en hospitalización



Llavero: Donde está impresa toda la información del defensor del usuario.



Tula para pacientes en observación: Para guardar los objetos de los pacientes que están en observación y que están a la espera que se les defina su estado.



Pablito te acompaña en hospitalización: Donde se entrega el muñeco de Pablito o Pablita a los niños y se le hace el refuerzo de deberes y derechos.



Pintando con Pablito: Estos se entregan a los niños del servicio de hospitalización para que colorean los derechos y deberes y al final del mes se hace una rifa para el mejor dibujo.



Entrega de Pablito: Cuando los niños completan el esquema de vacunación también se les hace entrega del muñeco.



La Pablimoto: Es una moto que traslada medicamentos a pacientes con prioridad y se les hace la entrega en casa.

Medicamentos cerca de casa.



Consulta domiciliaria: Para Adultos mayores con enfermedades crónicas, personas con dificultad de movilidad o en condición de discapacidad, gestantes de alto riesgo, menores de 1 año, egresos pediátricos (picos respiratorios) y posparto.

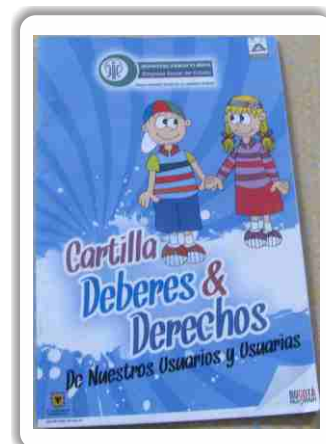


Terapia de relajación en salas de espera para las gestantes: Es una sala pequeña para las gestantes, con una pequeña fuente y televisión para que estén confortables y tengan privacidad.

Estrategias de divulgación de derechos y deberes

Para fortalecer la difusión de derechos y deberes por cada uno de los profesionales y colaboradores que atienden a los usuarios en los diferentes servicios de la institución y a nivel interno se realiza:

El pico y placa de los derechos y deberes: Por medio de la aplicación de un cronograma de dos derechos, dos deberes por día para la difusión en salas de espera, atención personalizada, consulta profesional, central de servicios, hospitalización, trabajo con comunidad, trabajo con colaboradores.



Cartilla que presenta de una manera lúdica los derechos y deberes



En los consultorios cuentan con un acrílico que se ubica en la pared entre el profesional de la salud y el usuario.



Charlas en salas de espera y juegos lúdicos de derechos y deberes como por ejemplo rompecabezas.



Pendón derechos y deberes

Guía braille que fue diseñada para los usuarios que tienen discapacidad visual, cuando se identifica se aborda por parte del informador y se le pregunta si él sabe la lectura a través del braille y si dice que si se le presta la guía para que el haga la lectura de sus derechos y deberes.

Divulgación por medio de **grupos focales**.

Estrategia el buen usuario: Es una estrategia que se creó con el fin de abordar esos usuarios que eran inasistentes a las citas, o los que no traen la documentación completa, estos usuarios son citados en cada uno de los centros de atención donde la trabajadora social y la persona de servicio al ciudadano les socializan los deberes y derechos y se sensibilizan en el cumplimiento de la cita, en esta reunión se identifican además necesidades puntuales de los usuarios por ejemplo: que necesitan un acompañamiento psicosocial.

Terapia de la risa por parte de las trabajadoras sociales, que se realiza una vez al mes.



Comprensión de los derechos y deberes

Se realiza medición tanto para el cliente interno como para el cliente externo:

Cliente externo: Se realiza por medio de la tele auditoría, la institución cuenta con un aplicativo en el cual el personal de primer contacto ingresa y este le arroja la persona que debe llamar, si le sale llamada fallida, le genera otro usuario para llamar.

Con el usuario se indaga sobre:

- Que información recibió por parte del médico.
- Si volvería a la institución.
- Si se le explico cómo debe ser el tratamiento y se reconoce si hubo adherencia al tratamiento.
- Si le hablaron de derechos y deberes, si la respuesta es afirmativa se le solicita al usuario que nos recuerde uno de ellos.
- Se realiza la medición de la satisfacción del usuario.

Otro proceso por el cual se mide la comprensión del cliente externo son las encuestas de satisfacción que se hacen cuatrimestralmente, de manera escrita y se mide todo el ciclo de la atención del usuario desde que ingresa hasta su egreso.

Además mediante la estrategia del paciente trazador que se realiza desde la oficina de calidad y la de atención al ciudadano se identifican brechas por medio de una lista de chequeo que contiene preguntas sobre los derechos y deberes.

Ciente interno

A través de una evaluación virtual de conocimientos que se realiza dos veces al año.

A través de los acompañamientos por parte de servicio ciudadano que verifica la adherencia a la política de derechos y deberes.

Manejo de conflictos de usuarios y colaboradores

Cuando los colaboradores se ven involucrados en quejas por inadecuado trato hacia los usuarios son llamados a un espacio de sensibilización, y el equipo de humanización que está conformado por dos psicólogos, enfermero y la defensora del usuario, se reúnen con el implicado, se presenta un video de que como debe ser la atención a los usuarios y se aplica la estrategia de **comparendos para los colaboradores**, por ejemplo un comparendo podría consistir en disfrazarse (la institución adquirió varios disfraces) y leer un cuento a los niños de pediatría.

Manejo de filas



Para disminuir las filas que se hacían desde tempranas horas de la madrugada, la institución inició una sensibilización de las personas que madrugaban a hacer las filas sobre los diferentes mecanismos de consecución de citas entre ellos, la línea 195, Pabliturno, Pablito chat, página web, etc.

Participación ciudadana

- Los COPACOS (103 personas).
- La asociación de usuarios (163).
- Asousuaritos.
- Concejos zonales (1789 concejeros), los concejos zonales están distribuidos por cada uno de los micro territorios que tiene la comunidad, actualmente son 168, cada micro territorio está conformado por un barrio y de cada barrio sale un líder.
- Copaquitos.

COPAQUITOS

GRUPO DE ACTIVIDAD FÍSICA



PABLIREPORTERITOS



**MINI BRIGADA
DE
EMERGENCIAS**



LOS PABLI GUARDIANES DEL MEDIO AMBIENTE



Proceso de Laboratorio Clínico

Capítulo 4





Experiencia Exitosa en el Proceso de Laboratorio Clínico

CLÍNICA SOMER

Visión global de la organización

La Clínica Somer es una organización que presta servicios de salud de mediano y alto nivel de complejidad, contribuyendo con el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios y sus familias, satisfaciendo las expectativas de sus clientes y comprometidos con el medio ambiente.

Esta ubicada en el municipio de Rionegro Antioquia y busca convertirse a mediano plazo en una organización de salud líder en Antioquia por su integralidad de servicios de mediana y alta complejidad que se caracteriza por ser la más cálida, sólida y confiable.

La clínica cuenta con un moderno laboratorio clínico, único en la región que garantiza confiabilidad y rapidez de la entrega de los resultados.

Dentro de los logros obtenidos por esta entidad se encuentra el Top Bench Excelencia en la gestión.

Introducción

En el laboratorio clínico se realizan análisis que deben aportar información precisa, confiable y segura para que el equipo de salud diagnostique adecuadamente, realice la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes, los utilice como medida preventiva para conocer el estado de salud de los individuos, detecte precozmente alguna alteración y hacer vigilancia epidemiológica.

La atención en el laboratorio requiere el desarrollo de procesos pre analíticos, analíticos y post analíticos así como las actividades relacionadas con el banco de sangre y el servicio transfusional, que cumplan estándares preestablecidos así como la implantación de estrategias de control y mejoramiento que garanticen la calidad esperada tanto por profesionales de la salud como por las instituciones prestadoras y aseguradoras, los usuarios y sus familia.

Proceso de ingreso a laboratorio

Por medio de la Coordinadora de Calidad del Laboratorio se realiza todas las mañanas la priorización de los pacientes que se encuentran en las filas (maternas, niños menores de 10 años, adultos mayores y discapacitados) mientras que se resuelven dudas de los usuarios en las salas de espera, igualmente cuando el usuario esta realizando la fila se le revisa si tiene toda la documentación en regla, con el objetivo de realizar un filtro, en caso de faltar algún documento se le avisa al usuario inmediatamente para que no tenga que perder su tiempo en la fila.



En la recepcion se les toman todos los datos demográficos que requiere para hacerle el ingreso al sistema de laboratorio, verifican con su cedula física en la base de datos (no se permite que la cedula falte, en caso de no tenerla se les pide otro documento que corrobore el número, con el fin de que no ocurra ningún error), luego pasan a la toma de muestras donde la auxiliar se le presenta con su nombre y le explica el procedimiento que se le va a realizar, su duración y cuando deben reclamar los resultados.

Preparación previa de los usuarios para la toma de muestras

El laboratorio cuenta con tres tipos de usuarios: el paciente ambulatorio, el paciente hospitalario y el paciente o la muestra que llega de otros laboratorios.

Para la preparacion previa de los pacientes ambulatorios: Se cuenta con guías para los exámenes que requieren preparación de los pacientes estas se publican en las carteleras de la entrada principal del laboratorio y se tienen impresas para su entrega.



El laboratorio cuenta con tres tipos de usuarios: el paciente ambulatorio, el paciente hospitalario y el paciente o la muestra que llega de otros laboratorios.

La adherencia a estas, se mide a través del indicador: Proporción de adherencia de los pacientes a las guías de instrucción, donde en el momento de la toma de muestras se les pregunta a los pacientes si recibió la guía (de esta manera se revisa que porcentaje de pacientes esta recibiendo la información) y si se preparó para su examen tal como estaba en la guía (con esta pregunta se revisa su adherencia), si no es así, se les brinda educación de como deben prepararse para los exámenes que requieren preparación.

Para los pacientes de diferentes aseguradoras, la institucion estableció como estrategia de educación para su correcta preparación, que desde la aseguradora se le entreguen las recomendaciones, si al paciente le entregaron la guía pero él no se preparó como estaba descrito se indaga sobre las causas de la no preparación y se deja consignado en el formato la causa y se educa sobre la importancia de la preparación y no se les realiza el examen hasta que no se encuentre preparado.

Para las muestras de otros laboratorios: A pesar de que estos laboratorios son los responsables de verificar la preparación del usuario al momento de la recepción de la muestra, la institución contempló la estrategia de entregarles el manual de la correcta toma de muestras y las recomendaciones para que ellos hagan el despliegue a los pacientes.

	INSTRUCCIONES PARA LA RECOLECCION DE MUESTRAS DE LABORATORIO	Version 3
---	---	-----------

RECOMENDACIONES GENERALES:
Señor (a) usuario de la clínica SOMER, de sus resultados de laboratorio depende el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de sus enfermedades, por lo tanto es de suma importancia que siga estrictamente estas indicaciones para que sus resultados estén de acuerdo con su verdadero estado de salud, por o tanto siga las siguientes recomendaciones:

- Si toma medicamentos no los tome antes de venir al laboratorio, los puede tomar después que le realicen la toma de muestra, independiente del medicamento. Si debe tomarlo en la mañana, puede venir temprano al laboratorio y luego tomarlo.
- No haga ejercicio antes ni se agite mientras llega al laboratorio, esto puede variar algunos resultados.
- No fume ni tome café antes de los exámenes.
- Si no sabe si requiere alguna preparación previa, lo mejor es que llame al laboratorio.
- Reclame los recipientes en el laboratorio para las muestras de materia fecal, orina y esputo.

SANGRE: Se recomienda un ayuno no superior a 12 horas para las siguientes pruebas: Glicemia, Colesterol, Triglicéridos, Bun, Potasio, Proteínas totales, VIH, y algunas hormonas y pruebas especiales.

CITOQUIMICO O PARCIAL DE ORINA: Hacer un lavado completo del área genital con agua y jabón .Recoger la primera micción del día, eliminar la primera parte de la orina en el sanitario, recoger en un frasco estéril suministrado en el laboratorio la parte media de la orina y descartar la porción final de la orina nuevamente en el sanitario. Tape bien el frasco y llévelo rápidamente al laboratorio. En un periodo no superior a 1 hora.

UROCULTIVO: De usted depende que este resultado sea CONFIABLE, por lo tanto le rogamos seguir las instrucciones para recoger la muestra adecuadamente: El frasco tiene que ser estéril suministrado por el laboratorio o por una farmacia. Recoger la muestra como se explica para un citoquímico de orina. En lo posible no tomar antibióticos y llevar la muestra rápidamente al laboratorio. En un periodo no superior a 1 hora.

MATERIA FECAL (COPROLÓGICO): Recoger en un frasco limpio y seco preferiblemente suministrado en el laboratorio. Un poco de materia fecal (el equivalente a un grano de frijol) de cualquiera de las deposiciones del día y de la parte de la materia fecal mas blanda o que contenga moco o sangre. Para coprocultivos llevar la muestra rápidamente al laboratorio en un periodo no superior a 2 horas. Las muestras recogidas en pañal, se debe colocar este al revés por el lado plástico hacia adentro y luego pasar la muestra al recipiente ya indicado para llevarla al laboratorio.

FLUJOS VAGINALES Y CITOLOGIAS: Abstenerse de tener relaciones sexuales al menos 3 días antes del examen. No debe estar menstruando, se deben esperar 2 o 3 días después de la menstruación para realizarse el examen. No usar talcos, pomadas ni duchas vaginales, venir de prendas cómodas falda o vestido, no hacerse lavado riguroso de los genitales, simplemente el baño normal.

Para cualquier inquietud o Consulta llamar al Teléfono 569 99 99. Ext 123 - 128

Para el paciente hospitalario: Se tienen las guías para la recolección de muestras para las diferentes pruebas que se realizan.

Calidad de las muestras

La primera persona quien tiene contacto con la muestra es la auxiliar, que cuenta con un listado de criterios de rechazo de toma de muestras de laboratorio, esta persona es la que inicialmente filtra si la muestra es apta de análisis o no; los criterios básicos para recibir la muestra son: número de identificación correcto, que se encuentre en el tubo correspondiente, que no tenga hemolisis, para la muestra de recolección de orina se observa que este en el frasco idóneo.

La guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente recomienda como una medida eficaz para detectar, prevenir y reducir los errores en la identificación de pacientes y muestras de laboratorio, el protocolizar la admisión de la muestra y la remisión de la misma si aplica, el uso de la tecnología para la diferenciación de posibles homónimos, capacitar a los trabajadores de la salud sobre procedimientos de control y verificación.

Cuando se sospecha que la muestra se daña o no hay confianza por parte del bacteriólogo de los resultados obtenidos, se debe tomar una nueva muestra, el bacteriólogo identifica que paciente es y le informa a la secretaria para que llame al paciente (en el ingreso se estipula que se deben tomar dos números telefónicos del paciente fijo y celular para contactar el paciente de manera facil en casos como estos) y se le explica por que se debe tomar una nueva muestra, se deja la evidencia en el sistema de registro, la persona con quién se habló.

Esto se mide a través del indicador de proporción de muestras rechazadas y también proporción de paciente a los que se llama para repetir una muestra.

Cuando se sospecha que la muestra se daña o no hay confianza por parte del bacteriólogo de los resultados obtenidos, se debe tomar una nueva muestra, el bacteriólogo identifica que paciente es y le informa a la secretaria para que llame al paciente (en el ingreso se estipula que se deben tomar dos números telefónicos del paciente fijo y celular para contactar el paciente de manera facil en casos como estos) y se le explica por que se debe tomar una nueva muestra, se deja la evidencia en el sistema de registro, la persona con quién se habló.

Capacitación a las auxiliares que realizan toma de muestras

Cuando ingresa una auxiliar nueva, las dos primeras semanas son de entrenamiento, en el cual la auxiliar debe pasar por todas las áreas donde se va a desempeñar y se entrenan en como separar las muestras, prepararlas, rotularlas y llevarlas a las diferentes áreas.

Cuando ingresa un bacteriólogo se le brindan 3 semanas de inducción antes de iniciar con sus labores.

Entrega de resultados

Se tienen establecidos los siguientes estándares para la entrega de resultados de Laboratorio:

Ambulatorios: 6 horas, el horario de entrega el mismo día después de las 4 de la tarde.

Urgencias: 1 hora, desde que la muestra llega al laboratorio. Llevan un asterisco colocado al momento de marcar la muestra.

Laboratorio de referencia: 6 horas, el horario de entrega es el mismo día después de las 5 de la tarde.

La entrega de resultados también se puede hacer por internet y después de las cuatro de la tarde se les envían los resultados a los pacientes por el correo electrónico, para los pacientes que desde el ingreso dejaron su correo electrónico registrado en el laboratorio.

Para reclamar los resultados, se le entrega al paciente un talonario que le informa al paciente cuando reclamar sus resultados.



Exámenes Solicitados	Fecha de Entrega Resultados
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (F	28/05/2014
HEPATITIS B AG DE SUPERFICIE(HBSAG)	28/05/2014
SEROLOGIA (PRUEBA TREPONEMICA) VDR	28/05/2014
SUERO, LCR	
HIV ANTICUERPOS 1	28/05/2014
ANTIGENO (PRUEBA	
HEPATITIS C ANTICUERPOS	28/05/2014
CREATININA EN SUE	28/05/2014
TIEMPO DE PROTRO	28/05/2014

- Genera seguridad en el paciente y confianza.
- Se evitan suplantaciones y reclamaciones por terceros sin autorización.
- Se asegura la confidencialidad en pruebas como pruebas de embarazo, HIV entre otras.
- El paciente sabe exactamente cuando reclamar sin estar consultando ni perder tiempo.

Se tiene además estandarizado el reporte de resultados críticos de alarma, esos resultados deben ser informados de manera inmediata.

Para pacientes en urgencias u hospitalizados se le entregan al médico tratante o a la jefe de enfermería del servicio y se deja en el sistema el registro de la persona con quien se habló y a quien se le entregó el examen, no es permitido quedarse solo con que esta validado en el sistema, lo imprimen y lo envían para luego hacerlo firmar como evidencia de que se entregó como valor importante.

Para los pacientes ambulatorios, se llama al paciente, se le comunica que se encuentran los resultados y que se ponga en contacto con el médico tratante, cuando no contestan, se insiste varias veces y en caso de no ser exitosa la comunicación y el paciente presenta retraso en reclamar sus resultados, se comunican con la EPS para informarles y que ellos hagan el contacto.

Identificación de riesgos en el laboratorio

Para la identificación de los riesgos en el laboratorio la institución utilizó la metodología AMEF, que dio un listado inicial de riesgos a los cuales se les asignó la acción preventiva o barrera de seguridad y se monitorizan continuamente, además la institución cuenta con la cultura de reporte de incidentes en el laboratorio para lo cual se cuenta con una carpeta en la cual una vez el personal identifica una acción insegura que se presente en el servicio se anota en la carpeta, esas acciones inseguras son clasificadas por la coordinadora de calidad del laboratorio y se lleva un conteo de cuantas veces se van presentando en el mes, para luego semaforizarlos donde los rojos son los riesgos que deben impactar de manera inmediata, estos incidentes son analizados en las reuniones de grupo primario.

De acuerdo a las fases del proceso del laboratorio clínico los errores se pueden clasificar en variabilidad en fase pre-analítica: Esta se refiere a los factores que alteran los resultados de una prueba de laboratorio, y que ocurren antes de realizarla, la variabilidad en fase analítica: Se refiere a la variabilidad propia de los sistemas de medición y de análisis y por ultimo la variabilidad en fase post-analítica: Se refiere a los factores que alteran la seguridad de los reportes una vez estos se han realizado.



DIPLOMADO VIRTUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

INVERSIÓN: \$ 520.000

Pregunte por nuestros descuentos especiales

Teléfono: (4) 265 56 55 - 320 622 9839

Correo: enlaces@fundacionguayacanes.org

www.fundacionguayacanes.org



**HABILITE
Y MANTENGA
LOS REQUISITOS
DE HABILITACIÓN**

**DURACIÓN
100 HORAS**

**MODALIDAD
100% VIRTUAL**



Entre los riesgos que se tienen identificados en el laboratorio se encuentran:

	GUIA IDENTIFICACION DE RIESGOS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO	
	Código: L.C.GU.002	
	Versión: 01	
	Elaborador: Marzo 2010	
	Estado: Vigente	

ACCION DE RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	ACCION PREVENTIVA
No informar sobre derechos y deberes a los usuarios	Vulneración de Derechos y Deberes, paciente disgustado y/o desorientado.	Aumentar el despliegue de los derechos y deberes a los usuarios y su familia.
No revisar las órdenes médicas en la recepción del laboratorio y No priorizar atención.	Pacientes haciendo filas innecesarias, riesgo de desmayo en pacientes vulnerables por largas filas.	Priorizar atención y hacer revisión de las filas.
No informar a los pacientes sobre sus copagos y cuotas moderadoras.	Vulneración del Derecho a recibir información.	Brindar información clara y completa al usuario y su familia.
Ingreso errado o incompleto de los datos demográficos del paciente.	No aplicación de los correctos.	Hacer doble verificación de los datos del paciente.
Ingresar exámenes incorrectos o recibir y procesar muestras mal marcadas.	No aplicación de los correctos.	Revisar correctamente cada orden médica.
No conocer ni aplicar los manuales, procesos y procedimientos del laboratorio en cada sección.	Incidentes por desviación de procesos.	Hacer constante retroalimentación de procesos al grupo primario y medir adherencia a éstos.
Realización de exámenes incorrectos.	No revisar bien la solicitud de la orden médica, no trabajar en red el sistema.	Aplicación de los correctos.
No informar exámenes con resultados críticos de manera inmediata.	Evento adverso grave.	Publicar en cartelera interna aquellos resultados que se deben reportar con prioridad y aplicar el procedimiento de información.
No cumplir con la entrega de resultados urgentes en 60 minutos.	Inoportunidad	Anotar hora de llegada y hora de salida en el tablero interno para urgencias.
Entrega de resultados al paciente equivocado	No aplicación de los correctos.	Aplicar los correctos.
Toma de muestra al paciente equivocado	No realizar la doble verificación, no aplicar correctos del laboratorio	Realizar doble verificación.

Acciones de mejoramiento implementadas a partir del seguimiento a riesgos

Los riesgos son intervenidos después de realizar el análisis de estos, algunos de los mejoramientos resultantes del seguimiento a los riesgos han sido:

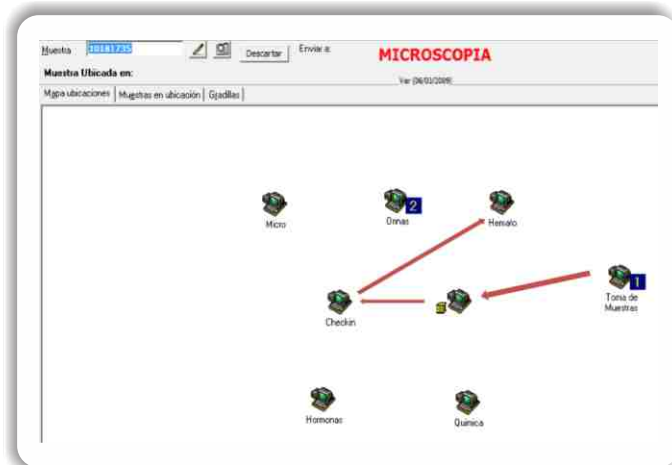
Muestras rechazadas: La institución ha venido analizando este riesgo, detectando que se aumenta porque el laboratorio toma las muestras de seis de la mañana a seis de la tarde en toda la clínica, pero en las noches cuando las muestras no son tomadas por el laboratorio, son tomadas por auxiliares de enfermería o enfermeros jefes y es cuando el análisis muestra que estos son los momentos en los que más se aumenta el rechazo de muestras, llegando a la conclusión que la manera de intervenirlo era hacer capacitaciones a todas las auxiliares y entrenamiento en toma de muestras y como meta a mediano plazo es tomar muestras las 24 horas desde laboratorio en las áreas excepto UCI y Cirugía y colocar facturador de noche.

Oportunidad de entrega de resultados urgentes: Para esto se implementó la entrega de turnos de los bacteriólogos en los tres turnos, ya que antes de esta estrategia se realizaba solo de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y los bacteriólogos que recibían a las 3:00 p.m. no sabían que quedaban pendientes. La entrega de turnos se realiza de manera personal y escrita. El bacteriólogo primero realiza entrega verbal y luego de esta, debe dirigirse al computador y en una carpeta específica de entrega de turnos abre el formato y lo llena. El coordinador de calidad del laboratorio realiza semanalmente seguimiento a la adherencia de los bacteriólogos a esta entrega de turnos, esta adherencia se realiza preguntándole al bacteriólogo qué le dejaron en entrega de turno en la mañana y este debe responder tal cual como está escrito.

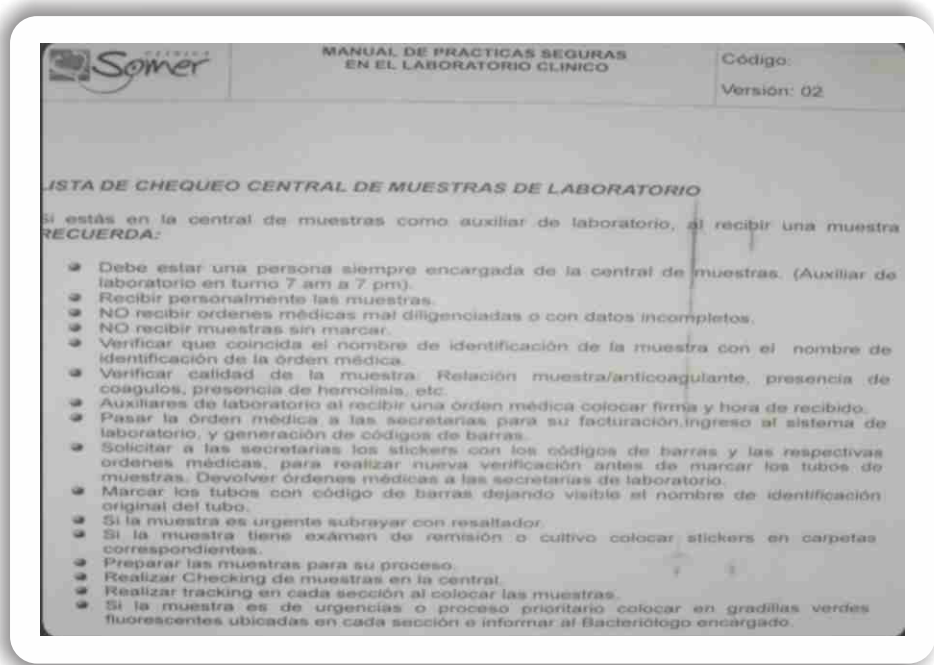
Otras barreras de seguridad implementadas

1. Cuentan con un software conectado en línea con los equipos de laboratorio lo que permite eliminar la digitada de los resultados, de manera que el resultado pasa del equipo a la historia del paciente y el bacteriólogo solo lo valida.
2. El **código de barras** para la identificación de muestras.
3. La implementación de la **estrategia de doble verificación**, se verifica el código de barras con el paciente, la orden médica y el tubo de muestras, primero se realiza una verificación por la secretaria, luego al momento de tomar o recibir la muestra se hace verificación por la auxiliar de laboratorio, quien deben colocar un chulo a todas las muestras que indica que se le aplicó la doble verificación, a esta actividad se le realiza también auditoría para verificar su adherencia.

4. Checking y tracking de muestras, La institución cuenta en el servicio con un software para realizar tracking and cheking que indica en el sistema a qué horas llega la muestra para ser procesada, también es un tipo de marcar la muestra al interior del laboratorio y poder controlar los tiempos; en cada sección del laboratorio hay una máquina de código de barras para pasar todos los tubos, para que el sistema cuente el tiempo entre la preparación y el resultado. Permite la búsqueda rápida de las muestras por paciente, ya que al ingresar al sistema indica en que parte del servicio del laboratorio se encuentra la muestra y su proceso.



5. Aplicación de lista de chequeo en la central de muestras, la institución cuenta con una lista de chequeo para ser aplicada por la auxiliar que está en la central de muestras, esta se aplica cada que llega una muestra.



6. La priorización de la ruta de toma de muestras intrahospitalaria y priorización de muestras urgentes, estas muestras se logran diferenciar por que llevan un asterisco colocado al momento de marcar la muestra, y se implementó una gradilla verde fosforescente que está en cada una de las secciones, toda muestra que este ahí es prioritaria para su montaje. Como política institucional se tiene que todo paciente intrahospitalario es de carácter urgente.



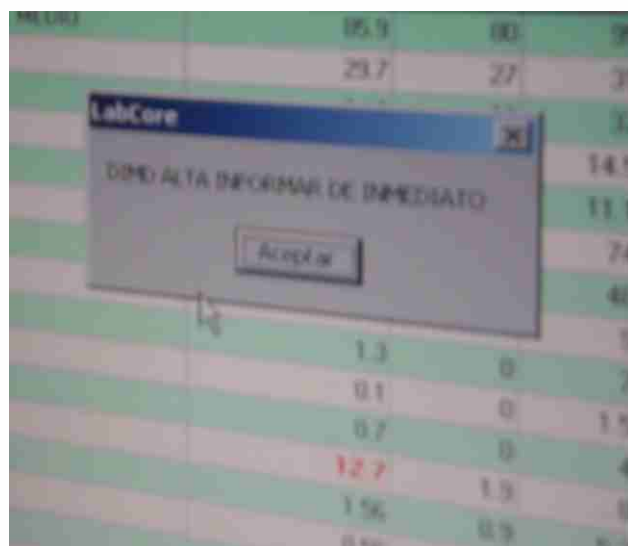
Dentro del proceso de las muestras urgentes, se cuenta con priorización para su proceso, las muestras que procedan de pacientes:

- Código rojo
- Código azul
- Reanimación
- Cirugía cardiovascular
- Todas aquellas que el médico solicite como prioritarias.

7. La implementación de **alarma en el sistema de laboratorio**, cuando hay valores de resultados por encima o por debajo de lo normal del valor de referencia de cada una de las pruebas, el bacteriólogo al validar le sale una alarma. El sistema esta parametrizado por el Director del Laboratorio con unos valores de referencia y valores que son de alarma, permitiendo generar señal de alerta en la pantalla del computador para que se proceda

a la verificación y validación de la información; es por esta razón que el personal del servicio tiene acceso a la historia clínica solo en versión lectura, para poder realizar consultas y determinar la gravedad del valor presentado en el resultado del examen.

Esta es una de las barreras de seguridad más importantes que hay dentro del servicio y es el acceso solo en modo consulta del bacteriólogo hacia la historia clínica del paciente, para realizar la validación clínica porque pueden mirar el histórico y determinar con mayor certeza los valores críticos de los resultados.



Esta es una de las barreras de seguridad más importantes que hay dentro del servicio y es el acceso solo en modo consulta del bacteriólogo hacia la historia clínica del paciente, para realizar la validación clínica porque pueden mirar el histórico y determinar con mayor certeza los valores críticos de los resultados.

Ordenes de Laboratorio - CLINICA SOMER - BORDO DE ANTIQUIA

Ordenes Pruebas Historia Herramientas Ver Reportes LabCore...

Pendiente

o_numero: 1018038 o_fecha_toma: 18/10/2012 o_cen_id: 0590 - COOMEVA ENTIDAD PROA
 h_numero: 32557914 o_edad: 49 a o_embazo: o_ser_id: 320 - H2T1
 h_identificacion: o_fecha_nacimiento: 02/05/1963 o_med_id: 70088202 - MARIO HUMBERTO C.
 h_apellido1: SUAREZ h_id2: RODRIGUEZ o_da_id:
 h_nombres: MARTHA LUCIA h_sexo: F o_cama: 216A o_nota:

F2 - Estudios F3 - Pruebas

HORMONA ESTIMULANTE DE LA TSH
 HORMONA ESTIMULANTE DE LA TSH
 Estado: 2

Validación: Referencia: 0.3 4.9
 Resultado: 13.92 uIU/mL

Notas resultado: F. AL

LabCore
 TSH REVISAR VER HISTORICO
 Aceptar

Estado	PruebaCod.	Resultado	Un.	Min.	Max.	Revisar	Mue.	1 Res. Previo	2 Res. Previo	Info
	AAP		U/L	31	41					Inf Lab
	TSH	13.92	uIU/mL	0.3	4.9					Inf Lab

8. Reporte de valores críticos, todo el personal del servicio del laboratorio, tiene conocimiento que son de reporte obligatorio e inmediato, que se debe contactar al paciente y/o su médico de cabecera para el informe; incluso es sancionatorio si a la hora de entregar un resultado con valor crítico no se realizó la gestión pertinente.

Ordenes de Laboratorio - CLINICA SOMER - BORDO DE ANTIQUIA

Ordenes Pruebas Historia Herramientas Ver Reportes LabCore...

Pendiente

o_numero: 1018037 o_fecha_toma: 18/10/2012 o_cen_id: 0520 - EPS SURA
 h_numero: 39182541 o_edad: 54 a o_embazo: o_ser_id: 326 - H2T2
 h_identificacion: o_fecha_nacimiento: 11/09/1958 o_med_id: 555 - INTERNISTA
 h_apellido1: FLOREZ h_id2: FLOREZ o_da_id:
 h_nombres: MARTA LUCIA h_sexo: F o_cama: 227 o_nota:

F2 - Estudios F3 - Pruebas

CREATININA EN SUERO
 CREATININA EN SUERO
 Estado: 2

Validación: Referencia: 0.6 1.3
 Resultado: 2.44 mg/dL

Notas resultado: F. AL

LabCore
 POT BAJA
 Aceptar

Estado	PruebaCod.	Resultado	Un.	Min.	Max.	Revisar	Mus.	1 Res. Previo	2 Res. Previo	Info	Val.	Com.	Gr.	Nota	Gr.	Fecha	F. Creación	F. Modificación	F. Valid.
	CREA	1.7	mg/dL	0.5	1.3			1.66	1.56	Inf Lab						1 18/10/2012; 18/10/2012 01:19:45	18/10/2012 08:11:35		
	BUN	10	mg/dL	4.5	23			5.6	7.9	Inf Lab						1 18/10/2012; 18/10/2012 01:19:45	18/10/2012 08:11:34		
	UREA	21.4	mg/dL	10	50			11.99	16.91	Inf Lab						1 18/10/2012; 18/10/2012 01:19:45	18/10/2012 08:11:43		
	POT	2.44	mEq/L	3.5	5			11.99	16.91	Inf Lab						1 18/10/2012; 18/10/2012 01:19:45	18/10/2012 08:11:36		
	SOD	137.8	mEq/L	135	145			11.99	16.91	Inf Lab						1 18/10/2012; 18/10/2012 01:19:45	18/10/2012 08:11:35		
	PCR	14.6	mg/dL	3	1			11.99	16.91	Inf Lab						1 18/10/2012; 18/10/2012 01:19:45	18/10/2012 08:21:16		
	WBC	29.43	x10 ³ /L	5.2	10.5			11.99	16.91	Inf Lab						2 18/10/2012; 18/10/2012 01:30:57	18/10/2012 08:35:56	18/10/2012	
	HGB	8.3	g/dL	12	18			11.99	16.91	Inf Lab						2 18/10/2012; 18/10/2012 01:30:57	18/10/2012 08:35:57	18/10/2012	
	RBC	2.05	x10 ⁶ /L	4.2	6.1			11.99	16.91	Inf Lab						2 18/10/2012; 18/10/2012 01:30:57	18/10/2012 08:35:56	18/10/2012	
	HCT	23.7	%	37	52			11.99	16.91	Inf Lab						2 18/10/2012; 18/10/2012 01:30:57	18/10/2012 08:35:57	18/10/2012	
	PLA	41	x10 ³ /L	130	400			11.99	16.91	Inf Lab						2 18/10/2012; 18/10/2012 01:30:57	18/10/2012 08:35:57	18/10/2012	
	MDV	83.1	fL	80	99			11.99	16.91	Inf Lab						2 18/10/2012; 18/10/2012 01:30:57	18/10/2012 08:35:57	18/10/2012	
	MCH	29.3	pg	27	31			11.99	16.91	Inf Lab						2 18/10/2012; 18/10/2012 01:30:57	18/10/2012 08:35:57	18/10/2012	
	MCHC	35.2	g/dL	33	37			11.99	16.91	Inf Lab						2 18/10/2012; 18/10/2012 01:30:57	18/10/2012 08:35:57	18/10/2012	
	IDE	16.7	%	11.5	14.5			11.99	16.91	Inf Lab						2 18/10/2012; 18/10/2012 01:30:57	18/10/2012 08:35:57	18/10/2012	
	IDA	11.4	%	7.5	11.1			11.99	16.91	Inf Lab						2 18/10/2012; 18/10/2012 01:30:57	18/10/2012 08:35:57	18/10/2012	

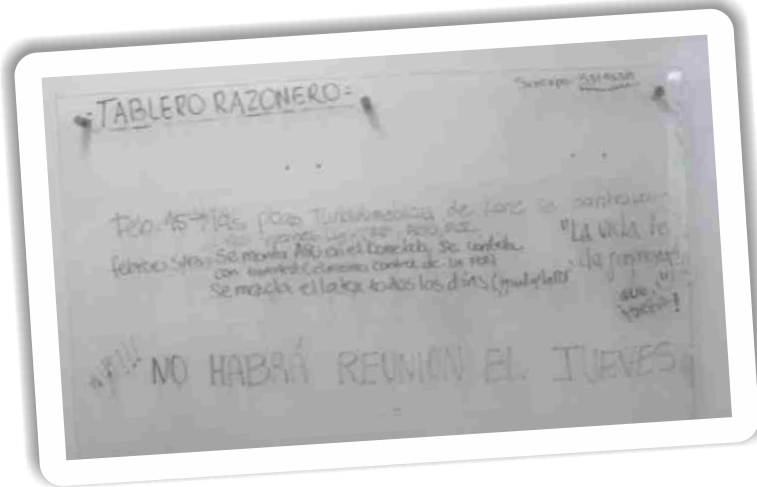
9. Protocolo de resguardo y conservación de las muestras, software que permite el resguardo de información de datos y resultados de los pacientes con acceso restringido solo para secretarías de laboratorio.

10. Reporte del estado del examen, optimizando el tiempo para el personal asistencial, el laboratorio cuenta con unas pantallas en los servicios de urgencias y hospitalización, donde informan el estado de los exámenes de los pacientes; esta es considerada una práctica exitosa porque actualmente es la única institución de salud que lo posee y su funcionalidad ayuda a disminuir la incertidumbre, el tiempo de espera por un resultado y se está en constante conocimiento del proceso en el que se encuentra el examen para darle respuesta al paciente cuando pregunte.

Cuando el resultado del examen está listo, en la pantalla aparece de color verde, indicándole al personal asistencial para que puedan buscar la historia clínica digital del paciente y generar un diagnóstico y tratamiento.

ESTADO DE RESULTADOS DE LABORATORIO

Orden	Paciente	Exámenes Pendientes	Exámenes Terminados	Hora Ingreso	Estado	Hora Resultado
0726119	LUIS PARMENIDES MOSQUERA IBARGUEN	BUN CH CREA HGLI				
0726117	LEONEL DE JESUS GIRALDO VILLEGAS	TROP				
0726064	ESTEFANIA BETANCUR PEREZ			7:56:43	PARCIAL	
0726058	JULIO CESAR SANCHEZ MORENO	HEPBCOREM	ACIDUR ALAT ASAT BILIS CH CREA FERR LDH PT PTT	7:54:48	INGRESADA	
0726054	LEONEL DE JESUS GIRALDO VILLEGAS		HEADS HIV FVC	6:17:40	IMPRESA	6:33:42
0726022	RAFAEL IGNACIO HERNANDEZ GUERRA		ALAT AMILASAT BILIS CH FALC GLI	5:41:12	PARCIAL	8:22:10
0726021	ANA BEIBA REINOSO DE CARDONA		AMIL CH PCR	4:03:16	VALIDADO	8:22:10
0726007	GLORIA YANNETH SOTO ARCILA		GART	2:28:46	VALIDADO	8:22:10
0726004	BIBIANA MARCELA MARIN MARIN		CH	2:20:59	VALIDADO	8:22:10
0726003	GUILLERMO LEON DUQUE ARISTIZABAL	CRE024	ALAT ASAT BILIS CH CREA FALC	1:39:49	VALIDADO	8:22:10
0725332	DIANA CAROLINA GONZALEZ ZAPATA		BUN CREA	0:22:24	PARCIAL	8:22:10
0725330	JORGE HUMBERTO AGUDELO ALZATE		CPK POT	0:13:14	VALIDADO	8:22:10
0725329	JUAN DAVID MONSALVE AGUDELO		BUN CH CLO CREA MAG POT SOD	23:53:58	VALIDADO	8:22:10
0725328	LUIS FERNANDO ARANGO HIGUITA		CH PCR	23:50:53	VALIDADO	8:22:10
0725326	JUAN JOSE VASQUEZ GIRALDO		ALAT ASAT CH FALC	23:34:41	VALIDADO	8:22:10
0725324	NORA EUGENIA LOPEZ ROJAS		CH PCR	23:32:52	VALIDADO	8:22:10
0725323	LUZ DAHIANA CARVAJAL OSPINA		CH	23:24:01	VALIDADO	8:22:10
0725321	GLORIA YANNETH SOTO ARCILA		CH CREA GART POT SOD	23:02:31	VALIDADO	8:22:10
0725320	JUAN CAMILO PEREZ ESCOBAR		HIV PMAYOR RAC	23:02:00	VALIDADO	8:22:10
0725319	JUAN GABRIEL OCAMPO TORO		CH CLO CREA POT SOD	22:21:04	VALIDADO	8:22:10
			CH	22:04:33	VALIDADO	22:23:37
				21:35:25	VALIDADO	8:22:10



11. El tablero razonero, esta estrategia pretende brindar información a todo el personal del laboratorio del día a día del laboratorio para evitar errores por desinformación.

12. Seroteka, que permite:

- Conservar los sueros negativos y/o normales por 1 mes.
- Conservar los sueros positivos y/o anormales por dos meses.
- Resolver las incongruencias clínico/laboratorio.
- No resangrar al paciente.
- Reconfirmaciones.
- Contramuestra por posibles pérdidas - derramamientos y otros.
- Reafirma la confianza del laboratorio, remitentes y médicos.



Control de calidad

Control interno

También se lleva un control interno que se llama inter laboratorios, es un control que se monta todos los días y de forma mensual se compara el laboratorio con otros laboratorios del mismo nivel de otras instituciones.

El control de calidad interno se tiene contratado, este es un control de laboratorio interlaboratorio, se realiza el control interno a química, hormonas, diabetes y marcadores cardíacos, y en el control externo que también se lleva con la misma empresa se realiza a hematología, química y hormonas (hormonas infecciosas).

El control interno se monta diariamente y se reciben los informes de la empresa contratada, cada una de las secciones del laboratorio tiene implementados los seguimientos a ese control interno. Además se realiza el análisis mensual cuando llega el reporte final del control de comparación con los demás laboratorios, esta comparación interlaboratorio muestra que comportamiento tuvo el laboratorio, que medidas realizaron, que desviación estándar, que coeficiente de variación, en relación a los laboratorios que utilizan los mismos métodos y los mismos equipos que el laboratorio de la institución utiliza.

Control externo

El control externo a diferencia del interno es que una sola muestra se procesa mensualmente, una muestra que no se le conoce el valor, el laboratorio envía los resultados que les arroja y luego llegan los resultados de como el laboratorio reportó con respecto al valor de esa muestra y con respecto de los otros laboratorios que estaban haciendo lo mismo, montando la misma prueba en el mismo equipo.

Por ejemplo en el informe puede llegar una alarma informando que no fueron excluidos de lo que reportaron pero que tuvieron un valor z por encima o por debajo de lo que reportaron.

Cada sección tiene control química, microbiología, hormonas especiales, orina, anticoagulaciones, hematología y no solo se quedan con ese control sino que impulsan a trabajar con estándares de calidad más altos como lo son error total, validación bilógica o SIGMA que son estándares que llevan a ser más exigentes con las pruebas. La institución utiliza la metodología de error total y SIGMA para evaluar el desempeño.

Planes de contingencia en el Laboratorio

El laboratorio cuenta con diferentes planes de contingencia para diferentes contingencias que puedan presentarse, este se encuentra en el sistema y se encuentra en físico en todas las secciones para su rápida consulta, este contiene el que hacer en caso de:

- Apagón de luz.
- Daño inesperado en algún equipo.
- Incapacidad de un bacteriólogo o auxiliar.
- Necesidad de hemocomponentes no disponible en el stock del banco de sangre.
- Resultados con valores de alarma clasificados en el laboratorio como de importancia vital.
- Demora del paciente ambulatorio.
- Mensajero accidentado con muestra de remisión.
- Muestras derramadas o rupturas de tubos.
- Bloqueos o daño del disco duro del laboratorio.
- Daño del software.
- Agotamiento del reactivo inesperado.

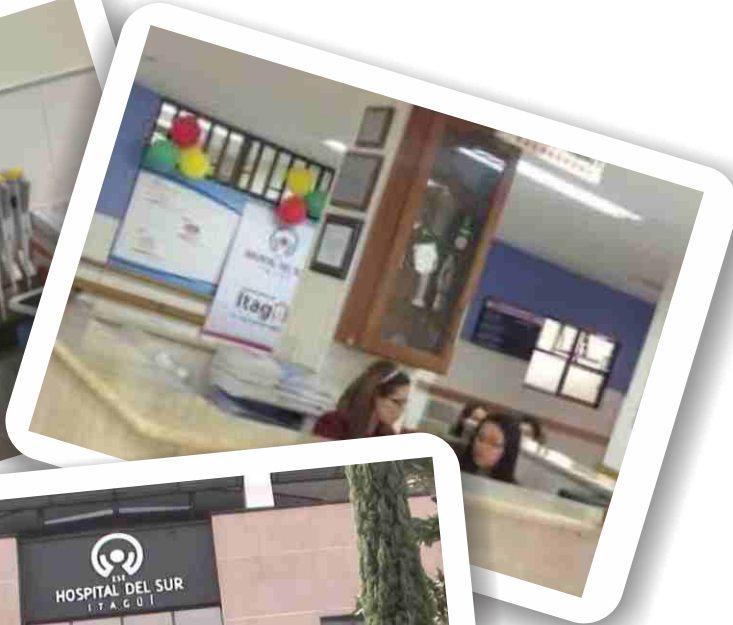
Indicadores en el laboratorio

El laboratorio monitorea un total de 18 indicadores de gestion entre los cuales se encuentran:

- Proporción de muestras con fallas en la identificación-exámenes no procesados.
- Proporción de muestras rechazadas.
- Proporción de pacientes con muestras repetidas.
- Promedio tiempo de entrega de exámenes urgentes.
- Proporción de satisfacción cliente interno.
- Índice de incidentes detectados analizados e intervenidos.
- Promedio tiempo de espera paciente ambulatorio.
- Proporción de adherencia del personal a los procedimientos.
- Índice de eventos adversos del laboratorio.
- Proporción de adherencia de pacientes a instructivos de toma de muestras.
- Proporción de usuarios con derechos vulnerados.
- Proporción de pacientes no atendidos en el laboratorio.
- Índice de cumplimiento en las metas analíticas en el control de calidad.
- Proporción de satisfacción del cliente externo.
- Proporción satisfacción clientes referencia.

Proceso de Laboratorio Clínico

Capítulo 5



Experiencia Exitosa en el Laboratorio Clínico

E.S.E Hospital del Sur de Itagüí

Visión global de la organización

El Hospital del Sur Itagüí promueve la salud y previene la enfermedad, mediante la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, con un equipo humano comprometido con la calidad, seguridad, innovación, responsabilidad social y la atención centrada en las personas, contribuyendo al bienestar y satisfacción de sus necesidades.

Su accionar tiene por objetivo orientar la gestión corporativa hacia el crecimiento empresarial y el reconocimiento institucional a nivel departamental como entidad prestadora de servicios de salud, enmarcados en la calidad del servicio y la atención humanizada y segura, centrada en el ser humano y su familia, a través de la utilización responsable de sus recursos y la orientación de sus esfuerzos hacia el mejoramiento continuo.

Ha obtenido reconocimientos como el Galardón TOP Bench "Excelencia en la Gestión" 2013, 2012, 2011, el Premio a la Gestión Transparente Antioquia Sana 2013, reconocimiento de Microsoft 2010, mención al Merito "Luis Carlos Ochoa Ochoa" 2010, Certificado en Responsabilidad Social 2009, Premio Calidad en Salud Colombia 2006 - 2009, Acreditación en Salud 2005 y renovada en el 2014 y Certificación IAMI 2005.

El laboratorio clínico de la ESE Hospital del Sur G.J.P, está dotado de equipos de alta tecnología que garantizan confiabilidad, seguridad y oportunidad en el reporte de los resultados, ofrece servicios de primer nivel de complejidad y cuenta con áreas de: Hematología, Química sanguínea, Parasitología, Uroanálisis, Inmunología y Micobacterias.

Los equipos están conectados de manera bidireccional al software institucional, lo que permite exportar directamente los resultados a la historia clínica del paciente, garantizando la seguridad de los mismos.

Se cuenta con un programa de mantenimiento para asegurar el óptimo funcionamiento de los equipos. Además se tiene un programa de control de calidad que nos permite garantizar la obtención de resultados médicamente útiles, mediante el control de cada una de las pruebas cualitativas y cuantitativas.

Introducción

Diversos estudios han confirmado que las actividades desarrolladas en el Laboratorio Clínico están sometidas a múltiples fuentes de error, que pueden evitarse en un alto porcentaje y que en su conjunto determinan la calidad del análisis, que a su vez repercute en diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y prevención de la enfermedad.

Tradicionalmente el laboratorio clínico ha invertido sus mayores esfuerzos en el control de calidad de las actividades de la fase analítica. Sin embargo, hay que cambiar este enfoque y buscar oportunidades de mejora para la Seguridad del Paciente incorporando y fortaleciendo la seguridad en las fases preanalítica y postanalítica. La bibliografía disponible revela que la distribución de errores en estas fases es mayor que en la analítica. Dependiendo de los autores, las cifras pueden oscilar entre el 45-71% para la fase preanalítica y 11-45% para la fase postanalítica, frente al 13-18% para la fase analítica, aunque quizás esta última fase ha sido donde más acciones de seguridad se han desarrollado hasta ahora. (Astion ML, Shojania KG, Hamill TR, Kim S, Ng VL. Classifying laboratory incident reports to identify problems that jeopardize patient safety).

Como aspectos más críticos y que presentan un mayor margen de mejora en la fase preanalítica se encuentran: la adecuación e indicación de la prueba, las condiciones y preparación previa del paciente, la recogida adecuada de la muestra, la identificación, el transporte y la entrada de datos y en la fase postanalítica se destaca la interpretación de los resultados y la comunicación de estos.

Guía para la preparación de pacientes y recolección de muestras

La institución ha definido y distribuido en los diferentes puntos de atención las guías para la preparación y recolección de muestras, para que cuando el profesional brinde la información al usuario, realice su refuerzo a la educación con este material, permitiéndole al usuario una herramienta para recordar los aspectos relevantes para una adecuada preparación.

Cuando el médico ordena un examen, le explica al paciente las recomendaciones previas a la toma de muestras y registra en su historia clínica la información que se le dio al paciente y entrega la guía educativa para la adecuada preparación y recolección de las muestras.

El manual de toma de muestras está organizado de la siguiente manera; en la primera parte se encuentran las recomendaciones generales, en la segunda se encuentran separadas las muestras por área; adicionalmente contempla, los criterios de aceptación y rechazo, el transporte y la conservación de las muestras. Este se ha dispuesto en la intranet, para resolver dudas del equipo de salud frente a la preparación adecuada de un paciente.

Recomendaciones para la toma y recepción de muestras de laboratorio clínico



enlaces
Centro de formación

**CURSO BÁSICO
HUMANIZACIÓN**

INVERSIÓN: \$ 390.000

Pregunte por nuestros descuentos especiales

Teléfono: (4) 265 56 55 - 320 622 9839

Correo: enlaces@fundacionguayacanes.org

www.fundacionguayacanes.org

**DURACIÓN
60 HORAS**

**MODALIDAD
100% VIRTUAL**

**HACIENDO DE LA
HUMANIZACIÓN
UNA PRÁCTICA COTIDIANA**



Priorización

La institución realiza priorización de pacientes en el momento de la atención así: adultos mayores, mujeres embarazadas, niños menores de edad, pacientes inmunodeficientes o que tengan alguna urgencia.

Verificación del cumplimiento de las condiciones de preparación previa a la toma de las muestras

El procedimiento de admisión al usuario es el siguiente: El usuario llega a la taquilla, toma un ficho electrónico, y espera el llamado para la atención, el auxiliar administrativo llama al usuario para iniciar el proceso administrativo de admisión, con la identificación verbal del paciente en tono alto, la verificación de la seguridad social, la fecha de la última consulta y los exámenes requeridos, si el examen requerido necesita ayuno, el auxiliar administrativo le pregunta al usuario: "¿usted vino en ayunas?" Si la respuesta es negativa, el funcionario procede a entregar al usuario las recomendaciones necesarias previas a la toma de la muestra e indicarle que debe regresar al día siguiente cumpliendo con las condiciones de preparación, este es el primer filtro para garantizar la seguridad en el proceso preanalítico.

El usuario espera el segundo llamado para ser atendido por la persona que le tomará la muestra, quien recibe al usuario, y con la ayuda de una lista de chequeo que se encuentra disponible en todos los puntos de toma de muestras, inicia la atención solicitando la orden, el documento de identidad y verificando el cumplimiento de las condiciones de preparación previa según el examen a realizar, también se indaga sobre los medicamentos que el paciente esté tomando, se explica al paciente que puede autorizar a alguien, para reclamar los resultados y se verifica que le hayan entregado oportunamente las recomendaciones para la preparación previa a la toma de muestras. En este momento también se pregunta al usuario si le han hablado sobre derechos y deberes de los usuarios y se refuerza el tema.

La OMS para la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio clínico, recomienda la identificación verbal del paciente y en tono alto, al inicio de la admisión y en el momento de la toma de la muestra, con al menos dos identificadores.

Además de la estandarización de los métodos de identificación de paciente para hacer coincidir el paciente correcto, con el procedimiento correcto, la Organización Mundial de la Salud recomienda a las instituciones contar con protocolos claros de las muestras biológicas a lo largo de todo el proceso (pre analítica, analítica y post analítica). Contemplar en ellos cómo debe actuarse ante situaciones excepcionales (pacientes con el mismo nombre y apellidos, diferente idioma, inconscientes, etc.).

Ficho electrónico



Después de la toma de las de las muestras, se le entregan al usuario recomendaciones posteriores como por ejemplo; realice presión moderada y constante en el sitio de la punción durante algunos minutos con el algodón, no realice masajes, si aparece un hematoma que hacer, además, se registra el tiempo necesario para que el usuario pueda reclamar su resultado, si el resultado queda o no en la historia clínica, debido a que si el mencionado resultado va a ser interpretado por un profesional de la institución no es necesario realizar su impresión, por el contrario si el usuario necesita el resultado lo puede reclamar.

El ficho electrónico permite medir el tiempo que transcurre desde que se realiza al usuario la admisión administrativa hasta que es atendido a partir del cual se construye el indicador "tiempo de espera para la atención en el laboratorio clínico".

Tiempo de espera para la atención en el laboratorio clínico



RECOMENDACIONES POSTERIORES A LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE

- Realice una presión moderada y constante en el sitio de la punción durante unos minutos, con algodón o la curita que se le coloca.
- No realice masajes en el sitio de la punción.
- Si aparece un hematoma, equimosis (morado) o dolor intenso en el sitio de la punción, colóquese hielo cada 15 minutos 3 veces al día, si nota mejoría suspenda la aplicación. Se debe llamar para notificarlo al servicio de Laboratorio.
- Si el sangrado no cede o es muy prolongado, continúe haciéndose presión e informe al personal de Laboratorio.
- Para los resultados, recuerde las instrucciones brindadas por la persona que le tomó la muestra.

Los resultados de los exámenes que se le practicaron estarán en:

Reclamar resultado: Si ☐ No ☐

¿Cuáles?:

Quedan en su H.C.:

HORARIOS DE ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA:

- Urgencias 24 horas Sede San Pío
- Sede San Pío y Sede Santamaría: de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. Sábados: de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
- Sede Calatrava: de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.



• PBX: 444 57 55 • Fax: 372 80 73
• Asignación de citas: 448 33 11
• Cancelación de citas: 448 77 00
• Línea de Atención Farmacéutica: 277 56 88

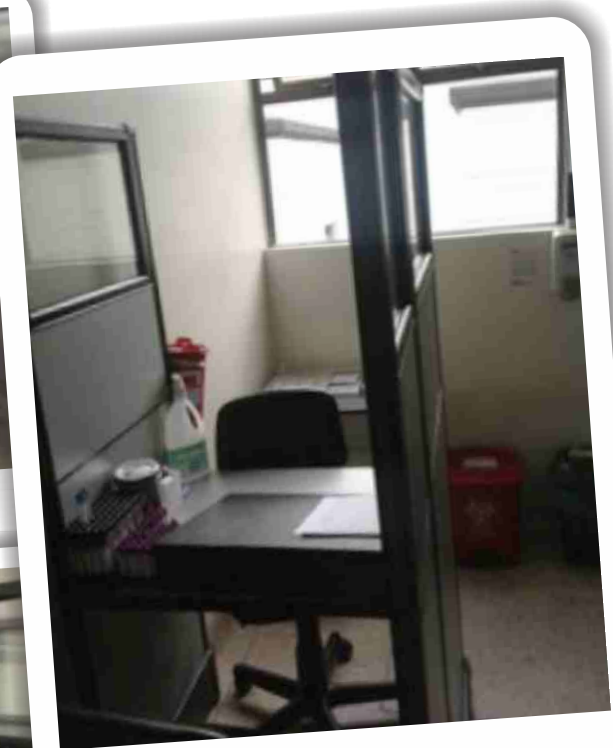
VIGILADO Supersalud

• www.hospitaldelsur.gov.co • E-mail: cad@hospitaldelsur.gov.co

Privacidad durante la toma de la muestra

Los usuarios son llamados para la atención por el personal que los va a atender, no se permite delegar este llamado, la infraestructura, la disposición de los equipos, muebles y enceres son barreras suficientes para garantizar la privacidad de los pacientes durante la toma de las muestras.

Puestos para la toma de muestras



Elementos necesarios para la toma de las muestras

La organización provee a los usuarios en los casos que lo necesiten, los elementos físicos como frascos, tubos, etc. Para la recolección de las muestras en la casa. Después de que el médico, realiza la orden del examen de laboratorio en la consulta, el usuario se dirige a información, sitio en el cual se imprime y se entrega dicha orden con los elementos para la recolección de la muestra según sea el caso.

Información



Daño de las muestras

Cuando por alguna razón existe un daño en las muestras se evalúa la situación y si es necesario se toma una nueva muestra, para los pacientes hospitalizados el personal del laboratorio se desplaza al servicio de hospitalización, si es un paciente ambulatorio, se localiza y si el examen no requiere ayuno se atiende una vez el paciente regrese, pero si por el contrario requiere ayuno, el usuario es citado para el día siguiente, explicando lo sucedido.

La institución después del análisis y como resultado del mejoramiento continuo, ha concluido que uno de los factores que más contribuye al daño de las muestras es la insuficiencia de personal, realizar la medición, permitió al servicio de laboratorio clínico solicitar personal a la instancia correspondiente.

Consentimiento informado

La institución ha implementado el consentimiento informado para el servicio de laboratorio clínico el cual es aplicado exclusivamente a los procedimientos que lo requieren: curva, directo de Leishmania, flujo en maternas o en edad fértil.

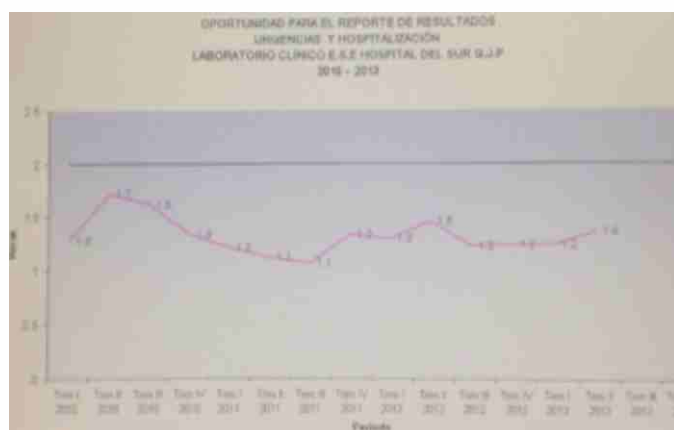
Citas para laboratorio clínico

El "**tiempo de espera en el laboratorio clínico**" tiene como meta 30 minutos, el seguimiento a este indicador evidenció un aumento del tiempo, motivo por el cual se formuló un plan de mejoramiento en el servicio de laboratorio clínico que tenía como objetivo disminuir el tiempo espera, dentro de las estrategias establecidas se encuentra la asignación de citas para la atención de los usuarios en el servicio de laboratorio. La implementación del mencionado procedimiento, se realizó de manera gradual, inicialmente se asignaban citas a las mujeres en embarazo y a los pacientes que requerían el examen curva de glicemia, posteriormente se amplió al resto. En la actualidad el tiempo para cada usuario es de cinco minutos.

Entrega de resultados

La institución tiene definido el tiempo para entregar los resultados de los exámenes para cada uno los servicios: para el servicio de urgencias se estableció una hora, y para el servicio de hospitalización dos horas. A este tiempo se le hace seguimiento con un indicador. Adicionalmente se hace seguimiento al tiempo para la entrega de los resultados al laboratorio de referencia.

Aplicativo para el reporte de eventos adversos



Oportunidad para el reporte de resultados en urgencias

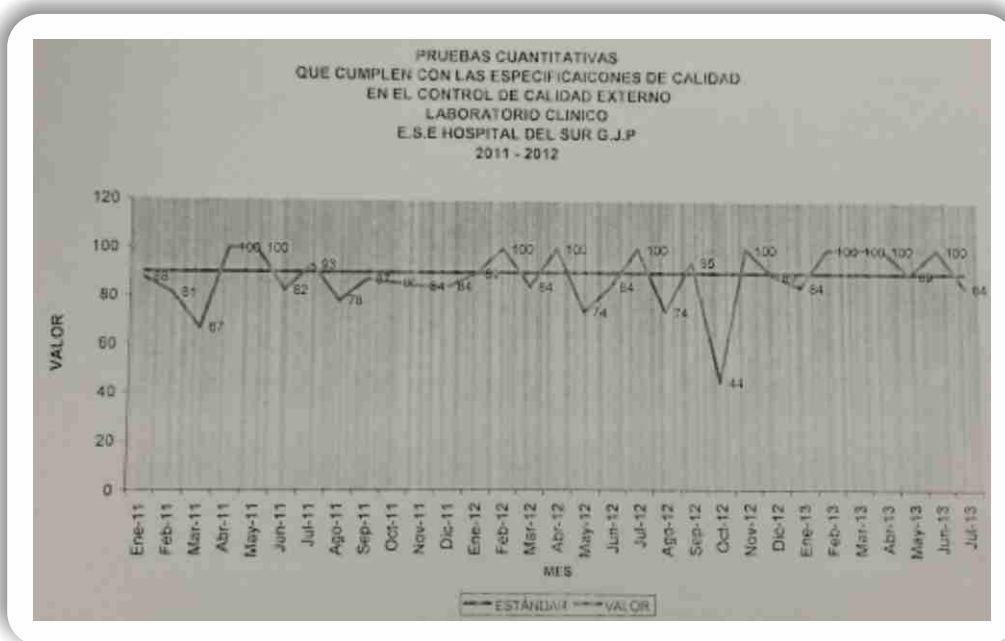
EVENTOS ADVERSOS
FALLAS ADMINISTRATIVAS

El siguiente formulario se debe diligenciar en:

Fecha: [seleccionar]
Tipo: [seleccionar]
Área donde se presentó el evento (Opcional): [seleccionar]
Área que Reporta: [seleccionar]
Clasificación: [seleccionar]
Nombre: [seleccionar]
Teléfono celular: [seleccionar]
Teléfono oficina: [seleccionar]

Control de calidad

El laboratorio clínico cuenta con un manual de control de calidad donde se definen los tipos y cantidad de controles internos y externos de calidad; para todas las áreas se realizan tres controles, adicionalmente, se cuenta con un software y un programa de comparación para el laboratorio. En el servicio de laboratorio clínico, se realiza el análisis de los resultados de los controles de calidad para lo cual se cuenta con indicadores, adicionalmente el servicio recibe un informe de comparación de laboratorios clínicos que también es analizado.



Barreras de seguridad en el laboratorio clínico

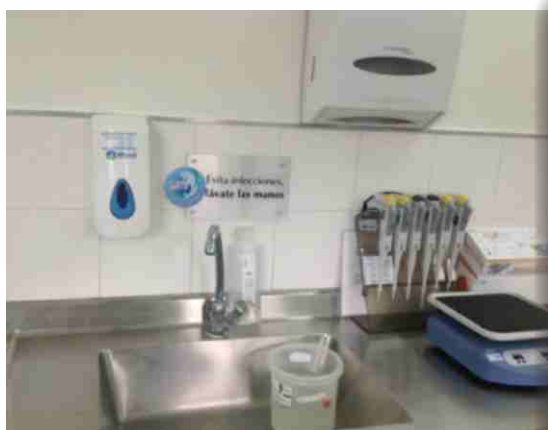
Para garantizar la correcta identificación de las muestras y los pacientes, de acuerdo con la política de seguridad del paciente, se tiene establecido como mecanismo de doble verificación o verificación redundante, llamando al paciente con su nombre completo, solicitando el documento de identidad para verificarlo con la orden y la factura, adicionalmente, la marcación de los tubos se realiza en presencia del paciente. Durante el procesamiento, también se verifica cuando se están colocando las muestras en los equipos correspondientes.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que el etiquetado de los recipientes para la obtención de muestras se realice en presencia de los pacientes.

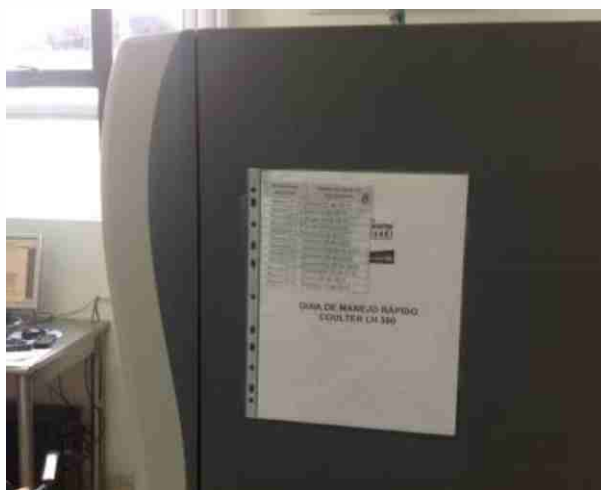
Otras barreras de seguridad establecidas en el laboratorio clínico del Hospital del Sur de Itagüí.

- Como regla general, en el laboratorio no se utilizan acrónimos ni siglas.
- Manual de bioseguridad.
- Lavado de manos.
- Limpieza y desinfección.
- Patrullas de seguridad.

Lavado de Manos



Manuales rápidos de manejo



Derrames y rupturas

Para las rupturas de las muestras que cuenta con un protocolo el cual establecen la manera como se debe actuar:

En el laboratorio se dispone de hipoclorito de sodio para cubrir el derrame por 30 minutos, posteriormente se procede a realizar la limpieza con un toalla de papel.

Retroalimentación del análisis de los eventos adversos

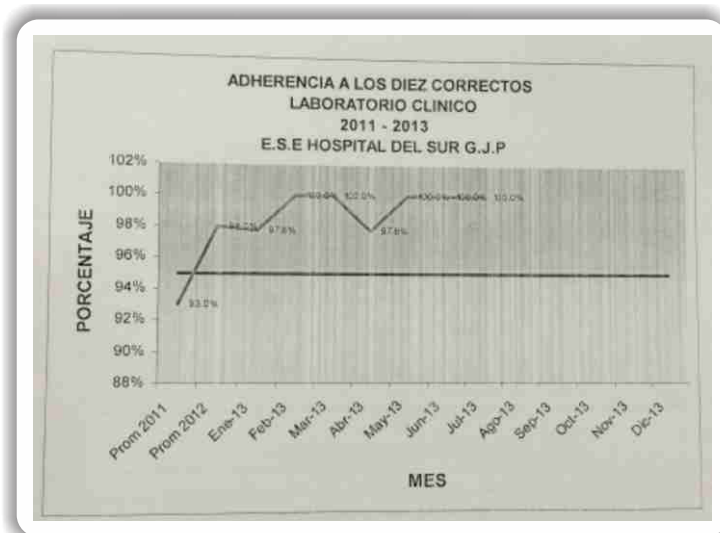
En el servicio laboratorio clínico se efectúa una reunión mensual con todo el personal en la que se abordan diferentes temas: actas, planes de mejoramiento, indicadores, incidentes y eventos adversos. Adicionalmente en cada reunión se realiza una capacitación.

Disposición final de residuos

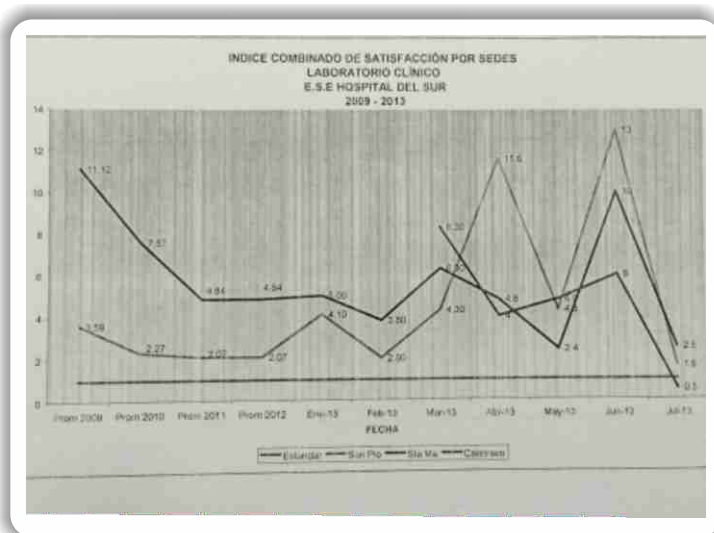
Se dispone de un plan de residuos hospitalarios dentro de que se incluye el servicio de laboratorio, también se cuenta con un manual para el lavado de material. Adicionalmente se ha implementado un protocolo de desechos del laboratorio, se utiliza peróxido de hidrógeno para inactivar los sueros, posteriormente el personal encargado de la recolección de residuos cuando hace su recorrido recoge dichos sueros y los lleva al punto de disposición final de residuos de la institución donde se almacenan hasta que la empresa contratada para su disposición final los recoge, los tubos con sangre se descartan tapados, también se inactivan en peróxido de hidrogeno, en baciloscopia se utiliza hipoclorito de sodio a 2.5 p.p.m, la fucsina que es tóxica se deposita en un frasco aparte a diferencia de los otros colorantes que se dispone por el sifón, las agujas, lancetas, hojas de bisturí y laminillas partidas se disponen como cortopunzantes en guardianes.

Indicadores

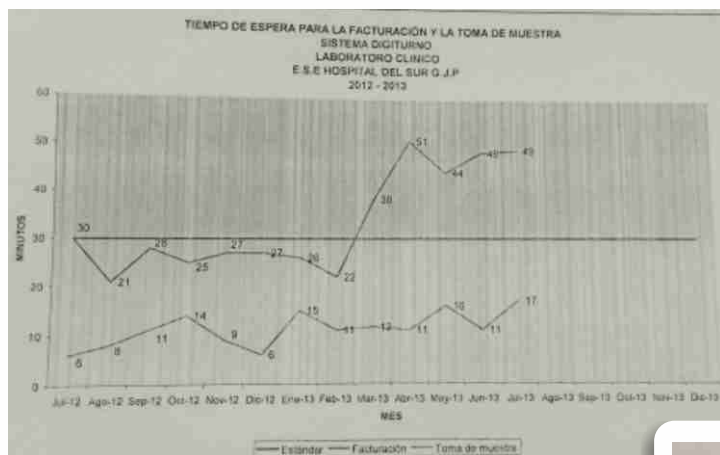
Adherencia a los diez correctos:



Indice combinado de satisfacción



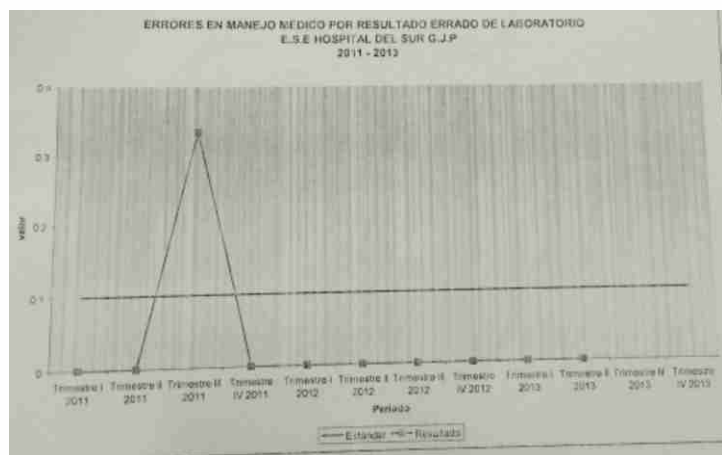
Tiempo de espera para la facturación y la toma de muestra



Tiempo de espera para la facturación fichos prioritarios



Errores en manejo medico por resultado de laboratorio



Proceso de Atención en Urgencias

Capítulo 6





Unidad Hospitalaria
San Antonio de Prado

Experiencia Exitosa en el Proceso de Atención en Urgencias

E.S.E Metrosalud Unidad Hospitalaria San Antonio de Prado

Visión global de la organización

La Unidad Prestadora de Servicios de Salud (UPSS) de San Antonio de Prado "Diego Echavarría Misas", adscrita a la ESE Metrosalud, cuenta con un centro de salud (el Limonar) y presta servicios de primer nivel de complejidad. Está ubicada en el extremo Suroriental del Municipio de Medellín, su población es de 25.964 habitantes aproximadamente, identificados en la base de datos del SISBEN dentro del régimen subsidiado y algunos son vinculados. En el Centro de Salud el Limonar hay 9.079 personas adscritas para la atención en salud.

La Unidad Hospitalaria cuenta con un servicio de urgencias:

2 médicos generales	24 horas
1 enfermera jefe	12 horas
3 auxiliares de enfermería	24 horas
1 auxiliar administrativo de facturación	24 horas
1 guarda de seguridad	24 horas
1 empleado de servicios generales	24 horas

Dentro de los logros obtenidos por esta entidad se encuentra el Top Bench Excelencia en la gestión y el Premio a la Calidad, Medellín, Ciudad Saludable, Categoría Bronce.

Introducción

En los servicios de urgencias tienen una tasa de Eventos Adversos elevada, debido a múltiples aspectos dentro de los cuales se encuentran la presión asistencial, falta de coordinación del trabajo en equipo, identificación inadecuadas de los pacientes, los turnos de trabajo, las interrupciones continuas y los errores de comunicación entre profesionales, pacientes, medicación, etc.

Así mismo, debido a que la atención en urgencias precisa de una intervención rápida y eficaz, a veces se dejan de percibir las sensaciones que experimenta el paciente, como la incertidumbre, el miedo, la ansiedad. De ahí la gran importancia de que la atención se caracterice por un alto componente de calor humano.

En este sentido los servicios de urgencias deben introducir elementos de gestión destinados a mejorar la seguridad del paciente, así como desarrollar una serie de estrategias para potenciar la humanización, como por ejemplo iniciar una interacción que disminuya el miedo y la angustia del paciente ya en el momento de su llegada, saludar con amabilidad, escuchar, demostrar interés y explicarle todo el procedimiento a seguir.

En este capítulo se presentará la experiencia exitosa en la prestación de servicios de urgencias de la Unidad Hospitalaria de San Antonio de Prado "Diego Echavarría Misas" - E.S.E Metrosalud.

Ruta de Acceso al Servicio



Se tienen establecidos 2 procedimientos para la atención de usuarios en el servicio:

El primero es el procedimiento de triage, el cual establece que tan pronto llegue el paciente al servicio se ingresa en el aplicativo SAFIX y se ubica en la sala de espera hasta que sea llamado por el médico de triage para su respectiva clasificación. Los usuarios son atendidos según el orden establecido en la clasificación (procedimiento atención usuario por urgencia).

La institución ha desarrollado mecanismos para educar a la población frente al sistema de priorización a través de carteleras, plegables y tarjetas que fueron fijadas en las bancas de la sala de espera; además se dictan charlas sobre triage a los usuarios en las reuniones educativas que se realizan en los distintos programas, como hipertensión arterial y diabetes, y en general a los líderes de la comunidad. En el portal web de la empresa se encuentra un link relacionado con el triage.

Triage

Se reglamentó el procedimiento de triage para todas las unidades, además se tiene definido que uno de los médicos del servicio, ubicado en el consultorio 9, realiza la clasificación de los usuarios. Se estableció como meta un tiempo de espera menor de 15 minutos, estimados a partir de la llegada del paciente. Así mismo se adoptaron los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para el triage hospitalario, de tal forma que solo es cuestión de buscar los síntomas respectivos y el sistema automáticamente asigna un color de clasificación, el cual puede ser cambiado por el médico según su criterio. También se da prelación especial en el triage a grupos poblacionales como: gestantes, menores de 5 años, mayores de 65, discapacitados, quienes estarán al inicio de la lista de triage de manera independiente del tiempo de llegada.



Los servicios de urgencias constituyen una de las áreas asistenciales donde existe mayor riesgo de ocurrencia de eventos adversos. En ellos coinciden diferentes características que favorecen su aparición, como el alto número de pacientes, stress, condiciones de trabajo y la diversa complejidad clínica de los, que ayudan a que exista un elevado riesgo de problemas de seguridad.

Seguridad del paciente

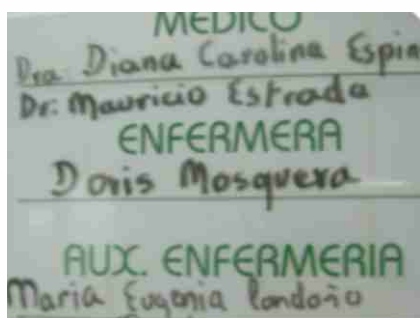
El desarrollo de las estrategias de seguridad del paciente inicia desde el procedimiento de ingreso del mismo al servicio de urgencias e incluye las que a continuación se referencian:

Manillas semaforizadas

Cuando se realiza el triage en urgencias se identifican pacientes alérgicos a medicamentos y se les pone inmediatamente la manilla roja. Así mismo en la cara frontal y en la primera hoja de la historia clínica se agrega un sticker rojo. Además se le entrega un carné de alergias con el fin que el paciente lo porte y presente en cada una de sus citas. También se registra en la base de datos del servicio de hospitalización y urgencias y se realiza el análisis del número de pacientes según el tipo de medicamento al que es alérgico. De igual manera la manilla roja identifica los pacientes psiquiátricos, que presentan un estado de salud delicado.



Las Instituciones Prestadoras de servicios de salud deben fomentar el uso de, al menos, dos identificadores (por ejemplo, nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de la atención. Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente y/o de la cama.



Tableros de identificación

En cada camilla se encuentra un tablero con datos como el nombre del paciente, fecha de ingreso y código del diagnóstico.

Tablero de identificación del personal a cargo del paciente

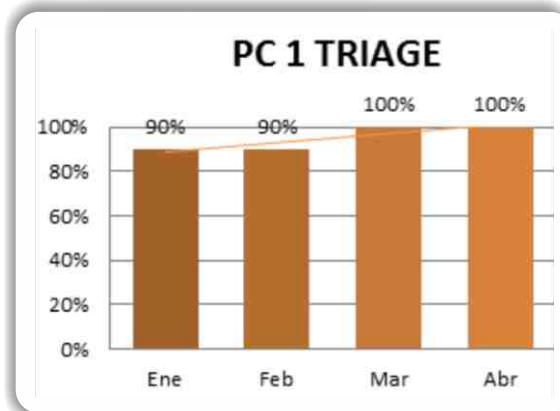
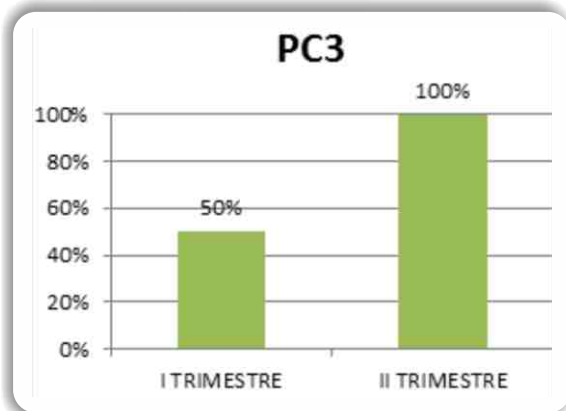
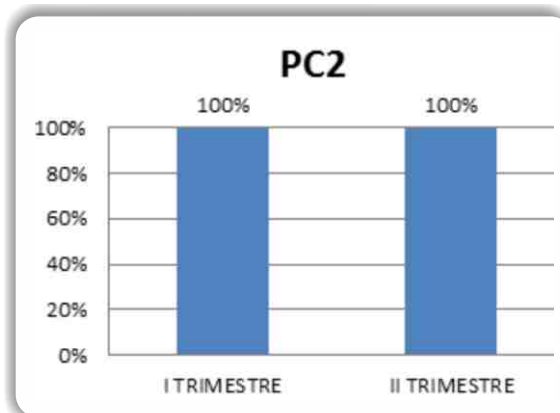
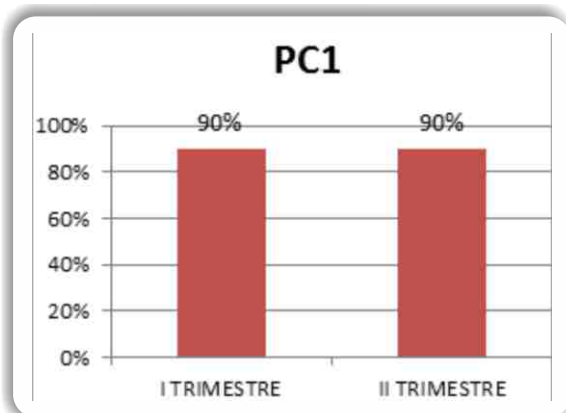
En el stand de enfermería se encuentran los nombres del médico, la jefe de enfermería y la auxiliar de enfermería responsables del cuidado y la atención de los pacientes. Esta información se diligencia a las 7:00 a.m. y 7:00 p.m. en el momento de la ronda de saludo en la mañana y en la noche, esta consiste en visitar a los pacientes presentándose el personal a cargo de ellos.

Lavado de manos

Corresponde a los 5 pasos del lavado de manos acorde a los lineamientos de la OMS y los momentos de higienización entre paciente y paciente. El procedimiento de lavado de manos se realiza para 5 momentos como: entre paciente y paciente, cuando existe contacto con fluidos, cuando al paciente se cambia de habitación, antes y después de cada procedimiento.

Se realizan las rondas de lavado e higienización de manos con dos mediciones cuantitativas anuales, realizadas por un grupo de profesionales y por la jefe de vigilancia epidemiológica, utilizando la técnica de auditoría observativa, que se caracteriza por no ser informada.

- Identificación correcta del paciente de acuerdo con su documento.
- Diligenciamiento del consentimiento informado médico y/o de enfermería.
- Identificación del paciente con antecedentes de alergias, tanto en la historia clínica como en la base de datos definida para tal efecto.
- Aplicación de puntos de control periódicamente:
 - PC1: Aplicación de medicamentos en menos de 15 minutos luego de la orden médica.
 - PC2: Verificación del carro de paros.
 - PC3: Evaluación cada dos horas de todo paciente en observación.
 - PC 1 TRIAGE: Verificación de la clasificación según criterios de la ESE.



La historia clínica se evalúa de manera personalizada, según las epicrisis de las 10 primeras causas del servicio de urgencias.

Auditoría periódica de historia clínica de acuerdo con cronograma establecido por el nivel central.



Se cuenta con la guía del código azul, basada en las últimas guías de la AHA (2010), está en todos los consultorios de urgencias y se ha realizado como tema de la reunión de los martes anualmente, además del "Instructivo Código Azul".

Manejo de pertenencias

Cuando el paciente llega sin acompañante por cualquier razón, se realiza el inventario de las pertenencias y se guardan en locker, previamente identificadas. De igual manera se tienen lockers exclusivos para la cadena de custodia cuando el caso lo amerite, manejados por la jefe de enfermería.



Guías basadas en la evidencia

Se desarrollaron guías de acuerdo con las 10 primeras causas de consulta por urgencias así:

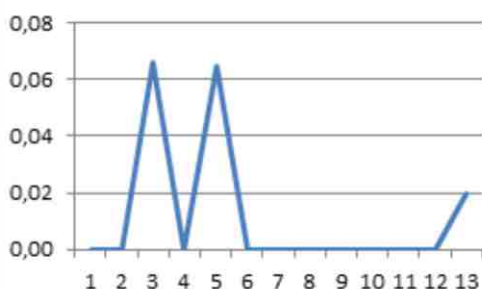
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.
- Rinofaringitis aguda (resfriado común).
- Enfermedad ácido-péptica.
- Migraña.
- Infección de vías urinarias.
- Amigdalitis aguda.
- Dolor abdominal.
- Lumbago.
- Faringitis aguda.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Además de tener las guías adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la adherencia es evaluada en el comité de historias clínicas de acuerdo al cumplimiento de unos criterios específicos.

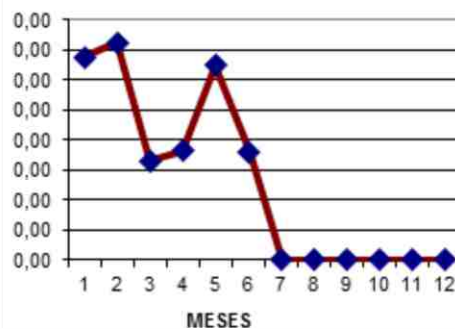
En cuanto a eventos adversos, el que se presenta con más frecuencia en el servicio de urgencias es el reingreso por la misma causa antes de 72 horas,

fenómeno que se considera multicausal y muchas veces se relaciona con que el paciente no acoge las indicaciones que se dan en la primera atención. De todas maneras la totalidad de los reingresos son analizados para poder identificar las causas, por ejemplo las relacionadas con enfermedades de la infancia. En este sentido se está estimulando la aplicación de la estrategia AIEPI, de tal forma que todos los médicos que hacen urgencias estén capacitados en la misma.

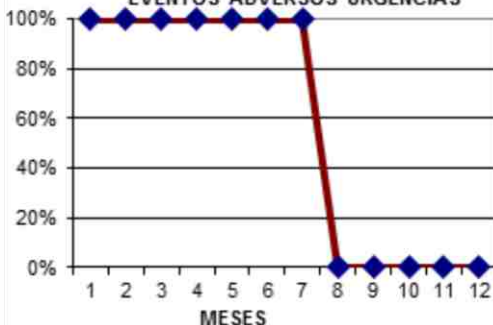
PORCENTAJE DE CAIDAS EN EL SERVICIO



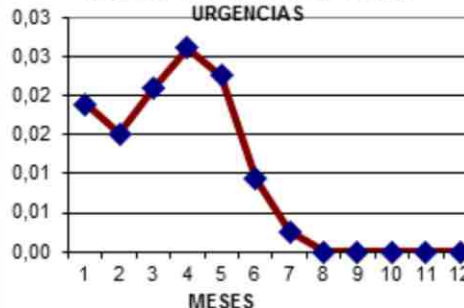
TASA DE MORTALIDAD EN URGENCIAS



PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS URGENCIAS



TASA DE PACIENTES DE REINGRESO URGENCIAS ANTES DE 72 HORAS URGENCIAS



Lineamientos de Seguridad del paciente

La institución garantiza la seguridad del paciente mediante el cumplimiento de los siguientes lineamientos, desde el ingreso del paciente hasta su egreso del servicio de urgencias:

- Diez correctos de seguridad.
- Lavado de manos.
- Guía de visita en urgencias.
- Barandas arriba.
- Uso de guantes y mascarillas.
- Política de no re-uso.
- Protocolo de órdenes verbales.
- Protocolo de contención mecánica y sedación.
- Señalización con avisos preventivos.
- Identificación del paciente alérgico.
- Seguimiento al panorama de riesgos.

Protocolo de úlceras por presión

Es un documento con bibliografía basada en la evidencia clínica y surge de la necesidad de evitar que se presenten úlceras por presión en el servicio de hospitalización, causadas por la falta de movilización de los pacientes. En este sentido los pacientes se rotulan en la escala de Thomas, y se clasifican según presenten piel delicada, piel intacta, situación de postración, entre otros. Lo anterior permite medir el riesgo a fin de hacer el seguimiento permanente a los pacientes que así lo requieran, obteniendo resultados favorables pasando de 3 pacientes en el año 2011 a 1 en el año 2012.

Códigos institucionales

Se garantizan diferentes códigos de alerta para la atención de pacientes cuando lo amerite:

Azul: Reanimación cardiopulmonar

Rojo: Hemorragia obstétrica

Fucsia: Víctimas de abuso sexual

Amarillo: Perdida de niños

Los resultados del análisis e implementación de las estrategias se retroalimentan a través de:

- Reunión de los martes donde se hace la presentación de un tema específico con el fin de reforzar el conocimiento de los funcionarios, se realiza además la evaluación antes y después de la capacitación.
- Se establecen planes de mejora individuales y por servicios.

Aislamiento

Para el aislamiento de pacientes se cuenta con una camilla destinada para este fin; de igual manera se cuenta con los avisos de acuerdo con la clasificación de los tipos de aislamiento y con las condiciones que se requieren para el ingreso.

También se informa al usuario y familia, los motivos por los cuales está aislado, de acuerdo a lo establecido en el protocolo institucional. Así mismo se informa acerca de la indumentaria a utilizar según el caso.

Privacidad en la atención

A fin de garantizar la privacidad se cuenta con:

- Cortinas gruesas entre camillas.
- Consultorios bien distribuidos.
- Restricción del acceso a la HC.

Además se implementa la guía de visitas a urgencias, que incluye solo un acompañante por paciente.

Humanización y Fidelización

La Unidad Hospitalaria de San Antonio de Prado, de acuerdo a lo establecido en el Protocolo del Dolor, es un hospital sin dolor, donde se ha perdido el miedo a la correcta formulación de las analgesias, erradicando de los recetarios médicos la palabra de aplicación de medicamentos si hay dolor, porque está claro que "el manejo apropiado del dolor reduce significativamente la morbilidad, la estancia hospitalaria y los costos especialmente en pacientes de alto riesgo". El protocolo cuenta con unas recomendaciones claves de acuerdo con la bibliografía, con el fin de tener el respaldo de la evidencia científica, la escala análoga del dolor de acuerdo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, que contempla la escala para niños y adultos, la terapia farmacológica de acuerdo a la escala de la OMS, tipo de analgésicos, dosis y los tipos de los mismos con que cuenta la institución.

La organización tiene mecanismos de fidelización como la llamada pos venta, verificando la atención por el personal, sugerencias y opiniones para mejorar los servicios; así mismo la encuesta semestral de

satisfacción a los pacientes. También se cuenta con teléfonos de extensiones específicas en cada habitación para la recepción de llamadas que permite la comunicación con los familiares. Esta información es suministrada en el momento de ingreso al paciente. De igual manera los voluntarios tienen el ropero con clasificación de prendas de damas, niños y hombres y artículos de aseo para pacientes que requieran algún artículo.



CURSO BUENAS PRÁCTICAS DE TECNOVIGILANCIA

DURACIÓN
60 HORAS

MODALIDAD
100% VIRTUAL

INVERSIÓN: \$ 350.000

Pregunte por nuestros descuentos especiales

Teléfono: (4) 265 56 55 - 320 622 9839

Correo: enlaces@fundacionguayacanes.org

www.fundacionguayacanes.org



www.fundacionguayacanes.org